

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA
EDUCACIÓN CONTINUA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
CON ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DEL CENTRO DE SALUD
HUANIPACA – APURIMAC, 2019 - 2021**

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

ROSMERY VALENCIA HUAMANÑAHUI

Callao - 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| •DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| •DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | SECRETARIO |
| •MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 70-2021

Fecha de Aprobación de la tesis: 12 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU, de fecha 27 de Mayo del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

▪

▪

DEDICATORIA

Con mucho cariño y admiración dedico de manera muy especial a mi madre Biviana a mi esposo y mis hijos(as) HANNA Y MARX, por ser los mejores en haber velado mi salud y educación por guiarme, darme todo su apoyo, confianza y por estar siempre junto a mi en esta etapa tan importante de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradesco a Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstaculos a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar atravez de sus sabios consejos.

Agradesco a mi pareja por entenderme en todo, gracias a el porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona, fue mi todo reflejado en otra persona a la cual yo amo demasiado, y por la cual estoy dispuesto a enfrentar todo y en todo momento.

A mis estimados docentes, Finalmente quiero expresar mi mis grande y sincero agradecimiento ala Dra. Mercedes Ferrer, principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su direcciín, conocimiento, enseñanzay colaboraciín permitiò el desarrollo de este trabajo.

A mi alma mater y prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por la formación profesional recibida; y toda la plana docente de la segunda especialidad Crecimiento y Desarrollo de la primera infancia, por su apoyo y orientación durante mi formación profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I.....	6
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
1.1. Descripción de la Situación Problemática	6
1.1.1. Situación de la Anemia en el Mundo.....	7
1.1.2. Situacion de la Anemia en Latinoamerica.....	7
1.1.3. Situacion de la Anemia en el Peru.....	8
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	1112
2.1. Antecedentes del Estudio.....	12
1.1.4. Antecedentes Internacionales.....	12
1.1.5. Antecedentes Nacionales	14
2.2. Base Teórica	19
2.3. Base Conceptual	21
1.1.6. Definicion de la anemia.....	21
1.1.7. Síntomas y signos de la anemia	22
1.1.8. Causas de la anemia	24

1.1.9. Tipos de anemia	23
1.1.10. diagnostico de la anemia	24
1.1.11. Diagnóstico Diferencial	25
1.1.12. Exámenes Auxiliares.....	25
1.1.13. prevención y tratamiento de la anemia	27
1.1.14. Manejo preventivo de anemia en niños.....	27
1.1.15. Manejo terapéutico de anemia en niños	30
1.1.16. Efectos Adversos o Colaterales del uso de Suplementos de Hierro.	32
1.1.17. Consejería para la Entrega de Suplementos de Hierro.....	31
1.1.18. Criterios del alta en el tratamiento de anemia	34
1.1.19. pronóstico	33
1.1.20. Monitoreo y seguimiento	33
1.1.21. Cuidados de enfermería.....	37
CAPÍTULO III.....	38
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	38
2.4. Plan de Intervencion.....	38
1.1.22. Justificacion	38

2.5. Objetivos	40
1.1.23. Objetivos General	40
1.1.24. Objetivo Especifico	40
2.6. RECURSOS	45
EJECUCION	46
EVALUACION.....	51
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	56

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico cuyo título es INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN CONTINUA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA QUE ACUDEN AL CENTRO DEL CENTRO DE SALUD HUANIPACA - APURÍMAC, 2019 - 2021, tiene como objetivo determinar las intervenciones de enfermería en el consultorio preventivo de anemia determinando las causas de inasistencia al despistaje de la anemia, y seguimiento a los niños con anemia, e implementar un plan de intervención para disminuir la anemia en los niños menores de cinco años, ya que es una de las principales funciones que la enfermera realiza en el primer nivel de atención.

Durante los 7 años de mi labor profesional en el Centro de Salud Huanipaca como enfermera asistencial, desempeño la labor en las áreas de crecimiento y desarrollo, e inmunizaciones, formando parte del equipo multidisciplinario en la atención integral del niño, además se ha observado en la consulta externa a las madres no acuden al recojo de su dotación profiláctica de hierro polimaltosado a niños de 4 y 5 meses, ni al descarte de anemia que corresponde al niño de 6 meses, además, no recogen mensualmente sus sulfato ferroso ocasionado bajas coberturas en la adherencia de los micronutrientes y alta deserción al tratamiento del niño diagnosticado con anemia.

Por lo tanto, se debe de monitorear de manera adecuada y oportuna los controles de hemoglobina en el menor de 5 años que padece de anemia y realizar el seguimiento para una mejor adherencia al tratamiento de la anemia.

En este contexto, el plan nacional adoptó un modelo de plan de nutrición claro, buscando lograr una buena nutrición infantil en los niños menores de 3 años, con un enfoque en los dos primeros años de vida. Debido a la rápida tasa de crecimiento, los niños menores de 24 meses tienen una gran demanda de hierro y otros nutrientes. Desde el embarazo hasta los primeros 24 meses, es necesario garantizar una buena alimentación, una ingesta adecuada de hierro y micronutrientes y una buena salud. Asimismo, es necesario evitar el bajo peso al nacer y el parto prematuro. Los recién nacidos de mujeres embarazadas con anemia durante el embarazo carecerán de las reservas de hierro necesarias y tienen riesgo de parto prematuro o bajo peso, y sus necesidades de hierro son aún mayores. Finalmente, busca reducir la incidencia de infecciones respiratorias y la duración y severidad de la diarrea para asegurar un buen crecimiento y desarrollo en la primera infancia.

Con el desarrollo de este plan de intervención se beneficiará las madres y/o cuidadoras de los niños menores de cinco años que acuden a la consulta preventiva de anemia y ello servirá como base teórica y fortalecer los conocimientos y actividades de los profesionales de enfermería. El presente plan de intervención contiene: descripción de la situación problemática, marco teórico de la investigación, iniciando con la presentación de los antecedentes internacionales y nacionales y al finalizar se plantean conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La deficiencia de hierro en los niños menores de cinco años tendrá un impacto significativo e irreversible en el desarrollo del cerebro, lo que repercutirá negativamente en los estudios futuros y el rendimiento académico. Si la madre carece de hierro en el último trimestre del embarazo, el desarrollo cognitivo del niño también se verá afectado. (1)

El hierro es un elemento esencial con funciones importantes como el transporte de oxígeno, la síntesis de ADN y el metabolismo muscular. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia, que es la deficiencia nutricional más común en el mundo: afecta al 33% de las mujeres no embarazadas, al 40% de las embarazadas y al 42% de los niños. deficiencia de hierro ocurre principalmente durante períodos de rápido crecimiento y desarrollo (como la primera infancia, la adolescencia y el embarazo) cuando aumenta la demanda de hierro, aunque también puede ocurrir en otras etapas de la vida. En las mujeres embarazadas, la deficiencia de hierro . El hierro es un elemento esencial con funciones importantes como el transporte de oxígeno, la síntesis de ADN y el metabolismo muscular. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia, que es la deficiencia nutricional más común en el mundo: afecta al 33% de las mujeres no embarazadas, al 40% de las embarazadas y al 42% de los niños. La deficiencia de hierro ocurre principalmente durante períodos de rápido crecimiento y desarrollo (como la

primera infancia, la adolescencia y el embarazo), cuando aumenta la demanda de hierro, pero también puede ocurrir en otras etapas de la vida. En las mujeres embarazadas, la deficiencia de hierro puede provocar anemia, recién nacidos con bajo peso y acortamiento del tiempo de embarazo. (1)

