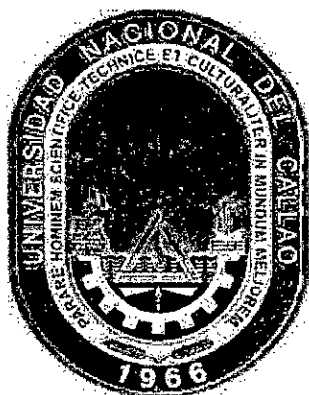


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN  
LACTANTES DE 6 A 35 MESES QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD SOCORRO, 2015 - 2017**

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

**ANDREA THAYNEE AUJAPUCLLA ROSSI**

**Callao, 2018**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

### MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA	Presidenta
MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Secretario
MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ	Vocal

ASESOR: MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 075

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 12/02/2018

Resolución de Decanato N°463-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ANDREA THAYNEE AUJAPUCLLA ROSSI

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO	12
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	26
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>28</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.3 PROCESOS REALIZADOS	32
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>44</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>49</b>

## INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los desórdenes nutricionales prevalentes en el mundo, especialmente en niños menores de 5 años tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados.

La Organización Mundial de la Salud define la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor de dos desviaciones estándar en una población dada, el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, hemoglobina, o es menor en volumen total. La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en niños. La hemoglobina, un conglomerado de proteínas que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. La causa de la anemia resulta de la combinación de múltiples factores etiológicos. Entre la causa inmediata de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, ácido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción. La falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia. De este

modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños.

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.

La deficiencia de hierro y la anemia en sí son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo a largo plazo. La anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, en especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA**

La anemia es una de las patologías más frecuentes del mundo ya que es considerada como una de los mayores problemas de Salud pública, que afecta un porcentaje considerable de la población mundial, siendo los más vulnerables los niños, las gestantes, mujeres en edad fértil y adolescentes (1).

Las anemias nutricionales son las más prevalentes en la población. La deficiencia de hierro y la anemia ferropénica (AF) afectan la función cognitiva de los niños en edad escolar. La AF al ser prolongada, aun cuando posteriormente se trate, puede dejar secuelas permanentes; encontrándose que en la mayoría de los niños con AF, los resultados de las pruebas para evaluar el desarrollo psicomotor permanecen significativamente más bajos que el grupo control, aún después del tratamiento (2).

En Latinoamérica, el estado de ferropenia crónica, sin anemia manifiesta afecta al 52-55% de la población, siendo más grave el problema en la infancia. Si bien es cierto, que entre los grupos más vulnerables en presentar desnutrición están los niños, sin embargo, son las madres las que condicionan los hábitos y patrones de alimentación del niño influyendo en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento.

En el Perú las mujeres en edad fértil, constituyen el 25% de la población total y su estado nutricional antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y perinatal. (1)

Las cifras de la anemia en el Perú siguen generando preocupación. En el país, más de 948 mil niños menores de cinco años tienen anemia, enfermedad que mostró un incremento 2.6 puntos porcentuales en los últimos 5 años, reveló la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2016, presentada por el INEI.

El estudio señala que el 33.3% de niños menores de 5 años tiene anemia, 0.7 puntos porcentuales más que el año anterior. Asimismo, el sondeo reveló que el 43.6% de los menores de 3 años tiene anemia. En la zona urbana esta cifra se reduce a 39.9%, pero en el área rural el problema se agudiza y alcanza el 53.4%.

Las regiones más afectadas por la anemia son Puno, Loreto, Pasco, Huancavelica y Ucayali. (4)

Esta situación alarmante exigía una intervención inmediata del gobierno, el cual se ha impuesto como objetivo reducir al 19% este mal silencioso entre niños menores de 3 años a través de un Plan Nacional de lucha contra la anemia, 2017- 2021.(5)

El Centro de Salud Socorro cuenta con 153 niños diagnosticados con anemia entre 2015 a 2017 de edades de 6 a 35 meses, según datos estadísticos. (6)

En el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño se puede encontrar varios problemas que ocasionan la anemia; entre estos son los inadecuados alimentos que las madres les brindan a sus hijos, madres adolescentes y con bajos recursos económicos y tienen que salir a trabajar y dejar a sus hijos al cuidado de otros niños u otras personas, quienes no les dan los alimentos ricos en hierro y los cuidados necesarios.

La suplementación de los niños menores de 24 meses es uno de los principales objetivos en el centro de salud, ya que contribuye en la disminución de anemia en nuestros niños.

Por ello la importancia de realizar este estudio para así contribuir con la disminución de la anemia.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Describir la experiencia profesional en la intervención de enfermería en lactantes con factores asociados a la anemia de 6 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Socorro durante el periodo 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 ferropénica, 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.(7)

Este trabajo tiene por finalidad describir la experiencia profesional en la intervención de enfermería en lactantes con anemia de 6 a 36 meses atendidos en el CENTRO DE SALUD SOCORRO. La identificación temprana del problema de la anemia permitiría una mejor y oportuna intervención por parte de los profesionales e instituciones involucradas en el manejo de los mismos, los resultados obtenidos serán de gran utilidad al CENTRO DE SALUD para de esta manera asumir acciones que contribuyan en el bienestar presente y futuro de los niños y fortalecer las actividades que realizan, a los padres de familia de los niños menores de 6 a 35 meses. La información obtenida nos permitirá diseñar estrategias que conlleven a intervenciones oportunas para disminuir y prevenir el riesgo de la deficiencia de hierro y presencia de anemia ferropénica en niños. Así tendremos niños sanos, saludables y felices.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

**CARRIZO LUIS 2012.**En el presente estudio se plantearon como objetivos evaluar los distintos factores de riesgo que condicionan la anemia ferropénica en niños de 6 a 23 meses de edad del área capital de la ciudad de Santiago del Estero – Argentina, durante el período 2008- 2010, estimando su prevalencia, describiendo el consumo de hierro en la dieta, relacionando el estado nutricional antropométrico con los casos de anemia y analizando en qué medida los factores alimentarios, perinatólogicos y farmacológicos condicionan el estado nutricional de este micronutriente. Fueron evaluados 102 lactantes que acudieron en forma espontánea al control de niño sano en el consultorio externo del hospital, provenientes de un área urbanizada y que no padecían patologías agudas o crónicas. El diseño de la investigación fue de tipo epidemiológico descriptivo de corte transversal. Las variables estudiadas fueron: edad y sexo, instrucción de la madre, cobertura médica del niño, número de hijos a cargo de la madre, estado nutricional, dosaje de hemoglobina, peso al nacer, prematuros, gemelaridad, lactancia materna y suplementación farmacológica con hierro. Los datos obtenidos de la encuesta fueron procesados mediante análisis de tipo descriptivo, bivariados y multivariados. Se

tomó consentimiento informado a los responsables de los niños. Los resultados mostraron que la prevalencia estimada fue del 29%, los factores que estuvieron asociados a los casos de anemia fueron: el Nivel de instrucción de la madre, el Número de hijos a cargo, la mayoría de los casos correspondían a la categoría de eutróficos, la Ingesta diaria de hierro está por debajo de las recomendadas, el bajo peso al nacer y la gemelaridad están significativamente relacionados a los casos de anemia. (8)

