

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EVALUACION DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35
MESES QUE ACUDEN AL HOSPITAL HUACHO – HUAURA – OYON Y
SBS, 2015 - 2017**

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

KATERIN FELICITA BERMUDEZ TENA

Callao, 2018

PERÚ



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XL CICLO TALLER DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 76-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

Siendo las 09:20 horas del lunes doce de febrero del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunieron el Jurado Examinador del XL Ciclo Taller de Trabajo Académico para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA
Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA
Mg. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ

PRESIDENTA
SECRETARIA
VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación del Trabajo Académico, titulado "EVALUACIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE ACUDEN AL HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SBS, 2015 - 2017", presentado por el(la) Lic. BERMUDEZ TENA KATERIN FELICITA. Con el quórum establecido según el Reglamento de Estudios de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 100-2016-CU de fecha 11 de agosto de 2016, luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Examinador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa *Buena*, y calificación cuantitativa *Buena (10)* del presente Trabajo Académico, para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Crecimiento, Desarrollo del Niño y Estimulación de la Primera Infancia** que se da por concluido el acto de sustentación, siendo las 09:40 horas del mismo día.

Callao, 12 de febrero de 2018

Dra. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA
Presidenta de Jurado Examinador

Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA
Secretaria de Jurado Examinador

Mg. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ
Vocal de Jurado Examinador

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ VOCAL

ASESOR: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 76

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 12/02/2018

Resolución Decanato N° 464-2018-D/FCS de fecha 07 de febrero 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	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.1 Recolección de Datos	18
3.2 Experiencia Profesional	18
3.3 Procesos Realizados en la atención del niño o la niña	19
IV. RESULTADOS	22
V. CONCLUSIONES	28
VI. RECOMENDACIONES	29
VII. REFERENCIALES	30
ANEXOS	32

INTRODUCCION

La anemia ferropenia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite de lo normal; puede ser principalmente por la deficiencia de hierro en el organismo, infecciones y enfermedades inflamatorias y otras causas.

La población más vulnerable a la deficiencia de hierro según el MINSA es en: gestantes, niños menores de 3 años. Esta enfermedad puede ocasionar; mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, bajo peso al nacer, efectos negativos en desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento del niño. Se estima que para el año 2021 esta enfermedad se logre reducir a un 19%. (1)

El presente informe de experiencia profesional titulado “EVALUACION DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO”, tiene por finalidad las acciones de enfermería para detectar y realizar seguimiento oportuno de los niños con anemia, que acuden a sus controles de niño sano; mediante el tamizaje de hemoglobina y una consejería nutricional efectiva, lo cual es un paso muy importante para disminuir la anemia, a fin de mejorar el crecimiento y desarrollo saludable de los niños, disminuir la estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Según la Organización Panamericana de la Salud la anemia ha sido definida como una condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de valores considerados normales, los cuales varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud. Entre las causas de la anemia son variables; entre éstas se incluyen: la pobre ingesta diaria de macro y micronutrientes, la excesiva pérdida de sangre, la destrucción de los eritrocitos y el incremento de los requerimientos durante ciertos estadios de la vida. Los nutrientes más frecuentemente involucrados en su etiología son: el hierro, el ácido fólico y la vitamina B12. Recientemente, se han señalado otros nutrientes como el ácido ascórbico, la piridoxina y la vitamina A, cuya deficiencia coadyuva la condición de anemia. La deficiencia de hierro es el trastorno nutricional de mayor prevalencia y la causa más frecuente de anemia en el mundo. (2)

A nivel mundial en Panamá, la UNICEF dice que la alta prevalencia de anemia es considerada como un problema de Salud Pública. Hay información, que indica una alta prevalencia de anemia en un 57% en niños de seis meses a dos años de edad. La severidad de la anemia corresponde a leve a moderada. (3)

La Anemia ferropenia se ha calificado como el problema de salud pública más importante del mundo, que afecta a cerca del 9% de infantes. En el Perú, la cifra es crítica, 4 de cada 10 (43.6%) niños la padecen.

La Organización Mundial de la Salud, la región más afectada es la sierra, donde el 51.8% de niños menores de 3 años tiene anemia y le sigue muy de cerca la selva (51.7%). La costa presenta 36.7%. En tanto, Puno lidera las provincias con los registros más altos (75.9%), luego están Loreto (60.7%), Pasco (60.3%), Huancavelica (58.1%) y Ucayali (57.1%), por mencionar algunos. Es cierto que la anemia afecta en mayor proporción a los más pobres (53.8%) y pobres (52.3%); sin embargo, en los niveles más altos –rico y muy rico–, los niños enfermos llegan a representar el 31.4% y 28.4%, respectivamente. (4)

Según Dirección Regional de la Salud (DIRESA), la evaluación de datos estadísticos en el 2016 realizados en región lima Las cifras de niños menores de 35 meses con diagnóstico de anemia de la Región Lima, es mayor en comparación a los dos años anteriores y superior en 4.6% de la cifra nacional. La anemia es un factor directamente relacionado con la DCI, condición que determina además el desarrollo cognitivo del niño durante los primeros años de vida. Cifras por encima del 40% en anemia se constituye en problema de salud pública severo. Por ello, para evitar y/o prevenir el aumento de anemia es preciso tener en cuenta medidas profilácticas y una vez que se presentan juegan un papel importante, los cuidados de Enfermería que constituyen un elemento fundamental en la calidad de vida de los pacientes, así como en la preparación y orientación a los cuidadores dentro de la familia.