1.1.1. Situación de la Anemia en el Mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado directrices revisadas para apoyar las políticas de prevención y control de la anemia. La aplicación de las intervenciones contempladas en estas directivas permitirá restablecer las concentraciones adecuadas de hemoglobina y reducir la prevalencia de anemia en la población de niños menores de 5 años. Reducir con éxito la prevalencia de la anemia en las mujeres en edad fértil aumentará el rendimiento académico de los niños y la productividad laboral de las mujeres, así como los resultados del embarazo para el bienestar y el potencial económico de las personas y el desarrollo comunitario. Madres y recién nacidos, esto traerá beneficios de salud intergeneracionales. (2)

Las regiones más afectadas por la anemia son el 67,6% en África y el 65,5% en el sudeste asiático, el 46% en el Mediterráneo oriental y el 20% en otras regiones como América, Europa y el Pacífico occidental. Tomando como ejemplo América Latina y el Caribe, se estima que 22,5 millones de menores padecen anemia y la edad más crítica es de 6 a 24 meses.

1.1.2. Situación de la Anemia en Latinoamérica

La deficiencia de hierro es la deficiencia de micronutrientes específicos más común y la principal causa de anemia en lactantes, niñas y

niños menores de 5 años, especialmente lactantes menores de 24 meses, niñas y niños. Las provincias orientales son las provincias con la tasa de prevalencia más alta y los casos leves son casi absolutamente dominantes. El propósito es determinar la prevalencia de anemia y desnutrición infantil en América Latina, utilizando métodos cualitativos y técnicas de análisis de la literatura. Los resultados de los 15 artículos descargados de la base de datos de la revista indexada son similares, ya que la desnutrición crónica afecta al 43,0% y al 43,5% de la anemia en niños menores de 5 años de hogares humildes. Se encontró asociación entre la edad de los niños y la anemia. (3)

En Ecuador, siete de cada diez niños menores de 12 meses tienen anemia ferropénica. Estas cifras casi se han duplicado entre la población rural e indígena, por ejemplo, en Chimborazo, que tiene una gran población indígena, la tasa de desnutrición alcanzó el 44%, en comparación con el promedio nacional de 19%. Estos indicadores muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar los esfuerzos para responder.

1.1.3. Situación de la Anemia en el Perú

En el Perú, la anemia es un grave problema de salud pública, ya que la prevalencia de niños entre 6 y 35 meses en 2016 fue de 43,6%, y casi 6 de cada 10 niños entre 6 y 12 meses tenían anemia (59,3%). Se estima que hay 620.000 niños con anemia en el país, y su inicio temprano y tardío están relacionados con la desnutrición infantil. La Organización Mundial de la Salud clasifica la anemia como un problema de salud pública, de la siguiente manera: "el 5% no representa un problema de salud pública; el 5% al 19,9%, un problema leve de salud pública; el 20% al 39,9%, un problema de salud

pública moderado; 40%, un grave problema de salud pública ". Perú Plan Nacional de Reducción y Control de Anemia Maternoinfantil y Desnutrición Crónica Infantil: 2017-2021, Lima urbana rural y urbana Incremento a los 6 meses de edad. Afecta al 60% de los niños de 6 a 18 meses.

La anemia infantil (niños menores de dos años) es un problema de salud pública muy preocupante en los países en desarrollo, incluido Perú¹. Según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se estima en 2016 que alrededor del 43,6% de la población peruana entre 6 meses y 3 años padece anemia. Este número se encuentra en las zonas rurales (53,4%) es incluso mayor que en el área urbana nacional (39,9%)². En vista de esto, el gobierno peruano anunció a principios de 2018 que la anemia estaba catalogada como un foco de investigación y salud pública en el Perú. Para atender esta necesidad, en este estudio nos planteamos el objetivo de una revisión temática de la anemia infantil, con miras a resumir el estado del arte en los aspectos básicos de la gestión de la atención primaria.

(4)

Según los últimos datos de la Encuesta de Población y Salud Familiar (ENDES), la prevalencia de anemia entre los niños de 6 a 35 meses de Apurímac descendió significativamente en 5,3 puntos porcentuales, de 53,2% en 2018 a 47,9% en 2019. Sin embargo, este descenso no es suficiente porque sigue siendo superior a la media nacional (40,1%). En este sentido, considerando la incertidumbre que genera el COVID-19, es importante analizar las características de la anemia en la región.

Aunque la anemia infantil ha disminuido, Apurímac aún se posiciona como la novena región con los niveles más altos de anemia en el país. Por otro lado, al analizar el área de contorno se observa una gran diferencia. Cusco es la región con la segunda mayor incidencia, con una tasa de prevalencia de anemia del 57,4%; en Arequipa, la cuarta región más grande con el nivel más bajo, esta tasa es solo del 33,9%. En contraste, el porcentaje de Ayacucho es de 45,0%, muy cercano al nivel de Apurímac.

El Centro de Salud Huanipaca, es uno de los establecimientos de nivel I-3 de la microred Micaela Bastidas, Red de Salud Abancay, el distrito de Huanipaca se encuentra ubicado a una altura 3150 msnm, tiene una población asignada de 1643 asegurados, de las cuales 50 son niños menores de cinco años.

Y según los indicadores de enero a diciembre del 2019, 71 niños evaluados, 5 niños fueron diagnosticados anémicos. Y para el año 2020, 73 niños evaluados con dosaje de hemoglobina y 15 niños fueron diagnosticados con anemia. El centro de salud huanipaca cuenta con 2 profesionales es enfermería que laboramos en el Consultorio crecimiento y desarrollo de lunes a domingo de 07 am hasta las 19:00 horas, además de las enfermeras que laboran en el área de crecimiento y desarrollo realizamos actividades intramuro y extramuros.

