

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE TRES
AÑOS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD ARCAHUA ANDAHUAYLAS,
APURIMAC-2020**

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

ISABEL ZAMORA FLORES

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAUQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 175-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3. Base conceptual o referencial.....	
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	26
3.1 Justificación.....	
3.2 Objetivos.....	
3.2.1. Objetivos generales.....	7
3.2.1 Objetivos específicos.....	27
3.3 Meta.....	27
3.4 Programación de Actividades.....	28
3.5 Recursos.....	28
3.5.1 Recursos materiales.....	
3.5.2 Recursos humanos.....	
3.6 Ejecución.....	33
3.7 Evaluación.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	41

INTRODUCCIÓN

MINSA. 2017. La anemia es producida por una disminución en la cantidad de glóbulos rojos debido a la baja de concentración de hemoglobina. La falta de hierro es el causal más frecuente en la población infantil seguida de parasitosis y otras enfermedades. La anemia ferropénica considerada a nivel mundial un problema de salud pública con severos efectos a la salud, el desarrollo social y económico del país, afecta al 47.4% de la población preescolar, de niños. (1)

La incidencia de anemia en Latinoamérica es de 22%, y el Perú supera esta cifra con 32%. Por tal razón, el Estado peruano se puso como meta reducir drásticamente las estadísticas elevadas de anemia en la población infantil, sobre todo los primeros años de vida y gestantes de un 43% actual al 19% en el año 2021. (2)

El Establecimiento de Salud Arcahua se encuentra en el Distrito de Huancarama, Andahuaylas Apurímac, perteneciente a la Red de Salud Abancay, cuya población es de 500 habitantes de los cuales 1,318 son menores de 3 años y según los indicadores de enero a diciembre del 2018, 266 niños entre los 6 meses y 35 meses fueron diagnosticados anémicos. Ya para el 1er trimestre del 2019 se obtuvieron 73 niños con anemia de los cuales 5.5% fueron recuperados. PSL CLAS HUANCARAMA 2019. (3)

La existencia de la anemia genera mucha intranquilidad en todos los sectores y organizaciones públicos y privados, debido a su influencia negativa en las capacidades cognitivas, sociales, motrices y emocionales del niño afectando su desarrollo son los primeros 2 años, edad de máximo crecimiento cerebral.

La intervención de la enfermera en el Establecimiento de Salud Arcahua en el contexto del “Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia Materno Infantil 2017-2021”, mediante actividades como: visita domiciliaria, consejería nutricional, consejería integral, talleres con sesiones demostrativas sobre lavados de manos, alimentación complementaria rica en hierro, permitió lograr el buen desarrollo, crecimiento y controlar la anemia del niño menor de tres años.

La finalidad de este trabajo fue aportar en la prevención y reducción de la anemia en los niños menores de tres años que acuden al puesto de salud de Arcahua en la jurisdicción Red de salud Abancay, logrando obtener a sensibilizar en cada actividad estratégica el 95% de las madres que participaron.

CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De acuerdo a la (OMS), describe a la anemia como un trastorno en los niveles o cantidad de eritrocitos o en disminución de la hemoglobina, lo cual va originar insuficiente capacidad de oxígeno para satisfacer las necesidades del organismo, la deficiente en la ingesta de hierro es la causa principal de anemia. Las repercusiones en la deficiencia de hemoglobina afecta al infante en su normal desarrollo psicomotor y cognitivo, así mismo puede afectar en el futuro, como en la edad escolar y adulta como la poca capacidad de resistencia frente a enfermedades y el consecuente mayor riesgo a enfermar. (2)

Estudios recientes concuerdan con la Organización Mundial de la Salud (OMS), al señalar que, el desarrollo psicomotor está estrechamente asociado al nivel de hemoglobina; sin embargo, se sabe que la anemia es el trastorno hematológico más frecuente en el mundo y afecta a 1620 millones de personas, especialmente en países en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe se estima que 77 millones de niños y mujeres presentan anemia ferropénica; el 47.4% son niños de 3 a 5 años de edad (4).

En donde las cifras más alarmantes se puede observar en países como el África que afecta a un (66,6%) y Asia Sudoriental con (65.5%) según los últimos reportes. Por otro lado, la UNICEF, reconoce que no se dispone de información sobre el número real de niños que presentan alteración en el desarrollo psicomotor a causa de este problema de salud pública (5).

Según MIDIS, 2016, También a escala internacional la anemia es uno de los problemas de salud más importantes. Las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) sugieren que afecta a alrededor de 800 millones de niñas y niños menores de 5 años y mujeres, y que su prevalencia se ha mantenido entre el 41,9% (2011) y el 41,7% (2016). Latinoamérica muestra un promedio de 22%, y el Perú se encuentra muy por encima de esta cifra, con 32%. (6)

Según ENDES 2017, la anemia en niños menores de 3 años en el departamento de Apurímac fue de 54.2%, 10.6 puntos porcentuales por encima del promedio nacional (Perú) que tuvo una prevalencia de 43.6%. A partir del año 2011 se mantuvo y fue incrementando de 47.4% a 56.8% al año 2015, para el año 2016 se tiene una ligera disminución de 3.3 puntos porcentuales. Sin embargo, para el año 2017 se incrementa en 0.7 puntos porcentuales. Constituyéndose en un problema severo de salud pública. (7)

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) de niños atendidos en los establecimientos de salud, nos muestra la proporción de niños menores de 3 años con anemia a nivel de provincias del 2017, donde se observa una reducción significativa en todas las provincias. El año 2013 se tenía un promedio regional de 60.1% y a nivel de las siete provincias mostraban más del 50% de anemia en niños menores de 3 años; para el año 2017 muestra un promedio regional de 38% y a nivel provincias están por debajo del 41.5%. Para el año 2017, las provincias que muestran mayor prevalencia son Cotabambas con 41.2%, Andahuaylas con 41.5%, Chincheros con 39,8%. Las que muestran menor proporción son: Aymaraes con 20.6%, Antabamba con 26.2%, Grau con 33.5% y Abancay con 35.2%. (8)

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Existen antecedentes de ámbito nacional e internacional que fueron encontrados para la colaboración de la prevención de anemia en menores de tres años. La revisión de los distintos trabajos de investigación ha permitido tener una visión frente a los otros investigadores. En ese sentido se presenta algunas experiencias.