Se ha convertido en un tema de interés para los profesionales, pues es uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, por tal motivo se trabaja en conjunto; El

Ministerio de Salud (MINSA) distribuirá este año 378 millones de sobres de micronutrientes a diversas regiones del país, con ello se asistirá a más de un millón de niños menores de tres años. Informó que el MINSA capacita a más de 5,500 madres líderes de los comedores populares de Lima Metropolitana, mediante talleres referentes a la preparación adecuada del micronutriente y el consumo de alimentos ricos en hierro, con la finalidad de contribuir con la reducción de la anemia en niñas y niños menores de tres años.(5)

En el distrito de Huacho se evidencio que en el año 2015 teníamos 997 casos de niños con anemia es aquí donde la carrera de enfermería juega un papel importante ya que es la promoción uno de los pilares de nuestra profesión.

Se encuentran datos estadísticos que se muestran cifras que impacta y conlleva a realizar estudios para mejorar la calidad de vida de sus niños y toda la familia.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en la atención de enfermería en niños de 6 a 35 meses con anemia ferropenia que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Huacho 2015-2017.

1.3. Justificación

La deficiencia de hierro en los niños es uno de los problemas más frecuentes debido a que la alimentación diaria no cubre los requerimientos nutricionales de este mineral, la cual causa problemas de salud pública como la anemia ferropenia, los niños menores de 3 años son uno de los grupos etéreos con

mayores requerimientos de este nutriente y por lo tanto si el aporte es por debajo de las necesidades nutricionales, se padece de esta enfermedad y como una consecuencia fatal en el niño será un desarrollo cognoscitivo inadecuado. El multimicronutriente contiene hierro importante para la prevención primaria y secundaria de la anemia ferropenia, el cual es ideal para una buena alimentación, para la regeneración y producción de células y tejidos nuevos, ayuda a la producción de glóbulos rojos y las autodefensas del cuerpo. A los niños a partir de los 6 meses de edad del Hospital huacho, se le brinda los multimicronutrientes.

El trabajo tiene por finalidad dar a conocer las acciones realizadas, en la atención de los niños con anemia, entrega oportuna de multimicronutriente, como tamizaje de hemoglobina, adecuada consejería nutricional a los padres de los niños, monitoreo y seguimiento en la niños con anemia ferropénica de Hospital Huacho, nuestras acciones realizadas nos darán un resultado favorable para la disminución de los casos de niños con anemia y seguir mejorando y contribuyendo en el bienestar de estos niños, con apoyo de sus cuidadores.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- ALONZO PINEDA, Sindy Alejandra (Guatemala 2014)
En su estudio de tipo descriptivo , con diseño , titulado **RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 59 MESES DE EDAD. ESTUDIO REALIZADO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2013, EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO SUCHITEPÉQUEZ, SUCHITEPÉQUEZ, GUATEMALA, 2014** donde refiere se determinó que de los 217 niños evaluados el 91.2% presentaron un estado nutricional normal, 4.6% desnutrición aguda moderada, 0.46% (1 niño) desnutrición aguda severa, 3.2% sobrepeso y 0.46% presentó obesidad. El 11% presentaron anemia y el 89% presentaron niveles de hemoglobina normal. La correlación entre el estado nutricional y anemia fue de -0.10952304. Se comprobó que para este estudio según el coeficiente de correlación de Pearson no hay relación estadísticamente entre las variables.

- ABRIL GUEVARA, María Fernanda (Ecuador 2015)
En su estudio de tipo descriptivo, con diseño, titulado **EFFECTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOS Y PERIMETRO CEFALICO EN NIÑOS/NIÑAS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA TENA – 2014** donde refiere que niños/niñas de 22 y 23 meses de edad, que presentaban talla baja, mostraban anemia, retraso

de desarrollo (motora fina y social) y perímetro cefálico bajo. El 10% (80 pacientes) de todos los lactantes presentaron anemia, en un lapso de 6 meses, el 72% y el 77% nos dieron a conocer retraso del desarrollo psicomotriz a nivel social y 42cm en perímetro cefálico más bajo.

- **BORGE ROMERO, Ernesto Cesar (Nicaragua 2015)**
En su estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con diseño, titulado **PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 2 MESES A 10 AÑOS DE EDAD. SALA DE PEDIATRÍA HOSPITAL DE ESTELÍ ENERO – MARZO 2014** donde refiere que la prevalencia de anemia encontrada fue de 21.1% no encontrando diferencia entre sexo, el 72% de los niños tenían IMC normal, un 75% de los niños recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses de edad y que el 80% de los niños recibían una dieta inadecuada de acuerdo a los requerimientos diarios de hierro, el 62% de los casos eran anemia leve, y el 50% de los niños presento anemia microcítica hipocrómica.

