

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



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPENICA EN MADRES DE NIÑOS DE
6-25 MESES DEL PUESTO DE SALUD OCORURO CUSCO
2015-2017**

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

ROSARIO MARTHA TORRES PABLO *Rosario Torres Pablo*

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS VOCAL

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 313

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 25/05/2018

Resolución Decanato N° 1256-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo 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	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	43
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	45
3.1 Recolección de Datos	45
3.2 Experiencia Profesional	45
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	58
IV. RESULTADOS	63
V. CONCLUSIONES	64
VI. RECOMENDACIONES	65
VII. REFERENCIALES	66
ANEXOS	68

INTRODUCCION

El presente informe, tiene como finalidad presentar la experiencia vivida ante la intervención que como enfermera realizamos el control del crecimiento del desarrollo del niño menores de 5 años con el unico objetivo de lograr mejorar el estado nutricional en su calidad de vida y teniendo muchos años de experiencia laboral en el primer nivel de atención me ha permitido comprender que la anemia es uno de los problemas de salud pública mas difundidos especialmente en los países de subdesarrollo, se refiere a los bajos niveles de hemoglobina en la sangre lo que se evidencia por una cantidad o calidad deficiente de los globulos rojos son la consecuencia de la anemia y son negativas donde la capacidad intelectual es deficiente.

La deficiencia de micronutrientes así como el hierro y vitamina a, zinc afecta aproximadamente a los niños menores de 2 años en el peru. El niño que no recibe todos los nutrientes que necesita se enferma frecuentemente y limitada sus capacidades físicas, intelectuales , sociales y emocionales ocasionando la anemia y desnutrición crónica entre otros la suplementación con micronutrientes tiene como objetivo prevenir la anemia, enfermedades y contribuir a un adecuado crecimiento y desarrollo cognitivo en los niños menores de 6 - 24 meses.

Se aplico el metodo bioquimico de tamisaje de hemoglobina para evaluar el nivel de tipos de anemia.

Se realizo el seguimiento de niños con anemia

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

La anemia ferropenia en la infancia es la principal causa de anemia en los niños, siendo altamente prevalente en países en vías de desarrollo debido a la pobre ingesta de hierro de adecuada biodisponibilidad en la población. Sin embargo, también en países desarrollados es muy probable que este tipo de anemia sea la única deficiencia nutricional seriamente de consideración.

La Organización Mundial de la Salud define la anemia como “la disminución de la concentración de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona; el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad”.⁽¹⁾ La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para el diagnóstico de anemia en niños. El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno de las células, desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular.

La anemia ferropénica en la infancia es fundamentalmente, el resultado de la combinación de una ingesta inadecuada de hierro y de un aumento de los requerimientos del mismo, impuesto por el rápido ritmo de crecimiento. Entre las causas inmediatas de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, ácido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción (Calcio, té, café, etc.).⁽¹⁾

En el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Encuesta demográfica de Salud Familiar ENDES 2016 a cargo del Instituto Nacional de Estadística Informática INEI que revela el 43.6% de la población comprendida entre los 6 meses y menores de 3 años presenta este problema de salud puede ser el Instituto Nacional de Estadística Informática INEI anuncia nuevos censos de la población y vivienda será setiembre de este año si el análisis enfoca solo en zona urbana del país la cifra se deduce a 39.9% sin embargo en el área rural donde el problema se agudiza i alcanza el 53.4% en los últimos cinco años la anemia aumentado 2% al pasar del 41.6% del 2011^a 43.6% en el 2016 en los departamentos de Puno, Loreto; Pasco, Huancavelica y Ucayali son los que más incidencias presentan.

La desnutrición crónica es otro indicador si bien ha registrado cierta reducción se mantiene amenazante en el estudio el En relación con el año 2009, se observa mayor reducción en la anemia moderada, al pasar de 14.2% en el año 2009 a 11.6% en el 2014. Según área de residencia fue mayor en el área rural (44.4%) y por departamento, Puno presentó la más alta proporción (63.5%), seguido por Loreto (54.7%), Junín (51.6%), Madre de Dios (51.3%) y Huancavelica (49%). Los menores porcentajes se presentaron en Lambayeque (25.8%) e Ica (25.9%).⁽²⁾ En Lima en el 2013, según un estudio llevado a cabo por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad en niños menores de cinco 13.1% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica esto equivale a 400,000 niñas y niños aproximadamente cifra que ha logrado una reducción de 1.3% respecto al 2015 en la área rural sigue siendo la más afectada en la desnutrición crónica con 26.5% mientras en la zona urbana el porcentaje es del 7.9% explico ANIBAL SANCHEZ AGUILAR jefe del Instituto Nacional de Estadística Informática Instituto Nacional de Estadística Informática INEI .

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) aplicado en nuestro país es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad. El Modelo pone énfasis en la provisión total de paquetes de intervenciones que, aunque no sean demandadas, satisfacen necesidades de salud priorizadas por el Estado: los paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad. Estos son el conjunto de intervenciones que toda persona debe recibir para proteger y fortalecer su salud. Se han diferenciado por cada una de las etapas del ciclo de vida de la persona, de tal forma que en el paquete integral en niños menores de 5 años se hace referencia al conjunto de actividades que se deben ejecutar para la prevención de la anemia, siendo uno de ellos la entrevista que se debe realizar a la madre con el fin de orientar la forma de cómo utilizar los productos alimenticios fuentes de hierro, otro procedimiento denominado administración de micro-nutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, otros según - criterios de riesgo, normas y protocolos. Por último la detección, diagnóstico y tratamiento de la anemia y la parasitosis, se realizará 01 vez por año a partir de 6 meses de edad para el descarte de anemia y a partir de los 12 meses para el descarte de parasitosis.⁽⁴⁾

La madre como responsable del niño, cumple un rol trascendental en su cuidado y por consecuencia en la prevención de la anemia, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad; entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal, los cuales muchas veces pueden ser adquiridos por creencias costumbres y prácticas, entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través

del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje. Es característico que las madres brinden pocos alimentos con carnes, vísceras y una mayor cantidad de alimentos de origen vegetal, cuyo hierro es absorbido en forma limitada, por estar condicionada a interacciones con sustancias inhibidoras o facilitadoras de su absorción. La aparición de deficiencia de hierro puede ser el resultado de un solo factor o de la Combinación de varios.⁽⁵⁾

Siendo la enfermera responsable del Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño, juega un rol muy importante en la prevención de la anemia, brindando un cuidado holístico al niño y a la familia. Entre las actividades que se realiza en dicho control se resalta el examen físico, detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato, suplementación con micro nutrientes, evaluación del crecimiento y estado nutricional, evaluación del desarrollo, haciéndose énfasis la consejería sobre la alimentación complementaria en lactantes mayores de 6 meses basado en los alimentos ricos en hierro, a la vez se realiza visitas domiciliarias para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.⁽⁶⁾

La población bajo la jurisdicción del Puesto de Salud Ocoruro ubicado en el distrito de Ocoruro, según el Censo Nacional de Población 2016 INEI es de 133 niños entre 0 a 48 meses.⁽⁷⁾ Según los datos estadísticos del Puesto de Salud en el año 2016, la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años fue de 40.7 % (56 casos).

Al realizar el control de Crecimiento y Desarrollo CRED en el Puesto de Salud Ocoruro Cusco se pudo observar través de los resultados de tamizaje de hemoglobina realizados por el personal de Salud, que el 40.7% (56 casos) del total de tenían anemia leve y moderada durante el

año 2016. Al preguntar a las madres sobre si conocen de la anemia ferropénica, ellas manifiestan: "Creo que es cuando están pálidos, cansados y pérdida del apetito irritabilidad"... "Su hemoglobina esta baja"... "Para la anemia, señorita, las vitaminas ayudan bastante". Asimismo en relación a las prácticas las madres refieren: "A mi hijito le doy hígado aplastadito con chuño ambos juntos en la sopa"... "Luego de darle papa, le doy agua"... "Mi hijo no quiere comer nada y por eso le sigo dando mi pecho"... "Enfermera, no le doy los multimicronutrientes porque le causa estreñimiento, diarrea."

Ante todo lo expuesto, surgieron algunas interrogantes:

¿Las madres conocerán las consecuencias, tratamiento y prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses?

¿Las madres realizarán una adecuada práctica para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses?

De lo expuesto anteriormente se formula la interrogante de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropenia en madres de niños de 6 a 24 meses en el puesto de Salud Ocoruro-cusco-2016

1.2 Objetivos

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre la prevención de la anemia ferropenica en las madres de niños de 6 a 24 meses del puesto de salud Ocoruro.

1.3 Justificación

Siendo el Perú en vías de desarrollo teniendo como uno de los principales problemas de la anemia en niños menor de 24 meses es importante y necesario profundizar el conocimiento de la madre en lo que respecta en la alimentación ricos en hierro para así orientar las actividades preventivo promocionales realizado por la enfermera, con el fin de promover el

consumo de los alimentos ricos en hierro de esta manera contribuirá a reducir los casos de anemia previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social.

Por ello es muy importante que la madre tenga conocimiento acerca de los alimentos de origen animal por ello es necesario profundizar este tema no solo con la educación que brinda la enfermera en el programa de crecimiento y desarrollo si no también va a depender de la alimentación del niño.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Bolaños Carlos, 2013 en Guatemala realizó la investigación titulada "Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Enero a Diciembre del 2013". El objetivo del presente estudio fue valorar los factores de riesgo que se asocian a la prevalencia de anemia ferropénica en un grupo de niños que ingresaron a la sala de hospitalización pediátrica en edades de dos a cinco años en el período correspondiente de Enero a Diciembre del 2013. Sus objetivos específicos fueron determinar la influencia de los factores biológicos en la aparición de anemia en los niños, describir los factores higiénicos sanitarios que contribuyen en la génesis de anemia, determinar los factores sociodemográficos de los padres o tutores y de los niños en estudio y conocer las patologías asociadas a la anemia. El tipo de investigación es de tipo analítico, caso control, retrospectivo. Se seleccionaron 110 casos (niños anémicos) y 220 controles (no anémicos). Los datos se recolectaron a través revisión de expedientes, cuyo instrumento consta de los siguientes acápite: factores biológicos, factores higiénicos sanitarios, factores sociodemográficos y patologías consideradas causantes de anemia, así como los resultados de laboratorio realizados a estos entre sus conclusiones tenemos:

"La prevalencia de anemia en el universo estudiado es de 18.9%, el 20% de los casos presentaba desnutrición con respecto a los controles los cuales tenían un 8.3%, el nivel de analfabetismo de la madre de los niños en ambos grupos alcanzó un 4.8%, la infección parasitaria en ambos grupos representó el 37.6%, de estos los más afectados son los niños anémicos (51.8%)"⁽¹³⁾

González Martha, García Ana, Satriano Rosario, Cristina Estefanell Cristina y Sayagués Beatriz, 2015 en Uruguay realizaron un “Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública”. Cuyo objetivo fue determinar la importancia del déficit de hierro en niños menores de 24 meses de edad e identificar las acciones preventivas a implantar en el país. Se estudió una muestra de 444 niños de 6 a 24 meses de edad, sanos, nacidos a término y con peso al nacer mayor de 2500 gramos, asistidos en los servicios del Ministerio de Salud Pública en Montevideo con antropometría, encuesta alimentaria, hemograma y dosificación de la ferritina sérica obtenida por punción digital. Teniendo los siguientes resultados:

“El 63% de los niños presentó deficiencia de hierro y el 54% tuvieron anemia, que fue leve en más del 80% de los casos. Se identificaron como factores de riesgo de anemia el peso insuficiente al nacer y el consumo de leche pasteurizada en cantidades superiores a 700 ml por día. La lactancia materna no actuó como factor protector de la deficiencia de hierro, resultando la frecuencia de anemia similar en los niños amamantados y no amamantados”

Las investigaciones mencionadas anteriormente como antecedentes, nos va a permitir tener una visión panorámica sobre el tema a tratar, con la finalidad de valorar la importancia de la prevención de la anemia ferropénica en el niño menor de 3 años, además nos permitirá enfocarnos el tipo, nivel y método de investigación a usarse y nos servirán como guía en el camino de la investigación que se va a desarrollar en el presente trabajo.

Maira Noelia Aguirre María Ema Bustos Silvana Elisabet Miño 2015

La anemia ferropénica es uno de los mayores problemas nutricionales causados por la deficiencia de un micronutriente, el hierro, y se extiende por todo el mundo, afectando tanto a los países desarrollados y los países en desarrollo. En nuestro país, la provincia de Misiones está entre una de las provincias con mayor prevalencia de esta deficiencia y es causada principalmente por el bajo consumo de alimentos fuentes de hierro. A través de este trabajo de investigación se intentó elucidar la relación que existe del conocimiento de las madres de niños de cuatro y cinco años de edad que frecuentan el jardín de infancia "Hojitas verde" Escuela No. 390 "Ángel Vicente Peñaloza (en la ciudad de San Vicente - En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de anemia por deficiencia de hierro, analizando varios factores, como la edad y el nivel académico alcanzado, del cual salieron las otras variables como su conocimiento general sobre anemia, signos y síntomas, acciones preventivas y correctivas para revertir esta condición. Por lo tanto, a través de un estudio observacional, transversal y descriptivo y, utilizando como estrategia de una "encuesta", los datos fueron recolectados y una vez organizados fueron analizados. Fue sorprendente constatar, como jóvenes madres con una educación incompleta, tenía los mismos conocimientos sobre que es la anemia, cómo reconocerla y cómo prevenirla, que las madres de mayor edad y con una educación completa que no hay relación entre edad y nivel de escolaridad. Finalmente, a fin de expandir e igualar los conocimientos de las madres, se dieron folletos informativos en el que se incluyeron nociones sobre el tema desarrollado. Palabras clave: conocimiento, madres, niños, anemia, hierro.