**CENTENO SÁENZ, EDITH MERY 2013.** El presente estudio de investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario; siendo la muestra 40 niños de 6 meses. Los resultados obtenidos muestran, con respecto a los factores intrínsecos, que el 45% de niños nacieron pequeños para la edad gestacional, el 40% nacieron prematuros y el 20% nació con bajo peso. En relación a los factores extrínsecos, el 58% de niños no consumió suplemento de hierro y el 53% se alimentaba con lactancia mixta u otros. El 58% de madres padeció de hiperémesis gravídica, el 53% desconoce sobre la enfermedad, el 50% tuvo un periodo de menstruación más de 5 días antes de su embarazo y el 48% sufrió

de anemia durante su embarazo. En conclusión: Los factores intrínsecos que presentaron valores significativos fueron pequeño para la edad gestacional, prematuridad y peso bajo al nacer. Los factores extrínsecos que presentaron mayor proporción fueron no consumo de suplemento de hierro, hiperémesis gravídica, desconocimiento de la madre, lactancia mixta u otros y complicación del embarazo. Destacando la trascendencia del factor desconocimiento de la madre acerca de la enfermedad. (9)

**GUTIERREZ HUILLCA, LIGHIA SUMACK URPI2014.** En su estudio de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, con diseño, titulado nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013 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 positiva (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. (10)

**AGUIRRE ANDRADE, MANGLIO 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). (11)

**GUIBERT LÓPEZ, LUIS ALONSO 2014.** El presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a anemia

en niños a los 6 meses de edad atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 90 niños de 6 meses de edad según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin anemia. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: 1) bajo peso al nacer (OR: 3.72;  $p < 0.05$ ), 2) prematuridad (OR: 4.52;  $p < 0.01$ ), 3) lactancia materna no exclusiva (OR: 3.58;  $p < 0.01$ ). El bajo peso al nacer, la prematuridad y la lactancia materna no exclusiva son factores de riesgo asociados a anemia en niños a los 6 meses de edad. (12)

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **DEFINICION DE ANEMIA:**

La anemia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a:

- Deficiencia de hierro en el organismo.
- Infecciones y enfermedades inflamatorias y otras causas.

La población más vulnerable a la deficiencia de hierro es:

- Gestantes
- Niños Menores de 2 años

- Mujeres entre la menarquia y la menopausia

## **EL HIERRO Y LA ANEMIA**

El hierro es un componente que se encuentra en:

- ❖ Los glóbulos rojos de la sangre, específicamente en la proteína Hemoglobina (aproximadamente el 65% de hierro del organismo). Rol de transportar oxígeno desde los pulmones a los tejidos. Los músculos (aproximadamente 10%).
- ❖ Las enzimas y neurotransmisores (aproximadamente 3%) rol en circuitos aprendizaje.
- ❖ Los depósitos como la ferritina (aproximadamente de 12 a 25%) en hígado y médula ósea.

El nivel de absorción del hierro varía en función al tipo de alimento (entre 1% y 50%) y en función a los depósitos en el organismo.

Hay dos tipos de hierro en los alimentos:

- ❖ Hierro de productos animales (Heme)
- ❖ Hierro procedente de los vegetales (no Heme) (13).

## **CLASIFICACIÓN DE LAS ANEMIAS**

**POR PATOGENIA**, De acuerdo con el recuento de reticulocitos, la anemia puede clasificarse en:

**A.- ANEMIA REGENERATIVA:** Con aumento de reticulocitos como respuesta a una pérdida de glóbulos rojos, por ejemplo después de un sangramiento, o asociado a una enfermedad hemolítica.

**B.- ANEMIA HIPOREGENERATIVA:** Con reticulocitos normales o disminuidos, debido a un déficit en la producción de glóbulos rojos, ya sea por alteración de la médula ósea, por alguna deficiencia nutricional o asociada a enfermedades crónicas, inflamatorias, tumores y otras.

**POR MORFOLOGÍA,** El volumen corpuscular medio de los eritrocitos permite distinguir los tipos de anemia de acuerdo con el tamaño de los glóbulos rojos:

**A.- ANEMIA MICROCÍTICA:** La característica de la deficiencia de hierro por microcitos se relaciona con un elevado ancho de distribución de glóbulos rojos (CGR). Debido a que la anemia es leve y estar la historia y los valores de laboratorio en concordancia con la deficiencia de hierro, es conveniente realizar tratamiento presuntivo con terapia con hierro oral y repetir la prueba en un mes.

**B.-ANEMIA NORMOCÍTICA:** El primer paso en la evaluación de la anemia normocítica es determinar el recuento de reticulocitos para distinguir los casos de aumento de volumen de glóbulos rojos, como la hemólisis, trastornos de la médula ósea.

**C.-ANEMIA MACROCÍTICA:** La anemia Macroscítica es rara en niños. En el estudio inicial de un frotis de sangre periférica la presencia de neutrófilos hipersegmentados indica una anemia megaloblástica, que es causada por la deficiencia de folato B12 u otros trastornos de la síntesis de ADN.



## **POR PRESENTACIÓN CLÍNICA**

De acuerdo al tiempo de su instalación:

**A.-ANEMIA AGUDA:** En la anemia aguda, los valores de hemoglobina y hematíes descienden en forma brusca por debajo de los niveles normales. Esta forma de anemia se presenta en dos situaciones bien definidas: hemorragia y por un aumento en la destrucción de los hematíes (hemólisis).