- **AGUIRRE ANDRADE, Manglio (Ayacucho 2015)**
En su estudio de tipo transversal, analítico, con diseño, titulado **FACTORES ASOCIADOS CON LA PREVALENCIA DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN, EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN –JUAN BAUTISTA Y SOCOS, HUAMANGA, 2015** El 29% de niños(as), presenta desnutrición crónica y el 46.8% anemia, siendo más prevalente en madres con menor grado de instrucción, con dependencia económica; en viviendas sin agua potable y en familias que disponen inadecuadamente las excretas, en niños con enfermedades prevalentes, prematurez. El

46.8% acceden a un Programa Social; el 17.7% no recibió lactancia materna exclusiva; en el 43.3% la alimentación complementaria fue inadecuada; el 38.3%, no recibe adecuadamente la suplementación de Multimicronutrientes. El 46.1% realiza la práctica inadecuada de lavado de manos; el 16.3% no cumple con el calendario de inmunizaciones; el 17.7% no cumple con el control de CREO. El 44.7%, sostiene que el personal de salud no realiza visita domiciliaria; el 53.2% de madres, presenta un conocimiento deficiente sobre la calidad de la alimentación (OR>01, P>0.05).

- GUTIERREZ HUILLCA, Lighia Sumack Urpi (Nuevo Chimbote 2014)

En su estudio de tipo descriptivo, correlacional De corte transversa, con diseño, titulado **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA RELACIONADO CON LA ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013** donde refiere más de la mitad presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el (41.0%) un nivel de conocimiento adecuado. La mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%). 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.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Anemia Ferropénica

La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le proporcionan el oxígeno a los tejidos corporales. Existen muchos tipos de anemia.

La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad de hierro. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos. La anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de anemia.

Los glóbulos rojos llevan oxígeno a los tejidos del cuerpo. Los glóbulos rojos sanos se producen en la médula ósea. Los glóbulos rojos circulan por el cuerpo durante 3 a 4 meses. Partes del cuerpo, tales como el bazo, eliminan los glóbulos viejos.

El hierro es una parte importante de los glóbulos rojos. Sin hierro, la sangre no puede transportar oxígeno eficazmente. Su cuerpo normalmente obtiene hierro a través de la alimentación. También reutiliza el hierro de los glóbulos rojos viejos. La anemia por deficiencia de hierro se presenta cuando sus reservas corporales bajan. Esto puede ocurrir debido a que:

- ✓ Usted pierde más glóbulos sanguíneos y hierro de lo que su cuerpo puede reponer.

- ✓ Su cuerpo no hace un buen trabajo absorbiendo hierro.

- ✓ Su cuerpo puede absorber el hierro, pero usted no está consumiendo suficientes alimentos que contengan este elemento.
- ✓ Su cuerpo necesita más hierro de lo normal (por ejemplo, si está embarazada o amamantando).

Síntomas de la anemia ferropénica en niños

- ✓ Coloración pálida de la esclerótica de los ojos y piel.
- ✓ Uñas quebradizas
- ✓ Disminución del apetito.
- ✓ Fatiga
- ✓ Coloración pálida de la piel (palidez)
- ✓ Debilidad.

Causas de la anemia ferropénica en niños

La anemia ferropénica es la forma más común de anemia. El cuerpo obtiene hierro de ciertos alimentos y también recicla hierro proveniente de glóbulos rojos viejos.

La deficiencia de hierro (muy poco hierro) puede ser causada por:

- Una alimentación pobre en este elemento (ésta es la causa más común)

- Incapacidad del cuerpo para absorber el hierro muy bien, aunque se esté consumiendo suficiente cantidad de este elemento
- Pérdida de sangre lenta y prolongada, generalmente a través de los períodos menstruales o sangrado en el tubo digestivo
- Crecimiento rápido (en el primer año de vida y en la adolescencia), cuando se necesita más hierro

Los bebés nacen con hierro almacenado en el cuerpo. Debido a que crecen rápidamente, los niños y los bebés necesitan absorber un promedio de 1 mg de hierro al día.

Dado que los niños únicamente absorben alrededor del 10% del hierro que consumen en los alimentos, la mayoría de ellos necesita ingerir de 8 a 10 mg por día de este elemento. Los bebés lactantes necesitan menos porque el hierro es absorbido 3 veces más cuando proviene de la leche materna.

El riesgo de desarrollar anemia ferropénica se incrementa en:

Bebés menores de 12 meses que toman leche de vaca en lugar de leche materna o leche maternizada en polvo (fórmula) fortificada con hierro.

Niños pequeños que toman muchos sucedáneos en lugar de ingerir alimentos que le aporten al cuerpo más hierro.