Antecedentes Nacionales

Quispe Cáceres Cesar Augusto 2016 La presente investigación se realizó en Arequipa, distrito Paucarpata, Centro de Salud Ciudad Blanca,

año 2016. El objetivo general fue determinar la relación del consumo de micronutrientes y la anemia en niños menores de 36 meses. La unidad de estudio fueron los niños menores de 36 meses suplementados con micronutrientes distribuidos por el Ministerio de Salud. Estudio no experimental, correlacional, transversal, bivariado, retrospectivo de campo. Instrumento utilizado fue el cuestionario. Las conclusiones fueron: Se encontró relación estadística directa entre el consumo de micronutrientes y la anemia, por lo que si el consumo de micronutrientes es adecuado, entonces la presencia de anemia es menor. El consumo de micronutrientes es adecuado en el 71.3% de los niños menores de 36 meses de edad. El 85% de los niños que consumieron los micronutrientes no presentan anemia mientras que el 15% presentan anemia leve. Existe relación directa del consumo adecuado de micronutrientes con la menor sintomatología de anemia (χ^2 13.461; $p=0.04$). El consumo adecuado de micronutrientes tiene relación directa altamente significativa con niveles óptimos de Hemoglobina (χ^2 14.742; $p=0.00$) La recomendación general, se continúe con la vigilancia de anemia en niños menores de 36 meses y la administración de micronutrientes del MINSA.

Mery Eulalia Hancoccallo Pacco 2015 El presente estudio de investigación tuvo como objetivo "Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud "Miguel Grau", Lima, 2014. Método Cuantitativo de tipo: descriptivo, exploratorio, no experimental, de corte transversal. La técnica fue la Encuesta y el instrumento el Cuestionario, en un Centro de Salud con una Muestra Aleatoria Probabilística formada por 97 ampliada a criterio del investigador a 100. Todas madres con hijos menores de 5 años. Resultados: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Los resultados evidencian que las madres pueden tener conocimientos de anemia ferropénica, mantienen una actitud buena y excelente, sin embargo, permanecen con sus

prácticas riesgosas. Todas ellas acuden al Centro de Salud "Miguel Grau".

Conclusión: Las madres del Centro de Salud Miguel Grau tienen un nivel de conocimientos bueno a excelente, tienen actitudes excelentes, sin embargo realizan prácticas riesgosas. El presente trabajo de investigación se enmarcó dentro de un contexto nacional sobre prevención de anemia ferropénica alarmante por los altos índices de conductas de riesgo como bien se informan en la actualidad a través de los medios de comunicación (Perú 21, del 14 de diciembre de 2014), lo cual ameritó levantar un estudio exploratorio en un centro de salud en donde se espera obtener una descripción panorámica sobre prevención de anemia ferropénica, llegando a la conclusión que, no solo los conocimientos sobre anemia ferropénica asegura un buen comportamiento. El cambio de actitudes y prácticas son la pieza clave para lograr cambios significativos para prevenir la anemia ferropénica en las madres con hijos. Por eso, es necesario que la Enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través del diseño de un programa de promoción y prevención, orientando a las madres que asisten a las consultas y a la comunidad en general. Asimismo, enfatizar el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de las visitas domiciliarias, para la prevención de la anemia ferropénica debido a que no existen antecedentes al respecto, con el fin de poder disminuirla en nuestro país.

Luna Arpita Elizabeth, Quispe Parisuaña Elisabeth 2014 La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de sesiones demostrativas en la práctica de alimentación complementaria en madres de lactantes de 6 a 11 meses de edad en riesgo de anemia ferropénica, establecimiento de Salud I-2 Cabana - Juliaca, 2013. La investigación fue de tipo pre-experimental con diseño de pre y post test con un solo grupo. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y observación directa, como instrumento una guía de entrevista

y otra de observación. La población de estudio estuvo conformado por 30 madres de lactantes de 6 a 11 meses de edad y la muestra por 20 madres distribuidos en; 6 madres de lactantes de 6 meses de edad, 8 madres de lactantes de 7 a 8 meses y 6 madres de lactantes de 9 a 11 meses de edad, seleccionados con el método no probabilístico. El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva porcentual y para la contrastación de la hipótesis con la prueba T-Student. Los resultados obtenidos son: Antes de la aplicación de sesiones demostrativas la mayoría de madres de lactantes de 6 meses de edad presentaron práctica deficiente en todos los aspectos observados; después de recibir sesiones demostrativas, el 100% de madres presentan práctica buena en el lavado de manos y en el procedimiento sobre la higiene, elección, combinación y conservación del alimento y el 83,3% en consistencia, cantidad y frecuencia del alimento. Las madres de lactantes de 7 a 8 meses de edad antes de la educación presentaron también práctica deficiente durante la preparación del alimento, después de recibir las sesiones demostrativas, el 100% mejora en práctica del lavado de manos, 87,5% en consistencia y frecuencia del alimento y 75% sobre la cantidad e higiene, elección, combinación y conservación del alimento. Las madres de lactantes de 9 a 11 meses de edad, antes mostraron práctica deficiente al preparar el alimento, después de recibir sesiones demostrativas, 83,3% mejora su práctica a nivel bueno en todos los aspectos evaluados. Por tanto, se concluye que las sesiones demostrativas son efectivas en la práctica de alimentación complementaria en madres de lactantes de 6 a 11 meses de edad en riesgo de anemia ferropénica, demostrado estadísticamente con la prueba TStudent ($t = 11,23$ $C T > = 1,67$ $t T$) al encontrar diferencia significativa ($P < 0.05$) con la práctica antes y después.

Gutierrez Huilca, Lighia Sumack Urpi 2013 El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anemia

ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2013 .La muestra estuvo constituida por 78 madres jóvenes que asistieron al Módulo de Pediatría con niños menores de 1 año, a quienes se le aplicó un cuestionario relacionado al nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica y una escala de evaluación de actitud preventiva de anemia ferropénica, el procesamiento de datos se realizó mediante la prueba estadística de independencia de criterios, llegándose a las siguientes conclusiones: 1. Más de la mitad presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el (41.0%) un nivel de conocimiento adecuado. 2. La mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%). 3. Existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropénica ($p=0.021$). Asimismo, ante prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento inadecuado se constituye en riesgo elevado para presentar una actitud preventiva menos positiva (OR=3.2), p: significativo OR: Riesgo Elevado.

Paranco Rodriguez Cyntia 2015 El trabajo de investigación titulado “Efecto de las Prácticas de la Suplementación del Sulfato Ferroso y Consumo de Hierro Dietético en los Niveles de Hemoglobina en Niños con Anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca-Acora, Diciembre 2014– Junio2015”. Tuvo por objetivo determinar el efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca, Acora. La investigación es de tipo descriptivo y de corte longitudinal, la muestra estuvo conformada por 30 niños y se formó tres grupos: Un grupo de anemia leve, un grupo de anemia moderada y un grupo de anemia severa con criterios de inclusión. Los métodos aplicados son la descripción y observación para las prácticas

de suplementación; la entrevista para el recordatorio de ingesta en 24 horas, se aplicó el método bioquímico para evaluar los niveles de hemoglobina. Las prácticas de la suplementación de sulfato ferroso, el 63% de niños consumen el sulfato ferroso media hora de las comidas, el 37% de niños aceptan solo sulfato ferroso, el 100% de niños no comparten y reciben el sulfato ferroso del Puesto de Salud, el 60% de niños no presentan malestar al consumir, el 80% de niños continúan el sulfato a pesar del malestar, el 57% de niños consumen el sulfato a diario, el 63% de niños consumen 1 cuchara de sulfato, y el 100% de madres conservan en caja el sulfato ferroso. En los tres grupos de anemia, los niveles de hemoglobina antes del seguimiento domiciliario presentan de 11.8 g/dl, después los niveles de hemoglobina aumentan a 14.1g/dl, siendo el incremento de hemoglobina de 1,8g/dl. Se evaluó el consumo de hierro y la vitamina C en la alimentación del hogar de los niños. En los tres grupos de anemia, el consumo de hierro en la alimentación del hogar. Biodisponibilidad baja de hierro hem 60% y biodisponibilidad media 40%. Biodisponibilidad baja de hierro no hem 37% y biodisponibilidad media de hierro no hem 63%. La vitamina C fue, consumo déficit de vitamina C 37% y consumo adecuado de vitamina C 63%. El efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso en los niveles de hemoglobina. La prueba estadística t student demuestra que la $T_c = 9.8590053 < T_t = 2.04523$. Por lo tanto si existe efecto de la suplementación del sulfato ferroso en los niveles de hemoglobina. El efecto del consumo de hierro dietario en los niveles de hemoglobina. La prueba estadística t student demuestra que la $T_c = 11.483 < T_t = 2.04523$. Por lo tanto si existe efecto del consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina.

2.2 Marco Conceptual

Definición del conocimiento y prácticas sobre la prevención de la anemia ferropénica

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema

tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que se descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad. Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

Desde el punto de vista filosófico, Salazar Bondi lo define como el acto y contenido, dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación.⁽¹⁵⁾

Aspectos teóricos conceptuales sobre la anemia

Definición de anemia

La anemia es una enfermedad hematológica en la cual la concentración de hemoglobina en la sangre es menor que los niveles. Considerados normales para la edad, sexo, el estado fisiológico y la altura sobre el nivel del mar. En los niños menores de 5 años de ambos sexos nacidos a nivel del mar, los valores de HB inferiores a 11g/dl es considerado indicador de anemia.

El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y

fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula. Es posible que una menor biodisponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones.

Causas

La anemia ferropénica puede ser producida por una ingesta inadecuada de hierro, una menor disponibilidad de hierro en la dieta o por una mayor pérdida, también puede deberse a un incremento de los requerimientos de hierro, ya sea en la etapa de crecimiento en los niños menores de 5 años. Las causas más importantes de pérdidas de hierro son: La parasitosis intestinal especialmente por oxiuros quistes duodenales, áscaris, tricocéfalos, amebas y guardias, que pueden llegar a producir un pérdida de hierro de 1 mg diario

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aun de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. Un aporte dietético adecuado de hierro es fundamental a partir de esa edad. Los niños deben de absorber alrededor de 250 mg de hierro durante el primer año de vida(o 125 mg durante los primeros 6 meses) para mantener un óptimo nivel de hierro en sangre. Asumiendo que ingieren un promedio diario de 750 ml de leche durante los primeros cuatro meses y 1000 ml/día después de esa edad, que la leche materna contiene 0.5 mg de hierro por litro y que ese hierro se absorbe en un 50%, sólo se obtendrían un

tercio del hierro requerido. De hecho, varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están disminuidas a los nueve meses.

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro hasta cerca de los dos años de edad, cuando el niño ya ingiere una dieta mixta más completa y cuando su velocidad de crecimiento se reduce. Los niños prematuros y aquellos con muy bajo peso para su edad gestacional deben comenzar a recibir hierro suplementario entre la sexta y la octava semana de edad.

En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15%, por lo que se recomienda la ingestión de 7mg Fe/día. En vista de que muchos niños del Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de 10%, se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día.

Después de cumplir un año, se asume que las dietas con buena biodisponibilidad de hierro continúan permitiendo una absorción de alrededor de 10%, y que las que tienen un predominio de alimentos vegetales permiten la absorción de 7.5% del mineral. En el primer caso la recomendación del hierro dietético es menor que antes del año de edad, ya que la expansión del volumen sanguíneo, y por ende la necesidad de hierro, disminuye al reducirse la velocidad de crecimiento del niño. Cuando la biodisponibilidad es de 7.5%, la recomendación

dietética diaria continúa siendo de 10 mg entre uno y cinco años de edad.

Población en riesgo:

- Los niños menores de 1 año, especialmente aquellos con peso bajo al nacer y/o prematuros.
- Los niños pre-escolares, especialmente donde la frecuencia de parasitismo es elevada.
- Los niños menores de tres años consumen agua no segura hacinamiento.
- Los niños menor de tres años su dieta más porcentajes de carbohidratos y menos porcentajes en proteínas.

Signos y síntomas

Los síntomas más comunes de la anemia ferropénica son: debilidad, fatiga, disminución del apetito, vértigo, mareos, taquicardia, dificultades para respirar con normalidad, uñas quebradizas, palidez en la piel, entre otros cansancio y palidez incremento de sueños, irritabilidad.

