

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



**PREVENCIÓN DE ANEMIA EN LOS NIÑOS MENORES
DE UN AÑO EN EL CENTRO DE SALUD LA OROYA.
JUNÍN. 2014-2016**

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

HISELA CHANE ESTRADA SOTO

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'HISELA CHANE', is written over the printed name and location.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 012

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°053-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ESTRADA SOTO HISELA CHANE

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	37
EXPERIENCIA PROFESIONAL	41
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	41
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	47
RESULTADOS:	48
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIALES.....	57
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

La existencia de la anemia se remonta a la antigüedad y su aparición se ha visto relacionada con múltiples factores, siendo las anemias nutricionales las más frecuentes; y dentro de estas ocupan el primer lugar la anemia por déficit de hierro que constituye el proceso hematológico más frecuente en la niñez. La anemia constituye un serio problema de salud a nivel mundial. La prevalencia de esta en el mundo y fundamentalmente de anemia ferropénica no ha cambiado, se estima que alrededor de 600 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad, aunque su prevalencia ha descendido notablemente en los países desarrollados, lo que demuestra que este incremento está a expensa de los países subdesarrollados y del 3er mundo.

En nuestra provincia es frecuente la asistencia a consulta de padres que refieren que sus hijos presentan algunas de las manifestaciones clínicas de la anemia, tanto a nivel primario como secundario, por lo que nos encontramos motivados en la realización de este informe

La anemia es uno de los problemas de salud pública más difundidos, especialmente en los países en desarrollo, se refiere a los bajos niveles de hemoglobina en la sangre, lo que se evidencia por una cantidad o calidad deficiente de glóbulos rojos. Las consecuencias de la anemia son negativas. Se caracteriza por una capacidad deficiente en el aprendizaje y productividad disminuida. La anemia en niños e infantes, está asociado

con el retardo en el crecimiento y en desarrollo cognoscitivo, esto durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Estos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente.

La anemia ferropénica se produce por la deficiencia de hierro, el cual es necesario para la formación de los hematíes, componente importante de la hemoglobina la cual se encarga de transportar, almacenar y dar oxígeno a los tejidos. La población de mayor riesgo son los niños de 6 a 36 meses de edad, el aumento de requerimiento de hierro durante el periodo de crecimiento y se agotan las reservas de hierro, la madre transmite el hierro al niño a través de la placenta en el último trimestre y este nace con suficiente reserva, lo mantiene hasta alrededor de los cuatro meses y a partir de los seis meses el niño pasa a depender del aporte exógeno del hierro para mantener un aporte adecuado del mismo, requiere una dieta equilibrada de hierro absorbible o de lo contrario se produce la anemia ferropénica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

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

La anemia por deficiencia de hierro afecta a la mitad de la población global y es la deficiencia nutricional prevenible más frecuente. De acuerdo a datos estadísticos presentados por la Organización Mundial de la salud (OMS) señala que la anemia es el trastorno hematológico más frecuente en el mundo y afecta a 2000 millones de personas; especialmente en países en vías de desarrollo, de esta manera pasa a ser uno de los problemas de salud pública más importantes. Se

considera a la anemia al valor de la hemoglobina por debajo de los 11g/dl para los niños de 6 meses de edad a menores de 5 años.

Los estudios realizados en el Perú para conocer la magnitud y localización de problemas nutricionales han mostrado que la anemia nutricional por deficiencia de hierro en niños menores de tres años, ocupa uno de los primeros lugares y a pesar de conocer su etiología y de las estrategias desarrolladas, aun no se ha podido superar dicho problema; la anemia es un problema de salud pública y según los límites propuestos para clasificar el déficit de hierro en grados de importancia de salud pública es grave cuando la prevalencia de anemia es $\geq 40\%$ (Organización Mundial de la Salud). Según datos estadísticos recientes cinco de cada diez niños, o el 50,0% de todos los niños menores de tres años de edad sufre de anemia (INEI-MEF 2014). La anemia durante la infancia temprana es un fenómeno que afecta indiscriminadamente a todos los sectores de la población.

Actualmente en el Perú según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la anemia es un problema severo de salud pública que afecta a más del 50% de los niños y niñas menores de tres años de edad. Presentándose con mayor frecuencia en áreas rurales (57.5%), a comparación con la zona urbana (42.3%) estadísticas del 2015, (INEI). La encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES – 2016)

a nivel nacional se presentaron 43.6% niños menores de 35 meses con anemia con mayor incidencia en zonas rurales con el 53.8%. (Salud, 2016).

Según las estadísticas del Gobierno Regional de Junín, el 62.8% de niños y niñas menores de 35 meses tienen anemia. (MINSA 2017).

Es por ello que durante las actividades realizadas en el servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud La Oroya y a través de mi experiencia se pudo observar que tras la intervención de cada niño en la consulta de atención de crecimiento y desarrollo se observó que el 68.7% de los niños menores de 35 meses en el año 2014 presentaban anemia, (MINSA 2017) por tal motivo se necesita actuar y así evitar que las cifras sigan aumentando. Por lo que como parte del equipo de salud se realizó un plan de trabajo y como profesional de enfermería se enfatizó con más compromiso y realce las actividades de prevención de anemia. Teniendo como resultado la mejora en las cifras de anemia para los siguientes años, viéndose reflejado en niños más activos con mejoras en sus resultados de hemoglobina y lo más importante madres con conocimiento y prácticas adecuadas sobre medidas en prevención de anemia

1.2 OBJETIVO

Describir el trabajo académico en la prevención de anemia en los niños menores de un año en el centro de salud la oroya. junín. 2014-2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia laboral se justifica porque en el centro de Salud La Oroya se ha podido observar a través del tiempo (2014) que existía elevados porcentajes de anemia en niños menores de un año.

Se justifica además porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para el cumplimiento de las normas técnicas en prevención de la anemia.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

BETANCOURT M. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar Venezuela, 2010 en su investigación: *"Anemia por deficiencia de hierro en niños de 3 a 5 años de edad del grupo de educación inicial de la escuela "San Jonote"*, Tesis de grado. Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. La anemia ferropénica se define como el descenso de la concentración de la hemoglobina en sangre secundario a una disminución de la concentración de hierro en el organismo. La deficiencia de hierro y su consecuencia la anemia ferropénica constituyen el déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial. Para establecer la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 3 a 5 años de edad pertenecientes al grupo de educación inicial de la escuela de "San Jonote", Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal durante el mes de abril de 2010. El estudio incluyó 36 niños, de los cuales 30,6% presentó anemia por deficiencia de hierro, 27,8% cursaron con anemia y ferropenia y el 13,9% presentaban anemias por otras causas. El 69,4% de los niños estudiados mostraron nivel de hemoglobina disminuidos, 44,4% tuvieron un hematocrito bajo. Mientras que en el 77,8% se observó valores de hierro sérico inferiores al de referencia y en el 38,9% de la población se halló

niveles de ferritina disminuidos; solo 5,5% mostró valores aumentados. De los niños con anemia ferropénica 72,7% resultaron con un nivel nutricional normal; 27,3% estaban desnutridos, mientras que los que no tenían anemia ferropénica 68% tuvieron un estado nutricional normal y el 12% se encontraron desnutridos. Por tal razón no existió significancia estadística entre ambas variables.