La anemia ferropénica afecta con más frecuencia a los bebés entre 6 y 24 meses de edad. A todos los bebés se les debe hacer una prueba de detección para la deficiencia de hierro a esta edad. Es posible que los bebés prematuros necesiten una evaluación más temprana.

Tratamiento contra la anemia:

Tratamiento con sulfato ferroso en niños menores de 6 meses.

Tratamiento con micronutrientes y hierro en niños de 6 a 35 meses.

Alimentación balanceada rica en hierro.

Prevención:

Fomentar la lactancia materna en los bebés, y el consumo de alimentos ricos en hierro, en combinación con aquellos que contienen potenciadores de la absorción del hierro garantizará unas reservas óptimas de este mineral.

Consumir carnes rojas magras una vez a la semana: la presencia de hierro y de proteínas animales potenciará la absorción del mineral.

Combinar el consumo de aves, pescados y huevos durante el resto de la semana como fuente de proteínas y hierro.

Incluir legumbres al menos una vez a la semana, que tienen gran cantidad de hierro.

Limitar los suplementos de fibra y no abusar de los cereales integrales, el pan integral o el salvado, pues pueden evitar la absorción completa del hierro.

Reducir el consumo de té, café, vinagre o vino.

Evitar consumir en la misma comida alimentos ricos en hierro con aquellos que contienen inhibidores de la absorción del hierro.

Potenciar el consumo de alimentos ricos en vitamina C (naranja, mandarina, kiwi) como postre o en salsas cuando se consuman alimentos ricos en hierro, ya que ayudan a absorber mejor el hierro y además nos ayudarán a realzar el sabor de manera saludable.

2.2.2 Cuidado de enfermería en el Crecimiento y Desarrollo del niño

Según el enfoque de NOLA PENDER, Este modelo de Promoción de la Salud identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El primer contacto de Nola J. Pender con la enfermería profesional se produjo cuando ella tenía 7 años y observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. “La experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a mi tía y a su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermera” afirmó Pender (entrevista personal, 6 de mayo de 2004). Esta experiencia y la educación que recibió posteriormente inculcaron en ella un deseo de cuidar de los demás e influyeron en su idea de que la meta de la enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaran ellos mismos. Pender contribuye al conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida

a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones

2.2.3. Definición de Términos

- **Anemia**, enfermedad caracterizada por una disminución en la cantidad de hemoglobina que contienen los glóbulos rojos, con alteraciones, o no de su tamaño, forma o número, dificultando el intercambio de oxígeno y CO₂ entre la sangre y las células del organismo. La mayoría de las anemias tiene su origen en un déficit de los nutrientes necesarios para la síntesis del glóbulo rojo, fundamentalmente hierro (Fe), vitamina B12 y ácido fólico.

- **Hemoglobina**, La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo, es capaz de fijar eficientemente el oxígeno a medida que este entra en los alveolos pulmonares durante la respiración, también es capaz de liberarlo al medio extracelular cuando los eritrocitos circulan a través de los capilares de los tejidos.

- **Tamizaje de Hemoglobina**, La prueba de la hemoglobina se hace para saber si hay una concentración baja o alta de glóbulos rojos en sangre. Cuando la concentración de glóbulos rojos es baja >11mg/dl niño se encuentra con anemia.

- **Alimentación Balanceada,** Es aquella alimentación que incluye porciones adecuadas de vitaminas, proteínas, minerales y otras sustancias necesarias para el cuerpo, independientemente de su origen vegetal o animal.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la revisión documentaria del registro de atención de enfermería, informes mensuales que nos facilitó el área de estadística, cuadernos de seguimientos de niños con anemia.

3.2 Experiencia Profesional

Como Licenciada en Enfermería comencé a laborar en el Hospital Regional Huacho desde el 01 enero del 2014 hasta la actualidad en el Servicio de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación del Niño sano e inmunización.

Esta área tiene como fin detectar de manera precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando la detección, tratamiento en el dosaje de hemoglobina para identificar a los niños con anemia y así hacerle el seguimiento para su recuperación Y de este modo, reducir la severidad y duración de la alteración, evitando secuelas, disminuyendo la incapacidad y previniendo la muerte. Por ello es importante que se realice la intervención, ejecutando las siguientes actividades en cada atención:

1. Saludo cordial a la madre o apoderado.
2. Verifico los datos del menor (edad, DNI, fecha de nacimiento y el control y vacuna que le corresponde).
3. Elaboración de plan atención (de acuerdo al grupo etario del niño) y monitoreo del plan de atención de salud individualizado.