En las evaluaciones que se presentaron se evidenció que para el año 2020 se incrementó la anemia en un 14 por ciento de niños tamizados para la detección oportuna de la anemia en los niños menores de 5 años. A pesar del arduo trabajo que viene realizando el personal del Centro de Salud Huanipaca, por tal motivo se realiza el plan de intervención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.2. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

VASQUEZ SERVIN A.(2017). En su estudio “anemia ferropénica en niños menores de 5 años.” El hierro es una parte importante de la hemoglobina y junto con el ácido fólico y la vitamina B12, su función es vital para la oxigenación del organismo. La anemia es una de las principales manifestaciones de los problemas nutricionales en el país y la asociación con parásitos puede incrementar la deficiencia de hierro. Los grupos que pueden tener altas necesidades de hierro son los bebés prematuros, los bebés que no son amamantados y los adolescentes. (2)

Propósito: Proporcionar una revisión de la literatura sobre la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años. Resultados: La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia en los niños, con un mayor grado de observación antes de la edad escolar, especialmente entre los 6 y los 24 meses de edad. El estado nutricional de hierro de una persona depende del equilibrio determinado por la interacción entre el contenido dietético, la biodisponibilidad, la pérdida y las necesidades de crecimiento. El tratamiento debe tener como objetivo corregir la anemia, almacenar hierro y corregir la causa principal. Conclusión: La estrategia ideal para prevenir la deficiencia de hierro es amamantar exclusivamente durante 6 meses y comenzar a tomar sales de hierro a partir del tercer o cuarto mes de vida. A

partir de los 6 meses de edad, los alimentos complementarios deben basarse en cereales y carnes o sus jugos suplementados con hierro (fumarato ferroso). (3)

CARCHI ANDRADE M., TIGRE MARIN B., (2020). En su estudio Según la definición de anemia ferropénica, la anemia ferropénica se considera un importante problema de salud pública en todo el mundo, que se presenta principalmente en niños menores de 5 años: la anemia ferropénica incluye cambios en la síntesis de hemoglobina y falta o falta de nutrientes. como el hierro, que es un componente de la hemoglobina y la mioglobina, la concentración reducida de hierro es la deficiencia nutricional más común; el hierro es importante en los niveles nutricionales, con el 30% de la población que padece esta deficiencia, y la deficiencia de hierro en el 50% de los casos anemia. . En nuestro medio, la anemia ferropénica es muy común en los primeros años de vida, y esta condición está relacionada principalmente con la dieta. Objetivo general: Determinar la frecuencia de anemia ferropénica en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga. (6)

Método de este estudio es retrospectivo, descriptivo y transversal. El análisis se basa en datos recolectados de los registros médicos registrados en la base de datos AS400 de niños menores de 5 años en neonatología, pediatría y consultas externas, utilizando programas estadísticos como Microsoft Excel y SPSS Statistics. Versión 23.0. El tamaño de la muestra tiene un propósito. Estadísticas descriptivas de frecuencia de aplicación y porcentaje. Resultados: entre los niños ingresados en el Hospital José Carrasco Arteaga, la incidencia de anemia ferropénica fue del 1,2%. Entre

los casos diagnosticados de anemia ferropénica, los hombres representaron el 62,5%. El ámbito hospitalario con mayor asistencia es el ambulatorio, con un 77,1%. Los niños (bebés) entre 0-23 meses de edad son los más afectados, con un 65,3%. Conclusión: la incidencia de anemia ferropénica en niños menores de 5 años es baja los que acudieron al Hospital José Carrasco Arteaga durante los años 2016 a 2018, siendo predominante en lactantes. (4)

ROJAS D.,(2016). En su estudio “Relación de anemia y/o desnutrición en niños que asisten y los que no al Centro Infantil del Buen Vivir Dulce Hogar”, La anemia es un problema de salud pública muy común en los niños menores de 5 años, y la anemia ferropénica es uno de los mayores problemas nutricionales del mundo; según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 47% de la población padece algún tipo de anemia. Se realizó un estudio transversal en menores de 5 años para encontrar la relación entre anemia y / o desnutrición en niños que asisten al Centro Infantil Buen Vivir mencionado anteriormente y grupos similares que no participaron. El tamaño de la muestra fue de 60 niños menores de 5 años, de los cuales 30 participaron en el CIBV y 30 no participaron en el centro infantil; la recolección de datos se realizó a través de entrevistas preparadas para tal fin, recolectando datos antropométricos y de ingesta de hemoglobina capilar. (3)

El estudio mostró que en la muestra de estudio, 18 niños desarrollaron anemia, la tasa de prevalencia global fue del 30%, de los cuales 10 niños participaron en CIBV, correspondiente al 56%, 8 niños no participaron, correspondiente al 44%, y la prevalencia global La tasa fue del 22%. Entre

los 6 meses y los 2 años, el 77% tenía entre 2 y 4 años. Los otros 3 niños estaban desnutridos, representando el 5% de la población total, y el 100% de los niños no iban a la guardería. centros.

En resumen, la prevalencia de anemia en la población es alta, aunque no hay evidencia de que la anemia esté relacionada con no ir a la guardería, la incidencia es alta en los menores de 5 años. (2)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CHAVES ARAUJO A., DELGADO GUTIERRES P.,(2020). En su estudio "Conocimiento y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año. Centro de Salud Wichanza, 2020".

Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en la prevención de la anemia en madres de niños menores de 1 año en el Centro de Salud de Wichanza en 2020. Este estudio es un diseño de investigación cuantitativo, descriptivo, transversal y afín, con 130 madres de niños menores de 1 año. En cuanto a la recopilación de datos, se utilizan técnicas de encuesta y la herramienta es un cuestionario. Los resultados mostraron que el 16,1% de las personas tiene un alto nivel de comprensión de la anemia por deficiencia de hierro, el 25,4% de las personas tiene un nivel moderado de comprensión de la anemia por deficiencia de hierro y el 58,5% de las personas tiene un bajo nivel de comprensión de la anemia por deficiencia de hierro. En cuanto a la práctica de prevención de la anemia, se encontró que el 23,8% de las madres tenían prácticas adecuadas y el 76,2% de las madres habían adoptado prácticas inadecuadas. Concluyó

que existe una relación entre el conocimiento y la práctica en la prevención de la anemia materna en niños menores de 1 año, según la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%, siendo $P=0.025$. (5)

REVILLA PELAES M.,(2020). En su estudio “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica, prácticas alimenticias en madres relacionado con anemia en niños de 6 a 35 meses. Curgos, 2019.” El objetivo propuesto es evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en la reducción de la anemia ferropénica según Nola Pender. Madres de niños entre 6 y 36 meses, Microred 15 de agosto. Paucarpata, Arequipa 2018. Basado en un estudio cuantitativo, un diseño cuasi-experimental, un grupo de control no equivalente, 24 madres, sus hijos fueron atendidos en la Clínica de Niños Sanos en Weinet el 15 de agosto. En cuanto a los métodos de intervención, se aplicó el modelo de promoción de la salud de Norapender y se recopilaron datos experimentales mediante cuestionarios para medir el nivel de información sobre prevención, diagnóstico y tratamiento, así como las consecuencias de la anemia. En resumen, las características de estas madres, el 45,8% tienen entre 26 y 30 años, conviven en estado civil (66,7%), el número de hijos es 2 (50,0%) y los niños entre 1 y 2 años representan El 62,5%, 50,0% y 75,0% de los niveles de educación secundaria están dedicados a la familia. En cuanto al nivel de información, se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el grupo control (Gc) y el grupo experimental (Ge). Según la intervención de enfermería de Nola Pender, el 83,3% y el 75,0% de las madres alcanzaron altos niveles de información

sobre prevención, diagnóstico y tratamiento, respectivamente, y el 66,7% de las madres alcanzaron un nivel moderado de consecuencias de anemia. Existen diferencias estadísticas significativas. En cuanto a la anemia, si el nivel de anemia mejora, eventualmente se registrará un nivel normal de anemia del 58,3%. (4)