2.1.1 INTERNACIONALES:

PAZOS S. (Ecuador, 2017). Realizó un estudio sobre “Relación entre la anemia en niños y los conocimientos de alimentación saludable de los cuidadores. Pascuales junio 2015- junio 2016”. En dicho estudio el objetivo fue determinar la relación entre anemia y los conocimientos de cuidadores. El estudio fue de tipo descriptivo. La población lo conformó 102 niños de 7 meses a 9 años de edad correspondientes al periodo 2015 – 2016. El instrumento empleado fue la encuesta auto-aplicado a los cuidadores y se realizó un examen de sangre a la población infantil. Se halló que el 26% de los niños con dominio masculino de edades entre 5 a 9 años presentaron anemia; solo el 5% de los cuidadores tuvo conocimientos sobre alimentación saludable.

La autora concluyó que existe una relación estadística significativa en la prevalencia de anemia y el conocimiento del cuidador sobre alimentación. (9)

SANOJA VALOR C. MIRABAL M. (VENEZUELA, 2015); en Venezuela realizó la tesis titulada “Desarrollo psicomotor en preescolares con anemia ferropénica, Maracay 2015”; tuvo como objetivo conocer el desarrollo psicomotor de los niños en edad preescolar con anemia ferropenia. El estudio fue de carácter descriptivo, correlacional de corte transversal; los instrumentos empleados fueron el test de Denver y la hoja de registro de prueba sanguínea capilar. La muestra estuvo constituida por 60 niños con edades comprendidas entre 2 y 6 años, alumnos de Preescolar Estatal San Carlos, Maracay, estado Aragua. Los resultados muestran que, el 50% evidenció presencia de anemia

microcítica; asimismo, el 57% de la muestra, son de sexo masculino y el 43% de sexo femenino. A la muestra en estudio (30 niños) luego de la evaluación de su desarrollo psicomotor, evidenció que, el 63.3% tuvieron calificación anormal; mientras que, el 20% obtuvo resultado dudoso; y, el 16.7% mostró un desarrollo psicomotor normal. Dentro de la evaluación del desarrollo psicomotor, se observa mayor retraso en el área de lenguaje en el 63.3%; seguido por un retraso en el área motora fina; por el contrario, se notándose un desarrollo normal en el área motora gruesa y social. Consecuentemente, luego de correlacionar los niveles de hemoglobina hallados y los resultados del test de Denver, se evidenció que, el 90% de los niños sometidos a estudio, presentó un nivel de hemoglobina de 9 a 10,9 g/dl; de éstos, el 60% fueron calificados con desarrollo anormal a través del test de Denver. Concluyendo que, lo hallado en el estudio, demuestra el efecto deletéreo de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor (cognitivo y motor fino) de los niños preescolares, así como, la disminución de las habilidades como el lenguaje, mermando la capacidad de destrezas para la comunicación (10).

2.1.2 NACIONALES

Avelino y Sánchez (2017) publicaron la tesis titulada: *“Intervención de enfermería en la prevención de anemia, madres de niños de 6 a 36 meses, Distrito de Jivia, Huánuco 2017”*, con el objetivo de evaluar la intervención de enfermería en prevenir anemia en menores de 6 a 36 meses, con una muestra de 56 familias; es una investigación experimental de casos y controles; donde se propone encontrar una mejora en prevención de anemia con la intervención de enfermería. Los resultados demostraron que al comparar las puntuaciones promedias de los conocimientos de las madres del grupo experimental y control luego de la intervención, valores de la prueba t de Student de $t = 17,062$ y $t = 14,819$ respectivamente, siendo significativo ($p = 0,030$), reflejando la efectividad de la intervención, aceptando que la intervención contribuye en prevenir la anemia. (11).

Cano D. (Arequipa, 2016). En su estudio realizado “Nivel de Conocimiento sobre anemia Ferropénica en madres de niños menores de 5 años con anemia que asisten al Centro De Salud Francisco Bolognesi”. El objetivo fue determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica. Dicho estudio fue descriptivo de corte transversal. La muestra lo conformaron 56 madres. El instrumento fue cuestionario. Los resultados fueron: 64.3%(36), de madres encuestadas poseen un nivel regular de conocimiento, 32.1%(18), en un nivel bueno y el 3.6%(2) es de nivel deficiente. Se concluyó en el estudio que una gran cantidad de madres tienen un nivel regular de conocimiento acerca de anemia ferropénica. (12)

Paredes E. (Tingo María, 2016). Ejecutó un estudio titulado “Conocimientos sobre anemia Ferropénica en Madres De Niños Menores de 1 año que acuden al consultorio CRED. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre anemia Ferropénica en madres de niños Menores de 1 año. Dicho estudio tuvo un enfoque cuantitativo observacional, de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue conformada por 60 madres de niños menores de 1 año. El instrumento empleado fue cuestionario. Los resultados arrojaron el 52.6% de nivel secundario. El 65.0% es ama de casa. El 65% alcanzaron un nivel de conocimiento alto. Se concluyó en el dicho estudio que las madres que asisten al componente CRED del hospital de Tingo María, tienen un nivel de conocimiento alto y las madres con grado educativo bajo a secundaria tienen conocimiento bajo. (13)

Cornejo C. (Lima, 2015). En su investigación titulado “Conocimientos y Practicas sobre prevención de la anemia en Madres de Niños de 6 a 24 meses en un centro de salud”. El objetivo fue determinar los Conocimientos y Practicas sobre la prevención de la anemia en Madres de Niños de 6 a 24 meses”. El estudio fue descriptivo- transversal de tipo cuantitativo de nivel aplicativo. La muestra lo conformaron 84 madres que asisten al servicio de CRED. El instrumento fue un cuestionario y la técnica fue encuesta. Se encontró, que el 54% no conoce sobre prevención de anemia y un 46% tienen conocimiento sobre prevención de anemia, así mismo el 58% realizaban

prácticas inadecuadas y un 42% tienen prácticas adecuadas. Se concluyó en dicho estudio que el mayor porcentaje de madres no conoce cómo prevenir la anemia, y tienen prácticas inadecuadas. (14)

ACUÑA PONCE N. (2015) En un estudio de investigación realizado en Ocuvi - Lampa - Puno, denominado “Relación del estado nutricional, nivel de hemoglobina, hematocrito y hierro dietario en preescolares de la I.E.I. N° 200 Ocuvi, Provincia de Lampa – Puno. Junio-setiembre 2014”, cuyo objetivo fue determinar la relación del estado nutricional con el nivel de hemoglobina, hematocrito y el hierro dietario. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 35 estudiantes de 03 a 05 años de edad. Los datos fueron obtenidos a través de la técnica de antropometría y análisis bioquímico de la sangre. Donde los resultados fueron que, el 71.4% tiene estado nutricional normal; mientras que el 28.6% evidencia adelgazamiento o desnutrición crónica; Por su parte tomando en cuenta el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC), el 89% se halla en un estado normal; mientras que, el 9% muestra bajo peso; y el 3% evidencia sobrepeso. Asimismo, en la evaluación del nivel de hemoglobina, el 60% muestra niveles altos; mientras que, el 31.4% muestra niveles normales; y el 8.6% niveles bajos de hemoglobina. De igual manera, en esta evaluación, el 60% presenta niveles normales de hematocrito; en tanto que, el 25.7% presenta niveles altos; y el 14.3% niveles bajos. El 68.6% de los niños muestran consumo excesivo de hierro en su dieta; en tanto que, el 17.1% el consumo es deficiente; y en el 14.3% el consumo es adecuado. Concluyendo que existe relación entre el estado nutricional y el nivel de hemoglobina, hematocrito, pero no con el hierro dietario (15).