VILLA, F. Chihuahua México (2010); en su investigación: *“Presencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 ciudades del estado de Chihuahua y su relación con el estado nutricional”*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. La investigación tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de anemia en muestras no probabilísticas de preescolares en Cuauhtémoc, Delicias, Chihuahua y Ciudad Juárez. **Métodos:** Se estudió a un grupo de 488 niños menores de 6 años de Chihuahua, Cuauhtémoc, Ciudad Juárez y Delicias. Se determinó el nivel de hemoglobina por el sistema Hemocue y la anemia se definió a un nivel de Hb. por debajo de 11 mg/dl. **Resultados.** 21% de los participantes tenían anemia, siendo más frecuente en Delicias (37.5%) y Ciudad Juárez (25.6%), que en Chihuahua (16.3%) y Cuauhtémoc (16.0%). En relación con el estado nutricional, 85% de los niños con anemia tenían estado nutricional normal o talla alta, mientras que 7, 4, 4 y 2 tuvieron emaciación, bajo peso, baja talla y sobrepeso/obesidad respectivamente. **Conclusiones.** La prevalencia

de anemia sigue presentándose en un grado importante por lo que se sugiere que este estudio de paso a otros para una adecuada intervención.

PITA, G.; Cuba, (2014) en su investigación *“La anemia en niños menores de cinco años en la región oriental de Cuba, 2005-2011”*.

Tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de anemia en los niños de 6 a 59 meses en las cinco provincias orientales de Cuba en tres años diferentes dentro de una década, así como estudiar la asociación de la anemia con los factores epidemiológicos y nutricionales, para evaluar el impacto del Plan Integral Cubano para la Prevención y el Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Cuba., para el cual se realizó estudios en una población de niños de 6 a 59 meses, a quienes se midió Se midió el nivel de hemoglobina para diagnosticar la anemia (hemoglobina menor de 110 g/L) y los resultados se relacionaron con variables independientes tales como la edad, el sexo, el área de residencia (urbana o rural), la asistencia a círculos infantiles [guarderías para niños entre 1 y 5 años de edad, pertenecientes al Sistema Nacional de Educación de Cuba —Eds.], el peso al nacer, la historia de Lactancia materna, así como la anemia materna durante el embarazo. Llegando a la siguiente Conclusión: de que la prevalencia de anemia disminuyó paulatinamente durante el período del estudio, la enfermedad continúa siendo un problema de

salud pública en Cuba, por lo que se deben mantener y fortalecer las medidas para su prevención y su control, tales como realizar intervenciones de salud sobre las mujeres en edad reproductiva, la alimentación exclusiva por lactancia materna durante los primeros seis meses de edad, estimular el cumplimiento de las recomendaciones de las normas cubanas para la alimentación complementaria de los niños hasta los dos años de edad, así como continuar la evaluación y la investigación de las causas de la anemia en los niños en edad preescolar. Palabras Clave: Anemia, niños, preescolar, infantes, lactancia materna, círculos infantiles, guarderías, Cuba.

CORNEJO CARI CINTHIA P; Centro de Salud Lima 2015, realizo un estudio Titulado: *“Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima”*, tuvo como Objetivo: “Determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima 2015”. Material y Método: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Conclusiones: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan

prácticas adecuadas. Asimismo, que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia, que consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuencia y cantidad de acuerdo a la edad de su niño; por lo cual no cubren sus requerimientos nutricionales.

MISTRAL E, CARHUAPOMA ACOSTA, Centro de Salud de Lima - metropolitana (2016). El presente estudio se titula *“Efectividad del programa educativo en la prevención de la anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses”* en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de lima - metropolitana 2015”, con el Objetivo: determinar la efectividad del programa educativo en la prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. Diseño metodológico: El enfoque es cuantitativo. Resultados: del total de la población 100% (15) madres encuestadas se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 53.3% (8) conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica y la desnutrición crónica, mientras que después de la aplicación del programa educativo el 100% (15) conoce. Conclusiones: El programa educativo es efectivo ya que las madres incrementaron el nivel cognitivo y sus prácticas en un 100% en la prevención de la anemia ferropénica y la desnutrición crónica.

MANRIQUE CARBONEL JASMÍN M., Lima-Cercado, Perú (2011) estudio titulado: *“Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana”*. Objetivo: Determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de los conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que acuden al programa “Sala de Educación Temprana”, Lima-Cercado. Material y Método: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi-experimental de un solo diseño y de corte transversal. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, el cual fue sometido a juicio de expertos aplicado antes y después de la ejecución del programa educativo. Resultados: Del 100% (30) cuidadores, antes de participar del programa educativo, 57% (17) conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica. Después de participar del programa educativo 100% (30) cuidadores, incrementaron los conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica. Conclusiones: El programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores.

CESPEDES SOTELO, MIRELLA, Lima Perú (2010). Estudio titulado: *“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 Materno Infantil Tablada de Lurín”*. Cuyo Objetivo fue Determinar los 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 de edad que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la Encuesta, y el instrumento, el Cuestionario; siendo la muestra de estas 100 madres de familia. Las conclusiones fueron: que Las madres del Centro de salud Tablada de Lurín tienen un nivel de conocimientos “Medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, las causa y consecuencia de la anemia ferropenia, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

TEORÍA DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE LA SALUD

TEORÍAS DE ENFERMERÍA:

La comprensión de las teorías y modelos de enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina. 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.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

LA ANEMIA EN NIÑOS

Se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal. Puede acompañarse de otros parámetros alterados, como disminución del número de glóbulos rojos, o disminución del hematocrito, pero no es correcto definirla como disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia. (2).

La anemia se refiere a una masa eritrocitaria, cantidad de hemoglobina y /o volumen de hematíes menor del normal. Clínicamente esto se describe como un hematocrito (% de hematíes de un volumen de sangre entera) o hemoglobina (concentración medida directamente) mayor de dos desviaciones estándar por debajo

de la media para la edad. Para los niños entre 6 meses y dos años esto representa una concentración de hemoglobina < 11 g/dL o un hematocrito < 33%. El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal, piel y orina. Durante el primer año de vida, los lactantes sanos a término necesitan absorber aproximadamente 0,8 mg de hierro de la dieta al día (0,6 mg para el crecimiento, 0,2 mg para reemplazar las pérdidas). Al final del segundo año de vida, el ritmo de crecimiento comienza a decrecer y la dieta habitual incluye suficiente cantidad de alimentos ricos en hierro para cubrir las demandas. Los requerimientos de hierro aumentan de nuevo durante la adolescencia debido al rápido crecimiento; por otro lado, las adolescentes tienen necesidades adicionales de hierro para reemplazar las pérdidas por la menstruación y se encuentran en situación de mayor riesgo para la deficiencia de hierro. (3)

CAUSAS DE LA ANEMIA

La anemia ocurre generalmente cuando la dieta no proporciona suficiente hierro para satisfacer los requerimientos, existe una poca

absorción y/o una pobre utilización del hierro ingerido, la causa nutricional es de lejos la más frecuente. La pérdida de sangre por infestación por nematodos contribuye al desarrollo de la anemia ferropénica. En lactantes en quienes se introduce precozmente leche de vaca no es infrecuente encontrar pérdidas microscópicas que coadyuvan al desarrollo de la anemia. En los niños prematuros, la anemia es secundaria a un depósito de hierro inadecuado. Otras deficiencias nutricionales como deficiencia de Vit B6, B12 riboflavina y ácido fólico se asocian también con la anemia. Las enfermedades crónicas, enfermedades inflamatorias representan la segunda causa más importante de anemia. (3).

ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia por deficiencia de hierro es la forma más frecuente de anemia. Aunque en muchos países en desarrollo el hierro puede ser deficiente en la dieta, en naciones desarrolladas la principal causa es la pérdida de hierro, casi siempre por pérdida de sangre desde el tubo digestivo o las vías genitourinarias. Debido a la pérdida de sangre menstrual recurrente, las mujeres pre menopáusicas representan la población con la mayor incidencia de deficiencia de hierro. La incidencia en este grupo es aún más alta debido a las pérdidas de hierro durante el embarazo, porque el feto en desarrollo extrae con eficiencia hierro materno para uso en su propia hematopoyesis. En

varones o en mujeres post menopáusicas con deficiencia de hierro, el sangrado gastrointestinal por lo general es la causa. La pérdida de sangre en este caso es factible que se deba a trastornos benignos, como ulcera péptica, malformaciones arteriovenosas, o angiodisplasia (anormalidades vasculares pequeñas a lo largo de las paredes del intestino). Las causas más serias son enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad maligna. La investigación endoscópica para excluir enfermedad maligna es indispensable en pacientes sin una causa conocida de deficiencia de hierro. Hay otras causas menos frecuentes de deficiencia de hierro, pero casi todas se relacionan con pérdida de sangre: las principales son trastornos hemorrágicos, hemoptisis y hemoglobinuria. (4).