4. Evaluación del Estado de salud: examen físico, detección de enfermedades prevalentes, el estado de nutrición, el tamizaje de Hemoglobina y detección de anemia y Desarrollo psicomotor.
5. Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento desarrollo y crianza de la niña y el niño. Consumo de alimentos. Cumplimiento del calendario de vacunaciones. Detección de casos de violencia familiar y maltrato infantil.
6. Consejería integral a la mama de acuerdo a la edad del niño.
7. Pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño.
8. Registro de la atención en carnet de atención, historia clínica, llenado de cuadro en el sistema de seguimiento de controles, entrega de micronutrientes y el tamizaje de hemoglobina según la edad correspondiente del niño; si el niño se encuentra con $>11\text{mg/dl}$ procedo a realizar la interconsulta con pediatría.
9. Una vez identificados los niños con anemia se realiza continuamente el seguimiento

3.3 Procesos Realizados en el tema de informe

En el consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Huacho se visualizó durante las atenciones en el consultorio y las visitas domiciliarias que el desconocimiento de las madres o cuidadores de los niños en cuanto una alimentación balanceada para sus niño.

El déficit de la lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses.

La toma tardía de los multimicronutrientes, mamas se iban después de su control y no pasaban por farmacia a recoger los micronutrientes y ya no consumían ese mes que les correspondía.

Cuando sus niños cumplían los seis meses, no pasaban por el consultorio de nutrición por no hacer colas largas en caja y se iban y no recibían una adecuada orientación de su alimentación balanceada.

El tamizaje de hemoglobina era tardío por las colas largas en caja para sellar la orden y luego, las colas largas en laboratorio para la toma del examen; y así se retiraban las mamas y no obteníamos un diagnóstico oportuno para una acción inmediata.

Falta de tiempo por trabajo o estudios mamas no acudían a tiempo sus controles de sus niños.

Debido al incremento de casos de niños con anemia entre los años 2014 al 2015 de un 997 casos, es que como enfermeras nos organizamos y planteemos estrategias para el abordaje del problema, es así que nos reunimos con el consultorio de nutrición para buscar solución, se quedó que en sala de espera de una a dos veces por semana realizarían sesiones educativas de la alimentación balanceada según grupo etario, y nosotras haríamos sesiones educativas de la importancia de la lactancia materna y la preparación y consumo de los micronutrientes; daríamos más hincapié de ese tema en los controles.

Para la facilitación de entrega de los micronutrientes a las mamas se coordinó con farmacia que ellos nos abastecerían de micronutrientes y sulfato ferroso para en la atención de nuestros niños ahí haríamos la entrega directamente, recién el Hospital Regional nos logra hacer la compra desde el año pasado entre el mes de Julio- agosto del 2017 nos abastece por mes luego nosotros le regularizaríamos las recetas que se les hace firmar a las madres en la entrega, esto para asegurarnos de que si reciban en su tiempo adecuado.

Para la toma de hemoglobina ese proceso si fue un poco más largo de conseguir la efectividad, hasta que la Red nos proporciona un

Hemocontrol, microcubetas y lancetas, ya con esto nosotras mismas hacíamos el tamizaje de hemoglobina en la atención del CRED y tenemos el resultado inmediato, así realizamos el tamizaje a los niños de siete meses y al mes del término de la última entrega del mmn; si sale con resultado $<11\text{mg/dl}$ lo referimos de inmediato al pediatra.

Armamos en nuestro sistema cuadros estadísticos de seguimiento de los controles de crecimiento y desarrollo de vacunas, entrega de micronutrientes, entrega de sulfato ferroso, para un fácil monitoreo y seguimiento.

Contamos con un registro de niños ya diagnosticados con anemia por el pediatra para su seguimiento oportuno y su control de tamizaje de hemoglobina.

Organizamos campañas de lucha contra la anemia.

Diario una enfermera realiza la visita domiciliaria para la entrega, supervisión del consumo del micronutriente.

Cada atención que viene el niño con mama o apoderado se da mucho hincapié en la lactancia materna exclusiva, la suplementación del hierro que inicia desde los 4 meses y a los 6 meses con micronutriente hasta la última toma.

Gracias a estas actividades cumplir dentro de nuestro horario de atención en el consultorio de CRED y visitas domiciliarias, también que los padres se adapten y comprometan con todo el plan de atención; así cada año que pasaba los niños con anemia en nuestro Hospital fue disminuyendo, entre los años 2015 al 2017 obtuvimos un resultado de 56.2% (1647) niños recuperados de anemia entre los 6 a 35 meses.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