2.2. BASES TEÓRICAS DE ENFERMERÍA

2.2.1 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Para efecto de mi labor como enfermera apliqué el modelo de atención de enfermería de Nola Pender con enfoque en Promoción de la Salud, el cual permite comprender los comportamientos de la persona en relación a su salud y en base a ellos buscar cambios de conductas saludables a fin de lograr un estado de bienestar y potencial humano , reconociendo a los pensamientos y actitudes positivos o negativos como influyentes de la conducta dirigida a cuidar la salud, empleando como estrategia la consejería nutricional, sesiones demostrativas y autocuidado; con el fin de cambiar los hábitos nutricionales que ponen en riesgo el crecimiento del niño menores de tres años alcanzando un mejor control en la salud del niño (a) y que esta información sea transmitida en su entorno para crear cambios favorable en un mejor estilo de vida familiar.

2.3 BASE CONCEPTUAL

2.3.1 ANEMIA

Según la OMS la anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las necesidades fisiológicas específicas varían EN función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona (19).

FACTORES DETERMINANTES DE LA ANEMIA

La anemia es considerada una enfermedad multicausal y su prevalencia se debe a diversos factores y determinantes sociales implicados, donde la principal causa es la deficiencia de hierro. Existen factores determinantes como la ingesta pobre de hierro en la alimentación, enfermedades infecciosas prevalentes y factores asociados como la pobreza, educación de la madre, inadecuadas prácticas de higiene, saneamiento deficiente, entre otros. Los principales factores de la anemia en el país son:

Deserción de la lactancia materna exclusiva: El recién nacido presenta una declinación en su hemoglobina que puede exacerbarse en condiciones de madre con anemia gestacional. La leche materna contiene niveles bajos de hierro, pero su biodisponibilidad es elevada alcanzando el 50 %, de ahí que los niños de seis meses nacidos a término y alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menos probabilidad de desarrollar anemia.

Baja adherencia al tratamiento: según el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia, el estado implementó suplementos nutricionales de hierro como los micronutrientes y hierro polimaltosado. Los motivos de la baja adherencia o deserción son: inadecuado consumo o preparación del micronutriente, personal de salud poco capacitado, déficit de recursos humanos para seguimiento, mitos y aspectos culturales a cerca de la alimentación o suplementos.

Alimentación pobre en hierro: la principal fuente de hierro con gran biodisponibilidad son los alimentos de origen animal, sin embargo, la mayoría de hogares peruanos consumen el hierro de origen vegetal, no logrando cubrir los requerimientos necesarios diarios debido a su inferior absorción en el intestino; exacerbándose el problema cuando son consumidos con inhibidores en la alimentación, como los mates, el café, el té y otras infusiones consumidas en la población generando bloqueo en la absorción del hierro.

Inadecuado consumo de agua segura y de saneamiento básico en el hogar: La presencia de agua no tratada y/o escasez de la misma para asegurar prácticas de higiene adecuadas, incrementa los casos de diarrea repercutiendo en la salud del niño, genera aumento de pérdidas de minerales y nutrientes entre ellos el hierro, contribuyendo en la aparición de la anemia.

Desconocimiento de la población en medidas preventivas de la anemia: El conocimiento de los beneficios de las medidas preventivas y suplementación de hierro logran cambios en las actitudes y prácticas orientadas en la prevención y reducción de la anemia.

Anemia gestacional: Causante de partos prematuros y retardo en el crecimiento intrauterino, factor que dependerá de la salud materna, estado

nutricional de la misma y de enfermedades infecciosas, agravando el embarazo. Los niños de madres anémicas no contarán con reservas necesarias de hierro hasta alcanzar la alimentación complementaria, por lo que es necesaria la suplementación para no lograr niveles de anemia a los 6 meses.

Parasitosis: las infecciones parasitarias pueden causar anemia, tal es el caso del *Necator Americanus* y *Ancylostoma duodenale*, parásitos que se alimentan de sangre y otros como el *Trichuris Trichiura* y *Áscaris Lumbricoide* que interfieren en la absorción del hierro; tales condiciones deben ser tratadas para corregir los valores de hemoglobina en situación de anemia. (21)

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

A). ANEMIA LEVE

Acorde con el nivel de gravedad dependiente del nivel de hemoglobina, se clasifican:

Se considera anemia leve cuando se tiene el nivel de hemoglobina de 10 a 10.9 gr/dl. A nivel del mar. Los niños con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño.

B). ANEMIA MODERADA

Se considera anemia moderada cuando se tiene un nivel de hemoglobina de 7 a 9.9 g/dl a nivel del mar. Los niños a menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. La disminución del apetito es mayor, la palidez es el signo físico que más se presenta en este tipo de anemia.

C). ANEMIA SEVERA

Este tipo de anemia es menos común y se da cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 7 g/dl a nivel del mar. Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinitus o vértigo, los niños se muestran irritables y tienen dificultades para el sueño y la concentración,

hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión, incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico (22).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANEMIA

Las personas con anemia suelen ser asintomáticas; por lo que, en poblaciones con alta prevalencia se realizará un despistaje regular en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

Los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Síntomas y signos de anemia

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y faneras	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.

Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones. Estrategias por Etapas de Vida (2017), (31)

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA

❖ **CLÍNICO** El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

Se realiza por medio de la anamnesis y el examen físico. La anamnesis busca identificar los síntomas y factores de riesgo relacionados con la anemia y el examen físico identifica los signos por medio de técnica de exploración y palpación en la búsqueda de palidez en el color de la piel, mucosas oculares y sublinguales, así como sequedad y caída o decoloración del cabello.