PRINCIPALES CAUSAS DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, las principales causas de anemia por deficiencia de hierro son las siguientes:

- Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad del hierro.
- Ingesta de leche de vaca en menores de un año.

- Disminución de la absorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales.
- No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado (menor de dos años y adolescente).
- Pérdida de sangre (menstruación, enteroparasitosis, gastritis entre otros).
 - Malaria e infecciones crónicas.
 - Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas.
- Corte inmediato del cordón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto. (5).

FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD, A LA PERSONA Y AL MEDIO AMBIENTE

Relacionados a la persona Incrementan el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro:

- Recién nacidos prematuros y/o bajo peso al nacer
- Niñas y niños pequeños para la edad gestacional
- Corte precoz del cordón umbilical
- Niñas y niños menores de dos años - Alimentación complementaria deficiente en productos de origen animal ricos en hierro - Niñas y niños con infecciones recurrentes
 - Niñas y niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva
 - Hijos de madres con embarazo múltiple

- Hijos de madres adolescentes - Hijos de madres con periodos intergenesicos cortos

- Hijos de madre anémica

Relacionados al medio ambiente Incrementan el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro:

- Zonas con alta inseguridad alimentaria
- Zonas endémicas con parasitosis
- Zonas endémicas de malaria
- Zonas con saneamiento ambiental deficiente
- Población expuesta a contaminación con metales pesados (plomo, mercurio, etc.)
- Familias con limitado acceso a información nutricional. (MINSa 2017)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANEMIA

Los síntomas más comunes de la anemia ferropénica son:

- Debilidad
- Fatiga
- Disminución del apetito
- Vértigo,
- Mareos
- Taquicardia (5)

DIAGNÓSTICO

Se Habla de Deficiencia de Hierro: Es el desbalance entre la suma de los depósitos que posee el infante al nacer, más la ingesta subsiguiente y el total de hierro que el infante necesita para crecer y recuperar las pérdidas.

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

La anemia por déficit de hierro (la anemia ferropénica) constituye el 90% de las anemias de la infancia en los países en desarrollo, siendo en la mayoría de los casos leve o moderada.

El grupo etario más afectado son los lactantes y niños pequeños, porque se encuentran en un período de crecimiento y desarrollo rápido. Si no se corrige dicha deficiencia esta patología se puede asociar a alteraciones en el desarrollo y a debilidades mentales.

El recién nacido normal de término tiene reservas adecuadas de hierro, suficientes para cubrir los requerimientos hasta los 4-6 meses de edad; a partir de entonces depende en gran medida de la ingesta dietética para mantener un balance adecuado de hierro.

El diagnóstico se realiza a través de los siguientes puntos:

Examen físico del niño:

Se puede encontrar palidez de la piel y mucosas, sin embargo, ésta tiene una sensibilidad limitada y puede pasar inadvertida. Se debe buscar este signo en la conjuntiva ocular, palmas de las manos y en el lecho ungueal. En casos de larga cronicidad puede encontrarse fragilidad, adelgazamiento, pérdida de brillo, aplanamiento y aparición de líneas longitudinales en las uñas, que puede llegar hasta la forma de uñas en cuchara (coiloniquia).

La anemia severa puede producir taquicardia, aparición de soplos cardiacos funcionales; y en algunos casos puede existir esplenomegalia, dilatación cardíaca e insuficiencia cardíaca. (6)

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA

La deficiencia de hierro provoca una serie de alteraciones en las funciones del organismo, en niños existe evidencia para concluir que causa retraso en el desarrollo, este puede ser parcialmente revertido con tratamiento; que existe una fuerte asociación entre deficiencia de hierro y test de desempeño cognitivo y comportamientos. La deficiencia de hierro también afecta negativamente el sistema de defensa normal contra las infecciones, altera la inmunidad celular. La deficiencia de hierro a la vez ha sido asociada con reducción del

apetito, aunque se desconoce el mecanismo de este efecto, existe razones para pensar que la anemia por deficiencia de hierro retrasa el crecimiento. (4).

TRATAMIENTO DE ANEMIA

El tratamiento de la anemia ferropénica en niños debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria: Dieta adecuada, tratamiento de las parasitosis, manejo de los trastornos gastrointestinales.

Debe iniciarse el tratamiento con hierro oral, una vez confirmado el diagnóstico.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑOS.

La anemia por deficiencia de hierro en niños es una enfermedad prevenible con una dieta adecuada y la introducción precoz de hierro en la edad pediátrica.

La estrategia ideal para prevenir la deficiencia de hierro consiste en practicar la lactancia materna exclusiva por 6 meses, con la administración de hierro a partir del cuarto mes de vida (sulfato ferroso en gotas). La medida más adecuada para prevenir de la deficiencia de hierro cuando el lactante no recibe leche materna es el

uso de fórmulas suplementadas con hierro durante el primer semestre de vida. A partir de los 6 meses de edad, la alimentación complementaria debe basarse en alimentos variados y la suplementación con hierro (fumarato ferroso) que lo encontramos en los Multimicronutrientes o "chispitas" y en la carne como alimentos primarios. Además, debe evitarse el uso de leche entera de vaca durante el primer año de vida y limitarse su ingestión a alrededor de 500 mL diarios durante el segundo año, aunque esto aún se debate.

En niños de 1 a 5 años de edad se recomienda implementar tres cambios mayores para satisfacer las necesidades de hierro: en la medida en que lo permitan las condiciones económicas de la familia, la carne, el pescado y las aves deben ser consumidas con regularidad; se debe aumentar el consumo de cereales enriquecidos con hierro soluble en agua (sulfato ferroso) o en diluciones ácidas (fumarato ferroso); debe darse atención especial a la relación temporal entre el consumo de alimentos utilizados como fuentes de hierro y los alimentos que inhiben la absorción de hierro no hemático (como la leche, el café y el té negro) o que la facilitan (como el agua y el jugo de frutas)

ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

La enfermera juega un rol muy importante en la atención integral del niño, brindando un cuidado holístico. La enfermera tiene varias funciones y actividades centradas en las familias:

- **Educadora de salud:** Enseña a las familias aspectos de la salud y enfermedad y actúa como principal comunicadora de información de salud.
- **Motiva y facilita la adopción de actividades y estilo de vida saludable** que promueven el bienestar.
- **Brinda cuidados domiciliarios:** realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades.
- **Defensora de la familia:** Trabaja para ayudar a las familias y brinda orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- **Desarrolla actividades de prevención y detección precoz de enfermedad:** desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- **Ejecuta actividades de promoción de la salud:** ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante su autocuidado.
- **Asesora:** Desarrolla una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos

- Investigadora: Identifica problemas que surjan en el ejercicio de la profesión, busca respuesta y soluciones mediante la investigación cuantitativa disciplinada o interdisciplinaria. (7)

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería al cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo para asegurar un adecuado estado nutricional. Es así que cuando la madre llega a la consulta de CRED, es importante presentarnos frente a ella para iniciar un clima de confianza al realizar la atención de su niño de acuerdo a lo estipulado en la norma técnica de CRED, evalúo la situación del niño, es importante tener en cuenta el tamizaje de hemoglobina procediendo a la orientación y consejería nutricional; aquí le explico a la madre la importancia del lavado de manos; pues es importante que conozca porque esta permite el arrastre de las bacterias circundantes en las manos, y que debe ser tomada en cuenta en todo momento para evitar que el niño se enferme y poner en riesgo su salud. Explicar a la madre la importancia y los momentos en que se debe realizarse

el lavado de manos de manera clara y sencilla para que pueda captar el mensaje. (8).