**B.- ANEMIA CRÓNICA:** Se instala de forma lenta y progresiva y es la forma de presentación de diversas enfermedades que inducen insuficiencia en la producción de hematíes por la médula ósea o limitación en la síntesis de la hemoglobina de carácter hereditario o adquirido. En este grupo, se incluyen anemias carenciales (ferropenia), las anemias secundarias a enfermedades sistémicas (nefropatías, infecciones crónicas, neoplasias, etc.) y los síndromes de insuficiencia medular. (14)

## **ETIOLOGIA**

Las causas de la anemia varían según la edad. La anemia no debe ser considerada como un diagnóstico, sino que se debe investigar su etiología. En los niños, generalmente es causada por una disminución de la producción de glóbulos rojos o el aumento del recambio de glóbulos rojos. La deficiencia de hierro suele causar disminución en la producción de la concentración de glóbulos Rojos (CGR). Los factores de riesgo incluyen el nacimiento prematuro, la

mala alimentación, el consumo de más de 24 onzas de leche de vaca por día, y la pérdida crónica de sangre. Otras causas de la disminución de la producción de glóbulos rojos incluyen la inflamación crónica de la infección u otras condiciones inflamatorias, insuficiencia renal, el uso de medicamentos, enfermedades virales, y trastornos de la médula ósea. El aumento de volumen de glóbulos rojos puede ser un resultado de la pérdida de sangre, destrucción mecánica de los glóbulos rojos, o hemólisis. La Hemólisis puede resultar de defectos heredados en los glóbulos rojos, por lo tanto, el sexo, origen étnico, y los antecedentes familiares son potenciales factores de riesgo. Los medicamentos pueden causar anemia debido a hemolisis inmune o el estrés oxidativo. La destrucción mecánica puede se presentan en personas con válvulas mecánicas o esplenomegalia. Pérdida de glóbulos rojos puede ser también un resultado de hemorragia aguda (15)

## **DIAGNOSTICO**

### **DIAGNOSTICO CLINICO**

La mayoría de los niños con anemia leve no presentan signos o síntomas. Algunos pueden presentar irritabilidad o pica (en la deficiencia de hierro), ictericia (hemólisis), dificultad para respirar o palpitaciones. Al examen físico pueden mostrar ictericia, taquipnea, taquicardia e insuficiencia cardíaca, especialmente en niños con anemia severa aguda. La Palidez tiene poca sensibilidad para

predecir la anemia leve, pero se correlaciona bien con anemia graves. La anemia crónica puede ser asociada a glositis, soplo cardiaco, y el retraso en el crecimiento, aunque estas condiciones son poco frecuentes en países desarrollados. (16)

### **ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

- Bajo consumo de alimentos que contienen hierro.
- Elevadas necesidad de hierro del organismo: en infantes, dada la rápida velocidad de crecimiento y diferenciación de sus células cerebrales; gestación para el crecimiento del feto y la placenta.
- Asimilación inadecuada del hierro de los alimentos (fitatos).
- Excesiva pérdida de sangre.
- Infecciones agudas (ej. malaria).
- Infecciones crónicas (ej. TB, VIH).
- Condiciones inflamatorias (ej. Artritis reumatoide)
- Cáncer
- Deficiencia de otras vitaminas (ej. (Vit. A, Vit. B12, Folatos, Riboflavina, Cobre).
- Alteraciones genéticas – hemoglobinopatías

### **RIESGOS DE LA ANEMIA Y LA DEFICIENCIA DE HIERRO**

#### **EMBARAZO:**

- ✓ Mortalidad materna
- ✓ Mortalidad Perinatal
- ✓ Bajo peso al Nacer

- ✓ Mortalidad Neonatal Infancia
- ✓ Efectos negativos en desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento.

### **ADULTOS:**

- ✓ Baja Productividad y Rendimiento económico.

### **PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico de anemia incluye los siguientes análisis de laboratorio y pruebas:

- Un recuento de sangre de rutinario. Muestra de sangre tomada de una vena del brazo se evaluó los recuentos sanguíneos. La anemia se detecta si el nivel de hemoglobina es inferior a la normal.

Puede haber menos glóbulos rojos de lo normal. Bajo el microscopio los hematíes pueden aparecer más pequeños y más pálidos de lo normal en caso de anemia por deficiencia de hierro.

El pequeño tamaño se denomina anemia microcítica. En vitamina B12 de folato a la deficiencia de los glóbulos rojos puede aparecer pálido pero más grande que su tamaño habitual. Esto se llama anemia macrocítica.

- Tiendas de ferritina – ferritina es una proteína que almacena el hierro. Si los niveles sanguíneos de ferritina bajos indica baja en hierro se almacena en el cuerpo y ayuda a detectar anemia por deficiencia de hierro.
- Exámenes de sangre son volumen celular medio (MCV) y el ancho de distribución de glóbulos rojos (RDW).
- Conteo de reticulocitos es una medida de glóbulos rojos jóvenes. Esto demuestra que si la producción de RBC está en niveles normales.
- Vitamina B12 y los niveles de folato en sangre – estas ayudan a detecta si la anemia si debido a la deficiencia de estas vitaminas.
- Análisis de la médula ósea para detectar demasiados glóbulos rojos inmaduros, como se ve en la anemia aplásica o cánceres de la sangre. Falta de hierro en la médula ósea también apunta hacia la anemia por deficiencia de hierro. La médula ósea se obtiene insertando una aguja hueca en el hueso de la cadera o el esternón y retirar una cantidad pequeña de la médula. La muestra luego se coloca sobre un portaobjetos de vidrio y teñida con tintes especiales. Esto es examinada bajo el microscopio. (17)

## **FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA**

### **EMBARAZO EN ADOLESCENTE**

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Las

reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre es joven también y se involucra, es posible que las mismas reacciones ocurran con su familia.

Las adolescentes que están embarazadas pueden privarse de asistencia médica durante su embarazo, lo que resulta en un riesgo mayor de tener complicaciones médicas. Estas adolescentes embarazadas necesitan comprensión especial, atención médica e instrucción-especialmente acerca de la nutrición, las infecciones, el abuso de sustancias y las complicaciones del embarazo. También necesitan aprender que fumar, tomar bebidas alcohólicas y usar drogas puede hacerle daño al feto que se está desarrollando. Todas las adolescentes embarazadas deben de recibir atención médica durante la primera etapa del embarazo. (18)

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces

este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (19)

### **EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO**

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.

**PRE TÉRMINO:** Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días).

**A TÉRMINO:** De 37 a menos de 41 semanas completas (259 a 293 días).

**POS TÉRMINO:** 42 semanas completas o más (294 días o más).

La edad gestacional es un parámetro de fundamental importancia al nacer, ya que a partir del mismo se toman innumerables medidas de atención y/o prevención del neonato. (20)

Está relacionada directamente con el grado de adaptación del niño a la vida extrauterina. A menor edad gestacional más difícil es adaptarse al medio ambiente: problemas de regulación térmica, de alimentación, mayor susceptibilidad a las infecciones, disturbios metabólicos, insuficiencias respiratorias, trastornos cardiocirculatorios que producen asfixias de diferente grado y otras

complicaciones debidas exclusivamente al escaso tiempo de gestación.

Esta situación condiciona y hace que muchos de estos niños requieran terapia intensiva para tratar de atenuar los efectos de la prematuridad, evitar secuelas y disminuir la mortalidad que está en razón inversa al tiempo de gestación.