MAMANI SUCARI D., PEREZ CUCHO G.,(2019). En su estudio “intervención de enfermería en la prevención de la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 35 meses, c.s. ciudad de dios - yura, arequipa, 2019” el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención de enfermería en la prevención de anemia en madres con niños de 6 a 35 meses, c.s. ciudad de dios - yura, arequipa, 2019. El propósito de este trabajo de investigación es evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la prevención de la anemia materna en lactantes entre 6 y 35 meses de edad, c.s. ciudad de dios-yura, Arequipa, 2019. El estudio es un estudio cuasi-experimental, cuantitativo, transversal, la población de estudio incluye 50 madres de familias (25 madres en el grupo control y 25 madres en el grupo experimental). Utilice herramientas de datos generales y cuestionarios de conocimientos sobre anemia para la recopilación de datos. Las variables utilizadas para el procesamiento requieren una prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 95%. Los resultados antes de la intervención mostraron que luego de aplicar la herramienta, el nivel de conocimiento de la madre fue alto, 72.0%, el grupo de control fue 84.0% y el nivel de conocimiento fue medio en conclusión, según la prueba de chi cuadrado las madres de los grupos experimental y

control presentaron diferencia estadística significativa en el nivel de conocimiento sobre prevención de anemia antes y después de la intervención de enfermería. (6)

GUIZADO ACOSTA E.,(2018). En su estudio “características Socioculturales que influyen en la Prevalencia de Anemia Ferropénica, en Niños de 6 a 35 Meses, del Establecimiento de Salud Kishuara, Enero a Marzo, 2017”. Determinar las características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica. método. Aplicable, descriptivo, relevante, prospectivo y transversal, la población de estudio de 100 niños, muestreo no probabilístico y de conveniencia de 80 niños, la herramienta utiliza cuestionarios y la validez y confiabilidad previa de Alpha Cronbach. Utilice el paquete de software estadístico SPSS, es decir, estadísticas chi-cuadrado no paramétricas. resultado. Características sociales y culturales: el 24% de las madres de familia han completado la educación secundaria, el 25% son familias nucleares, el 36% de las madres de familia no consumen sustancias nocivas, el 50% son familias armoniosas y el 39% son de origen urbano. La prevalencia de anemia ferropénica en niños proviene de casos de ancianos. En la prueba de hipótesis de variable, todas las variables son insignificantes y luego se acepta la hipótesis nula. en conclusión.las características socioculturales no influyen en la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses. (5)

1.3. Base Teórica

2.2.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender

El modelo de promoción de la salud diseñado por Pender es un complemento del modelo de protección de la salud existente y define la salud como un estado dinámico positivo, no solo la ausencia de enfermedad. La promoción de la salud tiene como objetivo mejorar el bienestar de los pacientes y describe la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan en el entorno para buscar el bienestar. El modelo de Pender se centra en tres aspectos:

- Características y experiencia personal La teoría establece que todos tienen características y experiencias personales únicas que afectarán su comportamiento posterior.

El conjunto de variables afectadas por el conocimiento y el comportamiento específicos tiene una importancia motivadora importante. Las variables se pueden modificar mediante operaciones de enfermería.

El comportamiento de promoción de la salud es el resultado de comportamiento deseado. Estos comportamientos deberían conducir a una mejor salud, mejores capacidades funcionales y una mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo.

Las necesidades de comportamiento fundamentales también se ven afectadas por las necesidades y preferencias de competencia directa, que pueden socavar las acciones planificadas que promueven la felicidad.

Influencias cognitivas y conductuales específicas.

Los factores personales se dividen en cultura biológica, psicológica y social. Estos factores predicen comportamientos específicos y están guiados por la naturaleza del comportamiento objetivo en consideración.

Los factores biológicos personales incluyen variables como la edad, el índice de masa corporal, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio.

Los factores psicológicos personales incluyen la autoestima, la autoevaluación personal, la percepción del estado de salud y la definición de salud.

Los factores personales socioculturales toman en cuenta factores como la etnicidad racial, la cultura, la educación y el estatus socioeconómico.

Las influencias situacionales son percepciones personales y cognitivas que pueden facilitar o impedir el comportamiento. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, así como las características de la demanda y las características estéticas del entorno en el que se propone la promoción de la salud.

Resultados conductuales

Incluya un compromiso con el plan de acción en el resultado del comportamiento. Es el concepto de intención y la identificación de estrategias de planificación que conducen a la implementación de conductas saludables. El litigio competitivo son los comportamientos

alternativos que las personas pueden controlar. Esto sucede porque hay emergencias todos los días, como deberes laborales o atención domiciliaria.

Las conductas de promoción de la salud son los resultados finales o acciones dirigidas a lograr resultados de salud positivos, salud óptima, realización personal y una vida productiva.

En resumen, la teoría considera la importancia de los procesos sociales y cognitivos, así como la relevancia de estos procesos para el comportamiento personal, y cómo todos estos afectan la promoción de la salud personal. (4)

2.2.2 Madeleine Leininger cuidados culturales: teoría de diversidad y la universalidad

La teoría de Leininger se basa en la antropología y las disciplinas de la enfermería. Define la enfermería transcultural como "el campo principal de la enfermería, centrándose en la expresión y creencia de los valores de la enfermería, la salud, la enfermedad y los modelos a seguir de diferentes culturas y subculturas en el mundo". El propósito de esta teoría es descubrir la particularidad y universalidad del cuidado humano basado en dimensiones como la cosmovisión y la estructura social, y luego encontrar formas de brindar un cuidado culturalmente consistente a personas de culturas diferentes o similares para mantener o restaurar su salud.

Existir, mantenerse saludable o lidiar con la muerte de una manera culturalmente apropiada. El objetivo de esta teoría es mejorar y proporcionar una atención culturalmente coherente para las personas y brindar una

atención beneficiosa y útil para los clientes, las familias o los grupos culturales.

La enfermería transcultural trasciende el conocimiento y utiliza el conocimiento cultural de la enfermería para practicar la enfermería con coherencia cultural y sentido de responsabilidad. Leininger anunció que habrá una práctica de enfermería que reflejará el tipo de atención, se definirá y determinará de acuerdo con la cultura y estará dirigida específicamente a individuos, familias, grupos e instituciones. Señaló que, dado que la cultura y la enfermería son los medios más integrales de conceptualización y comprensión de las personas, este conocimiento es fundamental para la formación y práctica del enfermero. Además, comentó que la enfermería intercultural es una de las áreas más relevantes en la investigación, investigación y práctica formal, porque vivimos en un mundo multicultural. Leininger cree que el conocimiento de enfermería y las habilidades culturales son esenciales para orientar todas las decisiones y acciones de las enfermeras para lograr buenos resultados. (6)

1.4. Base Conceptual

2.1.3. Definición de la anemia

Se define como una disminución en la concentración de hemoglobina en la sangre periférica o la masa de glóbulos rojos en general por debajo del nivel normal para una edad, sexo y altitud específicos. En la práctica, el diagnóstico de anemia se confirma tras comprobar que los niveles de hemoglobina y / o hematocrito están por debajo de -2 desviación estándar

(DE): hemoglobina (Hb). La concentración de este pigmento de glóbulos rojos se expresa en gramos (g) por 100 ml (dl) de sangre total. Hematocrito (Hcto). Es la fracción de masa de glóbulos rojos en el volumen sanguíneo total. Se expresa como porcentaje. (6)

2.1.4. Síntomas y signos de la anemia

Los signos y síntomas de la anemia varían según la causa. Si la anemia es causada por una enfermedad crónica, la enfermedad puede enmascararla, de manera que la anemia podría detectarse por medio de exámenes para otra afección.