VISTA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario, dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

Una actividad: que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud. (9).

Ventajas y desventajas de la Visita Domiciliaria

Ventajas:

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que esta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades expresas y ocultas y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.

- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.

Desventajas:

- Desventajas como tal no presenta la visita domiciliaria, pero pueden surgir o derivar de una falta de organización y programación por parte del servicio de salud y del equipo de visita, lo que puede resultar ser inoportuna y causar rechazo en el grupo familiar.
- Esto hace necesario que la visita domiciliaria deba estar justificada y con los objetivos bien precisos, para evitar contratiempos y pérdida de credibilidad del servicio asistencial, así como del equipo de salud.
- Esta actividad es muy importante, especialmente para el seguimiento de los pacientes o usuarios en riesgo, la visita domiciliaria no sólo se orienta a la persona en riesgo, sino que, a propósito de visitarla, se establece una relación con todos los miembros de la familia, convirtiéndose en una visita de orientación y detección de otros problemas de salud en los demás integrantes de la familia, obviamente con énfasis en la persona que se encuentra en riesgo.
- A través de esta podemos interactuar de manera más directa con la madre y/o cuidadora del niño en el que estamos realizando la actividad, pues permite conocer la realidad en que se está desarrollando el niño, y observar de cerca que factores de riesgo están yendo contra la salud del niño. Primero pedir a la madre que muestre

su carnet de control de CRED para verificar si el niño está cumpliendo el esquema de vacunación según la edad, luego verificar la fecha de última entrega de micronutriente pues la norma técnica de suplementación indica de debe darse un sobre diario al niño en comidas espesos. Si se evidencia que no se le viene dando correctamente, indagar el motivo, una vez conocido este se debe orientar y educar a la madre al respecto, pedir que realice una demostración de la preparación del multimicronutriente para detectar posibles errores en su preparación; de acuerdo a las debilidades encontradas brindar la educación y pedir que ella realice una réplica de la misma. (9).

SESIONES DEMOSTRATIVAS

La sesión demostrativa, es una metodología del “APRENDER HACIENDO”, tiene como finalidad fomentar en las familias, las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición materno infantil, en base a preparaciones hechos con alimentos variados de la zona; destinado a los niños y niñas menores de dos años, madres gestantes y madres lactantes, ya que, en esta etapa, es donde se presentan mayor potencial en su crecimiento y desarrollo. (10)

IMPORTANCIA

Es importante porque nos ayuda a:

- Revalorar y promover el uso de alimentos nutritivos de la zona.
- Conocer las ventajas de una adecuada combinación de alimentos.
- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas.
- Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia.
- Mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de vida y de salud.
- Reconocer las necesidades nutricionales de niños y niñas menores de tres años, madres gestantes y madres lactantes.
- Adoptar buenas prácticas en higiene y manipulación adecuada de los alimentos.

SITUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN EL PERÚ

La sesión demostrativa de preparación de alimentos se viene desarrollando en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, en el marco del Programa Articulado Nutricional (PAN) tiene como objetivo reducir la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en los niños y niñas menores de cinco años. Para ello se propone reducir la incidencia de bajo peso al nacer, mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, y reducir la morbilidad por infecciones

respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de 24 meses.

En las sesiones demostrativas aprendemos dialogando y practicando cómo hacer preparaciones nutritivas para los niños y niñas menores de 3 años, gestantes y madres que dan de lactar, utilizando alimentos variados de la comunidad. Las sesiones demostrativas han aportado bastante en el conocimiento y práctica de la madre, teniendo gran relevancia pues aquellos niños anémicos han salido de su cuadro, y los que estaban en valores adecuados se han mantenido en sus valores normales. Es por eso que hago hincapié en que la prevención es una de las principales actividades que debe realizarse pues esta disminuye los problemas de salud pública, teniendo un gran aporte. No hay excusas solo es cuestión de proponerse por el bien de nuestros niños, de nuestro país y nuestro pueblo. Y de esta manera tendremos futuras personas que aporten la mejora de nuestro país.

SESIONES EDUCATIVAS

Son breves exposiciones que permiten la interacción y participación del público y el profesional, que ayuda a la madre a aprender, preguntar y quedando con conocimientos claros. Estas charlas al ser de corta duración (10 -20 min) permite tener al público atento y que este pueda captar el conocimiento que se le está brindando. Yo las

realizo en la sala de espera antes de dar inicio a la atención, con las primeras 10 madres que acuden al control de CRED. Aquí hago énfasis en cómo prevenir la anemia en el niño.

Dentro de las actividades que he realizado también encontré diversas limitaciones que no me permitían realizar muchas veces de manera efectiva las diversas actividades de prevención. Una de ellas es la falta de recursos humanos, pues es lo primordial para poder realizar las diferentes actividades, sumado a la gran demanda de personas que acuden al control de CRED. La falta de concientización de algunos profesionales de la salud.

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. (11)

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden

mantener un aumento de peso normal y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

A partir de los 6 meses de edad de la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar alimentación complementaria.

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños(as) y sus padres cuidadores.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el

mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además, deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial.

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño

pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa.

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

PREVENCIÓN: Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas»

ANEMIA: Es una alteración causada por disminución del número de glóbulos rojos y disminución de la hemoglobina bajo los parámetros estándares.

ADHERENCIA: Compromiso activo y voluntario de los padres de niñas y niños menores de 3 años al cumplimiento del esquema con micronutrientes y hierro. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume al menos el 90 % de los sobres de micronutrientes. En el caso del sulfato ferroso, se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume al menos el 75% de la dosis indicada.

SUPLEMENTACION: Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro.

NECESIDADES NUTRICIONALES: Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y para prevenir la aparición de enfermedades.

MULTIMICRONUTRIENTES: Es una mezcla de vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la anemia y otras enfermedades, aumentan el

valor nutricional de los alimentos. Su presentación es en sobres individuales de 1.0 g en polvo blanquecino sin olor ni sabor.

HEMOGLOBINOMETRÍA:

Es la medición de la concentración de hemoglobina en un individuo, se basa en el método de la cianometahemoglobina, es el método recomendado por el Comité Internacional de Estandarización en Hematología (ICSH).

DOSAJE:

Dosaje es medir la concentración de alguna sustancia, sérico o plasmático es que estamos buscándolo en la sangre.

ALTITUD

La altitud es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto del nivel del mar.

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Programa del Gobierno orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 5 años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

BIODISPONIBILIDAD

Se define como: la fracción (porcentaje) de una dosis administrada de fármaco inalterado que llega al flujo sanguíneo (circulación sistémica).

Cuando se usa un fármaco siempre se desea que la sustancia activa (también denominada "principio activo" (PA)) de este pueda penetrar en el organismo.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el presente informe se solicitó a la jefatura del Establecimiento el permiso correspondiente para obtener los datos siguientes del Articulado Nutricional: De la estrategia de Crecimiento y desarrollo el libro de seguimiento, libro de atención diaria, Historias clínicas, información de HIS, SIEN (Sistema Nacional del Estado Nutricional), reportes Estadísticos, Carnet de CRED, información dada desde el 2014 al 2016.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional en la Estrategia de Articulado Nutricional – Área de crecimiento y Desarrollo se inicia en el 2014, en la que he podido a través de mi práctica diaria utilizar mis conocimientos basados en principios Científicos garantizando una atención de calidad para el usuario.