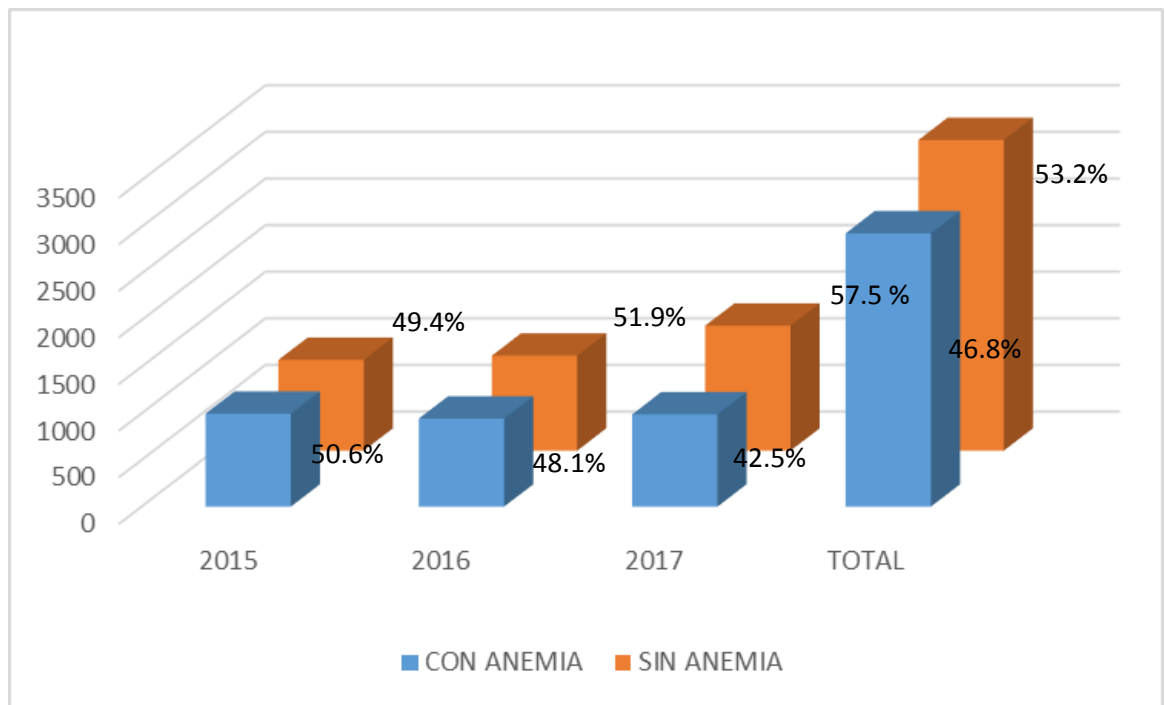
**DISTRIBUCION DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA
FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL
HUACHO DEL 2015- 2017**

HOSPITAL REGIONAL HUACHO			
AÑO	POBLACION ATENIDA	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
2015	1971	997	974
2016	1963	944	1019
2017	2330	990	1340
TOTAL	6264	2931	3333

FUENTE: Área de Estadística del Hospital Regional Huacho

GRAFICO 4.1.

DISTRIBUCION DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO DEL 2015- 2017



En relación a los niños con anemia y sin anemia se observa que en el 2015 el 50.6% (997) niños tienen anemia, 49.4% (974) niños sin anemia. En relación a los niños con anemia y sin anemia se observa, en el 2016 que el 48.1% (944) niños con anemia 51.9% (1019) niños sin anemia. En relación a los niños con anemia y sin anemia se observa que en el 2017 el, 42.5% (990) niños con anemia y el 57.5% (1340) niños sin anemia. En los últimos 3 años podemos evidencia que se ha atendido a 6264 niños de 6 a 35 meses de las cuales el 46.8% (2931) presentan anemia y el 53.2% (3333) no presentan anemia.

CUADRO Nº 4.2

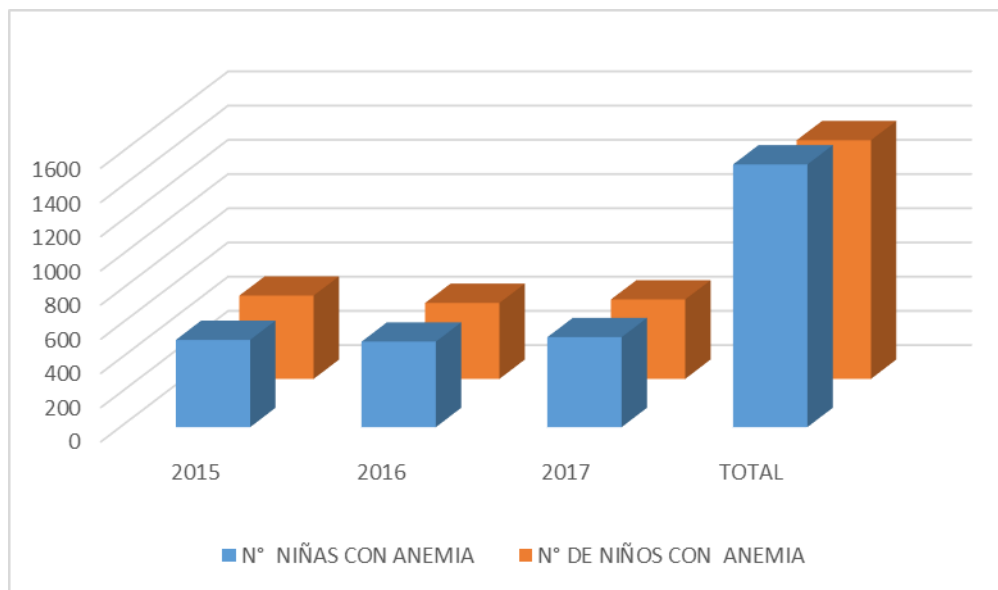
DISTRIBUCION POR SEXO DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2015 - 2017

