

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



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ANEMIA
DE 6 A 18 MESES EN EL PUESTO DE SALUD SAYLLA
CUSCO 2016- 2017

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA

LUCILA AYALA FARFAN

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: Mg. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 208

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato Nº 910-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	27
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIALES	38
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú. Su prevalencia en niños y niñas menores de 5 años está por encima del 40% a nivel nacional y del 60% en varios departamentos, es decir, con alrededor de tres cuartos de millón de niños menores afectados. Este problema es una de las prioridades de investigación en el Perú, teniendo en cuenta la evidencia del impacto negativo de la anemia, sobre el desarrollo humano y constituye el problema nutricional más grave en el mundo.

Es en el hierro, donde el oxígeno se une para ser trasladado a todo el organismo, a través de los glóbulos rojos es tan importante este metal en los primeros años de vida, porque el 80% del total de hierro que existe el adulto fue almacenado en su cerebro durante la primera década de la vida.

En ese sentido, en el presente informe se tiene como objetivo describir la experiencia profesional de la intervención de la enfermera en niños con anemia de 6 a 18 meses en el puesto de salud Saylla 2016 – 2017.

Por esa razón, el presente trabajo está estructurado en seis capítulos:

En el primer capítulo, abarca la situación problemática, objetivo y la justificación del informe. En el segundo capítulo, se considera el marco teórico que contiene los antecedentes de estudio, marco conceptual o teórico y la definición de términos sobre la anemia. El tercer capítulo, está constituido con la presentación del caso o situaciones profesional que fue relevante en el informe. El capítulo cuarto, está constituido por los resultados. Además, en los siguientes capítulos se aborda las conclusiones y recomendaciones del informe. Finalmente, se toma en consideración la referencia y anexos que están constituidos por evidencias documentarias y fotográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

En el Perú como en muchos países de Latinoamérica, la malnutrición es un problema de salud pública ⁽¹⁾, problema que trae consigo muchos factores asociados como el tipo social, económico y cultural, que se asocian a la pobreza, inequidad, exclusión o discriminación por diversas causas como son el sexo, raza, credo, limitada escolaridad de la madre, prácticas de crianza, costumbres inadecuadas de alimentación, estilos de vida entre otros. Es así que la desnutrición crónica infantil (DCI), se asocia a la anemia por deficiencia de hierro, en las niñas y niños menores de tres años de edad, con consecuencias adversas para el desarrollo cognitivo, en especial en si se da en el periodo crítico del crecimiento y la diferenciación cerebral, cuyo pico se observa en niños menores de dos años.

De acuerdo a la encuesta ENDES 2012 ⁽²⁾ en la región Cusco el 38,8% de niñas y niños menores de cinco años padecía de anemia, proporción menor a la observada en el año 2009 con 62,1%. Por tipo, el 21,8% tuvo anemia leve, el 16,2% tuvo anemia moderada, y 0,9% anemia severa. En relación a la Encuesta 2009, se observa reducción en todos los tipos; sin embargo, la anemia moderada se redujo en forma significativa (13,7 puntos porcentuales), al pasar de 29,9% en el año 2009 a 16,2% en la encuesta 2012.

La anemia afectó al 52,3% de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad y al 35,7% de 24 a 35 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 36 a 47 meses de edad 25,4%; mientras, que en los infantes de 48 a 59 meses de edad el porcentaje fue de 27,1%. Según características, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños

con un intervalo de nacimiento menor a 24 meses 50,5%, con orden de nacimiento cuarto o quinto 46,0% y que pertenecen al quintil inferior de riqueza 43,7%.

Según área de residencia, la anemia fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural, que, entre los residentes del área urbana 39,3% frente a 38,9%.

En la región cusco cerca de 60 mil niños menores de 5 años se encuentran afectados por la anemia, los niveles de anemia y desnutrición infantil en la región cusco está por encima de los promedios nacionales de acuerdo a la última encuesta demográfica y de salud familiar ENDES – 2014, en Cusco uno de cada dos niños sufre de anemia y son cerca de 23 mil los niños de esta edad con desnutrición crónica, por ello el Ministerio de Salud pone la estrategia de control, prevención de la desnutrición y anemia implementando la suplementación con hierro y ácido fólico a las gestantes , el corte tardío de cordón umbilical y el consumo de cantidades insuficientes.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en la intervención de enfermería en niños con anemia de 6 a 18 meses en el Puesto de Salud Saylla, Cusco 2016-2017.

1.3 Justificación

El presente informe se realizó en el Centro de Salud de Saylla, ubicado en el distrito del mismo nombre, departamento y provincia del Cusco; el trabajo es de tipo descriptivo, el objetivo fue determinar de qué manera la intervención de la enfermera en niños con anemia de 6

a 18 meses en el puesto de salud Saylla 2016 – 2017 contribuye a disminuir dicha condición.

Siendo la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro en el Perú alta, como lo señala la encuesta nacional de demografía y de salud familiar (2012), los programas de suplementación nutricional son una alternativa para revertir tal situación que se ve condicionada por aspectos tales con la exclusión, la pobreza, la desnutrición, los inadecuados hábitos alimenticios, las creencias.

En este contexto, si bien es cierto el desarrollo de programas que combatan la desnutrición infantil crónica son necesarios y su importancia es indiscutible, también es cierto que un seguimiento eficaz de los mismos es un aspecto importante para su éxito y para el nivel de eficacia que se espera de los mismos.

Las normas nacionales sobre alimentación infantil dadas por el Ministerio de Salud, establecen que todo niño a partir de los 6 meses de edad debe recibir suplementos de sulfato ferroso, en forma de jarabe, con una dosis diaria de 1 miligramo de hierro elemental por kilogramo de peso corporal, con una duración de 6 meses ⁽³⁾. Normatividad que ha sido mejorada con el abordaje de la DCI y anemia a través de la implementación de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores involucrados en el marco del Programa Articulado Nutricional, que a la luz del análisis de indicadores de resultado, producto y cobertura ha generado la necesidad de un alineamiento ordenamiento y fortalecimiento intrasectorial e intersectorial de las intervenciones para el logro de resultados.