En el Área donde actualmente me desempeño laboramos 4 enfermeras y el apoyo de dos Técnicas en Enfermería. Brindando Atención en turno mañana y tarde de lunes a sábado, teniendo una gran demanda de niños quienes cuentan con el SIS, Essalud y ningún

tipo de seguro de Salud, que llegan en compañía de sus madres o cuidadores a la atención.

En mi experiencia he podido aprender y aportar en el mejoramiento de la atención del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo y en involucrarnos más en el campo preventivo; ya que como sabemos la anemia es uno de los grandes problemas en la salud pública siendo este el motivo a realizar el presente informe laboral, pues no solo es un problema a nivel nacional, regional, sino también local; siendo así que en mi centro laboral este viene siendo un problema para los niños. A continuación, detallo algunos factores que condicionan la aparición de la anemia:

- No todos los partos eran institucionales, y no estaba garantizado una atención inmediata al recién nacido (el clampaje tardío del cordón umbilical).
- No se realizaba a partir de los 6 meses el dosaje de hemoglobina.
- La alimentación complementaria se inicia a los 6 meses de edad, muchos niños no aceptaban de manera adecuada la introducción de alimentos, el problema no radica en que acepte o no la alimentación el niño; sino que este a esa edad deja la lactancia materna exclusiva para iniciar una alimentación complementaria y a partir de ese momento necesita que la madre tenga suficiente

conocimiento y practica para realizar un adecuado cuidado del niño.

- Desconocimiento en la práctica adecuada para poder brindar una suplementación oportuna en el niño y el incumplimiento de la misma.
- No se realizaban sesiones educativas ni demostrativas sobre prevención de anemia en niños menores de 1 año.
- Al examen físico en los niños se evidenciaba palidez de la piel, desgano, somnolencia, falta de apetito, palidez de las conjuntivas, uñas quebradizas, etc.
- No se daba la importancia a la prevención de parasitosis.
- Se realizaban pocas visitas domiciliarias en el Articulado Nutricional (no había visitas de verificación de adherencia de multimicronutrientes y sulfato ferroso).
- En la ciudad de La Oroya también se suma a los factores para la aparición de Anemia los altos niveles de plomo existentes, la falta de empleos ya que muchas familias se han quedado sin un salario fijo por el cierre de una empresa minera que era la principal fuente económica.
- Se evidenció la anemia a través de la consulta, las referencias de la madre y evaluación de crecimiento y desarrollo además de los resultados de hemoglobina menor de 11g/dl.

Se realizó un plan de trabajo donde las actividades de prevención de anemia que se realizaron están básicamente centradas en:

- Concientización al personal de salud sobre la importancia del clampaje tardío del cordón umbilical en los partos atendidos en el Centro de Salud de La Oroya, se hizo cumplir la norma técnica de atención inmediata del Recién Nacido a través de talleres realizados en el año 2014.
- Concientización a las gestantes sobre la importancia de los partos institucionales, se realizó sesiones educativas en coordinación con el personal de obstetricia.
- Se implementó en la sala de espera un televisor donde se proyecta los beneficios de los partos institucionales, el contacto piel a piel, la lactancia materna durante la primera hora después del parto, lavado de manos, prevención de anemia, prevención de parasitosis, suplementación con multimicronutrientes y sulfato ferroso, etc.
- Se promueve la lactancia materna exclusiva en todos los consultorios a través de afiches, gigantografías, trípticos, etc.
- Se realizan pasacalles, marchas, concursos en pro de la Lactancia Materna.
- Todo el personal se encuentra concientizado y capacitado sobre la importancia de la lactancia materna durante la primera hora después del parto.

- Se ha implementado el lactario institucional.
- Se está cumpliendo con los requisitos de la Directiva Administrativa para la certificación como "ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO" (nos encontramos en espera para el mes de diciembre para dicha certificación).
- Se viene dando estricto cumplimiento a la Norma técnica Sanitaria N° 134 que establece el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, para tal finalidad se brindó una socialización de la Norma Técnica a todo el personal del Establecimiento, como parte del cumplimiento se realizan los exámenes de laboratorio, la suplementación, el monitoreo de la misma, el tratamiento en casos de anemia y los dosajes de control cada 2 meses.
- Se realiza la prevención de la parasitosis intestinal a través del lavado de manos, adecuada manipulación de alimentos, higiene de utensilios de cocina, etc.
- Se ha llevado a cabo dos campañas de desparasitación en toda la población, siendo la primera en las instituciones educativas donde de administro primera y segunda dosis y en la población a través de los sectoristas, llegando a coberturar el 85%.
- Se realizan ferias Nutricionales con la finalidad de promover y promocionar una dieta rica en hierro y de esta manera prevenir la anemia, con la presentación y degustación de platos a base de alimentos ricos en hierro e innovadores a la vez.

- Campaña de descarte y tratamiento de anemia: se realizaron campañas dirigidas a la población de niños de La Oroya con la finalidad de que la mayoría de niños cuenten con esta prueba, reciban en tratamiento adecuado y la consejería nutricional.
- Consejerías nutricionales; se realizaron en el consultorio con énfasis en la prevención de anemia y una dieta rica en hierro.
- Visitas domiciliarias, se realizan diariamente para evaluar la adherencia de multimicronutrientes y sulfato ferroso.
- La suplementación con Multimicronutrientes y Sulfato en gotas se realiza en el consultorio de CRED todos los días a los niños menores de 1 año, para lo cual se implementó tarjetas de seguimiento, un registro físico (cuaderno) y un padrón virtual por sectores.
- Sesiones demostrativas se llevan a cabo en el Establecimiento previas coordinaciones con el personal de Nutrición sobre preparación de alimentos, inicio de alimentación complementaria, lavado de manos.
- Sesiones educativas se llevan a cabo todos los días los cuales son dirigidos a los pacientes asistentes al consultorio,

3.3 PROCESOS REALIZADOS.

Los datos obtenidos serán procesados mediante el programa de Excel los cuales nos permitirá tener cuadros estadísticos que reflejaran el trabajo realizado ante la anemia en el distrito de La Oroya los años 2014 al 2016.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos los años 2014, 2015 y 2016 son los siguientes:

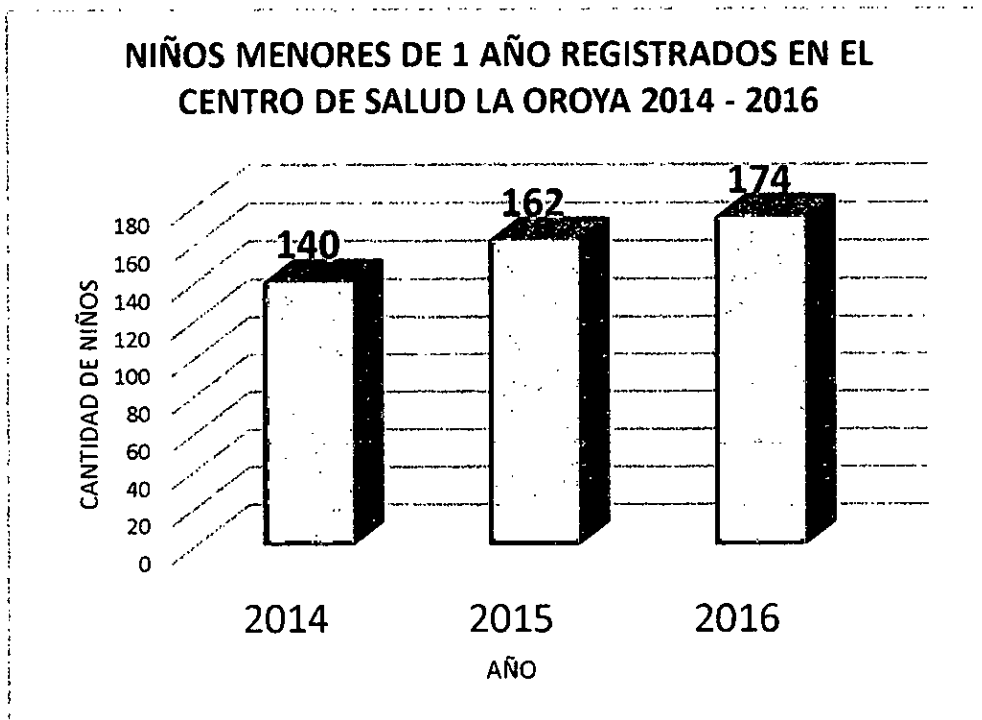
CUADRO 4.1

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO REGISTRADOS EN EL CENTRO DE SALUD LA OROYA 2014 – 2016

GRUPO ETAREO	2014	2015	2016
NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	140	162	174

Fuente: Padrón nominal del Centro de Salud La Oroya.