El niño de pre término es aquél que nace antes de las 37 semanas completas (cualquiera sea su peso) y es un gran problema sanitario que repercute en la sociedad. El nacido de término es el que nace entre la 37 y menos de las 42 semanas completas de gestación y sucede en la mayoría de los casos.

Hay que tener en cuenta que la vida media de los hematíes está reducida un 20-25% en el RN a término (RNT) y hasta un 50% en el pre término (RNP). La anemia de la prematuridad es un grado más acentuado de la anemia fisiológica. El nivel mínimo de hemoglobina se alcanza antes que en el neonato a término porque la supervivencia de los hematíes es menor y la velocidad de crecimiento del prematuro es mayor (21)

## **LACTANCIA MATERNA**

Lactancia Materna Exclusiva es aquella en la cual el niño recibe leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida sin adicionar o reemplazar otro tipo de leche recibéndola exclusivamente del seno materno.



## **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

### **Control de Crecimiento y Desarrollo**

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o), con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. (22)

Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años.

## **ENTORNO Y ECONOMIA**

Es el número total de niños que residen en la misma vivienda y comparte una misma economía que, conjunto de personas que viven en el mismo hogar. Promedio de ingresos familiares ingreso monetario adquirido de manera individual o familiar promedio  
Número de personas que subsisten con el ingreso familiar  
individuos que comparten el mismo ingreso económico del hogar.

## **NOLA PENDER – MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con

la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

## **METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA:**

### **PERSONA**

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta

### **CUIDADO O ENFERMERÍA**

El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

### **SALUD**

Esta teoría 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 continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

## **ENTORNO**

Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida.

La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta

## **AFIRMACIONES TEÓRICAS**

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un

estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque.

La promoción de salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.

En su primer libro, *Health Promotian in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud.

### **FORMA LÓGICA**

El MPS se ha formulado mediante la inducción del uso de la investigación disponible para formar una pauta de conocimiento sobre la conducta sanitaria.

Las teorías intermedias están generadas habitualmente mediante este enfoque. El MPS es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la conducta de promoción de la salud para generar cuestiones y así realizar una demostración más profunda. (23)

## **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**ANEMIA:** Es una afección por la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales.

**LACTANCIA MATERNA:** La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (24)

**ENTORNO:** Se denomina entorno a todo aquello que rodea a una persona o a un objeto particular, pero sin formar parte de él. En qué consista el entorno depende del caso particular: un entorno puede consistir en una serie de objetos físicos, en una zona geográfica, en un grupo determinado de personas.

**ECONOMIA:** La economía es una ciencia social que estudia la forma de administrar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades humanas. Además, también estudia el comportamiento y las acciones de los seres humanos.

## CAPÍTULO III

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria y estadística, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería; de niños con anemia que llegan a las atenciones mensuales. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

**Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de mi establecimiento, a fin de tener acceso a la información estadística.

**Recolección de Datos:** Se solicitó la revisión del registro his de cada año con la finalidad de verificar los tamizajes de anemia y quienes de ellos cuentan con este diagnóstico.

**Procesamiento de Datos:** Se solicitó datos al área de estadística de mi establecimiento tales como cuadros Excel para procesar los datos de forma ordenada.

**Resultados:** Estos son recabados del procesamiento del novahiss y registros de enfermería.

### **3.2 Experiencia Profesional**

#### **Recuento de la Experiencia Profesional**

Empecé a laborar como licenciada de enfermería en el C.S.SOCORRO desde el 5 de diciembre del 2013 con la modalidad de Servicio por Terceros (Autónomo) hasta la actualidad; en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones.

Desde entonces me asignaron encargada de la Estrategia de Tuberculosis, Zoonosis, Metaxenicas, Malaria y Área de Epidemiología por 3 años consecutivos, donde realice los informes correspondientes y oportunos de cada estrategia y obtuve un buen porcentaje de coberturas.

Desde el año 2016 hasta la actualidad, llevo como encargada las siguientes Estrategias: Tuberculosis y Área de Epidemiología.

En el área de crecimiento y desarrollo, nos permite evaluar y detectar de manera precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como enfermedades para facilitar su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Dentro de esta área realizamos las sesiones educativas y demostrativas para concientizar a la población sobre la importancia de la lactancia materna, tamizaje de anemia, alimentación complementaria, inmunizaciones para prevenir enfermedades.

Estrategia de Tuberculosis, en este área se realiza la búsqueda y captación de sintomáticos respiratorio con el fin de detectar

oportunamente la enfermedad y pueda iniciar su tratamiento gratuito y supervisado de los pacientes afectados con esta enfermedad.

Área de epidemiología, en esta área se realiza la captación pasiva o activa de las enfermedades prevenibles e inmunoprevenibles, además de sesiones educativas para prevenir enfermedades.

Dentro del establecimiento también realizamos atención en Tópico y Triage; administración de inyectables, curaciones, nebulización, procedimientos como suturar, extracción de puntos, extracción de uña, colocación de sonda nasogástrica y vesical. En triaje peso, talla, valoración de presión, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.

## **DESCRIPCIÓN DEL ÁREA LABORAL**

### **ORGANIZACIÓN**

El Centro de Salud Socorro es un establecimiento de nivel I-3 que pertenece a la Microred Huaura y a la Red Huaura Oyon.

### **RECURSOS HUMANOS**

Licenciada en Enfermería	(3)
Técnicos de Enfermería	(21)
Médicos	(2)
Digitadores	(2)
Nutricionista	(2)



Obstetriz	(3)
Chofer	(1)
Personal de Limpieza	(2)

### **INFRAESTRUCTURA:**

En el centro de salud está construido en un área 400m<sup>2</sup> y cuenta con un nivel.

### **PRESTACIONES:**

Atención médica, control CRED, inmunizaciones, estimulación temprana, triaje, tópico, farmacia, atención a pacientes de programa TBC, obstetricia, etc.

### **FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD**

#### **a) ÁREA ASISTENCIAL:**

Enfermera en consultorio de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.

Enfermera en área de TUBERCULOSIS

Enfermera en Epidemiología

#### **b) ÁREA ADMINISTRATIVA:**

Encargada de Estrategia de Tuberculosis

Encargada de Epidemiología

Encargada de Zoonosis, Malaria, Metaxenicas.

**c) ÁREA DOCENCIA:**

Jefe de práctica de los alumnos del II ciclo del Instituto

Alexander Fleming

**3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

En relación al informe de experiencia laboral sobre factores asociados de la anemia se debe tener en cuenta que el papel de la enfermera en el primer nivel de atención es de suma importancia debido a que podemos prevenir la anemia.