AÑO	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	Nº NIÑAS CON ANEMIA	%	Nº DE NIÑOS CON ANEMIA	%
2015	510	51,2	487	48,8
2016	500	53,0	444	47,0
2017	526	53,1	464	46,9
TOTAL	1536	52,4	1395	47,6

FUENTE: Área de Estadística del Hospital Regional Huacho

GRÁFICO 4.2

DISTRIBUCION POR SEXO DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2015 - 2017



Fuente: Área de Estadística del Hospital Regional Huacho

En relación los niños según sexo, en el 2015 el 51.2% (510) niñas tienen anemia y el 48.8% (487) niños tienen anemia. En relación los niños según sexo, en el 2016 el 55% (500) niñas tienen anemia y el 47% (444) niños tienen anemia. En relación los niños según sexo, en el 2017 el 53.1% (526) niñas tienen anemia y el 46.9% (464) niños tienen anemia. En los últimos 3 años se ha atendido a 6264 niños de 6 a 35 meses de las cuales el 52.4% (1536) son niñas con anemia y el 47.6% (1395) son niños anemia.

CUADRO 4.3

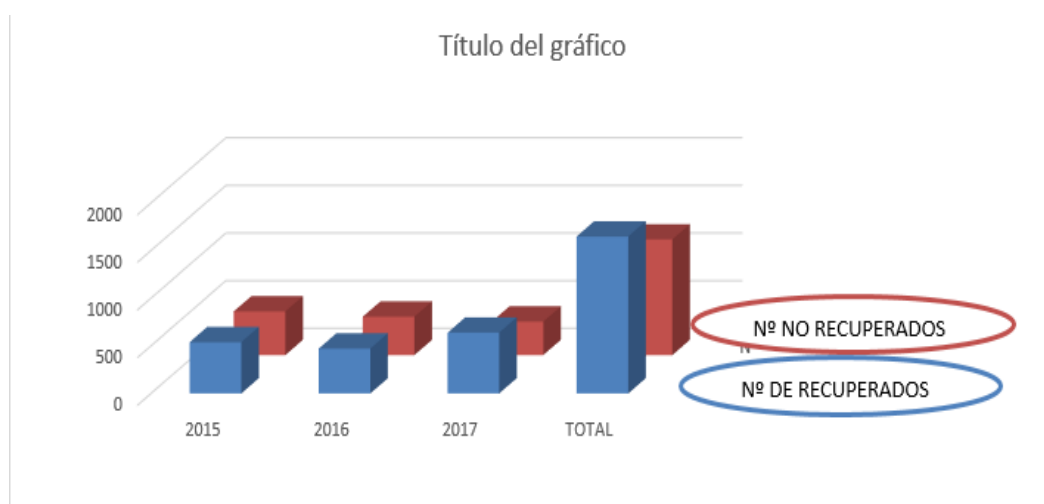
DISTRIBUCION DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES RECUPERADOS CON ANEMIA FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2015 – 2017

AÑO	RECUPERADOS		NO RECUPERADO	
	N°	%	N°	%
2015	538	54,0	459	46,0
2016	471	49,9	403	42,7
2017	638	64,4	352	35,6
TOTAL	1647	56,2	1214	41,4

Fuente: Área de Estadística del Hospital Regional Huacho

GRAFICO 4.3

DISTRIBUCION DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES RECUPERADOS CON ANEMIA FERROPENICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2015 - 2017



En relación a los niños recuperados y no recuperados, en el 2015 el 54.0 % (538) de niños recuperados de la Anemia y el 46.0% (459) de niños no recuperados. En el 2016 el 49.9% (471) de niños recuperados de la Anemia y el 42.7% (403) de niños no recuperados. En el 2017 el 64.4% (638) de niños recuperados de la Anemia y el 35.6% (352) niños no se recuperaron. En los últimos 3 años se detectó a 2931 niños de 6 a 35 meses con Anemia de las cuales el 56.2% (1647) se recuperó de la anemia y el 41.4% (1214) no se han recuperado.

V. CONCLUSION

- a)** De acuerdo a la atención de enfermería se concluye que al 2017 de 990 niños con anemia se logró la recuperación de 638(64.4%), gracias a las acciones preventivas – promocionales que se vienen realizando en el Hospital Regional Huacho.

- b)** Se logró que las madres o cuidadoras de los niños tomen conciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva, alimentación balanceada (hierro) y la suplementación con los multimicronutrientes.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que sigan realizando las acciones preventivas promocionales para seguir disminuyendo la tasa de niños con anemia.

- b) Siempre tener un buen clima laboral, brindar siempre orientación y consejería apropiadas madres o cuidadores de nuestros niños.

- c) Que se siga realizando las coordinaciones con el equipo multidisciplinario (enfermera, nutricionista, pediatra), para seguir brindando la calidad de atención en el niño, ya sea en los Hospitales o Establecimientos de Salud.