GRÁFICO 4.1



En el primer cuadro podemos apreciar la población menor de un año que viven en el distrito de La Oroya en los años 2014, 2015 y 2016, la misma que ha ido en aumento gradual año a año incrementándose en un 24 % del 2014 al 2016.

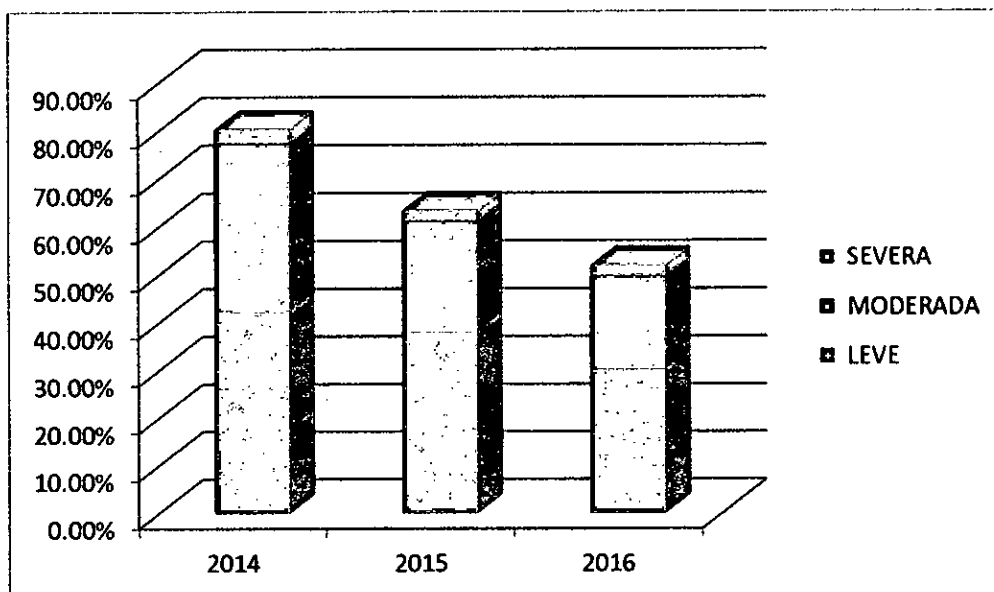
CUADRO 4.2

ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD LA OROYA 2014 - 2016

NIVELES DE ANEMIA	2014	2015	2016
LEVE	42.4%	38.0%	30%
MODERADA	35.5%	23.5%	20%
SEVERA	2.8%	2.0%	2%

Fuente: Centro Estadístico de la Red de Salud Jauja.

GRÁFICO 4.2



El mayor porcentaje de disminución fue de Anemia Moderada porque desde el 2014 al 2015 se ha disminuido en un 12%; mientras que en Anemia Severa en el 2015 y 2016 se ha mantenido en el mismo porcentaje.

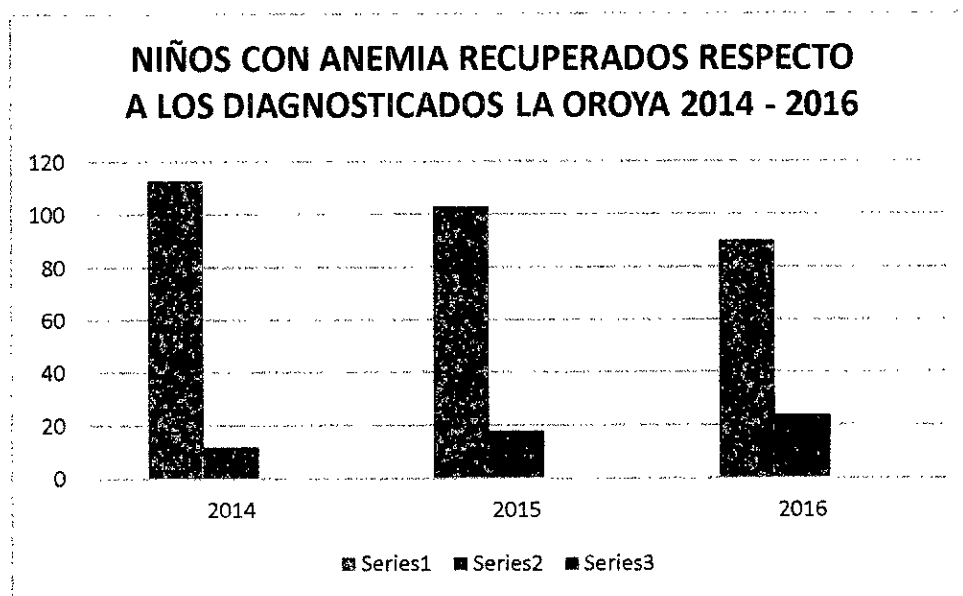
CUADRO 4.3

**NIÑOS CON ANEMIA RECUPERADOS RESPECTO A LOS
DIAGNOSTICADOS LA OROYA 2014 - 2016**

AÑO	CON ANEMIA	RECUPERADOS	PORCENTAJE
2014	113	12	10.6%
2015	103	18	17.4%
2016	90	24	26.6%

Fuente: Centro Estadístico de la Red de Salud Jauja.

GRÁFICO 4.3



Los casos de anemia han ido disminuyendo; mientras que en los recuperados se observa una disminución gradual positiva año a año, es así que en el 2016 se alcanza un 26.6 % casi triplicando a los recuperados en el 2014.