Diagnóstico

La anemia es por lo general una etapa avanzada de la deficiencia de hierro. Cuando existe una carencia de este elemento en la dieta, primero se reducen los depósitos (ferritina y hemosiderina), para mantener los niveles funcionales de hierro en el organismo. La médula ósea empieza a producir más células precursoras de eritrocitos, pero cuando las reservas se acaban, se reduce la producción de hemoglobina y se produce la anemia. El diagnóstico se realiza a través de los siguientes puntos:

Examen físico Del niño:

Se puede encontrar palidez de la piel y mucosas, sin embargo ésta tiene una sensibilidad limitada y puede pasar inadvertida. Se debe buscar este signo en la conjuntiva ocular, palmas de las manos y en

el lecho ungueal. En casos de larga cronicidad puede encontrarse fragilidad, adelgazamiento, pérdida de brillo, aplanamiento y aparición de líneas longitudinales en las uñas, que puede llegar hasta la forma de uñas en cuchara (coiloniquia).

La anemia severa puede producir taquicardia, aparición de soplos cardiacos funcionales; y en algunos casos puede existir esplenomegalia, dilatación cardíaca e insuficiencia cardíaca.

Procedimientos Auxiliares:

Hemoglobina: La medición de la concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificidad, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas, por ejemplo. Su sensibilidad es también limitada dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierro deficiente. La distribución normal de la concentración de hemoglobina en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud de residencia del sujeto. Estas mediciones suelen ser suficientes ya que su dosaje es simple y de bajo costo. Se puede medir ya sea en un hemoglobinómetro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cian metahemoglobina. Debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determine la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Niveles de Hemoglobina y Hematocrito por Debajo de los Cuales se Considera que Existe Anemia

Grupo Etéreo	Hb(gr/dl) menor que	Hb(nmol/l)	Hcto(%) menor que
Niños < 5 años	11	6.83	33

Hematocrito: es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Consecuencias

Se conoce que la deficiencia de hierro, aun sin presentar anemia, tiene consecuencias funcionales negativas en la salud de las personas. La deficiencia de hierro retrasa el desarrollo del lenguaje, disminución de la atención y trastornos del comportamiento, induce apatía y disminución en la exploración de su ambiente físico y social. La capacidad intelectual disminuye, lo que produce trastorno del aprendizaje y desarrollo cognoscitivo y menor rendimiento escolar. Se dan alteraciones del desarrollo corporal con la consecuencia de niños más pequeños.⁽¹⁷⁾

Tratamiento

*** Farmacológico**

Suplementación con sulfato ferroso

La suplementación de hierro es necesaria para corregir y prevenir la deficiencia de hierro, siendo su efecto a corto plazo; está orientada a los grupos de riesgo, en éste caso a los niños de 6 a 12 meses de edad, niños prematuros y los de bajo peso al nacer.

El objetivo del tratamiento es corregir la anemia y reconstituir las reservas orgánicas de hierro en la anemia por deficiencia de hierro.

Niños entre 2 - 5 años que residen en zonas con prevalencia de anemia (>40%), se debe suplementar con hierro 2 mg./Kg./día durante 3 meses. Niños mayores de 5 años que residen en zonas con prevalencia de anemia (>40%), necesitan suplementar con hierro 30 mg./día durante 3 meses. Aproximadamente 30 mg. de hierro se absorben diariamente cuando se administran 180 mg. de hierro elemental.

La respuesta favorable a este tratamiento se pone de manifiesto a las

24 hrs. de su administración con un aumento de la producción de la serie roja, posteriormente los reticulocitos se incrementan en sangre periférica, con un pico máximo a los 8 días y con normalización de la hemoglobina a las 3 ó 4 semanas.

Sin embargo, el tratamiento debe mantenerse durante 6 meses más, para saturar los depósitos de hierro.

La administración parenteral es excepcional, por los peligros que entraña; reservándose a cuando fracasa la vía oral o ésta no es recomendable. Menos frecuente aún es tener que recurrir a la transfusión de concentrado de hematíes en este tipo de anemia.

Sulfato ferroso

Es el tratamiento de elección para casos de anemia hipo crómico, debido a que estimula la producción de hemoglobina, indicándose como profiláctico en niños prematuros, niños en época de crecimiento, niños con dietas especiales, embarazo, etc.

Se administra en 2 esquemas, como preventivo y tratamiento. La concentración del fármaco es de 75 mg./5ml. (equivalente a 15 mg./5ml. de hierro elemental).

Esquema preventivo: Según la Norma de Suplementación Nacional, se indica cuando el niño tiene un valor de hemoglobina mayor a 11 mg/dl.

Nacidos a término: Se administra 1 mg./Kg./día de hierro elemental en forma de jarabe, debiendo ser administrado alejado de las comidas (mín. 1hr.) con agua pura, limonada o naranjada. El tratamiento se indica desde los 4 meses: hasta los 18 meses desde el sexto mes hasta los 18 meses (.con micronutrientes). Se pide un dosaje de hemoglobina al inicio de 6 meses, 13 meses. 19 meses se realiza tres controles de hemoglobina

Recién nacidos con bajo peso y prematuros: Se administra 1 - 2 mg./Kg./día de hierro elemental en forma de jarabe, a partir de los 2 meses de edad. El tratamiento se indica en 2 fases: La I fase dura

10 meses desde el 2 mes hasta los 12 meses. (6 frascos de sulfato ferroso). Se da un descanso de 6 meses y se inicia la II fase, la cual dura 6 meses, desde el año hasta el año y medio.

Esquema de tratamiento: Según la Norma de Suplementación Nacional, se indica cuando el niño tiene un valor de hemoglobina menor a 11 mg./dl. y un peso mayor a 2.500 Kg.⁽¹⁸⁾

Recién nacido a término: La indicación es de 3 mg./Kg./día, las fases y tiempo del tratamiento es la misma que el esquema preventivo, solo varia la dosificación.

Recién nacidos con bajo peso y prematuros: La indicación es de 3 mg./Kg./día, las fases y tiempo del tratamiento es la misma que el esquema preventivo, solo varia la dosificación.

El tratamiento presenta reacciones secundarias como: deposición oscura, estreñimiento, tinción de los dientes, diarrea, fiebre. El suplemento debe guardarse en lugares no accesibles a los niños para evitar la ingesta accidental, que puede causar intoxicación fatal. Del mismo modo se deberá cuidar que el paciente no lo consuma junto con antibióticos, leche, alimentos, mates, café, chocolate, soya, entre otros, porque disminuyen la acción del fármaco.

Dieta

La deficiencia de hierro puede ser prevenida mediante el incremento del contenido del hierro en la dieta o mejorando la absorción de este elemento, al consumir alimentos ricos en hierro hemínico, como carnes y sangre; también consumiendo alimentos ricos en vitamina C y disminuyendo el consumo de té y café en comidas.

Prevención

La prevención de la deficiencia nutricional de hierro es sencilla, mediante el aumento en la ingesta de hierro a través de la dieta. Sin embargo, alcanzar dicho objetivo no es fácil. Las actividades de

educación nutricional deben orientar a la población para prevenir la anemia tomando en cuenta las siguientes pautas:

- Promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.
- Ablactancia adecuada con alimentos ricos en contenido de hierro hemínico.
- Promoción del consumo de alimentos con hierro de alta biodisponibilidad, tomando en cuenta una alimentación balanceada con alimentos de bajo costo, económicos y aceptados culturalmente.
- Tratamiento de las enteroparasitosis y desparasitación en zonas endémicas.

Recomendaciones diarias de consumo de hierro

Los requerimientos de hierro absorbido son especialmente altos en los niños. Los niños menores de un año requieren 0.77 mg/día. Estas necesidades no pueden ser cubiertas por la alimentación debido a que el niño hasta los 6 meses de edad depende exclusivamente de la leche materna. Por ello requieren de suplementación.

Recomendaciones diarias de ingesta de hierro

Grupo	Requerimiento
Niños 0-5 meses	10 mg/día
5-12 meses	10-15 mg/día
1-3 años	15 mg/día
4-6 años	10 mg/día

Hierro de origen animal: Denominado hierro "heme" o hemínico, se encuentra en carnes, sangre, bazo hígado sangrecita, carnes rojas, pescado, mariscos. Su absorción es elevada, del 20-30%, y es independiente de los otros componentes de los alimentos. La

absorción de hierro de productos lácteos es muy variable y menor que la del hierro de las carnes.

Hierro de origen Vegetal: Llamado hierro "No Heme", su absorción es baja y está determinada por la presencia de factores promotores o inhibidores en la dieta. El contenido de ácido ascórbico y ácido cítrico, el contenido de hierro hemínico y el consumo de cereales fermentados favorecen su absorción de la dieta. Los factores que inhiben su absorción son los fitatos, carbonatos, oxalatos, fosfatos, fibra. Esta forma de hierro se encuentra en:

- Hortalizas: nabo acelga, espinaca, paico, perejil.
- Cereales y pseudo-cereales: Cebada, avena, quinua,
- Leguminosas: lenteja soya, frejol, haba y garbanzo.
- Frutas: Pera, naranja

Biodisponibilidad de hierro en algunos alimentos

Alimentos	Absorción de Hierro (%)
Leche materna	50
Sangrecita	25
Carne	20
Menestras	5
Leche de vaca	3
Huevo	3
Espinaca	< 5

Factores que favorecen la absorción de hierro:

- Consumo de cualquier forma de carnes rojas, aves, pescado o producto marino.
- Consumo de ácido ascórbico (vitamina c) presente en frutas y jugos (papaya, granadilla, cítricos), papas y otros vegetales (hojas verdes,

coliflor, col, etc). Muchos de estos productos que contienen vitamina C, también contienen actividad de vitamina A (que favorece el estatus de hierro aunque los mecanismos no son bien conocidos).

- Algunos cereales o alimentos germinados o fermentados, que reducen la cantidad de fitatos.
- Aunque sean pequeñas cantidades de carne, éstas incrementan la utilización del hierro proveniente de los otros alimentos. Los jugos de fruta (naranja, limón, tamarindo, tomate), por su alto contenido en vitamina C, también favorecen su utilización.
- Especial atención merece la leche materna, que contiene 0.5 mg/litro de Hierro. Es la principal fuente de hierro del niño lactante, y su biodisponibilidad es extremadamente alta (50%) frente al 10 a 20% de las leches en polvo enlatadas no enriquecidas.

Factores que inhiben la absorción:

- Presencia de fitato en los cereales integrales, harinas finas, leguminosas, nueces y semillas.
- Compuestos fenoles que atrapan hierro (taninos). Los inhibidores más potentes y difíciles de contrarrestar son: té, café, cocoa, infusiones de hierbas en general, ciertas especies como el orégano y algunos vegetales.
- El calcio en sus diferentes formas de la leche y productos lácteos.
- Alimentos ricos en fibra.

La suplementación con hierro a las personas que pertenecen a grupos vulnerables, constituye otra medida preventiva. Se debe promover la ingesta de sales de hierro. En niños pre-término, a partir del segundo mes de vida: administración de sulfato ferroso a una dosis diaria de 1 mg Fe elemental/Kg de peso. En el niño a término: administración de 2 mg Fe elemental/Kg de peso a partir del 3° mes si recibe la leche artificial, y a partir del 6° mes si recibe lactancia

materna.⁽¹⁸⁾

La medida preventiva tal vez más costo efectivo es la fortificación de alimentos. Sin embargo, esto no es sencillo, ya que se debe interactuar un alimento apropiado, que la población objetivo consuma habitualmente como vehículo de fortificación. La tecnología de alimentos ya existe y se viene aplicando en otros países exitosamente.

Requerimientos nutricionales en el niño menor de dos años

En la actualidad para definir los requerimientos se utiliza un criterio preventivo basándose en la cantidad necesaria para preservar la normalidad bioquímica y funcional, que en los niños incluye el crecimiento y maduración óptimos.

El grupo de alimentos que requiere el niño menor de 2 años son los siguientes:

- Carbohidratos

Constituyen la fuente de energía de la dieta, especialmente en los niños mayores de seis meses. Son importantes determinantes de sabor, textura y viscosidad del alimento. Por lo tanto, se debe proporcionar entre el 60% y el 70% del total de la energía consumida.

La lactosa es el principal hidrato de carbono de la dieta, especialmente hasta el año. Cuando se introducen los alimentos complementarios a la lactancia, los almidones son una gran fuente de energía.

Las recomendaciones se basan en mantener un balance energético adecuado cuando se cubren las necesidades de proteínas y grasas. Se debe de dar prioridad a los hidratos de carbono complejos que incluyen almidones y fibras.

La fibra aumenta el volumen de la dieta, disminuye la densidad energética en forma proporcional a su contenido y puede interferir en la absorción de minerales como el zinc y hierro, por acción del ácido fítico

También dentro de las grasas saturadas, tenemos al aceite vegetal que permite dar una viscosidad adecuada a los alimentos, además permite el fortalecimiento de la vaina de mielina de las neuronas, fortaleciendo la capacidad cognitiva del niño a partir de los 6 meses⁽²⁰⁾

- **Vitaminas**

Su introducción se empezara a partir de los 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla; se deben emplear frutas variadas (papaya, manzanas, pera, uva, plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alérgicas como la fresa y el melocotón hasta el año.

Las frutas proporcionan una fuente adicional de vitaminas como la Vitamina A presente en las frutas amarillas a rojas, Complejo Vitamínico B y vitamina C; así también son ricas en fibras las cuales favorecen el tránsito intestinal.