Si bien es cierto, tanto las normas como los datos presentados en los párrafos anteriores muestran resultados importantes en la disminución de la desnutrición crónica y la anemia, es también cierto que existe una tarea muy grande para lograr erradicar o por lo menos reducir drásticamente la desnutrición crónica y la anemia en nuestro país, motivo por el cual se siguen dando programas destinados a ello, es así que una de las estrategias actuales para la prevención y control de la anemia es la fortificación de alimentos. En el Perú la Ley 28314, Ley que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo 012-2006-SA, establecen que la harina de trigo debe ser fortificada con hierro y otros micronutrientes (tiamina, riboflavina, niacina y ácido fólico) para consumo a nivel nacional (producción nacional y de importación). El artículo 6 del Reglamento de esta Ley, establece que el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud (INS), es responsable de las inspecciones, muestreos y análisis periódicos de la harina de trigo de procedencia nacional, importada o donada, a fin de asegurar el cumplimiento del Reglamento.

Asimismo el Ministerio de Salud definió la conformación de una comisión sectorial de naturaleza temporal, encargada de elaborar un plan de alcance nacional, que contenga las acciones destinadas a promover la reducción de la desnutrición crónica infantil, denominado “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País”, a través de la Resolución Ministerial 675 -2013-MINSA, presidida por el Despacho Ministerial e integrada por un representante del Despacho Viceministerial, por las direcciones de línea, direcciones de apoyo, órganos desconcentrados y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARSALUD II), cuya finalidad es promover el desarrollo infantil como una inversión pública

en el capital humano del país, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social, teniendo como objetivo general contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20%, al año 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial.

En particular, el planteamiento de talleres para el manejo adecuado de la suplementación nutricional de niños, permitirá que los padres y madres de familia sean agentes activos de la misma, siendo ellas sensibilizadas adecuadamente, para que realicen una adecuada administración de los multimicronutrientes, que puedan dejar en base a los talleres recibidos, sus creencias sobre hábitos alimenticios, sus costumbres, entre otros; y realicen la suministración de los multimicronutrientes a sus hijos de manera oportuna y adecuada, sólo así, se podrá lograr el incremento de la hemoglobina y disminución de la anemia ferropénica en los niños materia del presente estudio.

Asimismo esta investigación tiene relevancia social, debido a que la anemia ferropénica es uno de los principales males que aqueja a los menores de 36 meses, dado que los niños son uno de los grupos más vulnerables, debido al rápido período de crecimiento cerebral, en especial durante los dos primeros años de vida, si en este tiempo no se hace el adecuado seguimiento del mismo, tampoco se brinda los nutrientes necesarios al niño o niña, entonces se generará niveles de anemia ferropénica que no permitirá el adecuado proceso de desarrollo y la actividad metabólica de múltiples procesos a nivel cerebral, entre los cuales se encuentra el proceso de mielinización, base fisiológica para explicar los efectos conductuales observados cuando hay deficiencias del multimicronutrientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Entre los antecedentes de estudio, se asumen estudios a nivel internacional, nacional y local luego de revisión de los mismos se tienen los siguientes:

A nivel Internacional

OCAÑA (2014) en la tesis **“Impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua, periodo enero –junio 2013”** La investigación realizada tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua, El estudio cuasi-experimental cuantitativo de asociación de variables, realizado a 68 niños de entre 6 meses a 2 años de edad, se les cuantificó los niveles de hemoglobina previa y posterior a la suplementación con micronutrientes, para valorar su eficacia en la anemia y así demostrar la hipótesis planteada. Los resultados obtenidos fueron Al realizar el control de los niveles de Hemoglobina se encontró que la incidencia de anemia leve en los infantes al iniciar el estudio fue de 52.9%, valores que luego de la suplementación con micronutrientes (Chis Paz) descendió a 38.2%, esto permite interpretar que la efectividad e impacto de la suplementación es positiva⁽⁶⁾.

BILENKO N, FRASER D, VARDY H, BELMAKER I. (2014) en su artículo titulado **"Impact of Multiple Micronutrient Supplementation (Sprinkles) On Iron Deficiency Anemia in Bedouin Arab and Jewish infants"**. Existe una alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro persiste en beduina árabe y poblaciones pediátricas judíos en el sur de Israel; cuyo objetivo es, comparar el efecto del uso diario de la administración de suplementos de micronutrientes (MMS), "Sprinkles", una formulación en polvo de hierro, vitaminas A y C, ácido fólico y zinc, con el hierro líquido y vitaminas A y D en la deficiencia de hierro a los 12 meses de años. Métodos, Los 621 elegibles bebés beduinos y judíos en el estudio fueron asignados a los MMS y los brazos de control y recibieron administración de suplementos de los 6 a 12 meses. Se examinó el cambio en la hemoglobina, hematocrito, volumen celular, la distribución de glóbulos rojos, la ferritina sérica y la saturación de transferrina significa. Además, se utilizó el Índice de alta deficiencia de hierro (IDI). El resultado fue: las tasas de anemia disminuyó significativamente durante el período de 3 meses, del 58,8% al 40,6% entre los bebés beduinos ($P = 0,037$) y de 40,6 a 15,8% en los bebés judíos ($P = 0,017$). En beduina infantes la prevalencia de alta IDI se redujo significativamente de 79,2% a 67,4% ($P = 0,010$) en el grupo de MMS, pero no hubo ningún cambio en los controles. En los bebés judíos, la alta prevalencia de la IDI se redujo de 67% a 55,6%, sin diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos del estudio. Conclusiones: la administración con MMS en alimentos en el hogar puede ser recomendada como un método efectivo y seguro para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro a los 12 meses de edad ⁽⁸⁾.

2.1.1. A nivel nacional

MEDINA Y MEZA (2014), en el trabajo titulado **“Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación”**, cuyo objetivo fue determinar la eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación, Surco Pueblo - Lima 2014, para lo cual se desarrolló una investigación el tipo aplicada, con un diseño cuasi experimental con grupo de control, con evaluación antes y después de la aplicación del Programa Educativo Supervisado en el grado de conocimientos y de multimicronutrientes. Los resultados de esta investigación muestran que las edades de las personas participantes es de un 60%(46) con edades de 21 a 30 años. El 99%(76) son de sexo femenino, por el grado de instrucción el 47%(36) tienen secundaria incompleta. Por su ocupación el 61%(47) solo son amas de casa. El nivel de conocimientos fue bajo después de la aplicación del programa en el grupo de control siendo de 42%(14) y en el grupo experimental fue de nivel alto en un 42%(14), siendo la diferencia de medias de (-5,82), con lo cual en el momento después hubo un mejor resultado debido a la aplicación del programa educativo supervisado. En el momento antes de la aplicación del programa supervisado el 56%(5) de las docentes tenían un nivel de conocimiento bajo, pero en el momento después obtuvieron el nivel alto en un 67%(6). Se comprobó la existencia de diferencias significativas en la regularidad de la administración de los multimicronutrientes en los momentos antes y después de la aplicación del programa educativo con una diferencia de (-13,3). En la concentración de hemoglobina hubo una diferencia de (-0,85) y en la cantidad de sobres una diferencia de (-12), asimismo se comprobó

que el programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco Pueblo-Lima 2014, es altamente eficaz⁽⁵⁾.