VII. REFERENCIALES

1. MINSA Anemia 2016 [citado Marzo 2016] Disponible en :
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
2. OPS. ANEMIA 2016 (citado 13 diciembre 2017) Disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900
3. UNICEF - Panamá [citado 2016]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/panama/spanish/Hierro.pdf>
4. OMS. Anemia 2017 [citado 16 octubre 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
5. DIRESA Lucha contra la Anemia (citado en marzo 2016). Disponible en:
http://www.diresalima.gob.pe/diresa/menu/archivo/epi_2016/BOLETIN%202016/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SE02-2016.pdf
6. ALONZO PINEDA, Sindy Alejandra
RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 59 MESES DE EDAD. ESTUDIO REALIZADO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2013, EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO SUCHITEPÉQUEZ, SUCHITEPÉQUEZ. Tesis titulación - Guatemala, 2014

7. Abril Guevara, María Fernanda. EFECTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOS Y PERIMETRO CEFALICO EN NIÑOS/NIÑAS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA TENA – 2014 tesis titulación. Ecuador 2015.
8. Borge Romero, Ernesto Cesar (Nicaragua 2015) PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 2 MESES A 10 AÑOS DE EDAD. SALA DE PEDIATRÍA HOSPITAL DE ESTELÍ ENERO – MARZO 2014 tesis titulación. Nicaragua 2015.
9. Aguirre Andrade, Manglio FACTORES ASOCIADOS CON LA PREVALENCIA DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN, EN NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN –JUAN BAUTISTA Y SOCOS, HUAMANGA, 2015 Tesis Titulación. Ayacucho 2015.
10. Gutiérrez Huillca, Lighia Sumack Urpi NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA RELACIONADO CON LA ACTITUD PREVENTIVA DE LAS MADRES EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. Tesis Titulación. NUEVO CHIMBOTE 2013.

ANEXOS

ATENCIONES EN EL CONSULTORIO DE CRED



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE INMUNIZACIONES.



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIONES DEMOSTRATIVAS EN SALA DE ESPERA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

CARTEL DE LA SUPLEMENTACIÓN DE MMN



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

CAMPAÑAS DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIONES DEMOSTRATIVAS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**VISITAS DOMICILIARIAS DEL MONITOREO DEL CONSUMO DE LOS
MMN**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA DE GRADO LEVE

GRADOS DE ANEMIA	PRODUCTO A UTILIZAR	TIEMPO	OBSERVACIÓN
ANEMIA LEVE Hb.: 10 - 10,9 g/dl	Micronutrientes en polvo,	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	El micronutriente contiene: Hierro elemental 12.5 mg, Vitamina A 300 ug, Vitamina C 30 mg, Zinc 5 mg, Ácido fólico 160 ug.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA DE GRADO MODERADO

NIVEL DE HEMOGLOBINA	PRODUCTO A UTILIZAR	TIEMPO	OBSERVACIÓN
Hb.: 9 - 9,9 g/dl	Micronutrientes en polvo	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	El micronutriente contiene: Hierro elemental 12.5 mg, Vitamina A 300 ug, Vitamina C 30 mg, Zinc 5 mg, Ácido fólico 160 ug. Agregar una dosis complementaria de 15 a 25 mg. de hierro elemental:
Hb.: 7 - 8,9 g/dl	Micronutrientes en polvo	Administración diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)	<ul style="list-style-type: none"> • 15-25 Gotas de Sulfato Ferroso (1 mg Fe elemental / gota) ó • 7-12 Gotas de Hierro Polimaltosado(*) (2 mg Fe elemental / gota) ó • 5 ml-7.5 ml de Sulfato Ferroso en jarabe (15 mg Fe elemental / cdta. de 5 ml) ó • 2.5 ml de Hierro Polimaltosado (*) en jarabe (50 mg Fe elemental / cdta. De 5 ml)

Nota: Tener en cuenta que la dosis máxima tolerable de hierro es 40 mg de hierro elemental/día.

*) Ceñirse a la Norma técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el PNUME RM. N° 540-2011/MINSA

RM N° 028-2015/MINSA que aprueba la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anemia por deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención"

NIÑOS MENORES DE 36 meses - Prevención

SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES



CONDICIÓN DEL NIÑO	PRODUCTO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR POR VÍA ORAL POR DÍA	DURACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso(*) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico(**)	Desde los 30 días hasta los 5 meses con 29 días de edad	3 mg/kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses 29 días de edad
	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Gotas Sulfato ferroso(*) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico(**)	Desde los 4 meses de edad hasta los 5 meses con 29 días	2 mg/kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses con 29 días
	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
	Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico(***) ó Jarabe Sulfato ferroso(****)	A partir de los 6 meses	2 mg/kg/día	Suplementación diaria mientras no se cuente con micronutrientes

(*) Gotas de Sulfato Ferroso (1 gota = 1 mg Fe elemental)

(**) Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico (1 gota = 2,5 mg Fe elemental)

(***) Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico (1 ml = 10 mg Fe elemental)

(****) Jarabe de Sulfato Ferroso (1 ml = 2 mg Fe elemental)