En el servicio de enfermería a diario llegan de 10 a 15 niños por turno para su atención de control de crecimiento y desarrollo, dentro de ello no siempre los resultados de hemoglobina son negativos.

Mensualmente se lleva a cabo reuniones técnicas para evaluar las actividades que se realiza en busca de planes de mejora para disminuir nuestros niños con anemia comprometiendo al personal a continuar trabajando en bienestar de los niños con anemia logrando mejor cobertura y disminución de los índices de anemia.

En estas reuniones se realizó como protocolo, la apertura de un cuaderno de seguimiento de niños con anemia. Aquí detallamos los datos de cada niño, dirección, nombre de sus padres, el resultado de hemoglobina, fecha de resultado y el médico que atiende al niño.

El tamizaje de anemia lo realizamos en el servicio de enfermería con hemoglobímetro o derivamos al niño a laboratorio, si en caso el niño resulta con  $Hb < 11$  gr/dl realizamos la interconsulta con medicina para

su tratamiento respectivo, luego realizo las visitas domiciliarias de seguimiento, donde verificamos y evaluamos a la madre sobre la alimentación y la toma del sulfato ferroso. Hoy en día se viene trabajando con la población ya sea en sesiones educativas o demostrativas de alimentos ricos en hierro junto con el servicio de nutrición, también tenemos el apoyo de los CUNAMAS y madres que quieren aprender en mejorar la práctica en la preparación de alimentos junto con los multimicronutrientes. Dentro de los parámetros para la toma de hemoglobina tenemos en cuenta que debemos realizar este examen al culminar la sexta caja de multimicronutrientes y luego al culminar la 12va caja de multimicronutrientes. Además de ello, en coordinación con el servicio de medicina realizamos la entrega de sulfato ferroso a los niños que sus madres trabajan en el campo y no pueden asistir a su cita con el médico para continuar con tratamiento de la anemia, con esta estrategia tomada en nuestro establecimiento hemos podido recuperar para este año muchos más niños que los años anteriores.

En nuestra jurisdicción existen dos factores asociados a la anemia; dentro de ellos son las madres adolescentes y madres con bajos recursos económicos.

En el caso de madres adolescentes, por desconocimiento y falta de preparación para traer un niño al mundo, no tuvieron orientación y mucho menos buena alimentación durante el embarazo.

Para esto trabajamos con los padres de las madres adolescente y/o suegros en compañía de ellas para el apoyo emocional y sobretodo en la alimentación de la madre adolescente como de su bebe. Invitamos a sesiones educativas y demostrativas de alimentos, donde asiste la adolescente con sus familiares más cercanos. En este caso ponemos mucho énfasis en la educación sobre alimentación complementaria rica en hierro y la importancia del tratamiento para recuperar a un niño con anemia. Si bien es cierto la madre sigue siendo una niña no preparada para tener un bebe pero dedica parte de su tiempo en aprender y lograr que su bebe se recupere.

Mientras en la madre de bajo recursos económicos, ellas tienen que salir a trabajar y dejar a sus bebes al cuidado de sus otros niños más grandes y son ellos responsables del cuidado y alimentación del bebe.

En este caso aconsejamos a la madre a llevar al CUNAMAS más cercano a su hogar. Allí las madres cuidadoras están capacitadas para el cuidado y alimentación del niño, estas son nuestras aliadas ya que si el niño que está dentro del CUNAMAS tiene anemia; son ellas las que dan el tratamiento mientras la madre de estos niños trabaja.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### CUADRO 4.1

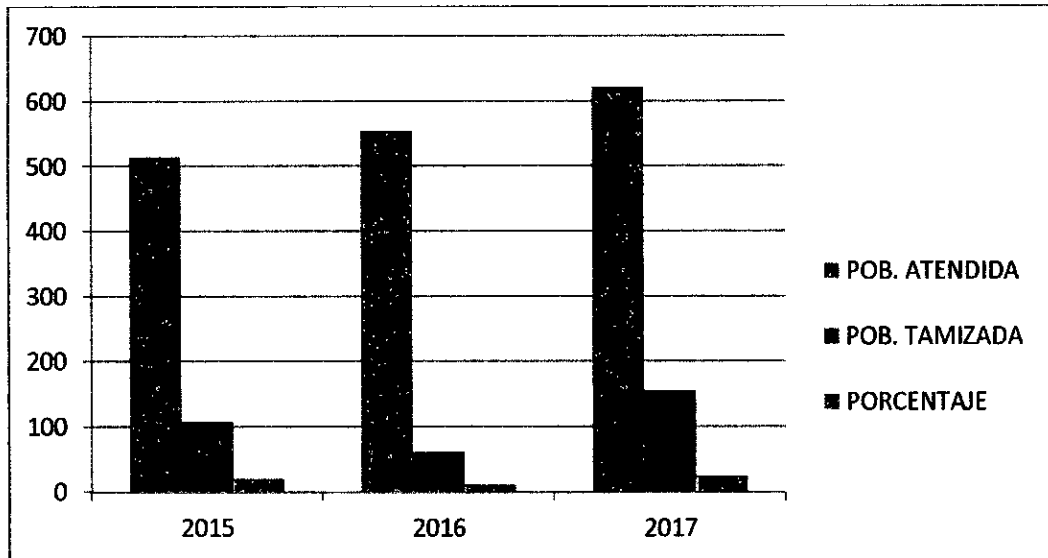
#### TOTAL DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE FUERON ATENDIDOS Y TAMIZADOS EN EL C.S SOCORRO

2015			2016			2017		
POB. ATEND	POB. TAMIZADA	%	POB. ATEND	POB. TAMIZADA	%	POB ATEND	POB. TAMIZADA	%
515	108	21	555	61	11	622	155	25

En el cuadro 4.1 Se puede observar 2015 una población atendida 515, de las cuales 108 fueron tamizados. En el 2016 población atendida 555, de los cuales 61 fueron tamizados. En el 2017 una población atendida 622, de los cuales 155 fueron tamizados.

**GRAFICO 4.1**

**TOTAL DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE FUERON ATENDIDOS Y  
TAMIZADOS EN EL C.S SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**



Fuente estadístico MR HUAURA

En el grafico se puede observar que el porcentaje de niños tamizados es mayor en el año 2017, a diferencia de otros años.