GARCÍA (2015), realizó el estudio **“Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015”**. Estudio que tuvo como objetivo determinar los conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de Multimicronutrientes en polvo en el centro de salud del MINSA. El estudio fue de tipo cuantitativo; de nivel descriptivo ya que se va a detallar los conocimientos sobre la suplementación de los multimicronutrientes en polvo. La población de estudio estuvo constituida por el total de padres de familia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Infantil. En el consultorio se atienden al año en promedio de 1200 niños de 6 a 35 meses; durante el periodo de recolección de datos que fueron los meses de diciembre 2014 a febrero 2015 se atendieron a un total de 208 infantes. Los resultados mostraron que una mayoría de padres no conocen sobre la suplementación de multimicronutrientes, lo cual constituye una debilidad para el logro del objetivo trazado por el MINSA⁽⁷⁾.

HUAMÁN L, APARCO J.P. (2010) en su trabajo **“Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú”** cuyo objetivo fue evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas” en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la

anemia, en niños de 6 a 35 meses; métodos, se realizó un estudio transversal usando un muestreo multietápico en el 2010. Se consideró como anemia a los valores de hemoglobina menores de 110 g/L. El consumo de multimicronutrientes se categorizó en: menor de 30; de 30 a 59, y 60 o más sobres. Se calculó las razones de prevalencia (RPa) ajustadas por regresión de Poisson. Resultados. Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96) Conclusiones. No basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención ⁽¹⁹⁾.

BERRICIL y MENDIGURE (2013), en su artículo **“Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia”**, su objetivo fue determinar la eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de la hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de Llamellín y San Juan de Rontoy en la provincia de Antonio Raimondi, Ancash, para lo cual se utilizó un diseño pre experimental, se seleccionaron en total 100 niños; 55 del distrito de Llamellín, de los cuales el 50.9% fueron mujeres y 49.1% varones. Del distrito de San Juan de Rontoy fueron seleccionados 45 niños, 55.6% fueron mujeres y 44.4% varones. Los resultados mostraron que al inicio del programa el 3.6% tenía anemia severa, 50.9% anemia moderada, 16.4% anemia leve y el 29.1%

estuvo libre de anemia; es decir, que en global el 70.9% de los niños de Llamellín tenía anemia.

En el distrito de San Juan de Rontoy el 6.7% tenía anemia severa, 26.7% anemia moderada, 33.3% anemia leve y el 33.3% sin anemia; por tanto el 66.7% presenta algún grado de anemia. Durante la intervención la media de la hemoglobina entre los niños de Llamellín que recibieron ferrón, se incrementó de 8.1 a 10.7 gr/dl ($p < 0.05$). Asimismo, en el distrito de San Juan de Rontoy la media de la hemoglobina se incrementó de 8.9 a 10.7 gr/dl ($p < 0.05$). En tanto que la administración de multimicronutrientes, en el distrito de Llamellín, tuvo como resultado el incremento discreto de hemoglobina de 11.0 a 11.3 gr/dl ($p > 0.05$). Asimismo, en el distrito de San Juan de Rontoy se incrementó ligeramente de 11.1 a 11.6 gr/dl ($p > 0.05$). Resultados que permitieron concluir que la administración del Ferrón en niños de los distritos de Llamellín y San Juan de Rontoy, en forma de suplemento es eficaz para revertir la anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad ($p < 0.05$)⁽⁴⁾.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 La Anemia

a. Definición

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

Estos umbrales se establecen en el percentil 5 de la concentración de hemoglobina de una población normal del mismo sexo y grupo de edad, las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona,

el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A, la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos.

La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (ferropenia). Sin embargo, debe medirse, aunque no todas las anemias estén causadas por ferropenia. La prevalencia de la anemia es un indicador sanitario importante y, cuando se utiliza con otras determinaciones de la situación nutricional con respecto al hierro, la concentración de hemoglobina puede proporcionar información sobre la intensidad de la ferropenia^(19,20).

2.2.2 Tipos de anemias

a. Anemia por deficiencia de hierro

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina, la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno. El hierro se obtiene principalmente de los alimentos. En ciertas situaciones durante el embarazo, en las etapas de crecimiento acelerado o cuando se ha perdido sangre el cuerpo puede tener que producir más glóbulos rojos que de costumbre. Por lo tanto, necesita más hierro que de costumbre. La anemia por deficiencia de hierro se presenta si el organismo no logra obtener todo el hierro que necesita los grupos que corren más riesgo son los bebés y niños, los adolescentes y las mujeres en edad de procrear, las personas que tienen ciertas enfermedades y problemas de salud, como la enfermedad de Crohn, la celiaquía (enfermedad celíaca) o la insuficiencia renal, las personas que no reciben suficiente hierro a partir de los alimentos que comen, las personas que tienen sangrado interno. El tratamiento

generalmente son suplementos de hierro y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en hierro y vitamina C, ya que esta vitamina aumenta la absorción de hierro en el organismo ⁽²¹⁾).

b. Anemia perniciosa

La vitamina B12 y el ácido fólico o vitamina B9 son necesarios para la producción de glóbulos rojos sanos en la parte de la eritropoyesis, el organismo absorbe estas vitaminas de los alimentos. La anemia perniciosa se presenta si el organismo no produce suficientes glóbulos rojos porque no puede absorber suficiente vitamina B12 de los alimentos, los grupos que corren más riesgo son las personas que tienen problemas de salud que les impiden absorber la vitamina B12, las personas que no reciben suficiente vitamina B12 en la alimentación. El tratamiento consiste en suplementos de vitamina B12 y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en vitamina B12, como carne, pescado, huevos y productos lácteos, y panes, cereales y otros alimentos enriquecidos con vitamina B12 ⁽²¹⁾).

c. Anemia aplásica

La anemia aplásica, pueden hacer que las cifras de otras células de la sangre también sean menores de lo normal. La anemia aplásica puede presentarse si la médula ósea ha sufrido daños y no puede producir suficientes glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Las causas de la anemia aplásica pueden ser adquiridas o hereditarias. Grupos que corren más riesgo las personas que están recibiendo radioterapia o quimioterapia, las que están expuestas a toxinas o las que toman ciertas medicinas, las personas que tienen enfermedades o problemas de salud que causan daños en la médula ósea. El tratamiento puede consistir en transfusiones de sangre, medicinas, trasplantes de células madre de sangre y médula ósea y cambios en el estilo de vida ⁽²¹⁾.