En lo que respecta a las verduras, específicamente las que contienen Vit. A se van introduciendo a partir del 6º mes. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, acelgas y nabos, etc. Y también las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos).

Se calcula que la ingesta dietética recomendada en lactantes de 0 a 6 meses es de 40mg/día y 50 mg/día hasta el año de edad.

- **Minerales**

Uno de los minerales más importantes dentro de la dieta del niño de 6 a 36 meses es el hierro, ya que este mineral forma parte de las moléculas de hemoglobina, mioglobina y actúa como coenzima en los procesos de óxido-reducción. El recién nacido tiene una cantidad considerable de hierro en sus reservas e incluso estas se incrementan en los primeros meses de vida a expensas de una disminución de la masa eritrocitaria. Durante los primeros 4 a 6 meses los requerimientos de hierro son

cubiertos completamente por las reservas corporales y el hierro contenido en la leche materna. Aunque el contenido de hierro en leche materna es bajo su absorción es altísima. Las reservas se agotan a los 4 o 6 meses por lo que es necesario que la dieta provea los requerimientos de hierro para prevenir anemia.

La anemia afecta principalmente a los niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes; por ello, es necesario evitar el deficiente estado nutricional en las diferentes etapas de vida, facilitando el acceso y favorecer el consumo de alimentos ricos en hierro de elevada disponibilidad así como facilitadores de absorción de hierro y el uso de suplementos en etapas de incremento de requerimientos fisiológicas de hierro, puesto que, por ejemplo, la anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes condiciona partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica.⁽¹⁹⁾

Generalidades sobre prácticas para la prevención de la anemia ferropénica

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber prácticas de tal o cual conocimientos si antes no se tiene la experiencia. Esta será evaluada objetivamente mediante la observación de la conducta psicomotriz referida por el sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de

problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza. Sin embargo no cabe duda de su existencia en la adquisición de conocimientos, cuando Mario Bunge nos habla del conocimientos científico, nos dice que un cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega además la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión y el control de los hechos a compartirse según sugerencias con la experiencia.⁽¹⁵⁾

La influencia de la madre en la alimentación del niño es decisiva, por lo que la dieta constituye una de las muchas responsabilidades que los padres tienen hacia sus hijos, sobre todo en los primeros años de la vida. Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan de un proceso complejo en el cual intervienen las recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas pero también influyen notablemente los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias. Las madres deben ser conscientes de que cuando alimentan a sus hijos no sólo se les proporcionan determinados nutrientes, sino también pautas de comportamiento alimentario. El niño cuando come, se comunica, experimenta, aprende, juega y obtiene placer y seguridad. Así pues, deben de elegir la alimentación que más le conviene y conocer la composición nutritiva de cuanto se le ofrece a la hora de comer.⁽¹⁶⁾

Aspectos teóricos conceptuales sobre prácticas

Prácticas alimentarias

La lactancia materna exclusiva después del sexto mes ya no satisface las necesidades nutricionales del niño, por ello debe complementarse con otros alimentos que cubran sus necesidades energéticas y de otros micronutrientes; a este proceso de incorporación gradual y paulatina de alimentos líquidos, semisólidos y sólidos a la dieta del

niño, hasta integrarlo a la dieta de su familia pero sin suspender la lactancia materna, se le llama alimentación complementaria.⁽¹⁵⁾

La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es entre los 6 y 24 meses de edad, periodo durante el cual se debe continuar con la lactancia materna. A esta edad el lactante ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas y renales, lo que le permite metabolizar y absorber todo tipo de alimentos, así como depurar metabolitos; también ha madurado neurológicamente, lo que le permite participar de la alimentación, ya sostiene la cabeza y tronco.

La alimentación complementaria es un período crítico para el crecimiento y desarrollo del niño dado que su capacidad gástrica a esta edad es pequeña y sus requerimientos nutricionales son mayores, sin embargo los alimentos de iniciación no son de densidad adecuada y no reúnen los requerimientos calóricos proteicos necesarios, motivo por el cual los porcentajes de desnutrición y anemia empiezan a elevarse en este periodo; así también suelen adquirir enfermedades relacionadas a hábitos de higiene y alimentación como la diarrea dado que tan pronto como el niño comienza a tomar alimentos aparte de la leche materna la posibilidad de adquirir gérmenes aumenta. Por ello la alimentación complementaria debe cumplir los siguientes criterios:

- Oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva.
- Adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- Inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica con utensilios limpios, y no biberones.
- Adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el tipo

de alimentos ofrecidos al niño deben ser adecuados para su edad.

*** Higiene en la preparación y conservación de los alimentos**

Para prevenir enfermedades diarreicas a causa de agua y alimentos contaminados, factor importante en la aparición de desnutrición y anemia en niños, por la pérdida de nutrientes y a la inapetencia que se presenta.

La O.M.S., Organización Mundial de la Salud, ha resumido en 10 puntos las normas básicas de higiene y manipulación de los alimentos, a fin de preservar la salud.

Reglas de la OMS:

- ✚ Elegir alimentos tratados con fines higiénicos. Hay algunos alimentos que no necesitan tratamientos específicos para su consumo, como son las frutas y verduras, pero hay otros cuyo consumo sólo es seguro cuando han sido tratados con sistemas específicos. Así por ejemplo, la leche hay que adquirirla pasteurizada y no cruda. Las aves también son tratadas para que su consumo resulte más seguro desde el punto de vista sanitario.
- ✚ Cocinar bien los alimentos. La temperatura mínima de seguridad es de 70 °C en toda la masa del alimento.
- ✚ Consumir lo antes posible los alimentos cocinados. Cuando los alimentos pierden temperatura, los microorganismos empiezan a proliferar. Cuanto mayor es la espera, mayor es el riesgo de contaminación.
- ✚ Guardar adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que éstos estén más de dos horas entre las llamadas temperaturas de riesgo, entre 70 y 5 °C.
- ✚ Recalentar adecuadamente los alimentos cocinados. La totalidad del alimento debe llegar a los 70 °C, como medida de protección

frente a los posibles microorganismos que puedan haber proliferado en el mismo.

- ✦ Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados. Un alimento puede contaminar a otro provocando una contaminación cruzada.
- ✦ Lavarse las manos a menudo. Antes y después de entrar en contacto con los alimentos, así como al cambiar de tarea, ir al servicio, sonarse o después de cualquier actitud que pueda ser contaminante.
- ✦ Mantener limpias las diferentes superficies en la cocina. Esta tarea, a ser posible, debe realizarse con detergentes clorados (lejías).
- ✦ Mantener los alimentos fuera del alcance de animales, tanto domésticos como insectos o roedores. La mejor manera de proteger los alimentos es mantenerlos aislados del suelo, bien guardados en recipientes cerrados.
- ✦ Utilizar agua potable y clorada para la limpieza y cocción de los diferentes alimentos. Una causa importante de contaminación puede ser la insalubridad del agua utilizada.⁽²¹⁾

*** Inicio de la alimentación complementaria**

Muchos órganos y sistemas de los niños menores de seis meses están en proceso de adquirir todas sus funciones, después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño ha adquirido la madurez para metabolizar y absorber otros tipos de alimentos diferentes a la lactancia materna, a través de enzimas.⁽¹⁵⁾

Todo niño a término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono de la leche, en consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio las enzimas necesarias para la digestión de hidratos de carbono más

complejos (almidones), aún no están presentes en el momento del nacimiento, su actividad comienza alrededor de los cuatro meses, por ello la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a los lípidos, se observa que su absorción es deficiente durante los primeros meses de vida. Aparentemente la concentración de enzimas responsables de la digestión de las grasas en el recién nacido es ligeramente menor a la de épocas anteriores. Sin embargo las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente antes de los seis meses de edad; por lo tanto, es inconveniente incluir en la dieta del lactante menor a esta edad, alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción.

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento. No obstante, la pared intestinal del recién nacido es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio, originando reacciones alérgicas, siendo las más frecuentes aquellas que se presentan con la albumina de la leche de vaca y la clara de huevo. Esta permeabilidad persiste hasta los seis meses de edad; por ello no se recomiendan introducir cítricos antes de esa edad para disminuir el riesgo de sensibilidad frente a estos alimentos.

También a esta edad, el niño ya tiene la capacidad neuromuscular que le permite participar de la alimentación, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran; esto favorece la movilización del alimento dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad.

Tipos y adición de alimentos

• Cereales

A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se incluye en la dieta del lactante. Se van introduciendo a partir de los 6 meses; primero serán sin gluten para evitar sensibilizaciones (el trigo, avena y cebada contienen gluten; el arroz y el maíz, no) y a partir de los 7-8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten. Contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas (especialmente tiamina) y ácidos grasos esenciales; al tratarse de un alimento calórico, existe riesgo de sobrealimentación si se abusa de su consumo.

• Frutas

El consumo empezara a partir de los 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla; se deben emplear frutas variadas (papaya, manzanas, pera, uva, plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alérgicas como la fresa y el melocotón hasta el año. Suelen introducirse después de conseguida la aceptación de los cereales, aunque puede hacerse al revés. Proporcionan una fuente adicional de vitaminas como la Vitamina A presente en las frutas amarillas a rojas, Complejo Vitamínico B y vitamina C; así también son ricas en fibras las cuales favorecen el tránsito intestinal.

• Verduras

El consumo es a partir del 6º mes. Al principio papa, camote, calabaza y más tarde las demás verduras. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, espinacas, acelgas y nabos, etc. Y también las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos), conviene añadir una cucharadita de aceite de oliva o mantequilla al puré, pero no sal. Son fuente de vitamina A (en las hojas verdes), Complejo B y vitaminas C, ricas en

fibras y minerales.

• Carnes

Se empieza a partir del 6º mes, de preferencia por las menos grasas, como el pollo, en una cantidad de 10-15 gramos por día y aumentando hasta un máximo de 40 a 50 gramos. Conviene darla triturada junto con verduras. Aportan proteínas de alta calidad, lípidos, sales minerales, hierro, zinc y vitaminas.

• Pescado

Comenzar su introducción a la alimentación del niño pasando el 9º mes, con pescados blancos cocidos, por tener menor cantidad de grasa y ser potencialmente menos alérgico. En niños con antecedentes familiares deben esperar su introducción hasta pasado el año de vida. El contenido de aminoácidos de la carne y el pescado es similar, pero las grasas son principalmente no saturadas (Omega 3 y Omega 6) y aportan minerales, cloro, sodio, potasio, hierro (en los de carne negra) y sobre todo fosforo.

• Huevos

Al 9º mes se puede incluir la yema cocida, inicialmente un cuarto, la semana siguiente media, al mes la yema entera y el huevo entero (incluido clara) hacia el 12º mes. Se recomienda 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente grasas, ácidos grasos esenciales, vitamina A, D y hierro. La clara aporta principalmente proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, con gran capacidad alérgica.

• Legumbres

Son muy nutritivas si se combinan con cereales, proporcionan hierro y proteínas de excelente calidad similar a la de los productos de origen animal. Deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses,

teniendo cuidado de quitarle la cascara cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año.

• **Aceites y grasas**

Los aceites y grasas de origen vegetal adicionados a la dieta de lactantes y niños proporcionan buena cantidad de energía. Entre el 40 y 60% de la energía ingerida por niños alimentados con leche materna proviene de grasas. Los aceites y grasas especialmente vegetales, deben añadirse en una pequeña cantidad (1cucharadita) a la comida de los niños de 6 a 24 meses, ya que agregan una buena cantidad de energía en poco Volumen de alimento. También son utilizados para suavizar las comidas y mejorarles el sabor.⁽²²⁾

Características de la alimentación

Para asegurar que el niño satisfaga sus necesidades nutricionales, los alimentos complementares deben ser oportunos (introducción cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasen al que la leche materna exclusiva puede ofrecer), adecuados (proporcionando energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del niño en crecimiento); inocuo (preparado y almacenado de forma higiénica, ofrecido con las manos limpias y utilizando utensilios limpios), ofrecido con técnica, frecuencia y consistencia adecuadas con la edad.

• **Consistencia**

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamoras o purés, con una densidad energética no menor de 08 Kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de alimentos que se ofrecen, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, agüitas) no contienen

suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base y combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas, alimentos de origen animal, verduras, lácteos y derivados y frutas.

A los seis meses, se inicia con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se inician los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente al año deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

• **Cantidad**

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las necesidades energéticas del organismo y mantener así su equilibrio, previniendo una alimentación insuficiente o excesiva, asumiendo que la capacidad gástrica del niño guarda relación directa con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos que puede tolerar el niño en cada comida.

A partir de los seis meses empezara con 2 a 3 cucharadas de comida; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a $\frac{1}{2}$ taza que equivale de 3 a 5 cucharadas; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a $\frac{3}{4}$ de taza, equivalente de 5 a 7 cucharadas aproximadamente; y finalmente entre los 12 y 24 meses, el niño deberá comer 1 taza que es equivalente a 7 a 10 cucharadas por toma.

A partir de los seis meses, edad en que el niño empieza a comer, este debe tener su propio platito y cucharitas, a fin de que la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta.