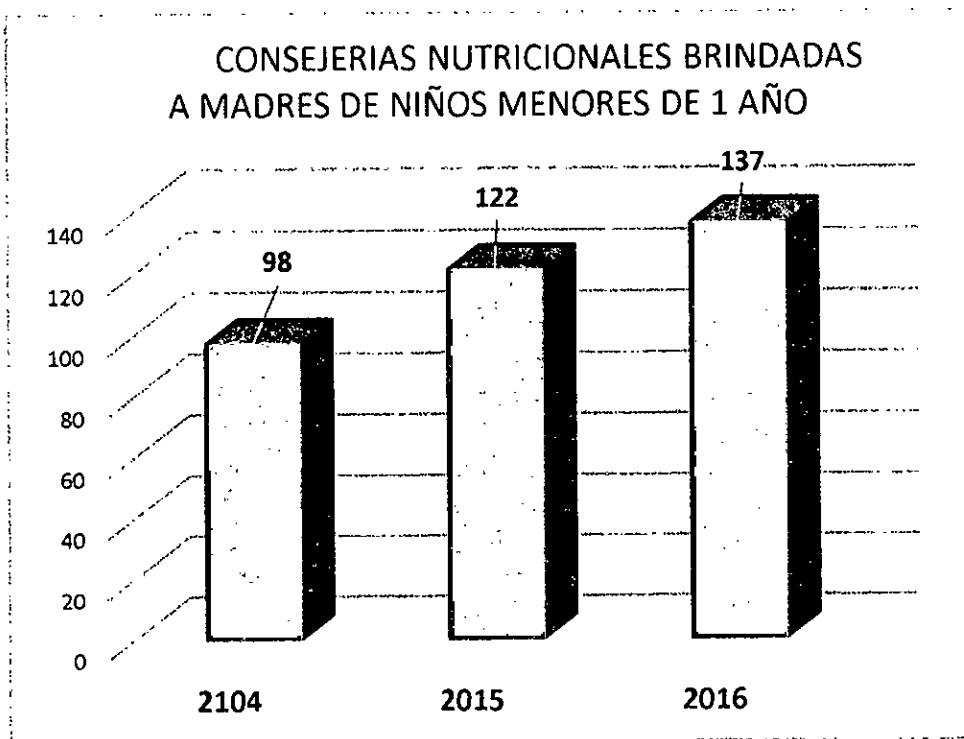
CUADRO 4.4

CONSEJERIAS NUTRICIONALES REALIZADAS A MADRES DE NIÑOS CON ANEMIA 2014- 2016

AÑO	CONSEJERIAS
2014	98
2015	122
2016	137

Fuente: Centro Estadístico de la Red de Salud Jauja.

GRÁFICO 4.4



En el 2016 se alcanzó la mayor cantidad de consejerías brindadas en comparación de los años anteriores; mientras que en el 2014 presenta la menor cantidad en esta actividad, incrementándose en un 40% en el último año.

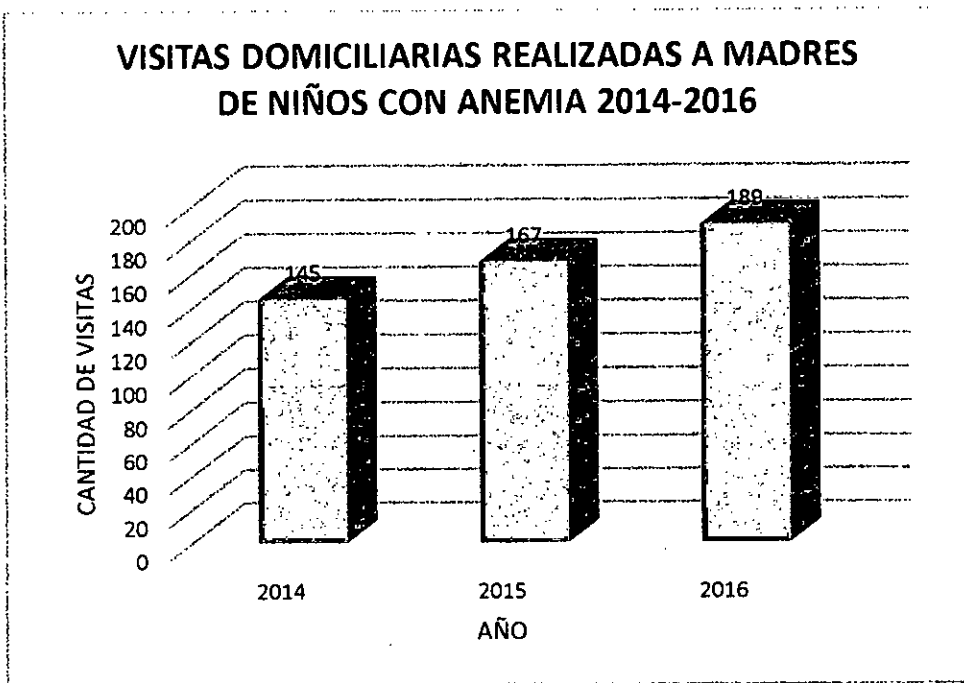
CUADRO 4.5

VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A MADRES DE NIÑOS CON ANEMIA 2014-2016

AÑO	VISITAS DOMICILIARIAS
2014	145
2015	167
2016	189

Fuente: Centro Estadístico de la Red de Salud Jauja.

GRÁFICO 4.5



Una similar realidad se aprecia en este cuadro ya que también durante el 2016 se alcanzó la mayor cantidad de visitas domiciliarias realizadas, mientras que en el 2014 se presenta en menor cantidad, haciendo una diferencia de 44 visitas y representando un 30%.

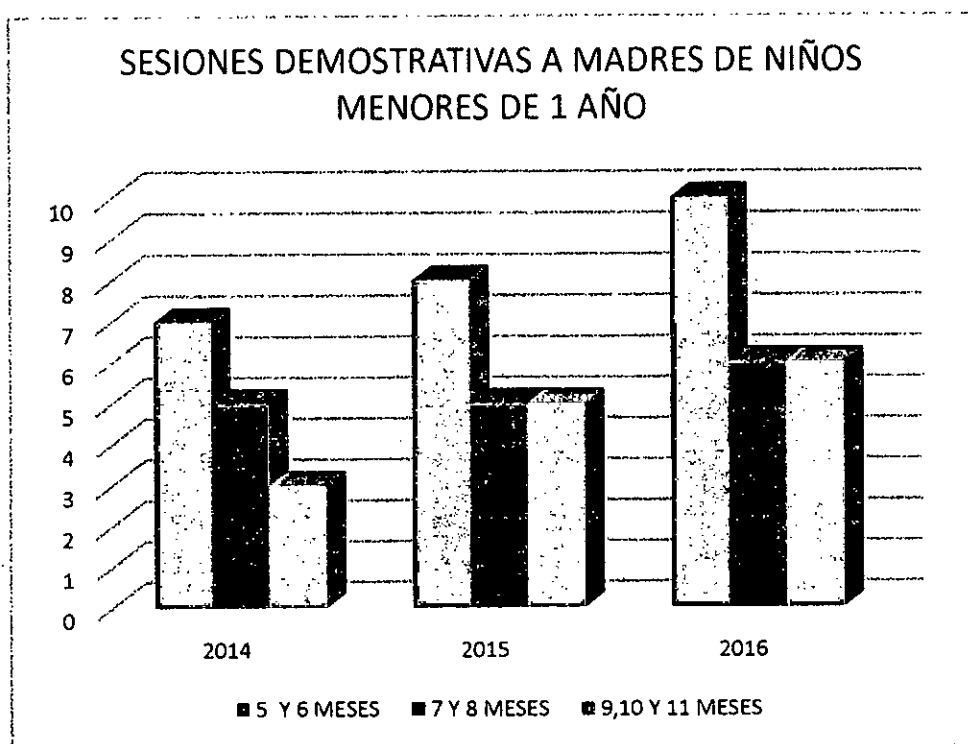
CUADRO 4.6

SESIONES DEMOSTRATIVAS REALIZADAS

AÑO	2014	2015	2016
5 Y 6 MESES	7	8	10
7 Y 8 MESES	5	5	6
9,10 Y 11 MESES	3	5	6

Fuente: Centro Estadístico de la Red de Salud Jauja.

GRÁFICO 4.6



El grupo de niños de 5 y 6 meses se ve priorizado en las sesiones demostrativas en los 3 años consecutivos, mientras que en las otras edades se mantiene similares cantidades.

CONCLUSIONES

- a) La población de niños menores de 1 año en el distrito de La Oroya ha ido en aumento en un 24% del 2014 al 2016; este incremento es proporcionalmente significativo para el sector salud ya que la atención que se brinda es integral y de manera prioritaria para este grupo etario.

- b) La existencia de casos de anemia recuperados son reflejo de un trabajo multidisciplinario que se viene realizando en el Centro de Salud de La Oroya,

- c) Los niños que presentan anemia en un momento determinado pueden ser recuperados realizando intervenciones de enfermería y de esta manera el desarrollo del niño sea óptimo y no presente complicaciones en su vida futura.