❖ MEDICIÓN DE CONCENTRACIÓN DE Hb ó Hcto

Laboratorio: El cual determinará la concentración de hemoglobina o hematocrito por medio de dispositivos con marcadores hematológicos. Los más usados en consultorios de crecimiento y desarrollo son los hemoglobinómetros.

Es necesario tener ciertas consideraciones en la medición de la hemoglobina, tales como:

- Tener en cuenta el ajuste del resultado de hemoglobina en relación a la altitud de la zona geográfica (msnm) antes de realizar el diagnóstico.
- Se debe iniciar tratamiento lo más oportuno posible, una vez detectado la anemia. (23)

La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en

su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada.

En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada (ver Anexo N° 1) antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses (24). La orden de laboratorio deberá consignar esta localidad.

Los Establecimientos de Salud que se encuentran sobre los 1,000 msnm, deberán contar con el listado de localidades, centros poblados o comunidades de su jurisdicción con su respectiva altitud.

Los criterios para definir anemia se presentan en la Tabla N° 3. Estos han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla N° 3

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, (hasta 1,000 msnm)Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
NIÑOS				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	SEVERA	MODERADA	LEVE	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 (38).

2.2.12. MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN ANEMIA

Contribuir al desarrollo y bienestar de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas en el marco de la atención integral de salud.

La anemia al ser multicausal, es de abordaje integral y las medidas de prevención se deben de dar en todas las etapas de vida y ciclo vital. A nivel de Perú las medidas preventivas están contempladas en la Norma Técnica de Salud para el manejo preventivo y terapéutico de la anemia RM 250 – 2017/MINSA, las cuales son dadas por el personal de salud a la población.

Las medidas son:

- ✓ Brindar atención integral durante las consultas de control de crecimiento y desarrollo, control del embarazo y control de puerperio, considerando dentro de la atención el descarte de anemia y suplementación con hierro
- ✓ Brindar consejería sanitaria y nutricional a los involucrados a cerca de los daños a corto, mediano y largo plazo que desencadena la anemia, muchos de ellos irreversibles. Otros temas de consejería son: alimentación saludable, higiene, cumplimientos de paquete de atención integral acorde a la edad y condición.
- ✓ Otras medidas consideradas son: control de parasitosis intestinal, estar al día en el calendario de vacunación, higiene en el hogar, consumo de alimentos reforzados con hierro y de agua tratada. (25).

Tabla N° 1
Medidas de Prevención de Anemia

EN LA GESTACIÓN	EN EL PARTO	PRIMERA INFANCIA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 – 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones (27)	Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico (28)
Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.	Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.	

FUENTE: MINSA 2017

Medidas preventivas:

- **Promocionar la lactancia materna exclusiva:** la leche materna es el mejor nutriente para los lactantes, al brindarle defensas, nutrientes, es considerado el alimento completo para los menores de seis meses. La leche materna, también contribuye en la prevención de la anemia ya que su hierro posee elevada biodisponibilidad (50%); por lo que es indispensable fomentar prácticas de lactancia materna adecuada y exclusiva.

- **Suplementos ferrosos:** los suplementos ferrosos son necesarios desde los cuatro meses de edad en nacido a término, ya que es a partir de esa edad que las reservas de hierro en sangre sufren un descenso fisiológico, por lo

que es necesario un aporte adicional. En el Perú los suplementos distribuidos son el hierro polimaltosado en gotas o el sulfato ferroso en jarabe en dosis preventivas.

- **Multimicronutrientes:** A partir de los seis meses existe la necesidad de suplementar con hierro a causa de una lactancia materna que ya no logra cubrir los requerimientos diarios o la alimentación complementaria no suficiente para proveer el mineral. Los multimicronutrientes contienen: hierro elemental 12.5 mg, vitamina A 300 ug, vitamina C 30 mg, zinc 5 mg, ácido Fólico 160 ug, vitaminas y minerales indispensables en edades tempranas para favorecer el desarrollo cerebral e intelectual. En el Perú los micronutrientes son de distribución gratuita bajo el amparo del Ministerio de Salud, los cuales deben ser consumidos por el lactante no anémico desde los seis meses a los tres años por doce meses continuos.

- **Hogares con agua segura:** El agua contaminada o no tratada es la principal fuente de transmisión de enfermedades, desencadenando, diarreas, parasitosis, o retrasmisión de otras enfermedades infectocontagiosas. En las poblaciones de escasos recursos o lugares vulnerable con difícil acceso al agua de red pública es necesario educar a la población en el consumo de agua tratada en el hogar antes de beberla, hirviéndola o desinfectándola y teniendo adecuadas medidas de almacenamiento. (2)

Promoción de alimentación saludable: La asimilación del hierro de los alimentos depende de su biodisponibilidad, por lo que no es suficiente consumir grandes cantidades de hierro. El hierro hemínico presente en los alimentos que contienen sangre y el hierro no hemínico en alimentos que no contengan sangre. El hierro de los alimentos de fuente animal (hierro hem) tienen mayor biodisponibilidad y no se ve tan afectada ante la presencia de inhibidores de hierro en comparación de aquel hierro obtenido en alimentos de fuente vegetal (hierro no hem) donde alcanza un promedio de absorción o biodisponibilidad del 1 al 10%; porcentaje que se ve afectado negativamente con la interacción de alimentos como la avena, el cereal, menestras,

legumbres, té, café, cacao, hierbas o mates que dificultan o bloquean la asimilación del hierro.

Los alimentos como sangrecita de pollo, bazo, hígado, vísceras, carnes y pescado contienen hierro hemínico, los cuales son de fácil absorción por lo que su recomendación es necesario en la dieta diaria, sobre todo en los niños menores de dos años, con porciones de dos cucharas diarias de alimentos de fuente animal. (25)

La vitamina C es fotosensible y reacciona a la oxidación por lo que se debe ingerir de presencia de manera fresca, actúa como un gran potenciador en la absorción de hierro, por lo que se sugiere acompañado del consumo de alimentos ricos en hierro no hemínico para favorecer su absorción. Las proteínas del huevo, los quesos y la leche no juegan un rol importante en la absorción del hierro no hemínico. Los mates como te, café bloquean la absorción del hierro. (26)

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, como se señala a continuación en la Tabla No 5. El diagnóstico de anemia se basa en los valores de la Tabla N° 3, según edad, sexo y condición fisiológica.

Tabla N° 5
Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACIÓN	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental

	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml= 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

1. Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango "normal", y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento. El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.