Según las causas de la anemia, es posible que no tengas síntomas. Los signos y síntomas, si se presentan, podrían incluir:

- Fatiga
- Debilidad
- Piel pálida o amarillenta
- Latidos del corazón irregulares
- Dificultad para respirar
- Mareos o aturdimiento
- Dolor en el pecho
- Manos y pies fríos
- Dolores de cabeza

2.1.5. Causas de la anemia

- Falta de hierro en su dieta
- Perdida de sangre
- Incapacidad para poder absorber el hierro
- Embarazo

2.1.6. Tipos de anemia

Hay diferentes tipos de anemia, en función de cuál sea la causa de la destrucción de los glóbulos rojos. Pero el más común en los niños menores de 3 años es la anemia ferropénica.

- **Anemia ferropénica:** es el tipo más común y se produce como consecuencia de la carencia de hierro en el organismo.
- Anemia por déficit de vitamina B12: esta vitamina desempeña un papel importante en la producción de glóbulos rojos.
- **Anemia perniciosa:** la causa el hecho de que el estómago no produce en cantidad suficiente la proteína que favorece la absorción de la vitamina B12.
- **Anemia por deficiencia de ácido fólico o megaloblástica:** si la alimentación no aporta la cantidad suficiente de este nutriente, los glóbulos rojos aumentan su tamaño de forma anormal.
- **Anemias causadas por enfermedades crónicas:** ciertas enfermedades de origen inflamatorio, trastornos del sistema inmunitario, infecciones

crónicas, cirrosis, o cáncer pueden afectar negativamente a la producción de glóbulos rojos.

- **Anemia drepanocítica:** es hereditaria y se caracteriza por la alteración de la hemoglobina al cambiar la forma de los glóbulos rojos, lo que reduce la cantidad de oxígeno que estos son capaces de transportar hasta los tejidos.
- **Anemia hemolítica:** en este caso es el propio sistema inmunitario el que destruye los glóbulos rojos.
- **Anemia aplásica idiopática:** no se conoce la causa, pero sí que ese dañan las células madres que se encargan de la producción de las células sanguíneas en la médula ósea. (7)

2.1.7. Diagnóstico de la anemia

Para diagnosticar la anemia por deficiencia de hierro, el médico puede realizar pruebas para detectar lo siguiente:

El tamaño y el color de los glóbulos rojos. En la anemia por deficiencia de hierro, los glóbulos rojos son más pequeños de lo normal y el color es más pálido.

- Separador de sangre. Este es el porcentaje del volumen sanguíneo compuesto por glóbulos rojos. El nivel normal para mujeres adultas suele estar entre 35,5% y 44,9%, y el nivel normal para hombres adultos está entre 38,3% y 48,6%. Estos valores pueden cambiar según su edad.

- Hemoglobina. Un nivel de hemoglobina más bajo de lo normal indica anemia. El rango normal de hemoglobina se define generalmente como de 13,2 a 16,6 gramos (g) de hemoglobina por decilitro (dL) en hombres y de 11,6 a 15 gramos / dL en mujeres.
- Ferritina. Esta proteína ayuda a almacenar hierro en el cuerpo y los niveles bajos de ferritina generalmente indican niveles bajos de almacenamiento de hierro.

2.1.8. Diagnóstico Diferencial

Cuando la anemia es por deficiencia de hierro es microcítica, hipocrómica. Luego de 3 meses de suplementación y comprobarse una adecuada adherencia al suplemento de hierro, y no observar una respuesta al tratamiento, se puede solicitar algunos exámenes auxiliares o referirse a un establecimiento de mayor complejidad o especializado.

2.1.9. Exámenes Auxiliares

En la evaluación de causas de la anemia se pueden solicitar los siguientes exámenes:

- Examen parasitológico en heces seriado.
- Gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria.
- Otras pruebas especializadas se realizarán de acuerdo al nivel de atención y capacidad resolutoria del Establecimiento de Salud como: morfología de glóbulos rojos y constantes corpusculares.

2.1.10. 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.

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

En el caso de los niños la entrega del sulfato ferroso y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. En el caso de las mujeres gestantes, puérperas y mujeres adolescentes, la suplementación con hierro, ya sea terapéutica o preventiva, será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal.

Sobre el tratamiento de la anemia con sulfato ferroso:

- a) Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- b) Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- c) 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.

d) 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.

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

- a) El sulfato ferroso se administra en una sola toma diaria.
- b) 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.
- c) Para la administración del sulfato ferroso, recomendar su consumo ayunas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.
- d) Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua. (4)

2.1.11. Manejo preventivo de anemia en niños

El cribado o descarte de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 6 meses de edad, si no se ha realizado el cribado a esta edad, se realizará en el siguiente control. La prevención de la anemia se llevará a cabo de la siguiente manera:

- a) La suplementación preventiva se iniciará a los 4 meses de edad (sulfato ferroso o complejo de hierro polimaltosa) hasta los 6 meses de edad.

b) Administrar suplementos profilácticos de hierro a dosis de 2 mg / kg / día hasta los 6 meses de edad. (8)

c) Luego, la entrega de sulfato ferroso comenzará a los 6 meses de edad y continuará hasta la sexta dosis de sulfato ferroso.

d) Los niños que no recibieron sulfato ferroso a los 6 meses de edad pueden comenzar a usarlo a cualquier edad, hasta los 4 años y seis meses dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).

e) En el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el Establecimiento de Salud no cuente con Sulfato Ferroso en jarabe, estos podrán recibir hierro en otra presentación, como Sulfato Ferroso en gotas o Complejo Polimaltosado Férrico.

f) En el caso de suspenderse el consumo de sulfato ferroso, se deberá continuar con el esquema hasta completar las 6 dosis; se debe evitar tiempos prolongados de deserción. (4)

2.1.12. Manejo terapéutico de anemia en niños

Los niños que tienen diagnóstico de anemia, deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer. (8)

➤ **tratamiento de la anemia en niños menores de 6 meses de edad:**

Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer:

- a) 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.
- b) Se ejecutara el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Niños Nacidos a Término y/o con Buen Peso al Nacer menores de 6 meses:

- a) El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- b) Se suministrar el tratamiento con suplementos de hierro, en dosis de 3 mg/kg/día, y se suministra durante 6 meses continuos.
- c) Se llevara acabo el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

➤ **tratamiento de la anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad**

- a) El tratamiento con hierro en niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se administra a una dosis de 3mg/kg/día.
- b) Se suministra el sulfato ferroso durante 6 meses continuos.
- c) efectuar el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

➤ **tratamiento de la anemia severa en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas.**

Los niños, adolescentes, mujeres embarazadas y mujeres con anemia grave deben ser evaluados por profesionales médicos en las instituciones de salud en la medida de lo posible. Si se diagnostica una anemia severa en una institución con menor resolución, se emitirá una prescripción médica de inmediato, al igual que una anemia moderada. Luego, inmediatamente derivará a una institución de salud con mayor capacidad para resolver el problema, donde se evaluará el plan de tratamiento y los estándares médicos de acuerdo a la situación específica. Si tiene servicio de hematología, consúltelo. Los pacientes que hayan progresado bien en el tratamiento de la anemia grave y se les diagnostique anemia leve o moderada deben ser remitidos a su institución de salud domiciliaria para que el tratamiento pueda completarse en 6 meses y se pueda reponer el hierro depositado en el cuerpo.