**CUADRO 4.2**

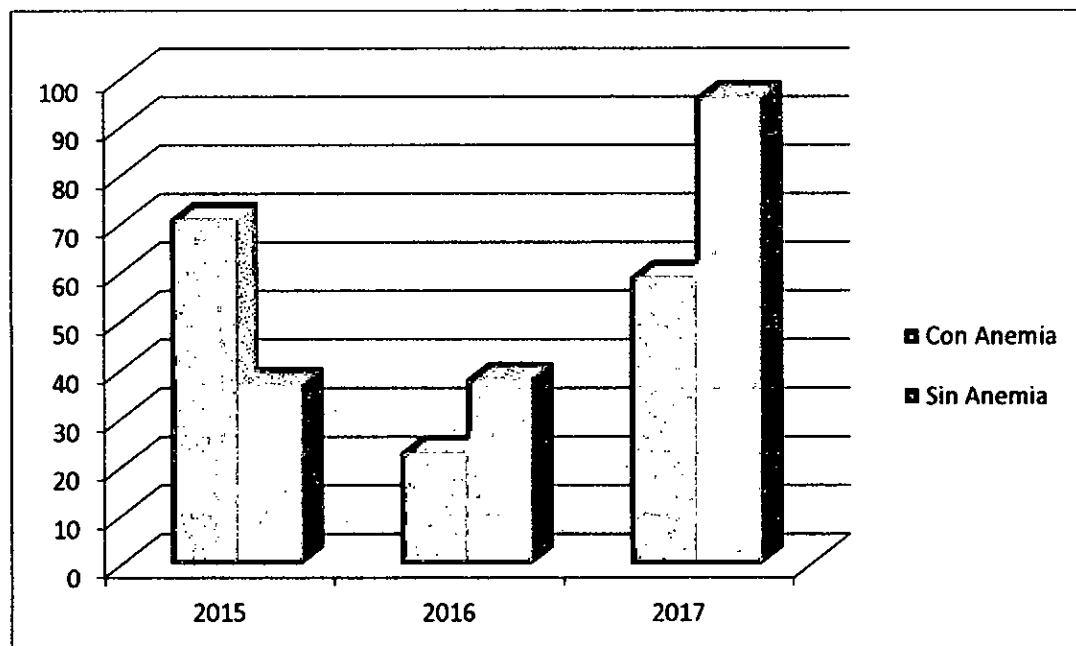
**NIÑOS DE 6 A 35 MESES TAMIZADOS Y DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA ATENDIDOS EN C. S. SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**

2015			2016			2017		
POB. TAMIZADA	CON ANEMIA	SIN ANEMIA	POB. TAMIZADA	CON ANEMIA	SIN ANEMIA	POB. TAMIZADA	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
108	71	37	61	23	38	155	59	96

En el cuadro 4.2 Se puede observar 2015 fueron tamizados 108 niños de los cuales 71 resultaron con anemia. 2016 fueron tamizados 61 niños y de ellos 23 resultaron con anemia. 2017 fueron tamizados 155 niños de los cuales 59 fueron diagnosticados con anemia.

**GRAFICO 4.2**

**NIÑOS DE 6 A 35 MESES TAMIZADOS Y DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA ATENDIDOS EN C. S. SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**



Fuente Estadístico MR HAURA

En el grafico se puede observar 2015 fueron tamizados 108 niños de los cuales 71 resultaron con anemia y niños sin anemia fueron 37, 2016 fueron tamizados 61 niños y de ellos 23 resultaron con anemia y 38 sin anemia, 2017 fueron tamizados 155 niños de los cuales 59 fueron diagnosticados con anemia y 96 sin anemia.



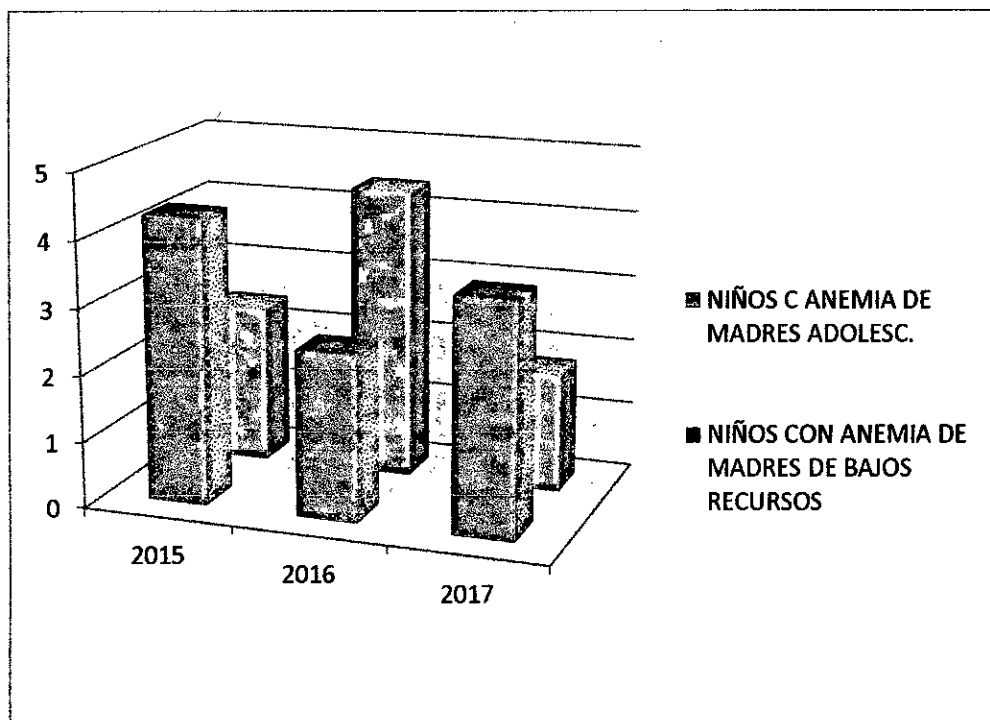
**CUADRO 4.3**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN EL C. S. SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015-2017**

2015					2016					2017				
POB. TAMIZ	CON ANEMIA	SIN ANEMIA	FACT. ASOCIAD		POB. TAMIZ	CON ANEMIA	SIN ANEMIA	FACT. ASOCIADOS		POB. TAMIZ	CON ANEMIA	SIN ANEMIA	FACT. ASOCIADOS	
			ADOLESC	BAJOS RECURSOS				ADOLSC	BAJOS RECURSOS				ADOLESC	BAJOS RECURSOS
108	71	37	23	48	61	23	38	8	15	155	59	96	18	41

**GRÁFICO 4.3**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS  
EN EL CENTRO DE SALUD SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**



Fuente estadístico MR HUAURA

Se puede observar en el grafico que en el 2015 y 2017 tuvimos más niños de madres adolescentes, a diferencia del año 2016.