- d) -Las Consejerías Nutricionales brindadas en el Centro de Salud La Oroya se incrementó por ser una estrategia primordial para la disminución de la anemia y porque se concientizó al personal para su realización.

- e) Las visitas domiciliarias realizadas para la prevención de anemia se centran en la supervisión y monitoreo de actividades preventivas

contra la anemia, es favorable su incremento y la concientización del personal de salud con respecto a esta actividad.

f) Se incrementó las sesiones demostrativas dirigidas a madres de niños menores de 1 año ya que es primordial esta actividad con el objetivo de disminuir los casos de anemia y de esta manera contribuir a la mejora de la salud de los niños de este grupo etario.

g)

RECOMENDACIONES

- a) Coordinar acciones con las diferentes instituciones públicas y privadas para un trabajo en beneficio de los niños y con el objetivo de disminuir la anemia en el distrito de La Oroya. Establecer una atención tendiente a disminuir los casos de anemia a nivel del distrito.
- b) Dar continuidad al trabajo que se viene realizando con los niños que presentan anemia, dando cumplimiento a la directiva sanitaria N° 134 que establece y estandariza el tratamiento de esta enfermedad en niños. Continuar también con el trabajo con nuestros aliados de Cuna Más, PVL, etc.
- c) El aporte de suplementos de hierro es efectivo en el mantenimiento del estado nutricional del hierro en la primera infancia y reduce la prevalencia de los estados de deficiencia de hierro y la frecuencia de la anemia.
- d) Se recomienda el aumento de las visitas domiciliarias ya que es una actividad de monitoreo y supervisión clave para la disminución de la anemia, además nos permite conocer de cerca la realidad y dificultades que puede presentar las familias con niños con anemia y trabajar en ellos.
- e) Programar el incremento de sesiones demostrativas dirigidas a madres de niños menores de 1 año, considerando dietas ricas en hierro para la prevención de la anemia.

REFERENCIALES

- 1.- Sakraida J. *MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD*. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007.
- 2.- Rosell, A. *Anemias*. [Internet] Medynet. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/anemia.pdf> [Revisado 26 Feb. 2016].
- 3.- Dra. Nelly Baiocchi Ureta ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, Revista Peruana de Pediatría. Pág.: (20,21). Año 2006-
- 4.- Ganong W.F. Fisiopatología de la Enfermedad. Lima. 2007.
- 5.- Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico. Perú. 2015.
- 6.- Cari C. P. Conocimientos y Prácticas sobre Prevención de la Anemia. Título para optar el grado de maestría. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
- 7.- Ministerio de Salud. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil. Lima Perú 2004.
- 8.- Ministerio de Salud. D.S. 068 Para la Prevención de la Anemia. Lima Perú. 2016.
- 9.- Ministerio de Salud. Manual de Visitas Domiciliarias. Primera Edición. Octubre del 2014.

- 10.- MINSA. Documento Técnico de Sesiones Demostrativas DE Preparación DE Alimentos para Población Materno Infantil. Lima Perú 2013.
- 11.- MINSA. N.T. 087 De Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco años. Lima Perú 2010.

ANEXOS

ANEXO 01

Ferias Nutricionales de prevención de Anemia



ANEXO 02

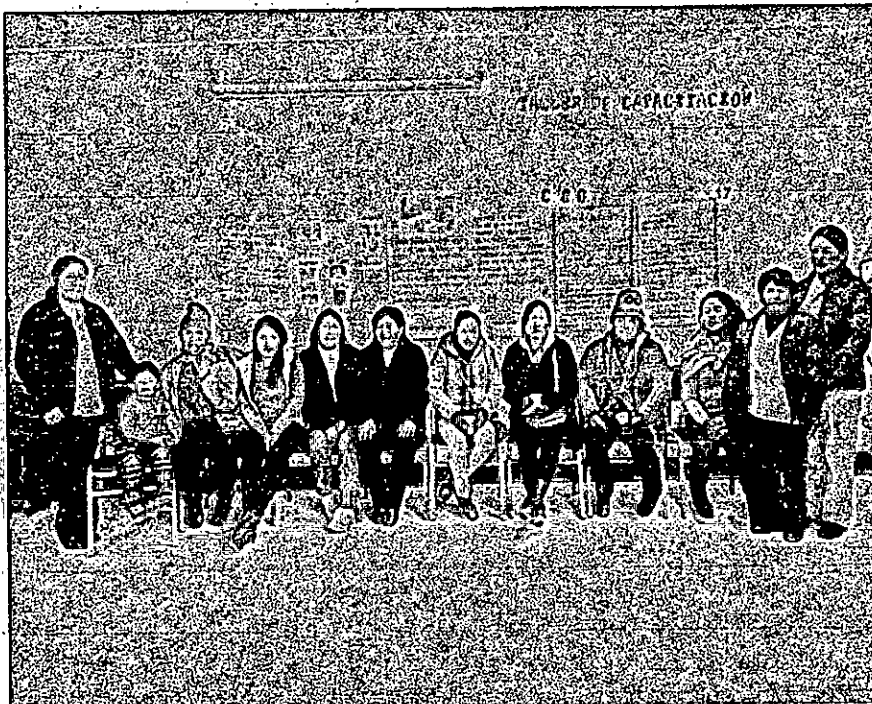
Implementación del Lactario Institucional



Lactario del Centro de Salud La Oroya



Sesiones Educativas a Madres de Niños Menores de 1 Año



Implementación de un Ambiente para Sesiones y Videos Educativos en la Sala de Espera del Centro de Salud La Oroya.



Atención Integral y Administración de Micronutrientes en los Consultorios de CRED



Capacitación a Madres Guía sobre Lactancia Materna



Campaña de descarte y tratamiento de Anemia



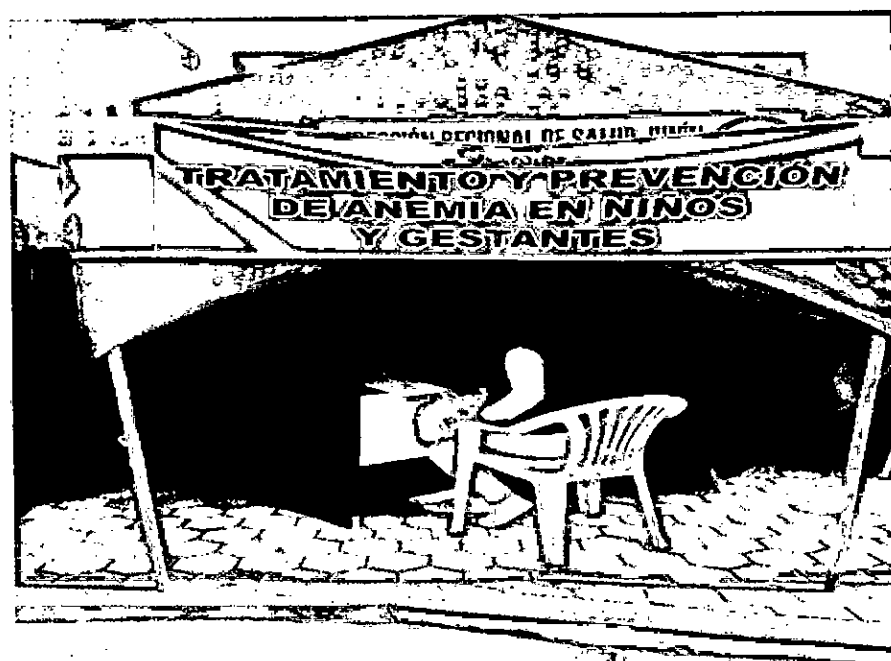
Campana de descarte y Tratamiento de Anemia



Consejerías Nutricionales a Madres de Niños Menores de 1 Año



Tratamiento de Anemia a Niños Menores de 1 Año



Sesiones Demostrativas a Madres de Niños Menores de 1 Año.