• **Frecuencia**

La frecuencia de comidas está en función de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 1.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si al niño se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación diaria del niño sano y amamantado con frecuencia se dará de la siguiente manera: a los seis meses empezara con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 3 comidas diarias y continua con su leche materna; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales recibirá una adicional entre comida; y finalmente entre los 12 y 24 meses, el niño comerá tres comidas principales más dos adicionales y continua con su lactancia materna hasta los dos años de edad.

Los niños con bajo peso y/o anemia necesitan consumir alimentos con mayor frecuencia, en ellos es necesario el consumo de alimentos adicionales a los principales, es decir entre comidas a media mañana y a media tarde, de tal manera que consuma sus tres comidas principales más dos entre comidas, completando un total de cinco comidas al día.

Cuando el niño está enfermo debe darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos del niño, hasta dos semanas después de la convalecencia, también se le debe dar más líquidos: jugos de fruta, agua hervida.⁽²³⁾

Rol de la enfermera en la prevención de la anemia ferropénica

La enfermera juega un rol muy importante en atención integral del niño, brindando un cuidado holístico. La enfermera tiene varias funciones

y actividades centradas en las familias:

- ✚ Educadora de salud: Enseña a las familias de manera formal e informal, aspecto de la salud y enfermedad y actúa como principal comunicadora de información de salud.
- ✚ Motiva y facilita la adopción de actividades y estilo de vida saludable que promueven el bienestar.
- ✚ Brinda cuidados domiciliarios: realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.
- ✚ Defensora de la familia: Trabaja para ayudar a las familias y brinda orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- ✚ Desarrolla actividades de prevención y detección precoz de enfermedad: desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- ✚ Ejecuta actividades de promoción de la salud: ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante su autocuidado.
- ✚ Asesora: Desarrolla una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos
- ✚ Investigadora: Identifica problemas que surjan en el ejercicio de la profesión, busca respuesta y soluciones mediante la investigación cuantitativa disciplinar o interdisciplinaria.

En la operativización de actividades del Componente Etapa Vida Niño se desarrolla estrategias en forma conjunta con el equipo de salud. La enfermera en el consultorio de CRED realiza las siguientes actividades:

1. Realiza un interrogatorio a la madre sobre el estado del niño.
2. Pesa, talla y si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico con el fin de calcular la valoración nutricional.
3. Realiza el examen físico encéfalo-caudal y a la vez explicar a la madre cada acción que se realice.

4. Aplica el “Test peruano de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” y orienta la importancia de estimular al niño.
5. Solicita a todo niño mayor de 6 meses exámenes de hemoglobina y hematocrito, donde el cual la madre deberá recoger el resultado después de 3 días.
6. Si los resultados están por debajo 11g/dl, la enfermera deriva la historia a medicina donde el pediatra iniciara el tratamiento con sulfato ferroso.
7. Orienta sobre la alimentación según los grupos de edad y explica sobre los alimentos ricos en hierro
8. Realiza visitas domiciliarias para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.
9. Los resultados de estas evaluaciones así como otros datos son registrados en formatos: La Historia Clínica del niño, un Cuaderno de Registro diario, y el HIS.⁽²⁴⁾

2.3 Definición de términos

- **Conocimientos:** Información que refieren poseer las madres que acuden del puesto de salud de ocoruro acerca la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad.
- **Prácticas:** Actividades que refieren realizar las madres para la prevención de la anemia ferropénica.
- **Madres de niños de 6 a 24 meses:** Persona que se encarga del cuidado del niño y acude al puesto de Salud de ocoruro para la atención del mismo.
- **Anemia:** Es un trastorno del número de glóbulos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de 2 desviaciones estándar del promedio

según género edad y altura a nivel del mar.

- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica.
- **Consulta nutricional:** Es la atención especializada realizada por el profesional de enfermería dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.
- **Educación nutricional:** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria del comportamiento alimentario.
- **Hematocrito:** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito depende de la edad.
- **Hemoglobina:** Es una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteína.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1.Recolección de datos

La recolección de datos para la presentación de este informe y elaboración de los cuadros estadísticos, se han obtenido de

1. Libro de Registro y Seguimiento de Control de crecimiento y desarrollo-2017
2. Registro diario del cuaderno de Triaje-2017
3. Guías Y protocolo de CRED, micronutrientes-2017
4. Informes estadísticos mensuales de CRED y microtrientes-2017
5. Historias clínicas estandarizadas desde el nacimiento del niño
6. Carnet de Atención Integral de cinco años desde el nacimiento del niño
7. Padrón nominal de niños-2017
8. Registro Diario de Atención Integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente-2017
9. Encuestas Realizadas a las madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al puesto de salud de ocoruro-2017

3.2.Experiencia Profesional

Desde el año 1995, inicio mi actividad profesional con el Servicio Rural en el Centro de Salud de ocongate que pertenece a la provincia de Quispicanchis departamento del Cusco. Durante este periodo he observado diferentes problemas:

- Infraestructura inadecuada solo contaba con cinco consultorios
- Inaccesibilidad comunitaria
- La incidencia de la anemia está al 70%.
- Existía alta tasa de morbimortalidad por Edas e Iras, materno perinatal, alta tasa de fecundidad, natalidad,

- Existían 15 casos de tuberculosis
- Existía alta tasa de natalidad
- Existían casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea. se tuvo 35 casos en el año 1995.
- Existía alta tasa de casos de malaria.
- Se encontró en bajas coberturas en planificación familiar, Infección de Transmisión Sexual.,
- Existía hacinamiento en las familias.
- No se contaba con medios de comunicación no existían carreteras ni movilidad para trasladarse algunas comunidades.
- Las madres desconocían la anemia, la desnutrición crónica, no consumían alimento rico en hierro, así como hígado, así como sangrecita, pescado, no practicaban el lavado de manos durante la preparación de alimentos. Tampoco practicaban el cepillado dental, existían barreras culturales en relación a la sangrecita.
- Sabemos que la salud pública es la madre de toda la ciencia de la Salud que establece todas las pautas para un trabajo organizado concienzudo eficiente, y eficaz con el único afán de velar por la salud de la comunidad y más aún lograr el empoderamiento del individuo, familia y comunidad en la toma de sus propias decisiones concernientes a la salud y bienestar. Dentro de las acciones prioritarias esta la promoción de la salud tiene como objetivo fortalecer habilidades de las personas y es donde inicia mi intervención para mejorar los problemas encontrados, primero nos reunimos con el personal para realizar el plan de trabajo de la institución programando diferentes estrategias de intervención preventivo promocional como:

Sesiones educativa

Actividades intramurales y extramurales.

- Desde el año 1996 labore en diferentes establecimientos de salud de Nivel I-II hatas el año 2009 como contratada.
- En el año 2010 fui nombrada en el puesto de Salud de Ocoruro de la provincia de Espinar – cusco nivel I-II actualmente laboro en dicho puesto de Salud, Realizando las siguientes funciones:
 - Función asistencial.- Programa articulado nutricional (PAN)
 - El examen físico
 - Detección de enfermedades Prevalentes de la infancia.
 - Problemas visuales auditivos, salud oral y tamizaje de violencia intra familiar.
 - Suplementación con micronutrientes.
 - Evaluación de crecimiento y desarrollo y estado nutricional.
 - Manejo de problemas de desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.
 - Estimulación de desarrollo, y cuidado integral del niño.
 - Intervención de información y comunicación educativa a la familia para apoyo en la crianza.
 - Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo en la niña y el niño.
 - Consejería integral.
 - Consejería nutricional.
 - Consejería en lactancia materna exclusiva.
 - Visita domiciliaria.
 - Actividad de promoción de la salud.
 - Seguimiento y monitoreo de inmunizaciones.

- Aplicación de la norma técnica de salud para el manejo de cadena de frío en inmunizaciones.
- Aplicación de las vacunas de acuerdo a la norma técnica sanitaria N°080 Minsa.DG y ESP-v-04.
- Actividades de vigilancia epidemiológica
- Recolección y notificación de datos.
- Consolidar, procesar y analizar los datos.
- Formular las recomendaciones para la intervención oportuna.
- Difundir la información.
- Supervisar y evaluar.
- Actividades extramurales en promoción de la salud.
- Visita domiciliaria con el objetivo de contribuir en el cuidado de la salud de los miembros de la familia a través de los conocimientos, prácticas y comportamientos saludables, el lavado de manos, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses alimentación y nutrición saludable, actividad física, convivencia armónica familiar, ordenamiento de vivienda, higiene personal adecuado, cepillado dental, atención integral de salud, capacitación a la junta vecinal en los temas de salud, capacitación a los agentes comunitarios de salud, capacitación a Municipios, capacitación a docentes e instituciones educativas, sesiones educativas y demostrativas en nutrición.

Habiendo logrado el incremento las coberturas en los programas antes mencionados se disminuyó la morbimortalidad infantil, se disminuyó en un 2% la anemia y la desnutrición crónica en niño menores de 2 años se disminuyeron los casos de neumonía y Edas en niños menores de 2 años por la administración oportuna de las vacunas rotavirus neumococo y otros.

CUADRO N° 1
ETAPAS DE VIDA Y GRUPOS ETAREOS

ETAPA DE VIDA	GRUPOS ETAREOS.
<u>NIÑO</u>	MENOR DE 1 AÑO DE 1 A 4 AÑOS DE 5 A 11 AÑOS.
<u>ADOLECENTE</u>	DE 12 A 17 AÑOS
<u>JOVEN</u>	<u>DE 18 A 29 AÑOS</u>
<u>ADULTO</u>	<u>DE 30 A 59 AÑOS</u>
<u>ADULTO MAYOR</u>	<u>DE 60 AÑOS A MAS</u>
<u>GESTANTE Y PUERPERAS</u>	

FUENTE CARTERA DE SERVICIO DEL PUESTO DE SALUD OCORURO-2017.

El puesto de salud de ocuro atiende a una población de 1601 habitantes según el instituto nacional de estadística e informática INEI 6 comunidades y anexos. Cuenta con zonas geográficas inaccesibles que dificultan la atención integral oportuna del niño y la niña así mismo demuestra el mapa del distrito de ocuro para tener mejor referencia.

POBLACIÓN POR GRUPO ETÁREO 2017

Para la atención de la población se cuenta con el siguiente personal.

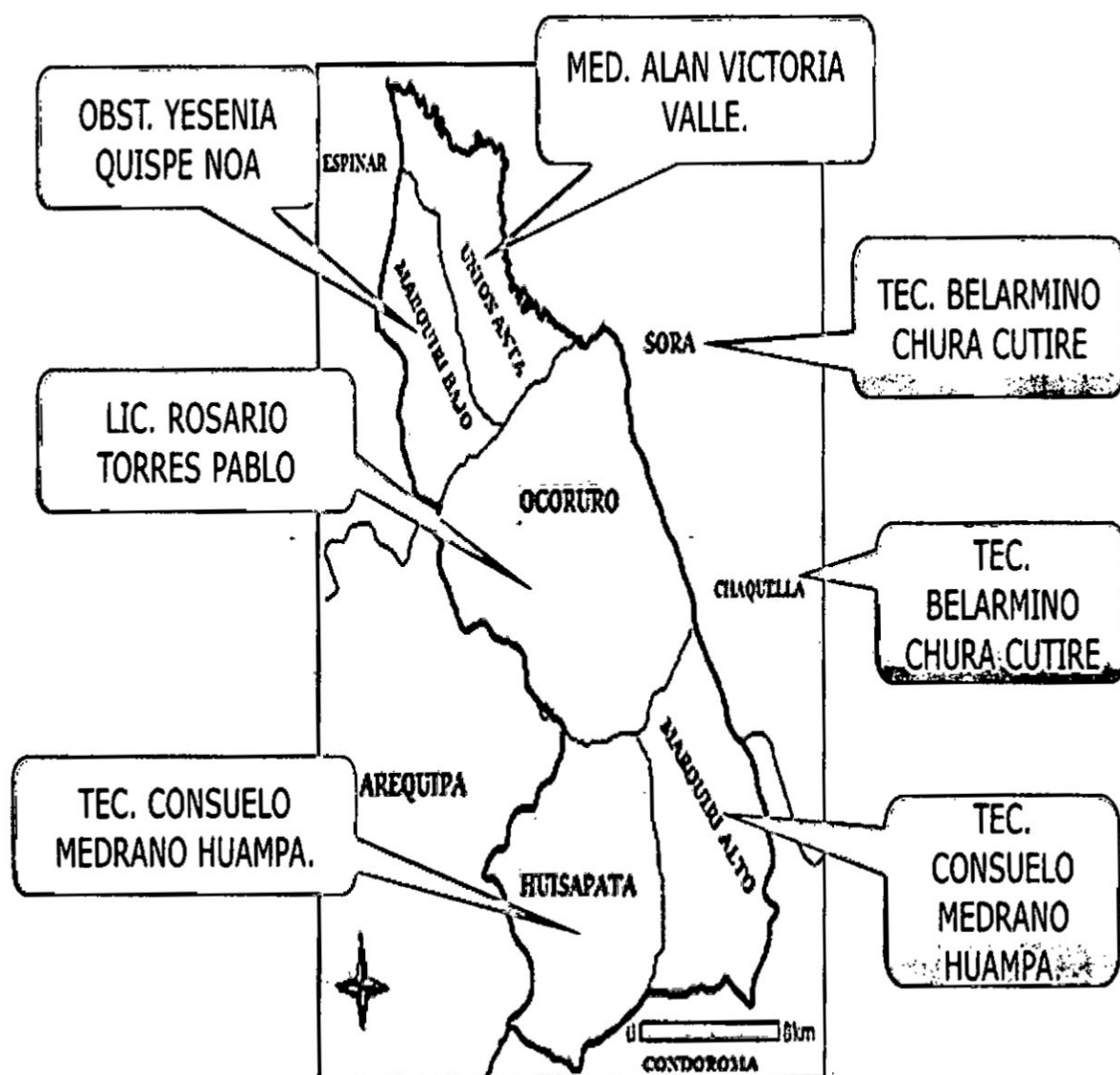
POBLACION	COMPOSICION	Nº	%	TOTAL
NIÑO	RN - 0-28 DIAS	0	0	334
	NIÑOS >28 DIAS (Menores de 1 año)	18	5.4	
	NIÑOS DE 1 AÑO	23	6.9	
	NIÑOS DE 2-4 AÑOS	89	26.6	
	NIÑOS DE 5-9 AÑOS	152	45.6	
	NIÑOS DE 10-11 AÑOS	52	15.5	
ADOLESCENTE	12-14 AÑOS	72	47.4	152
	15-17 AÑOS	80	52.6	
JOVEN	18-29 AÑOS	291	100	291
ADULTO	30-59 AÑOS	557	100	557
ADULTO MAYOR	60 AÑOS - a más	267	100	267
	TOTAL GENERAL	1601		1601
MUJER	MEF	372		
	GESTANTES	27		