#### CUADRO 4.4

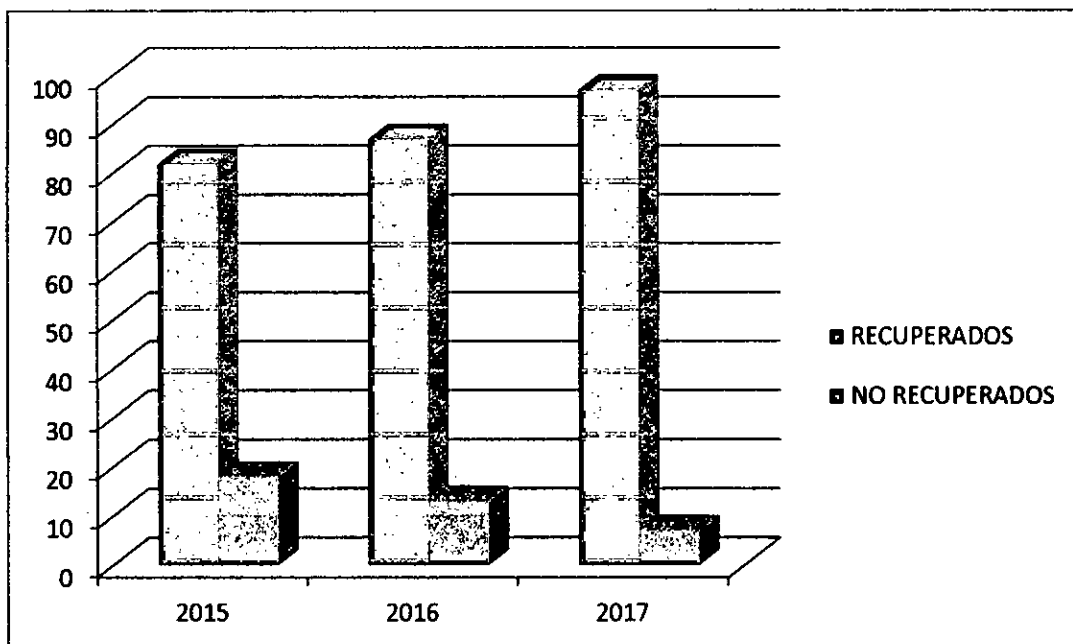
**PROPORCION DE NIÑOS RECUPERADOS Y NO RECUPERADOS DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN C. S. SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**

AÑO	NIÑOS C/ ANEMIA	RECUPERADO		NO RECUPERADO	
		N°	%	N°	%
2015	71	58	82	13	18
2016	23	20	87	3	13
2017	59	55	93	4	7
TOTAL	153	133	87	20	13

En el cuadro 4.4 podemos observar que en el 2015 fueron recuperados 58 niños. 2016 fueron recuperados 20 niños, en el 2017 fueron 55 niños y hace un total de 133 niños recuperados de 153 diagnosticados con anemia.

**GRÁFICO 4.4**

**PROPORCIÓN DE NIÑOS RECUPERADOS Y NO RECUPERADOS DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN C. S. SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2015- 2017**



**Fuente estadístico MR HUAURA**

En el grafico 4.4 podemos observar que en el 2015 fueron recuperados 58 niños. 2016 fueron recuperados 20 niños, en el 2017 fueron 55 niños y hace un total de 133 niños recuperados de 153 diagnosticados con anemia donde se llevó un trabajo en equipo y así poder recuperar a los niños de nuestra población

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

1.- En el 2015 tuvimos una población atendida de 515 niños, de ellos fueron tamizados 108 que equivale al 21 %; de estos niños tamizados fueron diagnosticados 71 con anemia, de los cuales 23 fueron hijos de madres adolescentes y 48 fueron hijos de madres con bajos recursos y de estos se recuperaron 58 niños que hace el 82%.

2.- En el 2016 se tuvo la población atendida 555 niños de ellos se tamizaron a 61 que equivale al 11 %; de estos niños tamizados resultaron 23 con anemia, de los cuales 8 fueron hijos de madres adolescentes y 15 hijos de madre con bajos recursos y de estos fueron recuperados 20 niños haciendo un 87% de niños recuperados.

3.- En el 2017 tuvimos como población atendida 622 niños de ellos se tamizo a 155 niños que hace un 25 %; de estos niños resultaron con anemia 59 niños, de los cuales 18 niños de madres adolescentes y 41 son hijos de madres con bajos recursos y de estos fueron recuperados 55 niños, haciendo un total de 93%.

Podemos concluir que en el año 2017 tuvimos más población atendida y menos niños diagnosticados con anemia que el 2015; y se puede apreciar la cantidad de niños recuperados más que años anteriores.

Tenemos como compromiso continuar con nuestros seguimientos de anemia para que los niños puedan concluir el esquema de tratamiento y así tener niños sanos e inteligentes.

## CAPÍTULO VI

### RECOMENDACIONES

A las madres:

- Educación en LACTANCIA MATERNA exclusiva a libre demanda hasta los 6 meses de edad, para proporcionar a su niño los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de su niño, mediante sesiones educativas en sala de espera de establecimiento y/o visitas domiciliarias.
- Orientación sobre la suplementación a sus niños de 4 y 5 meses con sulfato ferroso en gotas, dado por el ministerio de salud.
- Inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses con alimentos ricos en hierro y proteínas animales, tales como sangrecita, hígado, bazo, carnes rojas o los alimentos que estén a su alcance ricos en hierro.
- Educar sobre inhibidores de la absorción del hierro.
- Educación sobre suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico ya sea a la misma paciente y/o familiares que le acompañen.
- Realizar exámenes de parasitosis a sus hijos.

Al personal de salud:

- Evaluación de la alimentación del niño, mediante visitas domiciliarias en la hora de almuerzo.
- Educación sobre alimentación complementaria en el consultorio.
- Continuar con las sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro (Gestantes y Madres 6 a 35 meses).
- Capacitación a Organizaciones Sociales, tales como Vaso de Leche, CUNAMÁS, en Lactancia Materna exclusiva, alimentación completaría, suplementación con hierro y micronutrientes.
- Continuar con el seguimiento de niños con anemia para poder recuperarlos.