d. Anemia hemolítica

En condiciones normales, los glóbulos rojos viven cerca de 120 días. El organismo produce constantemente glóbulos rojos para reemplazar los que mueren. A veces los glóbulos rojos se destruyen antes de llegar al final del período de vida. La anemia hemolítica se presenta si el organismo no puede producir suficientes glóbulos rojos para reemplazar los que se destruyen. La anemia hemolítica adquirida se presenta si el organismo recibe la señal de destruir glóbulos rojos, aunque estos sean normales. La anemia hemolítica hereditaria tiene que ver con problemas de los genes que controlan los glóbulos

El tratamiento depende si es hereditaria o adquirida consiste en transfusiones de sangre, medicinas, cirugía, procedimientos y cambios en el estilo de vida⁽²¹⁾.

e. Anemia ferropénica

La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad hierro, el cual ayuda a producir glóbulos rojos. Este tipo de anemia presenta

fases:

- Estadio de depleción de los depósitos, en el cual la ferritina sérica se encuentra por debajo de 12ng/ml La ferritina sérica es una estimación excelente de los depósitos de hierro en un adulto sano; parece haber una correlación excelente entre las cifras de ferritina sérica y los depósitos.
- Eritropoyesis con deficiencia de hierro: En un segundo estadio el aporte de hierro a la eritropoyesis es insuficiente, pero las cifras de hemoglobina permanecen en rangos normales. Generalmente el diagnóstico en esta fase se puede establecer por el aumento de

TIBC(capacidad total de la fijación de hierro), y después el descenso de la sideremia, con lo que la saturación de la transferrina desciende. Una saturación inferior al 16% parece ser el mejor criterio individual de un aporte defectuoso de hierro a la eritropoyesis. Otro parámetro de introducción más reciente es la determinación del receptor tisular de la transferrina (TfR) en el suero, derivado de los precursores eritroides de la médula ósea. Mayoritariamente, este parámetro se eleva en la deficiencia de hierro en correlación cuantitativamente con la actividad eritropoyética total y en correlación inversa con la disponibilidad tisular de hierro.

- Anemia ferropénica establecida: En esta fase se acentúan los cambios descritos anteriormente, apareciendo descenso de la hemoglobina por debajo de los valores normales. El segundo hallazgo que puede aparecer en este estadio es el descenso del volumen corpuscular medio (MCB). El recuento de reticulocitos está por debajo de su cifra normal de 50.000 cels./m³, pero el porcentaje de reticulocitos suele permanecer normal. Las plaquetas pueden estar aumentadas en número o normales, y el aspirado de médula ósea mostraría depleción de los depósitos de hemosiderina con hiperplasia eritroide moderada (coloración de Perls es el estándar de oro para el diagnóstico de anemia ferropénica). La confirmación se produce tras el tratamiento. El incremento normal en la anemia pura por déficit de hierro es de aproximadamente 2 mg/dL o más cada tres semanas de tratamiento. En definitiva, no es conveniente iniciar el tratamiento con sales de hierro exclusivamente tras una determinación de hemoglobinemia, pero esto puede ayudar en casos aún dudosos tras la medición de transferrina, sideremia y ferritina (22).

f. Anemia ferropénica en pediatría

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño, observándose en mayor medida en edad preescolar, especialmente entre los 6 y 24 meses de edad.

El recién nacido normal de término tiene reservas adecuadas de hierro, suficientes para cubrir los requerimientos hasta los 4-6 meses de edad. Éstas provienen fundamentalmente del aporte de hierro materno durante la vida intrauterina, y en menor medida del originado por la destrucción de los eritrocitos por envejecimiento durante los primeros 3 meses de vida. Como el hierro materno es incorporado por el feto durante el tercer trimestre del embarazo, el niño pretérmino nace con menores reservas de hierro. Si bien actualmente está en discusión la influencia de la deficiencia materna sobre el estado del hierro en el neonato, la mayor evidencia parece mostrar que los hijos de madres con anemia ferropénica nacen con depósitos disminuidos de hierro. A partir de los 4-6 meses de vida el niño depende en gran medida de la ingesta dietética para mantener un balance adecuado de hierro, por lo cual la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia generalmente está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada. El defecto habitual es la introducción tardía en la dieta o el rechazo de alimentos ricos en hierro. La incorporación temprana de la leche de vaca antes de los 6 meses de vida es otro factor causal de importancia. También es frecuente encontrar niños cuya dieta está principalmente basada en leche y carbohidratos. Este tipo de alimentación, aunque pobre en hierro, es generalmente adecuada en calorías, dando como resultado un niño con anemia ferropénica pero dentro del peso normal, u ocasionalmente con sobrepeso, para su edad⁽²³⁾.

2.2.3 Etiología de la anemia

Se debe identificar la causa del balance negativo de hierro:

- Aporte de hierro insuficiente para cubrir requerimientos basales: mala alimentación, dieta vegetariana, etc.
- Malabsorción: descartar enfermedad celíaca especialmente si prueba terapéutica con hierro oral negativa y con hierro parenteral positiva.
- Pérdidas (evidentes u ocultas): digestivas, proctológicas, ginecológicas, urinarias, nasales, pulmonares, etc.
- Requerimientos aumentados: embarazos (especialmente seguidos). Inicio de tratamiento con cobalamina o folatos (ej.: anemia perniciosa) o eritropoyetina⁽²³⁾.

2.2.4 Diagnóstico

A. **Interrogatorio:** prestar especial atención a:

- Tipo de dieta: déficit en la ingesta de alimentos ricos en hierro, exceso de carbohidratos y leche, etc.
- Antecedentes de prematurez, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre.
- Antecedentes de patología perinatal.
- Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, disnea, hematuria, hemoptisis, etc.
- Trastornos gastrointestinales: diarrea, esteatorrea, etc.

B. **Examen físico:** la deficiencia de hierro puede provocar alteraciones a casi todos los sistemas del organismo. La palidez cutáneo-mucosa es el signo principal; también se puede observar: retardo del desarrollo fondoestatural, esplenomegalia leve, telangiectasias, alteración de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas.