2.1.13. Efectos Adversos o Colaterales del uso de Suplementos de Hierro.

Los efectos secundarios suelen ser temporales y pueden ocurrir, según el suplemento utilizado.

a) Sulfato ferroso: se absorbe mejor entre comidas, pero aumenta las manifestaciones de intolerancia digestiva (negativa a comer, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal), limitando su cumplimiento y eficacia. Se recomienda consumir 1 o 2 horas después de una comida.

b) Hierro polimaltoso: Es estable en condiciones fisiológicas y su interacción con otros ingredientes de la dieta parece ser menor que el sulfato ferroso. Ante sospechas de reacciones adversas a medicamentos, el personal sanitario debe informar sobre el "Informe de sospecha de reacción adversa a medicamentos" y remitirlo a la autoridad competente en el ámbito de la atención sanitaria.

2.1.14. Consejería para la Entrega de Suplementos de Hierro.

a) Toda entrega de suplementos de hierro o debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su administración, los posibles efectos secundarios y la forma de guardar en su domicilio.

b) Se hará hincapié en la importancia de evitar la anemia, considerando los siguientes contenidos:

- el valor de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
- prevenir la anemia desde la gestación y en los primeros tres años de vida, dado que afecta el desarrollo físico y mental del niño desde la etapa gestacional. Las consecuencias de la anemia en la gestación son: hemorragias, mortalidad materna, bajo peso al nacer, prematuridad. Luego del nacimiento puede alterar el crecimiento del niño, disminuir el rendimiento escolar y el desarrollo intelectual. La anemia en las mujeres adolescentes pone en riesgo las reservas de hierro.

c) Manejo de posibles efectos secundarios al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.

- d) El tratamiento con hierro se usa de manera separada con ciertos antibióticos (quinolonas, ciclinas), L-tiroxina, levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (aluminio, zinc).
- e) la detección temprana de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento oportuno con hierro, puede disminuir la necesidad de transfusión sanguínea a posterior.
- f) El personal de salud indicara de la importancia de cosumir el sulfato ferroso con Ácido Ascórbico (limonada) o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece en la absorción del hierro a nivel gastrointestinal.
- g) Se debe dar información y orientación a la madre o cuidador del niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera, trípticos de anemia.
- h) informar ala madre o cuidador del niño de la Importancia y beneficios del consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia. i) Beneficios del consumo de sulfato ferroso en el niño entre los 6 y 54 meses de vida.
- j) informar ala madre o cuidador de la Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de hemoglobina.
- k) Importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras) (4).

2.1.15. Criterios del alta en el tratamiento de anemia

El médico o personal de salud tratante indicará el alta cuando el niño o adolescente o mujer gestante o puérpera haya cumplido con el tratamiento establecido y si en el control de hemoglobina se confirman los valores “normales” y la recuperación total del paciente. (4)

2.1.16. Pronóstico

El pronóstico dependerá de la recuperación del paciente, el mismo que podrá ser valorado según los controles de hemoglobina que se realicen y otros exámenes solicitados, siempre y cuando sea posible realizarlo en el Establecimiento de Salud.

2.1.17. Monitoreo y seguimiento

Todo el personal de salud es responsable de llevar a cabo el seguimiento al tratamiento o prevención de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerle una buena consejería a través de la visita domiciliaria. (5)

➤ Extramuro:

Primera visita domiciliaria dentro del primer mes de iniciado 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 dar el sulfato ferroso al niño.

- Verificar si la persona responsable de dar el sulfato ferroso, conoce la cantidad, frecuencia y forma de consumir.
 - Investigar y revisar sobre el lugar donde se guarda el sulfato ferroso.
 - Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si el niño está consumiendo el sulfato ferroso; si lo toma con facilidad, lo rechaza, o si presentó alguna dificultad. Ver el contenido del frasco por consumir, según la edad, dosis y tiempo de tratamiento que corresponde a cada niño. (5)
 - Indagar sobre los alimentos ricos en hierro que existen en su localidad y insistir en su consumo diario.
 - Fortalecer los mensajes claves relacionados:
 - a) Continuar con el tratamiento hasta finalizar.
 - b) Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios de su localidad.
 - c) Acudir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de hemoglobina.
 - d) enfatizar en las consecuencias irreversibles de la anemia en el niño.
 - 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. (4)
- **Intramuro (En el Establecimiento de Salud):**

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución del incremento de hemoglobina según lo establecido en Norma técnica 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 incremento de por lo menos 1 g/dL de hemoglobina, se deberá estimar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se identifica una buena adherencia al tratamiento, se valoraran las razones, para tomar decisiones correctivas:
 - a) Si se debe a que el niño, refiere efectos secundarios que limitan que continúe el consumo del sulfato ferroso, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo Polimaltosado Férrico.
 - b) Si se debe a que el niño, no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.
- Para el caso de niños menores de 3 años, que vienen recibiendo sulfato ferroso y son diagnosticados con anemia, se deberá iniciar tratamiento por un periodo de 6 meses. (5)

2.1.18. Cuidados de enfermería

- Sesiones educativas
- Visitas domiciliarias

- Sesiones demostrativas
- Dosaje de hemoglobina
- Seguimiento telefónico
- Telemonitoreo
- Teleorientación
- Administración del tratamiento.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3. Plan de Intervención

3.1.1. Justificación:

La deficiencia de hierro en los niños es uno de los problemas mas frecuentes debido a que la alimentación diaria no cubre los requerimientos nutricionales de este mineral, la cual causa problema de salud pública como la anemia, los niños menores de 5 años son uno de los grupos etareos con mayores requerimiento de este nutriente y por lo tanto su aporte es por debajo de las necesidades nutricionales, se padece de esta enfermedad y como una consecuencia fatal en el niño será un desarrollo congnoscitivo inadecuado.

El sulfato ferroso es un micronutriente importante para la prevención de la anemia el cual es ideal para una buena alimentación, para la regeneración y producción de células y tejidos nuevos, ayuda a la producción de globulos rojos y autodefensa del cuerpo.