2. En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.

3. Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas

Sobre el consumo de suplementos de hierro (preventivo o tratamiento):

Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.

SUPLEMENTACIÓN EN LA ANEMIA

La suplementación tanto preventivo como recuperativo, se da con la finalidad de lograr niveles óptimos de hemoglobina en la sangre.

A. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS

En el rango de edad de cuatro a seis meses la suplementación preventiva debe darse con sulfato ferroso o hierro polimaltosado en gotas en dosis de 2 mg/kg/día a manera gratuita. Posterior a los seis meses hasta los tres años se continuará con los micronutrientes hasta completar con doce entregas mensuales, equivalentes a 360 sobres, indicándose el consumo de un sobre diario, en ocasiones de ausencia de micronutrientes, se podrá indicar sulfato ferroso y hierro polimaltosado en dosis preventivas 2 mg/kg/día. (27)

El niño que no recibió Micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso que no se haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control.

Tabla N° 6

Suplementación Preventiva con Hierro y Micronutrientes para niños menores de 36 meses

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Via oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes*: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Si el EESS no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal

B. MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

La suplementación terapéutica se da cuando se diagnostica al niño con anemia, la dosificación dependerá de la edad y factores postnatales como prematuridad y el peso de nacimiento.

C. TRATAMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES

C.1. EN NIÑOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO

- El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.

Se administrará tratamiento con hierro según la Tabla N° 7, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.

Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 7
Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer
menores de 6 meses de edad con anemia (28)

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS VÍA ORAL	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer	Desde 30 días de edad	4 mg/Kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

(*): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

C.2. EN NIÑOS A TÉRMINO CON PESO ADECUADO

- El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, según se indica en la Tabla N°8 en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 8
Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS VÍA ORAL	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	Kg/día Máxima a dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

1. El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día, según la Tabla N° 9.

Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.

Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 9

Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS VÍA ORAL	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA SEVERA EN NIÑOS

El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud

En los casos de anemia severa, diagnosticada en establecimientos de menor capacidad resolutive, se dará la prescripción médica inmediata, como si fuera un caso de anemia moderada. Luego se referirá inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive, donde se evaluarán, según el caso específico, las opciones de tratamiento y el criterio médico. En caso de contar con servicio de hematología, referir al mismo. Los pacientes que hayan tenido una evolución favorable al tratamiento de anemia severa y tengan diagnóstico de anemia leve o moderada, deberán ser contra referidos a su Establecimiento de Salud de origen, a fin de concluir con su tratamiento durante el periodo de 6 meses y reponer los depósitos de hierro en el organismo. (29)

2.2.17. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL USO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado.

a) Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas (30)

b) Hierro Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso (31)

2.2.18. CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA

El hierro es el elemento indispensable para todos los procesos metabólicos en la producción de energía y su principal función es trasladar y almacenar oxígeno. La escasez de hierro es el primordial causante de la anemia, afectando la salud individual y familiar con repercusiones a corto, mediano y largo plazo, en todas las etapas de la vida, donde los niños son los más vulnerables alterando su crecimiento y desarrollo. (32)

Las repercusiones de la anemia en la población infantil son irreversibles, tales como:

- **Mayor incidencia de muerte neonatal:** La anemia gestacional puede producir un embarazo riesgoso, se asocia al aumento de la mortalidad materna y neonatal, nacimientos prematuros, recién nacidos con peso bajo al nacer o retardo en el crecimiento intrauterino, por lo que es indispensable suplir con hierro adicional en la gestante desde el primer control de embarazo y seguir una dieta rica en alimentos que contengan hierro de preferencia con adecuada biodisponibilidad.

- **Altera el desarrollo psicomotor normal el niño:** El desarrollo cerebral tiene un crecimiento acelerado los primeros años de vida, debido al crecimiento de la masa cerebral y de la capacidad de neuroplasticidad; estas condiciones se ven repercutidas en los niños anémicos, evidenciándose retardo en el crecimiento y en sus habilidades psicomotoras y cognoscitivas.

- **Afecta la edad escolar:** Las habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización se ven afectadas a consecuencia de la anemia, habilidades que son la base para un adecuado rendimiento escolar. Por lo que es importante desde edades tempranas prevenir la anemia para asegurar un adecuado futuro personal, laboral y profesional.

- **Disminuye de la capacidad física:** Los niños con anemia manifiestan cansancio rápido o sin motivo, no teniendo la misma atención que otros niños, repercutiendo en su vida cotidiana, en sus actividades de juego, socialización,

memoria y concentración. En los adultos anémicos su capacidad en las labores se ve disminuido, tienen dificultad para actividad física intensa lo que repercute en una mejor productividad, ya que las demandas energéticas del trabajo generan mayor consumo de oxígeno, oxígeno que no llega en cantidades adecuadas debido a la anemia

□ **Afecta a la sociedad:** La anemia al repercutir desde edades muy tempranas, tiene efectos en la salud de la persona y en la sociedad a nivel social y económico, generando costos en la recuperación a través de la adquisición de insumos o suplementos para contrarrestarlo y pérdidas económicas por que el rendimiento laboral se ve afectado. (33)

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo al tratamiento o prevención de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.

A. Extramuro: Se realizará 1 visita domiciliaria dentro del primer mes después de iniciar el tratamiento y por lo menos 1 visita adicional en el resto del periodo de tratamiento, cuando se cumplan las siguientes acciones:

Identificar al cuidador o tutor del paciente (madre, otro familiar u otro cuidador) responsable de brindar el suplemento de hierro al niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera.

La visita domiciliaria puede ser aprovechada para conocer los hábitos de alimentación e higiene de la familia y la disponibilidad de alimentos ricos en hierro de origen animal.

B. Intramuro (En el Establecimiento de Salud):

En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.

En los casos de tratamiento de anemia, si en el primer control (al mes de iniciado el tratamiento) no se evidencia un aumento de por lo menos 1 g/dL de hemoglobina, o si se detiene la recuperación de los niveles de hemoglobina en cualquier control, se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.

2.3.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería. Por tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana. Se define también como todo tratamiento basado en el conocimiento que realiza el profesional de enfermería para obtener resultados sobre el cliente.

En actividades de prevención las estrategias son desarrolladas en forma independiente, que son llevadas a cabo sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería ejecuta están definidas por los diagnósticos de enfermería. Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica. Esta justificación se desarrolla a partir de su base de conocimientos, que incluye las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades (16).

CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

¿Cuál es la función del profesional en enfermería en el sistema actual de cuidado de la salud? ¿Y cuál debe ser el ámbito de la intervención en nuestra interacción con el cliente y su entorno? El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el

sufrimiento. Esta organización apolítica reúne personas de diferentes países, con un interés profesional y un propósito común de desarrollo de la enfermería a nivel internacional (17)

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

Desde el punto de vista de la autora, las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, que afrontan las demandas del cliente:

1. Cuidado;
2. Competencia;
3. Servicios de información y asistencia jurídica, y
4. Conexión.

La enfermería debe participar en la búsqueda de medios para lograr la potenciación de la salud comunitaria.

Actualmente, las enfermedades predominantes son principalmente alteraciones debilitantes crónicas, en donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se reconocen como estrategias efectivas. Se puede decir que la mayor parte de las muertes son el resultado de enfermedades coronarias, cáncer e infartos cerebrales. Así, la enfermería debe intentar anticiparse a las situaciones que surgen y prevenir aquellas que dan lugar a riesgos para la salud.

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, la enfermera debe:

- ✚ Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- ✚ Responder a las necesidades del paciente.
- ✚ Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.

- ✚ Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- ✚ Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.

Cuando la enfermería surge como profesión en el siglo XIX, Florence Nightingale (1859) procuró no solo establecerla con unos fundamentos firmes sobre conocimientos científicos, sino también identificar e insistir sobre el comportamiento ético de la enfermería. Posteriormente, en 1980, la Asociación Americana de Enfermería define la función independiente de la profesión como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales. (18)

A medida que comenzamos el siglo XXI, surgen preguntas sobre la dirección hacia donde la profesión se mueve. En este nuevo contexto, la investigación de enfermería es necesaria para ser profesionales competentes dentro de la compleja realidad del sistema actual de cuidado de la salud. Esta complejidad deriva del envejecimiento de la población, la disminución de las estancias hospitalarias, con un aumento del grado de gravedad de los pacientes ingresados, el progreso de la tecnología y los cambios sociales en el ámbito familiar. El análisis de la función de la enfermera en la planificación, realización y evaluación de la investigación, la divulgación de resultados y la aplicación en la práctica, proporcionan las bases para entender el rápido crecimiento de la investigación de enfermería en el cuidado del paciente oncológico.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ANEMIA

La enfermera de la atención primaria es líder en intervenciones de promoción de conductas saludables y prevención del daño, brindando atención a todas las etapas de vida, teniendo en consideración los aspectos biopsicosocial y espiritual del ser humano, atención que no solo dan al individuo sino también a la familia y comunidad.

Dentro de la atención a la etapa de vida niño, cumple una función primordial la identificación de los conocimientos que tiene las madres o cuidadoras respecto a la anemia. Es sabido que la educación en adulto demanda un abordaje metódico ya que la capacidad de aprendizaje en ciertas condiciones sociales se ve disminuida, por lo que la enfermera debe diseñar estrategias educativas destinadas a promover la adquisición de conocimiento mediante un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el cumplimiento de logros establecidos. Esta orientación implica brindar conocimientos acerca de la ingesta de alimentos con alto valor nutritivo, de fácil acceso y adherencia a la suplementación adecuada al 75%, cumplimiento del calendario de vacunación y lactancia materna.

La enfermera emplea estrategias para lograr alcanzar prácticas saludables en la comunidad, estrategias como: actividades educativas, demostraciones, visitas domiciliarias de diagnóstico, seguimiento y evaluación y consejería oportuna y dirigida. Estas estrategias no solo deben buscar facilitar conocimientos sino ofrece orientaciones para la búsqueda de soluciones y prevenir el daño y/o fomentar la recuperación del daño de la anemia ferropénica. (19).

CAPÍTULO III

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN

La ciencia del cuidado de enfermería se basa no solo en la aplicación de conocimientos científicos, teóricos y prácticos; sino, en ejercerlo con calidad y calidez desde el primer nivel de atención.

El presente trabajo aborda la efectividad de la intervención de enfermería en el manejo de la anemia, a través del estricto cumplimiento de normas técnicas, protocolos y otras que establecen científicamente el abordaje preventivo y terapéutico de niños con problemas de anemia.

El estudio, permitirá evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en el manejo preventivo y terapéutico de los niños de 6 a 36 meses, procesos ejecutados por promoción de la salud, consejería, monitoreo y seguimiento a través del control de crecimiento y desarrollo de niño.

Los resultados nos permitirán representar la inmensa responsabilidad sobre la cual carga el profesional de enfermería en el mejoramiento de la calidad de vida del niño y su futuro como persona humana. Asimismo, el estudio permitirá orientar el accionar preventivo promocional de los profesionales de la salud y promover el mejoramiento nutricional, higiene de alimentos y lavado de manos como medidas preventivas para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo General

Contribuir con las intervenciones de enfermería en prevenir y tratamiento correcto de la anemia ferropénica en menores de tres años asistentes al Puesto de Salud de Arcahua Andahuaylas Apurímac.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Brindar consejería nutricional y sesiones demostrativas de alimentos con aporte nutricional de hierro para los niños menores de tres años.

2. Sensibilizar a la madre sobre los riesgos y complicaciones de la anemia en los niños menores de tres años.
3. Propiciar medidas de higiene en la manipulación de los alimentos y lavado de manos para evitar parasitosis así prevenir la anemia.
4. Establecer protocolos en las intervenciones de visitas domiciliarias a cada familia de los menores de tres años anémicos.
5. Sensibilizar a las madres a cumplir con el control de crecimiento y desarrollo de niños menores de tres años.

6. Garantizar a la población menor de 3 años con el esquema completo de vacunación, y CRED de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Y (CRED).

7. Concientizar en la participación activa de las madres en la prevención de anemia en niños menores de tres años.

8. Coordinar con programas sociales como: Vaso de Leche, Club de Madres, Juntos, CUNA MÁS. En la prevención de anemia.

9. Realizar sesiones educativas referentes en el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo PAI, y consumo de hierro en los niños menores de tres años.

3.3. METAS

- ✓ Disminuir a 40% los casos de anemia en los niños menores de tres años en el Puesto de Salud de Arcahua Andahuaylas.
- ✓ Incrementar a un 90 % los conocimientos y prácticas adecuadas en las madres de los niños anémicos, en el consumo de alimentos ricos en hierro y consumo sulfato ferroso.

- ✓ Fomentar la Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años a las madres líderes.
- ✓ Lograr una participación activa y un compromiso de las madres en el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo, PAI y consumo de hierro elemental en niños menores de tres años.
- ✓ Capacitación de madres líderes de los programas sociales como: Vaso de Leche, Club de Madres, Juntos, CUNA MAS y otros, en la importancia del consumo de hierro elemental, cumplimiento del paquete de CRED, PAI de niños menores de tres años.
- ✓ Involucrar a las autoridades locales en cumplimiento, del consumo del hierro elemental del paquete de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de tres años de Arcahua.