C. Estudios de laboratorio:

- Hemograma: Hemoglobina y hematocrito: disminuidos, Recuento de reticulocitos normal. Si está aumentado, investigar pérdidas por hemorragia o posibilidad de otro diagnóstico.
- Recuento de plaquetas: normal o elevado. Recuento leucocitario: normal.
- Índices hematimétricos: Volumen Corpuscular Medio (VCM): Disminuido.
- Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM): disminuida.
- Amplitud de Distribución Eritrocitaria (ADE): elevada.
- Morfología eritrocitaria: hipocromía, microcitosis, ovalocitosis, policromatofilia, punteado basófilo ^(19,24).

2.2.5 Situación de la anemia infantil en el Perú

El hierro es un elemento vital para varios procesos metabólicos y el desarrollo cognitivo. En el periodo de edad entre los 6 y 35 meses, la anemia por deficiencia de hierro está asociada con la mortalidad infantil y problemas irreversibles en el desarrollo físico, mental y psicomotor del niño. Es de mencionar, que es frecuente que las deficiencias múltiples de vitaminas y minerales ocurran simultáneamente y sus efectos conjuntos potencian su profundidad y consecuencias, como es el caso de la anemia. Las deficiencias de micronutrientes también representan uno de los principales factores asociados a la desnutrición crónica.

A largo plazo, estas carencias tienen alto costo para el individuo y la sociedad durante todo el ciclo de vida, entre las que destaca una capacidad disminuida de trabajo y productividad. En este contexto, las intervenciones de micronutrientes se consideran una de las mejores

inversiones para el desarrollo debido a su bajo costo y su alto potencial de rendimiento a corto plazo (Consenso de Copenhague 2004).

De acuerdo con un reporte emitido por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) sobre la dieta de la población, menciona que otras carencias de micronutrientes también imperan en el Perú. Además de señalar que el 73.3% de todas las familias peruanas tiene una dieta deficiente en hierro, esta evaluación apunta a un consumo subóptimo de tiamina (B1), ácido fólico, vitamina C, vitamina A y zinc, entre otras. Por ejemplo, el consumo de zinc para el cual se recomienda una ingesta diaria de 8-11 mg en hombres y mujeres adultas, en promedio se consume 1.6 mg. De igual manera el consumo promedio diario de ácido fólico es de 66.5 µg a nivel nacional, cuando la recomendación para la población (mujeres no embarazadas) es de 400 µg.

En el Perú (2014) cinco de cada diez niños, o el 50,0% de todos los niños menores de tres años de edad sufre de anemia (INEI-MEF 2014). La anemia durante la infancia temprana es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a todos los sectores de la población. Al desagregar por área de residencia, tanto el ámbito urbano y rural, enfrentan un problema de salud pública grave, con prevalencias de 47,2% y 57,0%, respectivamente. Al estratificar los datos por dominio de residencia la situación se presenta más severa en las áreas Sierra (60,0%) y Selva (55,7%), con respecto a la Costa (42,0%) donde también se evidencia un problema de salud pública grave.

2.3 Definición de Términos

- **La Anemia:**

Es la patología más frecuente de la serie roja y se caracterizan por una disminución de la masa eritrocitaria habitual, que resulta insuficiente para aportar el oxígeno necesario a los tejidos.

- **Anemia ferropénica:**

Se aplica a las anemias cuya causa principal es la escasez de hierro en el organismo, que se caracteriza por el paso de un cuadro hematológica normocítico y normo crómico a otro microcítico e hipo crómico, que responde favorablemente a la administración de hierro.

- **Malnutrición:** Nutrición deficiente o desequilibrada debido a una dieta pobre o excesiva.

- **Desnutrición**

Pérdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación.

- **La hemoglobina**

Es un pigmento que se encuentra en el estroma de los eritrocitos y es el encargado de transportar el oxígeno a todos los tejidos corporales. Tienen la propiedad de formar con el oxígeno (oxihemoglobina) y con el anhídrido carbónico combinaciones fácilmente dissociables.

- **Micronutrientes**

Los micronutrientes se encuentran en concentraciones pequeñas en los alimentos normalmente en cantidades inferiores a miligramos. Su requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y

metabólicos del organismo. Se les conoce como vitaminas y minerales; y en su ausencia puede ser perjudicial para el organismo.

- **Suplementación con hierro**

La suplementación es una medida efectiva para corregir y prevenir la deficiencia de hierro. Su efecto es a corto plazo y se orienta a grupos de riesgos. Los grupos de riesgos son:

Mujeres durante la gestación y el puerperio, lactantes a término entre 6 a 36 meses de edad, niños (as) de 37 a 59 meses e infantes prematuros y los de bajo peso al nacer entre 2 meses a 36 meses

- **Hierro**

Es un micronutriente esencial para la vida. Es el componente fundamental de la hemoglobina, que tiene como función transporte del oxígeno a través de la sangre a todos los tejidos. Nulas funciones que cumple previene la anemia, en las gestantes evita la aparición de la anemia fisiológica, favorece el rendimiento intelectual del niño, participa en el mantenimiento del sistema de defensa protegiéndonos de las infecciones mejorar el rendimiento del adulto en el trabajo. Las fuentes de hierro son: hígado, riñón, molleja, corazón, bazo, sangrecita, carnes rojas, cuye, pescados.

- **Vitamina "A"**

Es un nutriente que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para funcionar y mantenerse sano. La vitamina A ayuda a la visión, el crecimiento de los huesos, el desarrollo celular, esencial para el crecimiento y mantenimiento de células mucosas, epitelios, piel, visión, uñas, cabellos y esmalte de dientes, sistema inmune contribuye la prevención de enfermedades infecciosas

especialmente del sistema respiratorio, sistema reproductivo contribuye en la función normal y reproducción es un antioxidante previene el envejecimiento celular y la aparición del cáncer.

Las principales fuentes de vitamina A son:

- **Reino animal:** productos lácteos, yema de huevo, aceite de hígado y pescados
- **En los vegetales:** se encuentra en todos los vegetales amarillos a rojos o verde oscuro zanahorias, ají, espinaca, brócoli, lechuga, tomate, esparrago.
- **En frutas:** damasco, durazno, melón, papaya, mango.

- **Ácido Fólico**

En la mujer gestante es necesario el consumo de ácido fólico para la producción de glóbulos sanguíneos crecimiento adecuado de la placenta y el feto, para prevenir la malformación del túbulo neural que se forma en el primer mes del embarazo.

La principal fuente de ácido fólico se encuentra en las carnes rojas, vísceras, pescados, mariscos, zumo de frutas, hortalizas y cereales

- **Flúor**

Es un elemento mineral que protege la integridad de los huesos y dientes ampliamente conocido por ser un elemento que previene la caries. Son fuentes ricas de flúor: pescados, mariscos, verduras, hortalizas, cereales integrales, cebolla y menestras.