FUENTE: Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, 2016

GRÁFICO N° 1
MAPA DEL DISTRITO DE OCORURO



“SECTORIZACIÓN DEL PUESTO DE SALUD OCORURO 2017”



CUADRO N° 2

PERSONAL QUE LABORA EN EL PUESTO DE SALUD DE OCORURO.

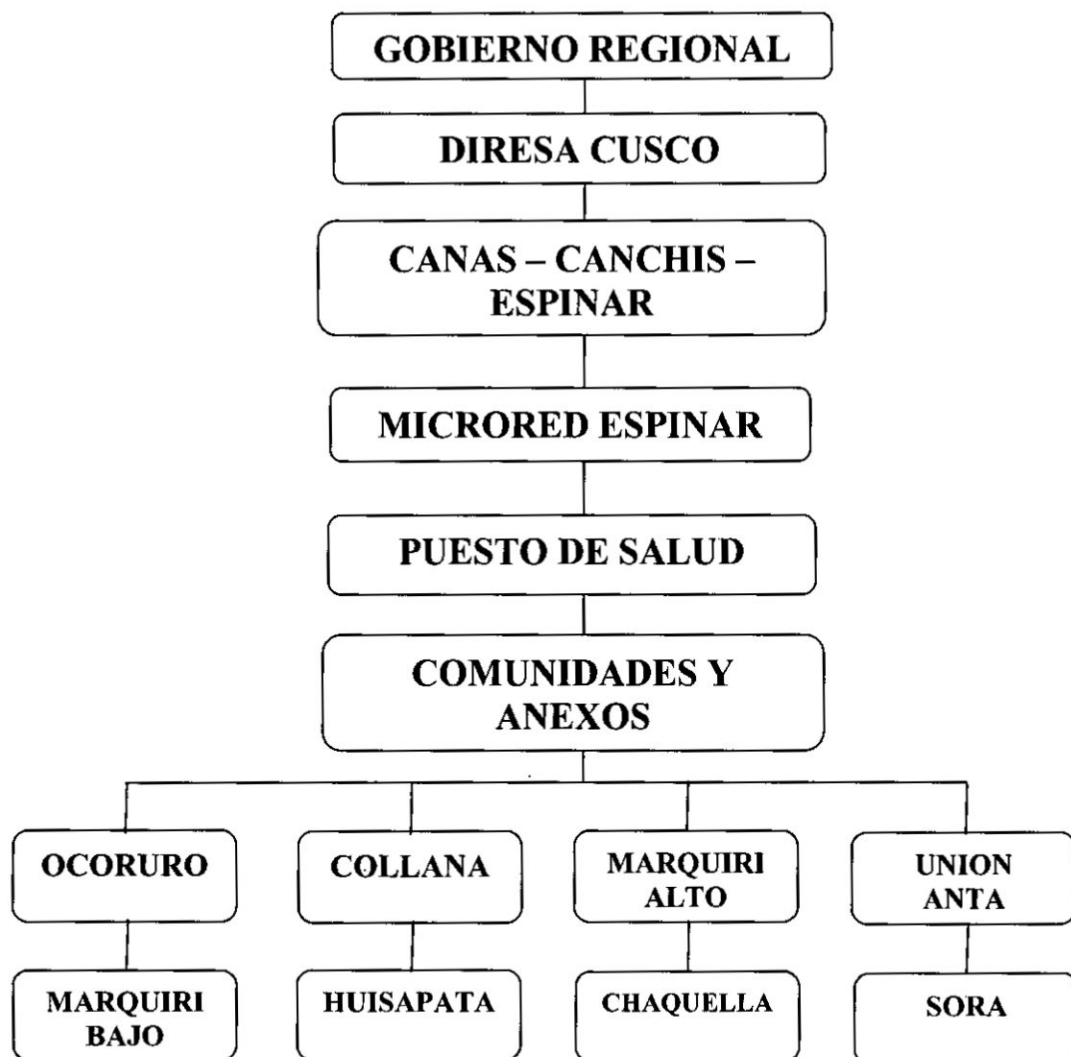
PERSONAL	N°
MEDICOS GENERALES	1
ENFERMERIA	1
OBSTETRIZ	1
TECNICOS DE ENFERMERIA	2
PERSONAL DE APOYO (LIMPIEZA Y VIGILANCIA)	1
TOTAL	6

Fuente informe Personal.

LOS SERVICIOS QUE BRINDAN SON:

- MEDICINA GENERAL
- SALUD MATERNO NEONATAL
- FARMACIA
- CONSULTORIO DE ENFERMERIA
- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESAROLLO
- INMUNIZACIONES
- NUTRICION
- CONTROL DEL ADOLECENTE
- TBC
- EPIDEMIOLOGIA
- TOPICO
- HOSPITALIZACION
- CASA DE ESPERA DE GESTANTE

ORGANIGRAMA DEL PUESTO DE SALUD DE OCORURO.



En los años transcurridos he tenido la oportunidad de tener la responsabilidad en los diferentes estrategias control de crecimiento y desarrollo del niño sano, inmunizaciones, salud del adolescente, joven, adulto, adulto mayor, TBC, promoción de la salud, materno neonatal atención de partos, planificación familiar, epidemiología, responsable de almacén, zoonosis y saneamiento ambiental, etc.

En el campo administrativo he alcanzado nuevas experiencias al desempeñar la coordinación y jefatura del puesto de salud Ocoruro. En lo

que concierne al rol de enfermería es conveniente presentarle según los campos de acción de enfermería

FUNCION DOCENCIA

- Planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del personal de enfermería
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, local
- Planificar funciones educativas y docencia
- Investigar, divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de la salud de enfermería

FUNCION ASISTENCIAL

- Cuidar la salud, individuo, en forma personalizada, integral y continua respetando sus valores costumbres y creencias

Programa articulado nutricional (PAN)

Se realiza el examen Físico del niño.

Detección de Enfermedades Prevalentes (AIEPI problemas visuales, auditivos, salud oral y tamizaje de violencia intrafamiliar.

Suplementación con micronutrientes, evaluación de Crecimiento y desarrollo, estado nutricional

Manejo del problema del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive, estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño, de acuerdo a su edad.

Intervención de información y comunicación educativa a la familia en el apoyo de la crianza.

Identificación de factores condicionantes de la salud nutrición. Crecimiento, desarrollo.

Consejería integral.

Consejería nutricional.

Consejería en lactancia materna exclusiva.

Visita domiciliaria.

Actividades de promoción de la salud.

Seguimiento y monitoreo de inmunizaciones.

Aplicación de la norma técnica de salud para el manejo de la cadena de frío.

Aplicación de las vacunas de acuerdo a las norma técnica sanitaria N°.80 MINSA.

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

- recolección y notificación de datos
- consolidar procesar y analizar los datos.
- formular la recomendación para la intervención oportuna.
- difundir la información.
- supervisar y evaluar.

ACTIVIDADES EXTRAMURALES EN PROMOCION DE LA SALUD.

Visitas domiciliarias con el objetivo de contribuir en el cuidado de la salud, de los miembros de la familia a través de los conocimientos prácticas y comportamientos saludables. El lavado de manos lactancia materna exclusiva hasta los seis meses alimentación complementarias y nutrición saludable, actividad físicas.

FUNCION ADMINISTRATIVA.

1. Como jefa me he desempeñado durante 21 años en los diferentes establecimientos de salud.
2. Participar en la organización de salud.
3. Planifica y controlar los cuidados de enfermería,
4. Participa en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en el nivel local.

5. Asesora en materias administrativas unidades o servicios de salud en el I nivel.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación en la calidad de las actividades de enfermería.
 - Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
 - Velar por la organización de la institución, y trabajo del personal de salud.
 - Controlar y cumplir los principios de asepsia y antiacepcia.
 - Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y vioeticos.
 - Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del equipo de trabajo de enfermería.
 - Participar y dirigir las reuniones del servicio de enfermería que son programados según el pirámide del equipo de trabajo.
 - Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
 - Supervisar en el área de desempeño laboral para mejorar los servicios.
 - Realizar el manual de organización de funciones del personal (MOF).
 - Elaborar e-
 - Función docencia-diseñar y planificar participar, en programas de Educación, permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
 - Planificar y ejecutar y controlar el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
 - Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal local.
 - Planificar y participar funciones disciplinarias y docencias.
 - Impartir docencias en el puesto de trabajo.

- Investigar y divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, en enfermería y desarrollo asistencial.
- Cuidado de salud e individuo en forma personalizada e integral respetando sus valores y costumbres y creencias.

Se ejecutó los planes estratégicos para la atención integral del niño.

3.3. Procesos realizados en el tema del trabajo académico

1. Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación en especial el uso de los alimentos en hierro.
2. Se realizaron sesiones demostrativas de preparación de alimentos con las madres de los niños de 6 a 24 meses y gestantes también realizando la práctica del lavado de manos.
3. Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses,
4. Promover y evitar la anemia en los niños de 6 a 24 meses realizando sesiones educativas sobre el consumo de micronutrientes, sulfato ferroso, vitamina A.

La satisfacción como enfermera es ver que hoy en día que las madres de la comunidad de ocoruro ponen en práctica lo aprendido lo que son verificados mediante visitas domiciliarias.

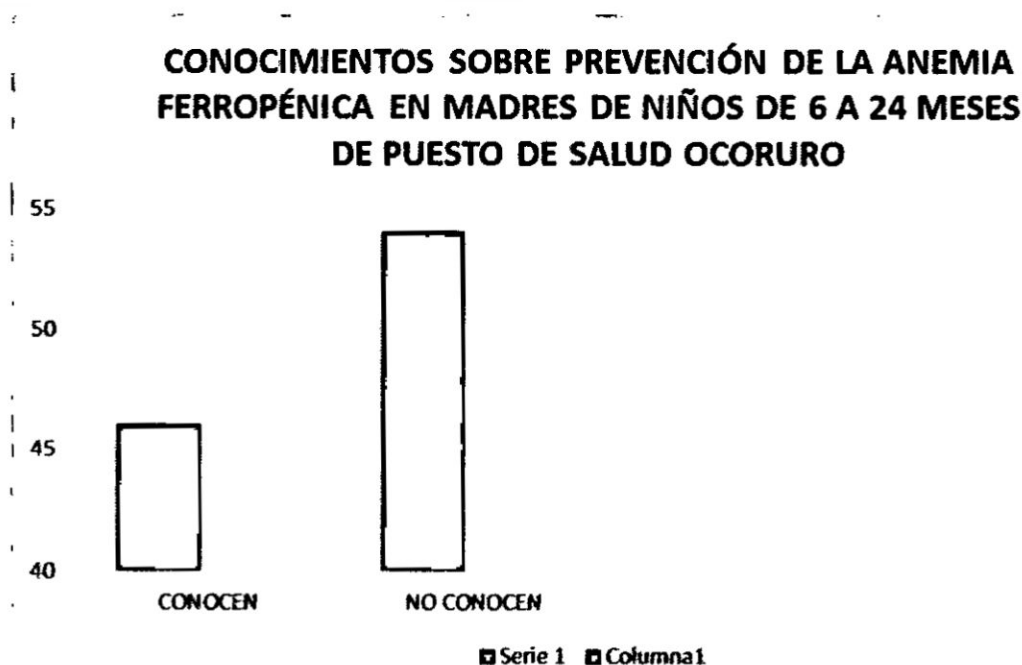
* Datos específicos:

GRAFICO N° 2
CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE UN PUESTO DE SALUD
OCORURO PERU- 2017

ANEMIA	N°	%
CONOCEN	23	46
NO CONOCEN	27	54
TOTAL	50	100%

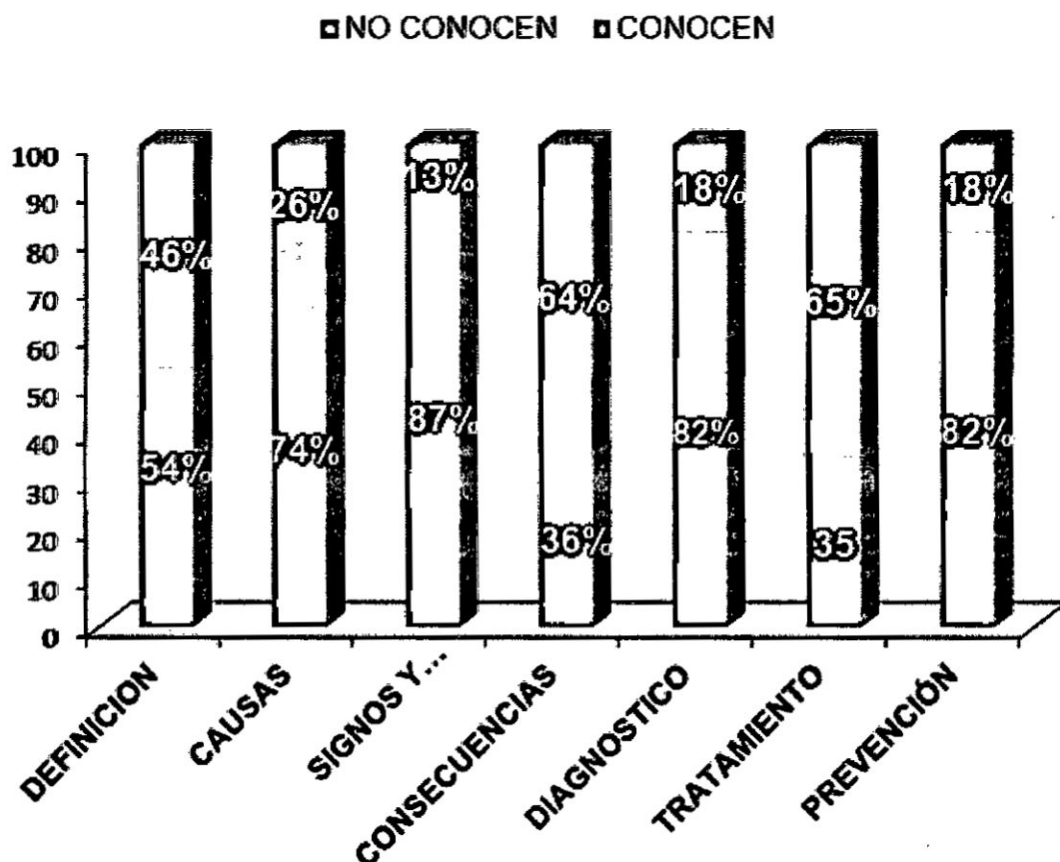
Fuente: Aplicación de cuestionario

En el gráfico N° 2 se puede observar que del 100% (50) de madres encuestadas, el 54% (27) de madres no conocen y el 46% (23) de madres conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica.



En el gráfico N° 2 se puede observar que del 100% (50) de madres encuestadas, el 54% (27) de madres no conocen y el 46% (23) de madres conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica.

GRAFICO N° 3
CONOCIMIENTOS SEGÚN INDICADORES SOBRE PREVENCIÓN DE
LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24
MESES DEL PUESTO DE SALUD OCORURO CUSCO-PERÚ
2017



Fuente: Aplicación de cuestionario

En el gráfico N°3 podemos observar que el 54%(27) de las madres conoce que la anemia ferropénica es la disminución de hemoglobina por deficiencia de hierro y el 46%(23) no conocen su definición.

En relación a las causas de la anemia el 74%(37) conoce las causas; señalando que la principal causa es el escaso consumo de alimentos ricos en hierro y el 26%(13) no conocen.

El 87%(44) de las madres saben que un niño con anemia ferropénica presenta disminución del apetito, palidez y mucho sueño; y el 13%(7)

no conoce sus características.

Al preguntarle sobre las consecuencias de la anemia en los niños el 36%(18) sabe que era el "bajo rendimiento escolar" y el 64%(32) no conoce sus consecuencias. El 82%(41) de las madres saben que la prueba de hemoglobina y hematocrito confirma el diagnóstico de la anemia; y el 18%(9) respondió incorrectamente. El 35%(18) de las madres saben que el sulfato ferroso es la medicina que sirve para el tratamiento de la anemia y el 65%(33) no conoce. En relación a la prevención de la anemia ferropénica el 82%(41) de las madres saben que alimentos contiene gran cantidad de hierro; y a su vez, que alimentos impiden e favorecen la absorción del hierro. Y el 18%(9) no conoce.

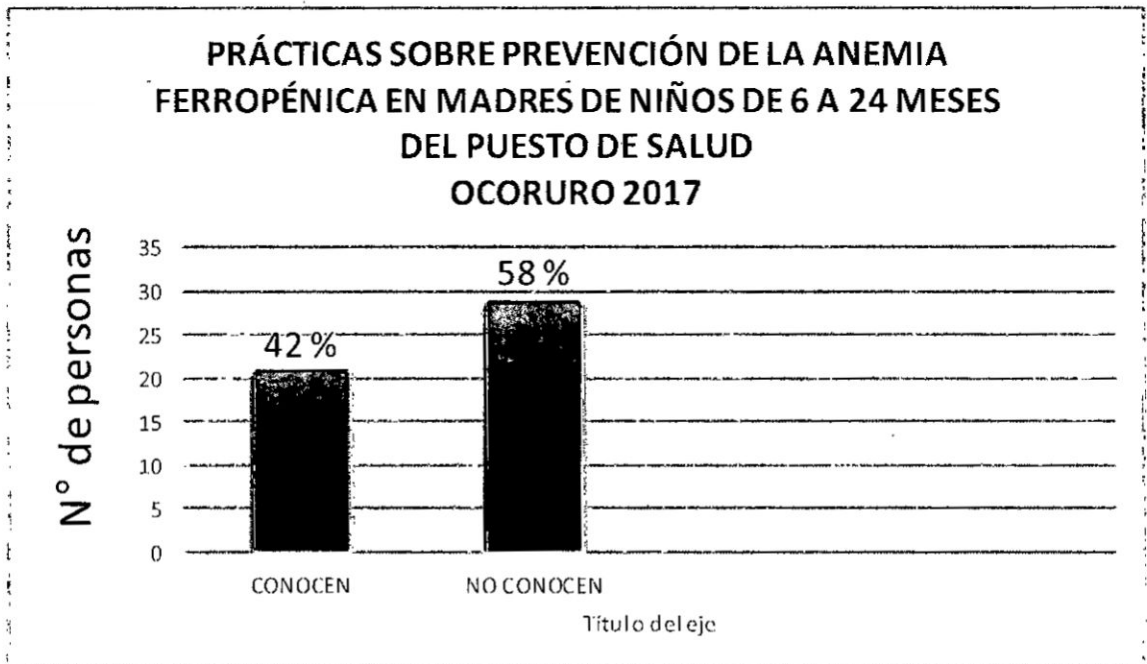
GRAFICO N° 4

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DEL PUESTO DE SALUD OCORURO 2017

MADRES	N°	%
CONOCEN	21	42
NO CONOCEN	29	58
TOTAL	50	100%

Fuente: Aplicación de cuestionario

En la gráfica N°4 se puede observar que del 100% de madres encuestadas, el 58% (29) de madres tienen practicas inadecuadas y el 42%(21) de madres tienen practicas adecuadas



En la grafica N° 4 se puede observar que el 100% de madres encuestadas, el 58%(29) de madres tienen practicas inadecuadas y el 42% (21) de madres tienen practicas adecuadas.

IV. RESULTADOS

*** Datos generales:**

En el gráfico N° 2 se puede observar que del 100% (50) de madres encuestadas, el 54% (27) de madres no conocen y el 46% (23) de madres conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica.

En el gráfico N°3 podemos observar que el 54%(27) de las madres conoce que la anemia ferropénica es la disminución de hemoglobina por deficiencia de hierro y el 46%(23) no conocen su definición. En relación a las causas de la anemia el 74%(37) conoce las causas; señalando que la principal causa es el escaso consumo de alimentos ricos en hierro y el 26%(13) no conocen. El 87%(44) de las madres saben que un niño con anemia ferropénica presenta disminución del apetito, palidez y mucho sueño; y el 13%(7) no conoce sus características. Al preguntarle sobre las consecuencias de la anemia en los niños el 36%(18) sabe que era el “bajo rendimiento escolar” y el 64%(32) no conoce sus consecuencias. El 82%(41) de las madres saben que la prueba de hemoglobina y hematocrito confirma el diagnóstico de la anemia; y el 18%(9) respondió incorrectamente. El 35%(18) de las madres saben que el sulfato ferroso es la medicina que sirve para el tratamiento de la anemia y el 65%(33) no conoce. En relación a la prevención de la anemia ferropénica el 82%(41) de las madres saben que alimentos contiene gran cantidad de hierro; y a su vez, que alimentos impiden e favorecen la absorción del hierro. Y el 18%(9) no conoce.

En la gráfica N°4 se puede observar que del 100% de madres encuestadas, el 58% (29) de madres tienen practicas inadecuadas y el 42%(21) de madres tienen practicas adecuadas.

El 80 % de madres participan en sesiones demostrativas en nutrición.

Se disminuyó la anemia en el Distrito de Ocoruro al 20 % de los años anteriores.

V. CONCLUSIONES

- a) Teóricamente las madres conocen la definición de la anemia los signos y síntomas de la anemia y no poniendo en práctica lo aprendido.
- b) Las madres no reconocen la consecuencia de la anemia como el bajo rendimiento escolar.
- c) Las madres desconocen la importancia del sulfato ferroso para el tratamiento de la anemia.
- d) Las madres no les brinda a sus hijos alimentos q contengan grandes cantidades de hierro (vísceras, vegetales y a su vez no reciben alimentos q permitan la absorción (vitamina c) poniendo en riesgo a sus hijos a que presenten anemia.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Promover la importancia de la anemia fortaleciendo el conocimiento a las madres sobre el consumo de alimentos ricos y hierro.
- b) Enfatizar en el seguimiento y monitoreo permanente de las madres con niños con anemia través de las visitas domiciliarias, sesiones educativas y demostrativas en nutrición.
- c) Promover la importancia de las adecuadas prácticas del consumo del sulfato ferroso y micronutrientes para prevenir la anemia y cumplir con el tratamiento de los niños con anemia.

VII. REFERENCIALES

1. Instituto Nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Encuesta Nacional Demográfica y Salud Familiar ENDES Perú 2012.
2. Instituto Nacional de estadística e informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú 2012.
3. Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente. 2014.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2014.
5. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.
R.M. –n°990 – 2010/minsa. Lima – Perú 2011.
6. ENFASIS. Alimentación, Junio 2014.
7. Wilson Daza, Silvana Dadán, 2014 Alimentación complementaria en el primer año de vida.
8. Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente.2014.
9. Bolaños Carlos, 2013 en Guatemala realizó la investigación titulada "Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad".

10. González Martha García Ana, Satriano Rosario, 2015 en Uruguay realizaron un "Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad".
11. Quispe Cáceres Cesar Augusto 2016 La presente investigación se realizó en Arequipa, distrito Paucarpata.

ANEXOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Buenos días, mi nombre es rosario torres pablo, soy licenciada de enfermería del puesto de Salud Ocoruro, en esta oportunidad en esta oportunidad estoy aplicando el cuestionario para obtener datos del conocimiento y practicas sobre la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan preguntas con 4 alternativas de respuesta Usted responderá la que considere más apropiada.

DATOS GENERALES

1.- EDAD DE LA MADRE:

2.- EDAD DEL NIÑO:.....

3.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Primaria incompleta ()
completa ()
- b. Secundaria incompleta ()
completa ()
- c. Técnico incompleta ()
completa ()
- d. Superior universitario incompleta ()
completa ()

4.- OCUPACIÓN:.....

5.- N° DE HIJOS:.....

6. Estado civil:

- a) Soltero
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Separada

CONTENIDO

1. Ud. Considera que la anemia es:

- a. La disminución de la hemoglobina
- b. La disminución de la glucosa
- c. El aumento de la hemoglobina
- d. La disminución del colesterol

2. Ud. Considera que el hierro es:

- a. Una vitamina presente en los alimentos
- b. Un mineral necesario en la alimentación del niño
- c. Un nutriente presente en los alimentos
- d. Un suplemento necesario en la alimentación del niño.

3. La anemia ferropénica para Ud. es causada por la deficiencia de un mineral llamado:

- a. Calcio
- b. Fosforo
- c. Hierro
- d. Vitamina C

4. ¿Para Ud. en qué caso el niño está en más riesgo de sufrir de anemia?