- Sensibilizar a las madres de bajos recursos que no acuden a continuidad de tratamiento para la anemia, orientándoles sobre las consecuencias de esta enfermedad.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICA

1. RUÍZ FERNÁNDEZ, NA. Deficiencia de hierro en niños escolares y su relación con la función cognitiva. *Salus*. 2006 Ago [citado el 12 Ene 2018]; 10(2):10-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375938980004.pdf>
2. CADIME. Deficiencia de hierro en la infancia y déficit cognitivo. *Bol Ter Andal*. 2011 May-Jun [citado el 12 Ene 2018]; 27(3): 11-12. Disponible en: [http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME\\_BTA2011\\_27\\_3.pdf](http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2011_27_3.pdf)
3. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2010. PÁGINA 14.
4. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2016.
5. MINSA. Plan nacional de reducción y control de la anemia en la población materno infantil en el Perú: 2017-2021. Primera edición.
6. C.S. SÓCÓRRÓ. Fuente estadística.
7. BOWMAN B. RUSSELL R. = ed. Conocimientos actuales sobre nutrición. Octava edición. Washington: OPS e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. 2003. Publicación científica 592.
8. CARRIZO LR. Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del hospital pediátrico de Santiago del Estero- 2008-2010 [Tesis]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. 2012 [citado 15 de Enero 2018]. Disponible en: [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Carrizo\\_luis\\_rubén.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Carrizo_luis_rubén.pdf)
9. CESPEDES SOTELO, M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en

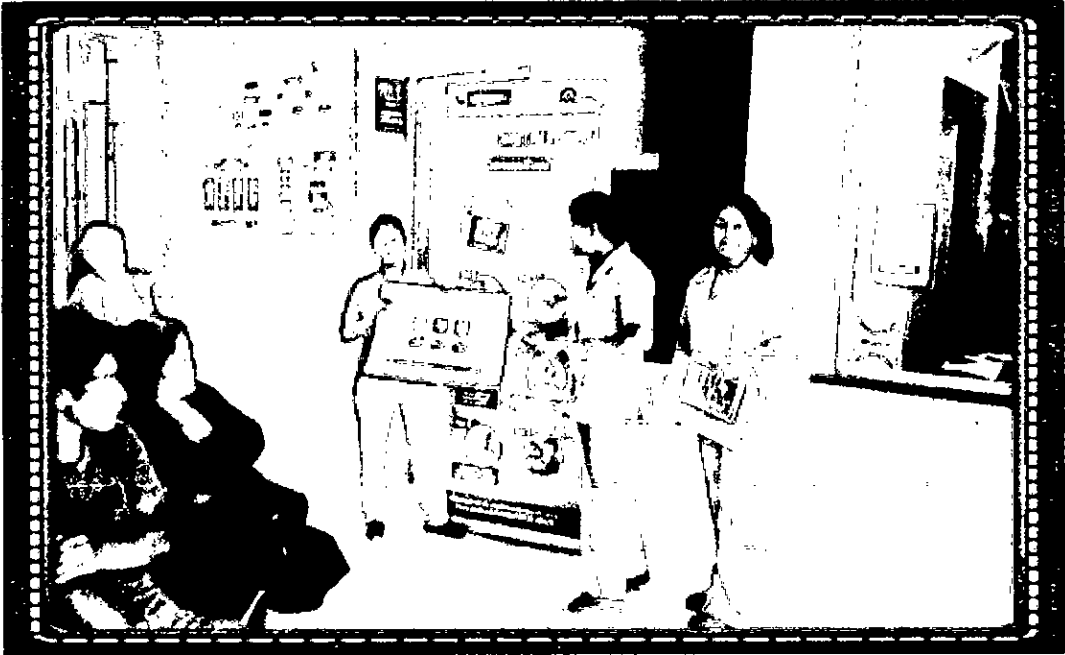


- niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Matemo Infantil Tablada de Lurín 2010 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011 [citado 15 de Enero 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1050>
10. GUTIERREZ HUILLCA, L SU. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013 [Tesis]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa. 2014 [citado 15 de Enero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNSA/2098>
  11. AGUIRRE ANDRADE, M. 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]. Ayacucho: Universidad Nacional de “San Cristóbal de Huamanga”. 2015 [citado 20 de Enero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1087>
  12. GUIBERT LÓPEZ, LA. Factores de riesgo asociados a anemia en niños a los 6 meses de edad atendidos en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014 [citado el 20 de Enero 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1502>
  13. RIMACHI N, LONGA J. Factores de riesgo asociados a anemia en menores de 5 años usuarios del consultorio de crecimiento y desarrollo- Centro de Salud Mi Perú- Ventanilla, 2013. Revista científica Alas Peruanas [internet]. 2014 [citado el 20 Enero 2018]; 1(1): 1-8 Pág.
  14. NELSON JK, JENSEN MD, GASTINEAU CF. Dietética y nutrición. En: Nelson JK, Jensen MD, eds Manual de la Clínica Mayo. Madrid: Mosby-Doyma, 1997:37-46.
  15. NELSON JK, JENSEN MD, GASTINEAU CF. Dietética y nutrición. En: Nelson JK, Jensen. MD, eds Manual de la Clínica Mayo. Madrid: Mosby-Doyma, 2001:37-46.

16. HOPKINS D, EMMETT P, STEER C, et al. infant feeding in the second 6 months of life related to iron status: an observational study. Arch Dis Child [internet]. 2007 [citado 25 de Enero 2018]; 92:850-4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/6297976\\_Infant\\_feeding\\_in\\_the\\_second\\_6\\_months\\_of\\_life\\_related\\_to\\_iron\\_status\\_An\\_observational\\_study](https://www.researchgate.net/publication/6297976_Infant_feeding_in_the_second_6_months_of_life_related_to_iron_status_An_observational_study)
17. MINSA. Indicadores nutricionales del programa articulado nutricional según monitoreo nacional de indicadores nutricionales 2008 – 2010. 2010
18. WIKIPEDIA. Anemia [internet]. 2018 [citado 25 Ene 2018]. disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/anemia>
19. HERNÁNDEZ MERINO, A. Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico. Pediatr Integral [Internet]. 2012 [citado 25 Ene 2018]; 16(5): 357-365. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numerosanteriores/publicacion-2012-06/anemias-en-la-infancia-y-adolescencia-clasificacion-y-diagnostico>
20. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas con la salud. 10a revisión, Whashington, D.C: OPS; 2003.
21. BERNÁCER R. Nutrición y Anemia [Internet]. Webconsultas [citado 27 Ene 2018] Disponible en: <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-y-enfermedad/recomendaciones-para-prevenir-la-deficiencia-de-hierro-3790>
22. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima: Ministerio de Salud; 2011
23. MARRINER TOMEY A, RAILE ALLIGOOD M. Modelos y teorías en enfermería, 7a ed., Madrid: Elsevier España; 2011.
24. Óp. Cit. 13.

**ANEXOS**

**SESION EDUCATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SALA DE ESPERA DEL  
C.S. SOCORRO**



**SESION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL C. P.  
SANTA ROSA**



**SESION DE MOSTRATIVA DE ALIMENTOS**



**INCENTIVANDO LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA**



**ENTREGA DE SULFATO FERROSO A NIÑOS QUE SUS MADRES TRABAJAN Y NO  
PUEDEN ACUDIR A LA CITA DE MEDICINA**



**ENTREGA DE ANTIPARASITARIOS EN ZONAS ALTOANDINAS**