- **Yodo**

Es un micronutriente esencial para el ser humano es indispensable en las síntesis de las hormonas tiroideas cuyo rol es esencial en el crecimiento y desarrollo, particularmente del cerebro. Son fuente de yodo el pescado del mar, la sal yodada mariscos.

- **Zinc**

El zinc es un mineral con muchas propiedades, pero es muy conocido por favorecer el crecimiento, el desarrollo sexual y la cicatrización de heridas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Entre los casos de anemia presentados en niños y niñas de 06 meses a 18 meses , durante los años 2016-2017, que fueron registrados en el P.S. Saylla , del distrito de Saylla, se tiene lo siguiente:

Cuadro N° 3.1
CASOS PRESENTADOS RELACIÓN DE NIÑOS NACIDOS DE,
ABRIL – 2016 A OCTUBRE – 2017.

N°	APELLIDOS DEL NOMBRE DEL NIÑO (A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NACIMIENTO		SEXTO MES			RESULTADO (TTº)
				PESO	TALLA	PESO	TALLA	Hb	
1	JARA HUISA RUTH JAMILED	02/04/2016	11d ias	340 0	50	8.8	67	9,2g/ dl	Anemia Moderada (M.N.1, Sul. Fe=01)
2	QUISPE AYRE ALDAIR SHMIX	15/04/2016	07 dias	361 0	50. 3	8060	70	9.5g/ dl	Anemia Moderada (M.N.1, Sul. Fe=01)
3	ALAGON HUAMANI LAURA SOFIA	17/04/2016	05d ias	375 0	51	7980	68.2	13.1g /dl	NIÑO NORMAL M.N=01
4	SANA JANCCO DAYANA ALEXSANDRA	21/04/2016	07 dias	251 0	46	6720	65.5	10.5g /dl	ANEMIA LEVE M.N+SF= 01
5	ZEGARRA LOPE JHOEL JEFERSON	22/04/2016	07 dias	341 0	50. 7	7750	65.5	12.0 g/dl.	NORMAL M.N= 01
6	CONDORI QUISPE JHOJAN MOISES	23/04/2016	07 dias	381 1	51. 0	8850	67.50	11.6g /dl	NORMAL M.N= 01
7	APAZA CUCHUIRUMI YORDY EDVER	26/04/2016	07d ias	325 0	48. 30	7180	64	11.1g /dl	NORMAL M.N= 01

Fuente: Estadística del servicio

3.2 Experiencia Profesional

Estudié en la Universidad nacional de san Antonio Abad del Cusco, (UNSAAC) realicé mi internado clínico en el hospital ES SALUD CUSCO, Internado Rural en el C.S. Pilco Pata provincia Paucartambo Cusco, Serums C.S. Chinchero (CLAS) provincia Urubamba Cusco.

Egresada de la Maestría en Salud Publica

Desde el año 2000 inicie trabajando como jefa de enfermeras, en el centro de salud **LIMATAMBO**, en donde desempeñe función asistencial, administrativa y educación. Enfocando en lo que es articulado nutricional como la atención del niño sano, crecimiento desarrollo, estimulación, inmunizaciones, detección de anemias y otras estrategias.

Así, como TBC transmisibles, IRA, EDA realizando seguimiento mediante visitas domiciliarias, proyección comunitaria, impartiendo charlas educativas y sesiones demostrativas. Control gestante realizando consejerías, en signos de alarma y nutrición. También realice atención de parto recién nacido y puérpera.

En el año 2002, en el centro de salud **QUIQUIJANA** realicé funciones asistenciales en las estrategias de crecimiento, desarrollo, inmunizaciones y nutrición. Así mismo realicé proyecciones comunitarias impartiendo charlas y visitas domiciliarias, así como la capacitación a promotores. También realice atención de parto recién nacido y puérpera.

En el año 2003, fui destacada al C.S. de **SANGARARA**, como jefa del establecimiento de salud, en donde realice atenciones de enfermería, morbilidad y medicina, porque no había médico, captación de gestantes, control de gestantes realizando consejerías en signos de alarma y nutrición.

También realicé atención de parto recién nacido y puérpera.

El año 2004, por necesidad de personal fui destacada al CLAS de **OCONGATE** como jefa de enfermeras, realizando una función asistencial, administrativas y otras. Enfocando en la atención integral etapa del niño, detección de riesgos, seguimiento mediante visitas domiciliarias y consejerías en lo que es alimentación y nutrición.

Realicé capacitaciones a promotores de salud y atención de morbilidad. También realice atención de parto recién nacido y puérpera.

En año 2005, por necesidad del personal fui destacada al C.S. **POMACANCHI** como jefa de enfermería, en donde realicé funciones de enfermería; así como la estrategia de CRED, inmunizaciones, TBC, nutrición, IRA, EDA y otros.

También, efectué atención de morbilidad, partos, recién nacido y puérpera, Así mismo, realicé proyección comunitaria, impartiendo charlas educativas, visitas domiciliarias, en donde realicé consejerías en lo que es nutrición utilizando productos de origen animal, para puedan preparar sus alimentos, captación de gestantes y control a gestantes realizando consejerías en signos de alarma y nutrición.

También realice atención de parto recién nacido y puérpera.

En el año 2007, fui rotada al puesto de salud de **SAYLLA**, como jefa del establecimiento de salud, en donde se atendió a una población de 2800 habitantes, en donde los personales que trabajaron en el puesto de salud estaba conformada por:

- 01 licenciada Enfermera
- 01 obstetra
- 02 técnicos en Enfermería

Actualmente cuenta con una población total de 5080 habitantes

En donde realicé funciones de atención integral, morbilidad, control crecimiento, desarrollo estimulación del niño, nutrición, inmunizaciones, IRA, EDA, no transmisibles, transmisibles, promoción de la salud, salud escolar, salud adolescente, entre otras. En donde realicé tamizaje de anemia, administración de multimicronutrientes y micronutrientes a niños con anemia.

También realicé consejería a las mamás, para el consumo de productos de origen animal y seguimiento a niños con anemia mediante visitas domiciliarias

Atención de emergencias y urgencias realizando referencias de acuerdo con la gravedad del paciente y recepción de contra referencias.

Actualmente continúo en el establecimiento de salud **SAYLLA**, realizando funciones asistenciales, especialmente en etapa niño, crecimiento desarrollo y estimulación.

También estoy a cargo de transmisibles como: TBC, IRA, EDA, vigilancia epidemiológica e inmunizaciones y otros.