- a. Un niño sin parásitos
- b. Un niño de 12 meses
- c. Un niño prematuro y bajo peso al nacer
- d. Un niño alimentado con leche materna

5. Para Ud. un niño con anemia presenta las siguientes características:

- a. Aumento de apetito, fiebre, cansancio
- b. Disminución del apetito, palidez y mucho sueño
- c. Fiebre, palidez y dolor de cabeza
- d. Dolor de huesos, fiebre y cansancio.

6. Una de las consecuencias que puede ocasionar en el niño la anemia es:

- a. El aumento de peso

- b. La diarrea
- c. El dolor muscular
- d. El bajo rendimiento escolar

7. ¿Qué tipo de prueba conoce usted para diagnosticar la anemia en su niño?

- a. Colesterol
- b. Glucosa
- c. Hemoglobina y Hematocrito
- d. Parasitosis

8. ¿A partir de qué edad se debe de realizar la prueba de hemoglobina para descartar anemia en su niño?

- a. 6 meses
- b. 8 meses
- c. 7 meses
- d. 12 meses

9. Un niño con anemia tendrá una hemoglobina:

- a. menor a 11g/dl
- b. mayor a 11g/dl
- c. menor a 12g/dl
- d. mayor a 12g/dl

10. ¿Qué medicamento utiliza para el tratamiento de la anemia?

- a. calcio
- b. vitaminas
- c. paracetamol
- d. sulfato ferroso

11. ¿Qué alimentos daría Ud. a un niño después de los seis meses de edad para prevenir la anemia?

- a. Papillas y sopas
- b. Leche materna y alimento rico en hierro
- c. sopas y sangrecita
- d. Solo leche materna

12. ¿Qué alimentos conoce UD. que contenga gran cantidad de hierro?

- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
- b. Beterraga, huevo, carnes y papas

- c. Frutas, verduras, arroz y menestras
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

13. ¿Cuáles son los alimentos que favorecen la absorción del hierro en nuestro organismo?

- a. café, infusiones
- b. Jugo de naranja, limonada
- c. chicha morada, agua
- d. Leche, yogur

14. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?

- a. Trigo, papa, café
- b. Café, té, infusiones
- c. Limonada, agua, verduras
- d. Frutas secas, té, infusiones

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Buenos días, mi nombre es rosario torres pablo, soy licenciada de enfermería del puesto de Salud Ocoruro, en esta oportunidad en esta oportunidad estoy aplicando el cuestionario para obtener datos del conocimiento y practicas sobre la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

- 1. Marque con un aspa las actividades que realiza para preparar los alimentos de su niño.**

ACTIVIDADES	SI	NO
- Me lavo las manos antes y después de darle de comer a mi niño.		
- Reviso que los alimentos estén frescos y en buen estado de conservación.		
- Cuento con los utensilios (plato, cuchara) propios para mi niño.		
- A mi niño le doy agua o leche en biberón		
- Limpio el biberón en agua caliente después de cada uso.		

- 2. ¿A qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?**

- a. 5 meses o menos
- b. 6 meses
- c. 7 meses o mas

3. ¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

4. ¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?

- a. Solo toma pecho
- b. De 1 a 2 veces
- c. Más de 2 veces

5. ¿Cómo le da los alimentos a su niño?

- a. Aplastados
- b. Triturados
- c. Picados
- d. Olla familiar

6. ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?

- a. De 2 a 3 cucharadas o $\frac{1}{4}$ de taza
- b. De 3 a 5 cucharadas o $\frac{1}{2}$ taza
- c. De 5 a 7 cucharadas o $\frac{3}{4}$ de taza
- d. De 7 a 10 cucharadas o 1 taza

7. ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?

- a. 2 veces
- b. 3 veces
- c. 4 veces
- d. 5 veces

8. ¿A su niño le brinda multimicronutrientes?

- a. Si
- b. No

Como lo prepara?

.....

9. ¿Qué **bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?**

- a. Leche materna, agua, manzanilla
- b. Jugo de naranja, limonada, jugo de piña
- c. chicha morada, infusiones, agua
- d. Solo agua

10. ¿Con que frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	1 VEZ POR SEMANA	2 VECES A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	MENSUAL	NUNCA
Carne de res						
Pollo						
Pescado						
Hígado						
Sangrecita						
Bazo						
Lentejas						
Garbanzo						
Espinaca						
Brocoli						
zanahoria						
papa						
arroz						

IMAGEN 1

Sesión educativa en nutrición



IMAGEN 2

Sesión demostrativa en práctica lavado de manos



IMAGEN 3



IMAGEN 4
Sesión educativa sobre anemia



IMAGEN 5
Sesión educativa sobre entornos saludable



IMAGEN 6
Sesión educativa sobre anemia en gestantes



IMAGEN 7
Sesión de estimulación temprana en el centro de promoción de Vigilancia comunal



IMAGEN 8
Sesión educativa sobre anemia con las madres de la comunidad de Collana



IMAGEN 9
Estimulación temprana en el consultorio de
Crecimiento y desarrollo

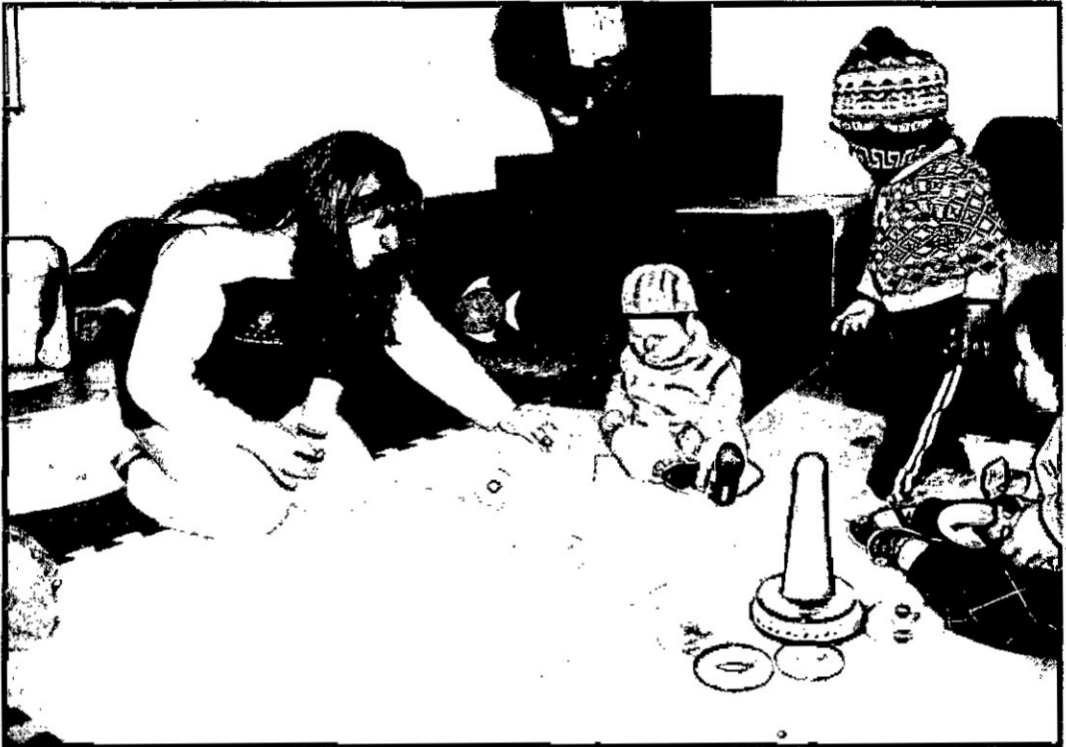


IMAGEN 10
Sesión demostrativa en nutrición

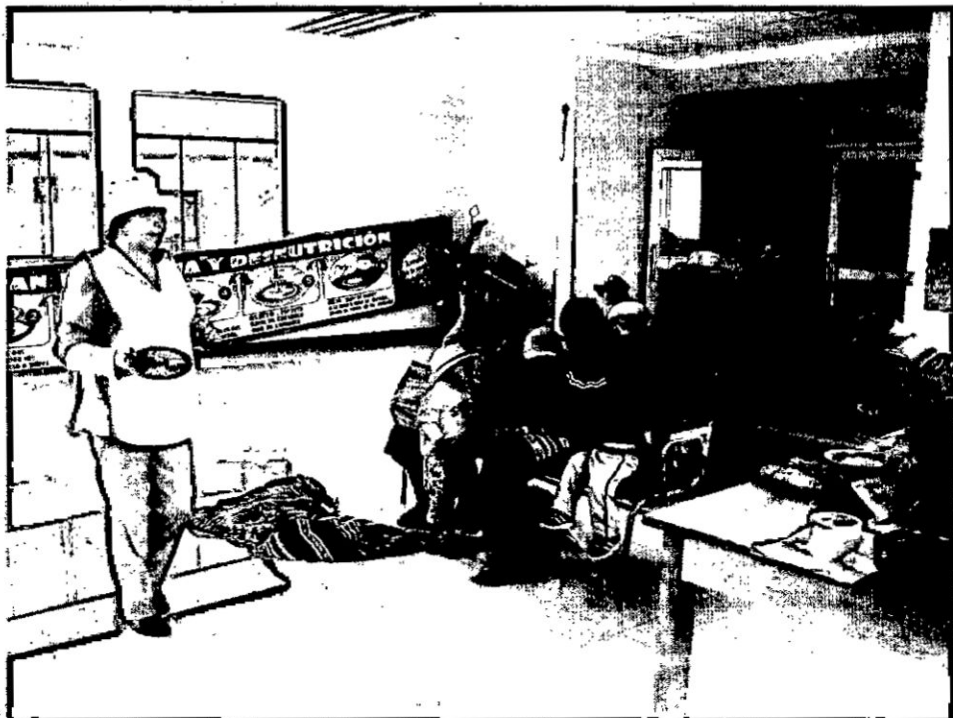


IMAGEN 11
Sesión demostrativa en nutrición con las madres
Del distrito de Ocoruro



IMAGEN 12
Sesión demostrativa en nutrición con las
Madres de Marquiri alto



IMAGEN 13
Sesión educativa sobre nutrición saludable



IMAGEN 14
Sesión educativa sobre el consumo de alimentos ricos en hierro



IMAGEN 15
Sesión educativa sobre nutrición con las
Madres de vaso de leche

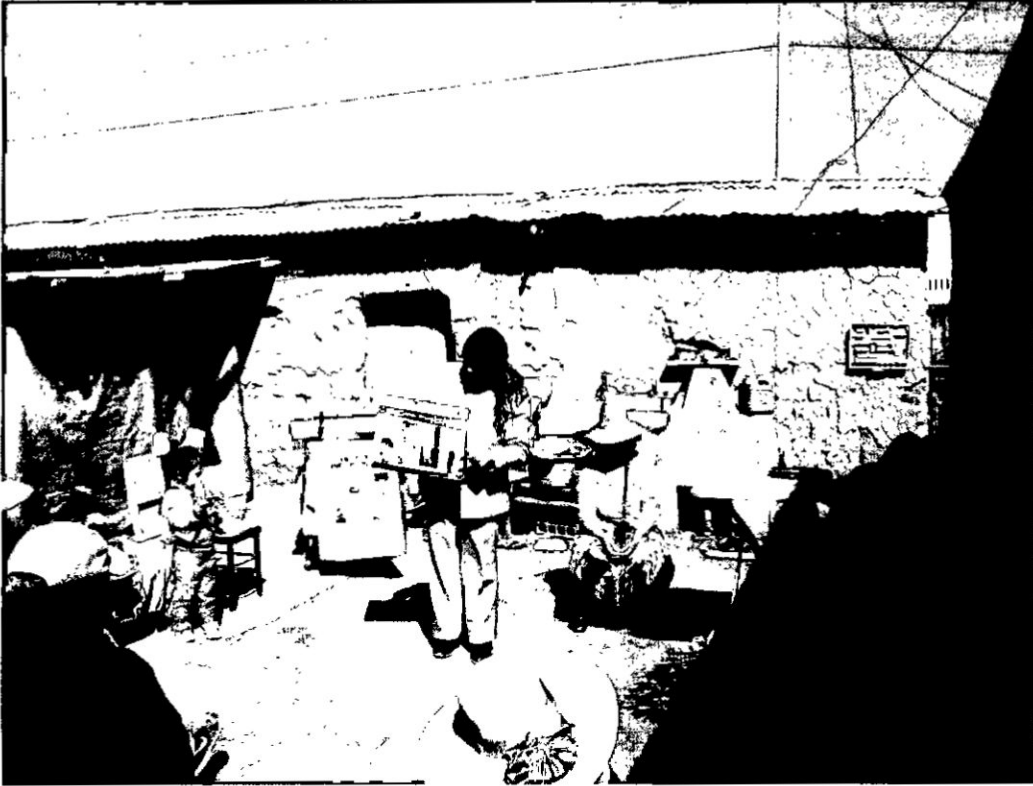


IMAGEN 16
Sesión educativa sobre nutrición con las
Madres de vaso de leche



IMAGEN 17

Taller de capacitación a promotores de salud sobre la nutrición



IMAGEN 18

Taller de capacitación a promotores de salud sobre la anemia



IMAGEN 19
Atención de Niño con anemia leve



IMAGEN 20
Orientación y consejería a la madre sobre la administración de Sulfato ferroso



FUENTE: Elaboración Propia, 2017