3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADORES	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA					
Identificar el nivel de conocimiento de los cuidadores o madres de niños menores de tres años con anemia y sin anemia.	13	Test de la encuesta	100% de madres Con niños anémicos	1 semana enero 2020	Lic. Isabel Zamora
SEGUIMIENTO DEL NIÑO ANÉMICO					
- Realizar el seguimiento del niño anémico con consejería nutricional y visita domiciliaria.	08	Ficha de Seguimiento	100% de niños con anemia	1 y 2 semana de enero 2020	Lic. Isabel Zamora
- Realizar la evaluación de Crecimiento y desarrollo vacunación en el consultorio de CRED y desarrollo	08	Libro de Registro de CRED. Y desarrollo	100% de niños con anemia	3 semana de enero 2020	Lic. Isabel Zamora
Mejorar en las madres las prácticas de preparación y manipulación de los alimentos a través de sesiones educativas y demostrativas.	13	Ficha de seguimiento	100% de niños con anemia	4 semana de enero 2020	Lic. Isabel Zamora

Realizar visitas domiciliarias con la finalidad de identificar prácticas inadecuadas en la alimentación de niños con anemia.	13	Registro de Visitas domiciliarias	100% de viviendas visitadas	1 semana de febrero 2020	Lic. Isabel Zamora
CAPACITACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS ANÉMICOS MENORES DE TRES AÑOS.					
Llevar a cabo reuniones educativas sobre los riesgos que pueda tener el niño con anemia como son las medidas de lavado de manos y preparación de los alimentos.	13	Registro en el cuaderno de actividades de capacitación	100% de madres capacitadas	2 semana de febrero 2020	Lic. Isabel Zamora
Primera consejería sobre alimentos que contiene hierro teniendo en cuenta la zona donde residen.	13	Cuaderno de consejería nutricional	100% de madres con consejería	3 semana de febrero 2020	Lic. Isabel Zamora
Segunda consejeros nutricional sobre los cuidados que deban brindar las madres sobre la anemia	13	Cuaderno de consejería nutricional	100% de madres que recibieron la consejería	4 semana de febrero 2020	Lic. Isabel Zamora
COORDINACIÓN A NIVEL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN					

Brindar sesiones educativas y demostrativas de lavado de manos y preparación adecuada de alimentos ricos en hierro, en un trabajo extramural articulado en la comunidad.	13	Cuaderno de actividades extramurales	100% de madres capacitadas	4 semana de febrero 2020	Lic. Isabel Zamora
EVALUAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN					
Es necesario evaluar el reporte de casos de anemia de los últimos seis meses. Análisis de la problemática de la anemia en niños menores de tres años en el ámbito del P.S. Arcahua Andahuaylas. Plan de trabajo sobre las estrategias a seguir en los casos de anemia que persistan.	Escenario	Cuaderno de Registro Extramural	100% de los escenarios	1 semana marzo 2020	Lic. Isabel Zamora Nutricionista Y Actores sociales
EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN					
Es necesario evaluar el reporte de los casos de anemia en los últimos 06 meses	Reporte final	Libro de registros de casos de anemia ferropénica	Disminuir en un 50% los casos de anemia	2 semana de marzo 2020	Lic de Enfermería

Plan de trabajo sobre estrategias a seguir en los casos de anemia que persiste	Acta	Libro de actas del C.S. Piedra Lisa	100% de la continuidad en la realización de las actividades planteadas.	2 Semana de marzo 2020	Personal responsable de CRED Nutricionista Pediatra
Niños con anemia en el año 2019	13	Laboratorio	100% de niños de 03 años con control de hemoglobina	2 semana de marzo 2020	Lic. Isabel Zamora Laboratorista.

3.5. RECURSOS

3.5.1. RECURSOS MATERIALES

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Materiales de escritorio	
Papel bond A4	1000 unidades
Plumones acrílicos	10 unidades
Cinta masking	02 unidades
Cartulina	10 unidades
Papelotes	15 unidades
Rotafolios	02 unidades
Lapiceros	06 unidades
Servicios	
Copias	100 unidades
Impresión	200 unidades
Refrigerios	60 unidades
Internet	06 megas
Transporte	02 días
Equipos	
Multimedia	01 unidades
Computadora	01 unidad
Impresora	01 unidad
Equipo de sonido	01 unidad
Laptop	01 unidad
Cámara fotográfica	01 unidad
Alimentos	
Carne	10 kg
Sangre	05 litros
Aceite	02 litros

3.5.2. RECURSOS HUMANOS

- ✓ Licenciada en Enfermería Isabel Zamora Flores.
- ✓ Tec. Enfermería Zulma
- ✓ Lic. Nutricionista
- ✓ Lic. Laboratorio
- ✓ Presidenta de Club de madres.

3.6. EJECUCIÓN

Para la ejecución del plan de intervención, la población considerada fueron las madres de los niños menores de tres años que hacen un total de 25 madres, que luego de haber obtenido su consentimiento informado para el presente estudio se obtuvo una muestra de 25 madres que desearon participar en estudio, a las que se les va a aplicar una prueba midiendo el nivel de conocimiento sobre cómo prevenir la anemia en niños, la suplementación de hierro en gotas en niños de cuatro meses y el término de la suplementación de micronutrientes, con esto conseguiremos ver si el impacto de mi consejería y seguimiento es favorable o desfavorable.

Después de esto se les realizara la consejería, juntos con las sesiones demostrativas de nutrición y consejería integral para aumentar el conocimiento e interés de las madres y así fomentar los cambios de conductas en ellas; luego se les realiza otro post test para calcular el impacto de mis consejerías nutricionales e integrales y el conocimiento que adquirieron las madres después de las sesiones.

3.7. EVALUACIÓN

La intervención se realiza a 25 familias.

Dentro de las dificultades encontramos: la falta de tiempo de las madres para atendernos, ausencia de personas en las casas o la poca disposición de las mismas para darnos información, factores propios de las madres; a pesar de ello se pudo lograr la sensibilización al 95% de las madres, ganancia de peso en los niños, recuperación de casos de anemia en 14 niños, lo que representa un 5.26% de la población total, en un periodo de tiempo de seis meses, cabe

mencionar que las infecciones respiratorias y gastrointestinales influyen en el resultado de la hemoglobina. Se le realizaron sesiones educativas, 34 sesiones demostrativas, visitas domiciliarias sin embargo por las cargas de familia y trabajos en campo es que algunas madres están obligadas a faltar por motivos de fuerza mayor.