Así mismo, me dedico a realizar visitas domiciliarias, impartiendo charlas y consejerías sobre la alimentación utilizando productos de origen animal como (Fe), lavado de manos, consumir agua segura, control de riesgos en el hogar, entre otros.

IV. RESULTADOS

Entre los resultados se tiene lo siguiente:

4.1. Comparación del Examen Hemoglobina de los niños menores de 6 a 18 meses

Cuadro N° 4.1
DX. ANEMIA: niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

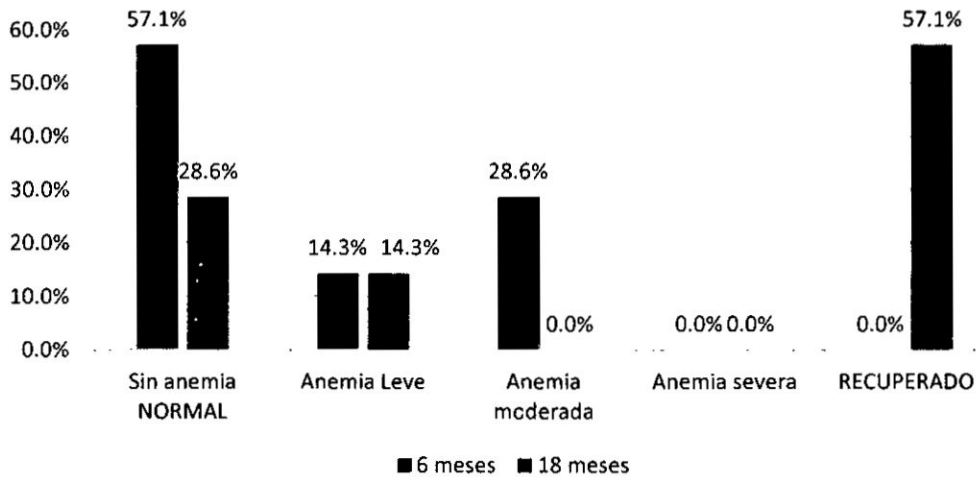
Examen Hemoglobina	6 meses		18 meses	
	F	%	f	%
Sin anemia NORMAL	4	57.1%	2	28.6%
Anemia Leve	1	14.3%	1	14.3%
Anemia moderada	2	28.6%	0	0.0%
Anemia severa	0	0.0%	0	0.0%
RECUPERADO	0	0.0%	4	57.1%
TOTAL	7	100.0%	7	100.0%

Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

Gráfico N° 4.1

Comparación del Examen de Hemoglobina de los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

Comparación de los niveles Hemoglobina en niños de 6 - 18 meses



Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

En el cuadro N° 4.1, de los resultados hallados en el Examen de Hemoglobina se tienen a los 6 meses que el 57.1% de los niños y niñas presentan un nivel NORMAL, el 14.3% anemia leve, el 28.6% anemia moderada, lo cual aquejaba al estado de salud de los niños atendido en dicho centro de salud. Luego de haberse aplicado diversas actividades para combatir la anemia, se obtuvieron los siguientes resultados en el examen tomado a los 18 meses, donde el 28.6% se presenta sin anemia, el 57.1 recuperado de la anemia, por lo tanto, tampoco tiene anemia, el 14.3% aún mantiene anemia leve y ninguno presenta anemia moderada.

De los resultados hallados se asumen que la labor de la enfermera en el Centro de Salud tuvo resultado debido a que hubo disminución la anemia, recuperándose así los niños que fueron atendidos.

4.2. Comparación de la administración del Multimicronutrientes a los niños menores de 6 a 18 meses

Cuadro N° 4.2

Administración del Multimicronutrientes a los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

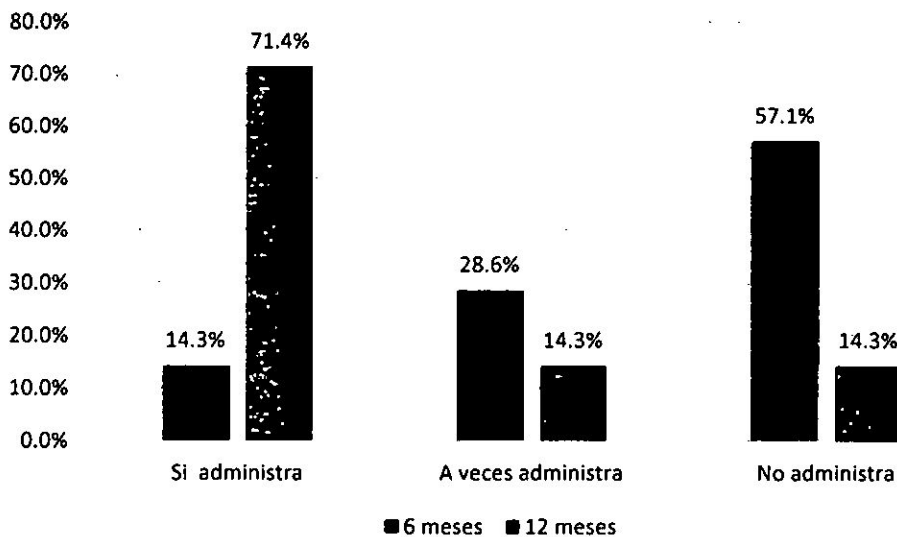
Administración del Multimicronutrientes	6 meses		18 meses	
	f	%	f	%
Si administra	1	14.3%	5	71.4%
A veces administra	2	28.6%	1	14.3%
No administra	4	57.1%	1	14.3%
TOTAL	7	100.0%	7	100.0%

Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

Gráfico N° 4.2

Administración del Multimicronutrientes a los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

Comparación de administración del Multimicronutrientes



Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

En el cuadro N° 4.2, de los resultados hallados sobre la comparación de la administración de los multimicronutrientes, se asumen que las madres de familia a los seis meses cuando se les preguntó se estaban utilizando los multimicronutrientes, el 57.1% respondieron que no administraban, el 28.6% que a veces administraban a sus hijos; luego de recibir la asistencia técnica de la enfermera ha logrado en la evaluación de los 18 meses, que el 71.4% de las madres de familia administran de manera correcta los multimicronutrientes, el 14.3% a veces administran el multimicronutrientes y el 14.3% no administra.

De los resultados hallados se asumen que la labor de la enfermera en el Centro de Salud tuvo resultado positivo debido a que los niños y niñas después de la administración del multimicronutrientes, han ido mejorando su estado de salud.