Esta patología ha constituido un problema de salud pública y su prevalencia se hace evidente en países en vías de desarrollo e industrializados; se presenta a cualquier edad, sexo, género, grupos raciales y étnicos. Se indica que la anemia afecta alrededor de 273.2 millones de niños menores de 5 años y al menos la mitad de los casos podían atribuirse

a la carencia de hierro. Los niños son particularmente vulnerables a la anemia, ya que a partir de los 4 meses las reservas de hierro se hacen marginales; y a menos que se proporcionen fuentes exógenas de hierro el lactante se expone progresivamente al riesgo de desarrollar anemia a medida que aumentan las necesidades de hierro para mantener la eritropoyesis y el crecimiento . El cerebro humano no está definitivamente formado en el momento del nacimiento, su crecimiento más intenso ocurre durante el período de la infancia. El hierro juega un papel indispensable para la síntesis y mantención durante el proceso de mielinización el cual se configura durante los tres primeros años de vida, interviniendo así en el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional de los niños(as). El descarte de anemia en el niño menor de 60 meses es una de las actividades que realiza la enfermera en el consultorio preventivo de anemia, con el propósito de implementar acciones de prevención, tal es el caso de la detección oportuna de la anemia, consejería preventiva de anemia en los niños de menores de 6 - 59 meses, consejería de lactancia materna, realización de seguimiento al niño con anemia , dosaje de hemoglobina capilar al niño de 6 meses, dotación con sulfato ferroso a los niños de 6 meses, seguimiento a los niños para cumplir con la dotación de sulfato ferroso, y en las actividades extramuros realizan visitas domiciliarias de seguimientos ya sea a niños con anemia o por entrega de sulfato ferroso, también se realiza toma de hemoglobina capilar, entre otros. Esta información se consigna en la historia clínica, registro de visitas domiciliarias, registro de consumo diario de sulfato ferroso. Por tal motivo se busca obtener del plan de intervención disminuir

los casos de anemia en los niños menores de 5 años que acuden al centro de salud huanipaca.

1.5. Objetivos

3.1.2. Objetivos General

Contribuir a mejorar la educación continua a madres de niños menores de 5 años con anemia que acuden al centro de salud Huanipaca – Apurímac, 2019-2021”

3.1.3. Objetivo Especifico

- Mejorar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los niños menores de 5 años.
- Sensibilizar a las madre sobre la importancia de las medidas preventivas de la anemia y sus beneficios en el cumplimiento al tratamiento.
- Implementar y actualizar el registro nominal de niños con anemia y un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños anémicos.
- Capacitar a todo el personal del centro de salud huanipaca y actores sociales sobre las actividades impulsadas para la disminución de la anemia.

4. META

Más del 90% de niños menores de cinco años lograron disminuir la anemia que acuden al centro de salud huanipaca – apurímac 2019-2021”.

5. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Mejorar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los niños menores de 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar visitas domiciliarias a los niños que acuden a su control de tamizaje de hemoglobina. ❖ Realizar captación de niños en triaje y consultorios a demandas. ❖ Coordinar con el área de medicina en dar cita adicional a niños con anemia. ❖ Efectuar el seguimiento de las actividades extramurales y telemonitoreo. 	Niños menores de cinco años que acuden al centro de salud huanipaca.	Registro en el parte diario. Registro en Padrón nominal. Registro en el aplicativo Sien.	Más del 90% de niños menores de cinco años lograron disminuir la anemia.	Enero a diciembre 2020	Personal del centro salud de Huanipaca y actores sociales.
<p>Sensibilizar a la madre sobre la importancia de las medidas preventivas de la anemia y sus beneficios en el cumplimiento al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar sesiones educativas en la sala de espera. <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejería a madres, cuidadoras de niños que acuden al centro de salud. 	Madres de niños menores de cinco años sensibilizados.	Historia clínica, registro niños con anemia.	100% de madres de niños menores de cinco años que acuden al centro de salud.	Enero a diciembre 2020	Personal del centro salud de Huanipaca y actores sociales.

<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar materiales de difusión sobre la anemia, prevención, alimentos ricos en hierro, prevención, lavado de manos. 					
<p>➤ Implementar y actualizar el registro nominal de niños con anemia y un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños anémicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con un mapa sectorizado y registro de niños con anemia actualizado. • Disponibilidad de sulfato ferrosos jarabe-gotas en stok e insumos para el tamizaje de hemoglobina. • Realizar campañas de tamizaje de anemia. 	<p>Mapa sectorizado Registro de seguimiento del niño con anemia.</p>	<p>Relación de niños con anemia por sectores para el seguimiento oportuno.</p>	<p>100%de niños menores de cinco años registrados en el SIEN</p>	<p>Enero a diciembre 2020</p>	<p>Licenciada de enfermería encargada en área de nutrición del centro de salud de huanipaca.</p>
<p>Capacitar a todo el personal del centro de salud huanipaca y actores sociales sobre las actividades impulsadas para la disminución de la anemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sobre “Anemia” para su prevención, detección y manejo oportuno en niñas Y niños atendidos de 4 a 59 meses de edad. 	<p>Personal de salud capacitado. Cuestionario de preguntas. Registro de asistencia a las capacitaciones.</p>	<p>Relación del personal participantes: asistencial personal de limpieza.</p>	<p>100% del total de personal capacitado.</p>	<p>Enero a diciembre 2020</p>	<p>Licenciada en enfermería del centro de salud huanipaca.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar al personal de salud asistencial en “Anemia” prevención, detección y manejo oportuno de la anemia en niñas y niños de 4 a 59 meses de edad.• Capacitar a los actores sociales del distrito de huanipaca.					
--	--	--	--	--	--

1.6. RECURSOS

RECURSOS MATERIALES

- Papel lustre de diferentes colores
- Hojas bond A4
- Plumones de Colores (color rojo, azul, negro, verde)
- Plumones de pizarra acrílica (azul, negro, verde, rojo)
- Cartulina de colores (blanca, rosada, celeste, amarilla, verde)
- Centímetro
- Tijeras de papel
- Goma
- Papel crepe de diferentes colores.
- Alfileres
- Chinchas
- 01 regla de 20 cm
- Grapas
- Altavoz (perifoneo).

6. EJECUCION

La ejecución de las actividades del plan de intervención se realiza anualmente, y para el presente año se ha ejecutado las intervenciones en el Centro de Salud Huanipaca, con la participación de las enfermeras nombradas, que laboran en el centro de salud de huanipaca, las intervenciones se realizaron como parte de la actividad diaria de los profesionales de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo, y las actividades extramurales por parte del personal de salud en diferentes horarios, mediante la intervención oportuna que acudieron a realizar las visitas domiciliarias, con la finalidad de realizar actividades en la detección oportuna y seguimiento de la anemia en los niños menores de cinco años. También se realizó las actividades administrativas para la actualización de los registros nominales y registro de seguimiento por edades y comunidades, para el mejor seguimiento oportuno de los niños menores de cinco años.