3 CONCLUSIONES

Luego de implementado el plan de intervención se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En el logro de la adquisición de conocimientos, influyen factores negativos que limitan, dificultan el proceso, tales factores son: la poca disponibilidad de tiempo de las madres, ausencia de personas en las casas por trabajo, poca disposición para brindar información y factores propios de los individuos.

- La supervisión por medio de las visitas domiciliarias favoreció en gran medida a la adherencia al tratamiento mediante la observación de la cantidad de medicamento que hay en los frascos.

- Las sesiones demostrativas es una estrategia que permite un aprendizaje vivencial sobre una alimentación adecuada rica en hierro, desde la selección de alimentos, preparación, manipulación, mezcla y calidad.

5. RECOMENDACIONES

- ✚ Se recomienda a la Red de Salud Abancay dotar de materiales y equipos, así como de infraestructura adecuada para continuar con la efectividad del control CRED; así como, de recursos humanos para la realización de despistajes de parasitosis en la población susceptible.

- Se recomienda a la DIRESA de Apurímac, implementación de recursos humanos para el trabajo en las actividades extramurales con las madres a través de sesiones demostrativas, videos y foros para el manejo preventivo o terapéutico de la anemia en niños menores de 36 meses, estas estrategias permitirán el logro de la adherencia superior al 75%.

- Se recomienda un trabajo organizado y conjunto de todo el personal de salud del EE.SS. en estrategias orientadas en la prevención de anemia desde la captación, suplementación y seguimiento.

- Se sugiere diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en niños menores de 36 meses y seguimiento y monitoreo permanente de los casos de anemia.

- Se sugiere promover el cuidado integral de la gestante desde la concepción hasta el periodo expulsivo, clampeo tardío de cordón umbilical y continuar con las políticas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria en el niño,

- Vigilancia epidemiológica permanente y sostenible durante el proceso de suplementación preventiva y terapéutica en el menor de 36 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado, K. Alcarraz, G. Morinico, E. Briozzo, T y Gutierrez, S. Anemia ferropénica en niños menores de un año usuarios de CASMU-IAMPP: prevalencia y factores asociados. Rev. Archivos de Pediatría de Uruguay [Internet] 2017; [consultado 25 agosto 2019]; 88(5): 254 – 260. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v88n5/1688-1249-adp-88-05-00254.pdf>
2. Ministerio de Salud. Alimentación saludable. Ministerio de Salud. Perú; 2016. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/20CENAN%20Anemia.pdf>.
3. MINSA. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021. [Internet]. Perú: 2017 [consultado 20 agosto 2019]. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
4. Organización Mundial de la Salud. Situación de la anemia en niños menores de 5 años. OMS. [Online]. 2011 [cited 2017 Setiembre 11]. Available from: (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf).
5. MIDIS. Plan multisectorial de lucha contra la anemia [Internet]. Perú: 2018 [consultado 20 agosto 2019]; pág. 18. Disponible en <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>
6. Pita Rodríguez y col. (2007). La anemia: Aspectos nutricionales, conceptos actualizados para su prevención y control. [internet]. UNICEF; 2007; pág. 6 [consultado 20 de agosto 2019]. Consultado en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf
7. ENDES. Capítulo 10: Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres [internet]. Perú: INEI, 2017 [revisado 25 julio 2019]; pág. 235. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap010.pdf
8. Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) de niños atendidos en los establecimientos de salud, nos muestra la proporción de

niños menores de 3 años con anemia a nivel de provincias de Apurímac del 2017.

9. PAZOS S. (Ecuador, 2017). Realizó un estudio sobre “Relación entre la anemia en niños y los conocimientos de alimentación saludable de los cuidadores. Pascuales junio 2015- junio 2016”.
10. SANOJA VALOR C. MIRABAL M. (VENEZUELA, 2015); en Venezuela realizó la tesis titulada “Desarrollo psicomotor en preescolares con anemia ferropénica, Maracay 2015”.
11. Cano D. (Arequipa, 2016). En su estudio realizado “Nivel de Conocimiento sobre anemia Ferropénica en madres de niños menores de 5 años con anemia que asisten al Centro De Salud Francisco Bolognesi”.
12. Avelino Berrios, A. Sánchez Solorzano, M. Intervención de enfermería en la prevención de anemia, madres de niños de 6 a 36 meses, Distrito de Jivia, Huánuco 2017. Tesis para optar el título de especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Universidad Nacional San Agustín. Arequipa – Perú; 2017.
13. Paredes E. (Tingo María, 2016). Ejecutó un estudio titulado “Conocimientos sobre anemia Ferropénica en Madres De Niños Menores de 1 año que acuden al consultorio CRED.
14. Cornejo C. (Lima, 2015). En su investigación titulado “Conocimientos y Practicas sobre prevención de la anemia en Madres de Niños de 6 a 24 meses en un centro de salud”.
15. ACUÑA PONCE N. (2015) En un estudio de investigación realizado en Ocuvi - Lampa - Puno, denominado “Relación del estado nutricional, nivel de hemoglobina, hematocrito y hierro dietario en preescolares de la I.E.I. N° 200 Ocuvi, Provincia de Lampa – Puno.
16. Veramendi Villavicencio, N. Soto Hilario, J. Intervención de la enfermería: un abordaje educativo en prevención de la anemia. Rev. de investigación y postgrado. [Internet] 2018.
17. INS. Prevención de la anemia por deficiencia de hierro [internet]. 2018 [revisado el 2 setiembre 2019]. Disponible en:<https://anemia.ins.gob.pe/que-cantidad-de-alimentos-necesitaria-un-nino-para-cubrir-sus-requerimientos-de-hierro-sino>.

18. Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones. Estratégias por Etapas de Vida (2017).
19. Alcázar, L. Impacto Económico de la Anemia en el Perú. [Internet]. MINSA; Perú; 2018 [consultado 20 agosto 2019]. Disponible en: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf 19.INS. Cinco consecuencias graves de la anemia en los niños y las gestantes. [internet] 2018 [revisado el 2 setiembre 2019]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/consecuencias>. 20.INS. Prevención de la anemia por deficiencia de hierro [internet]. 2018 [revisado el 2 setiembre 2019]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/que-cantidad-de-alimentosnecesitaria-un-nino-para-cubrir-sus-requerimientos-de-hierro-sino>