4.3. Consolidado de la visita domiciliaria a los niños menores de 6 a 18 meses

Cuadro N° 4.3

Consolidado de las Visita domiciliara los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

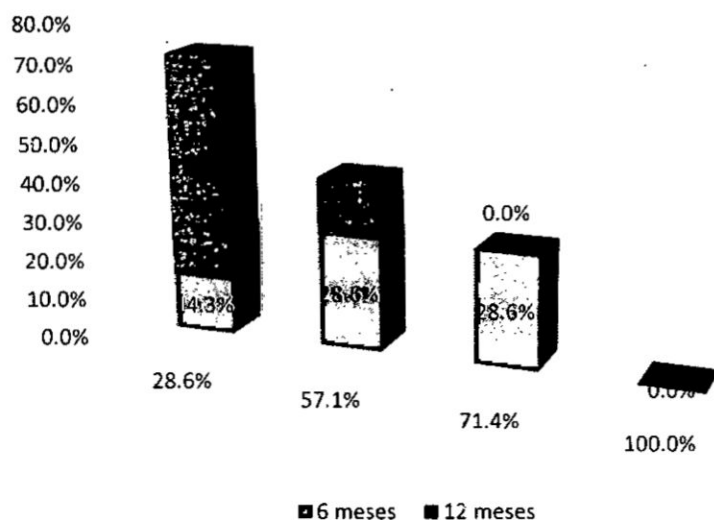
N° de visitas al mes	6 meses		9 meses		12 meses		18 meses	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Si recibe visita	2	28.6%	4	57.1%	5	71.4%	7	100.0%
A veces recibe visita	1	14.3%	2	28.6%	2	28.6%	0	0.0%
No recibe visita	4	57.1%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	7	100.0%	7	100.0%	7	100.0%	7	100.0%

Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

Gráfico N° 4.3

Consolidado de las Visita domiciliara los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017

Consolidado de las Visita domiciliara los niños menores de 6 a 18 meses 2016-2017



Fuente: Historia Clínica de infantes (2016-2017)

En el cuadro N° 4.3, de los resultados hallados sobre el consolidado de la visita domiciliaras, se asumen que las madres de familia que recibieron visitas mejoró la salud de sus hijos, además de los valores se asumen que ha ido en aumento las cifras fortaleciendo e debido a que los niños y niñas después de la administración del multimicronutrientes, han ido mejorando su estado de salud.

V. CONCLUSIONES

- a) La intervención de la enfermera en niños con anemia de 6 a 18 meses, en el puesto de salud Saylla 2016 – 2017, contribuye a disminuir los niveles de anemia.
- b) La anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú
- c) La anemia ferropénica es uno de los principales males que aqueja a los menores de 36 meses, dado que los niños son uno de los grupos más vulnerables, debido al rápido período de crecimiento cerebral, en especial durante los dos primeros años de vida.
- d) Resultados favorables se obtuvieron después de la intervención de Enfermería para combatir la anemia, fueron los siguientes: en el examen tomado a los 18 meses, donde el 28.6% se presenta sin anemia, el 57.1 recuperado de la anemia, por lo tanto, tampoco tiene anemia, el 14.3% aún mantiene anemia leve y ninguno presenta anemia moderada.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Informar al personal del puesto de salud de Saylla, sobre la anemia que presentan los niños entre 6 a 18 meses de edad.

- b) Organizar al personal del puesto de salud de Saylla para que realicen actividades como: charlas a club de madres, vaso de leche y realizar visitas domiciliarias para que disminuyan la anemia en niños menores de 6 a 18 meses.

- c) Realizar consejerías a la población, especialmente a madres gestantes para consumir productos de origen animal, menestras, frutas y entre otros, para poder disminuir la anemia.

- d) El personal de salud deberá realizar visitas domiciliarias mediante sectorización con frecuencia, para que así, puedan implementarse acciones de mejora continua para evitar la anemia en los niños.

VII. REFERENCIALES

1. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – Lima. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2004. Disponible en : http://bvs.minsa.gob.pe/local/in_s/158_innut.pdf
2. Berricil y Mendiguyre. (Antonio Raimondi,Ancash-2013), Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia Antonio Raimondi, Ancash Disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/
3. Bilenko N, Fraser D, Vardy H, Belmaker I. Impact of Multiple Micronutrient Supplementation ("Sprinkles") On Iron Deficiency Anemia in Bedouin Arab and Jewish infants. IMAJ. 2014 July; 16(7): 434-438. Disponible en:
<http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/87/43882.pdf>
4. Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la Investigación. Editorial MCgrill. México.
5. Lancea (2007). Metodología de la Investigación. Lima Perú.
7. Medina JI, Meza AM Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación

- Surco. Pueblo- Perú 2014 disponible en :<http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/891>
8. MINSA (2013). Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima- Perú.
 9. Ocaña Anzules, Delia Cristina (Ecuador- 2014) Impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua, periodo enero –junio 2013. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8391>
 10. García. (Lima, Peru-2015), Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015 disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4255/1/Garcia_gc.pdf
 11. Jack SJ, Ou K, Chea M, Chhin L, Devenish R, Dunbar M, et al. Effect of Micronutrient Sprinkles on Reducing Anemia: A Cluster-Randomized Effectiveness Trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012; 166(9): 842-850. Disponible en: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1216494>.
 12. Lopez F, Palloni G and Urzua S. Cost–benefit analysis of a micronutrient supplementation and early childhood stimulation program in Nicaragua. Annals of the New York Academy of Sciences. 2014 Jan; 1308 1308: 139–148. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12368/epdf>
 13. Samadpour K, Long KZ, Hayatbakhsh R and Marks GC. Randomised comparison of the effects of Sprinkles and Foodlets with the currently recommended supplement (Drops) on micronutrient status and growth in Iranian children. European Journal of Clinical Nutrition. 2011 July: 65, 1287–1294. Disponible en: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v65/n12/pdf/ejcn2011124a.pdf>

14. Jefferds ME, Ogange L, Owuor M, Cruz K, Person B, Obure A. Formative research exploring acceptability, utilization, and promotion in order to develop a micronutrient powder (Sprinkles) intervention among Luo families in western Kenya. *Food and nutrition bulletin*. 2010 Jun; 31(2): S179-185

ANEXOS



PESAJE Y TALLA

Fuente: Elaboración propia, 2017



PESAJE Y TALLA



Fuente: Elaboración propia, 2017



VISITAS DOMICILIARIAS



Fuente: Elaboración propia, 2017



VISITANDO LOS HOGARES



Fuente: Elaboración propia, 2017