CUADRO 5.1

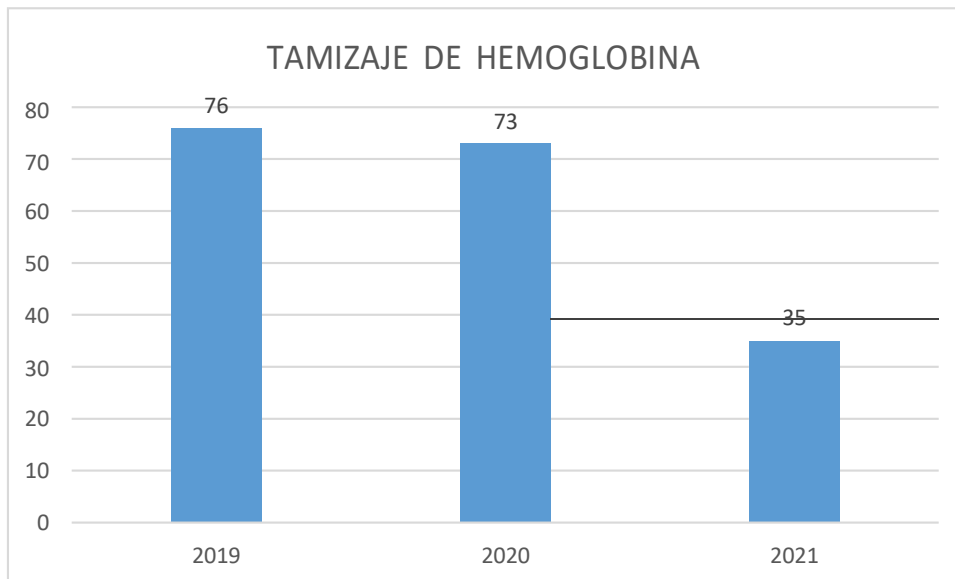
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS TAMIZADOS CON HEMOGLOBINOMETRO EN EL C. S. HUANIPACA 2019-2021

AÑOS	TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA
2019	76
2020	73
2021	35

FUENTE: SIEN DIRESA APURIMAC.

GRAFICO 5.1

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS TAMIZADOS CON HEMOGLOBINOMETRO EN EL C. S. HUANIPACA 2019-2021



En el gráfico se evidencia el proceso de tamizaje al 100% de la población de niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud de Huanipaca. En el año 2019, se tamizó a 76 niños, 2020 se tamizó 73 niños y para el año 2021 se tamizó 35 niños.

CUADRO 5.2

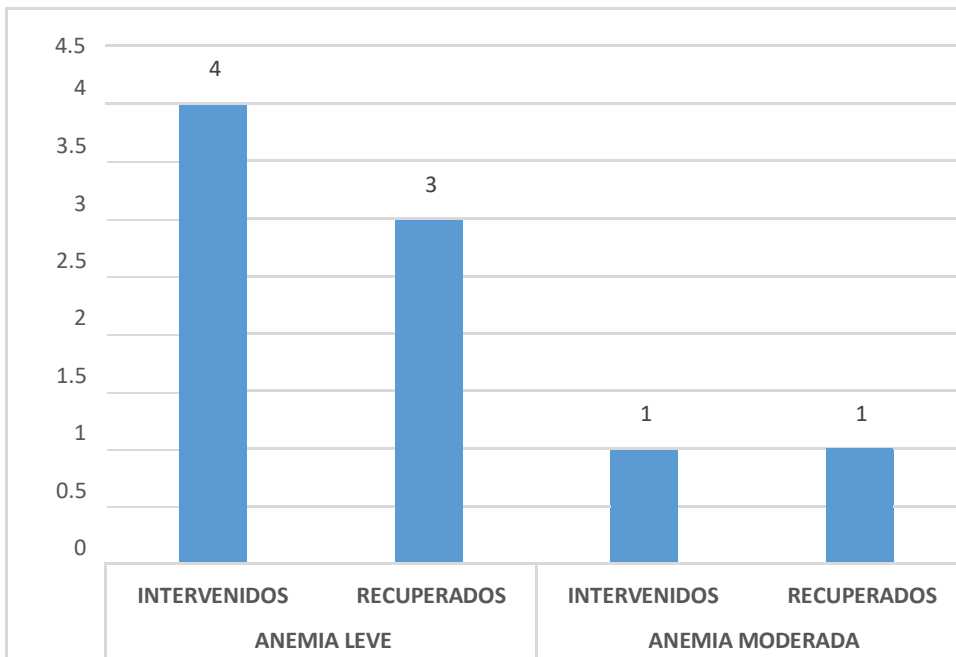
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2019.

ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA	
INTERVENIDOS	RECUPERADOS	INTERVENIDOS	RECUPERADOS
4	3	1	1

FUENTE: SIEN DIRESA APURIMAC.

GRAFICO .5.2

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2019.



En el grafico se aprecia 4 niños presentan anemia leve, de los cuales 3 fueron recuperados y 1 niño con anemia moderada fue recuperada en su totalidad en el año 2019.

CUADRO 5.3

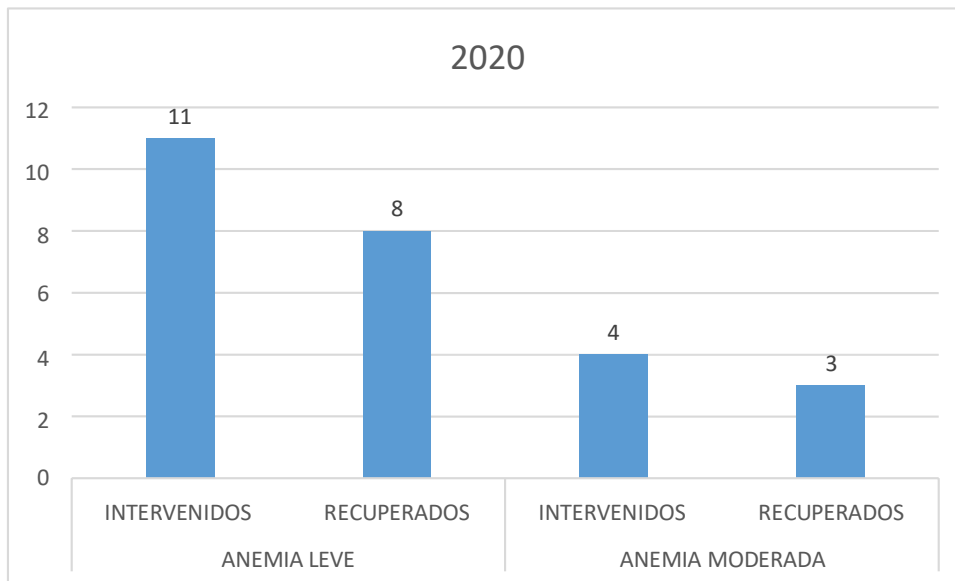
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2020.

ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA	
INTERVENIDOS	RECUPERADOS	INTERVENIDOS	RECUPERADOS
11	8	4	3

FUENTE: SIEN DIRESA APURIMAC

GRAFICO 5.3

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2020.



En el grafico se aprecia que en el centro de salud de Huanipaca un total de 11 niños con anemia leve son recuperados 8 niños y de 4 niños con anemia moderada , se recuperaron 3 niños en año 2020.

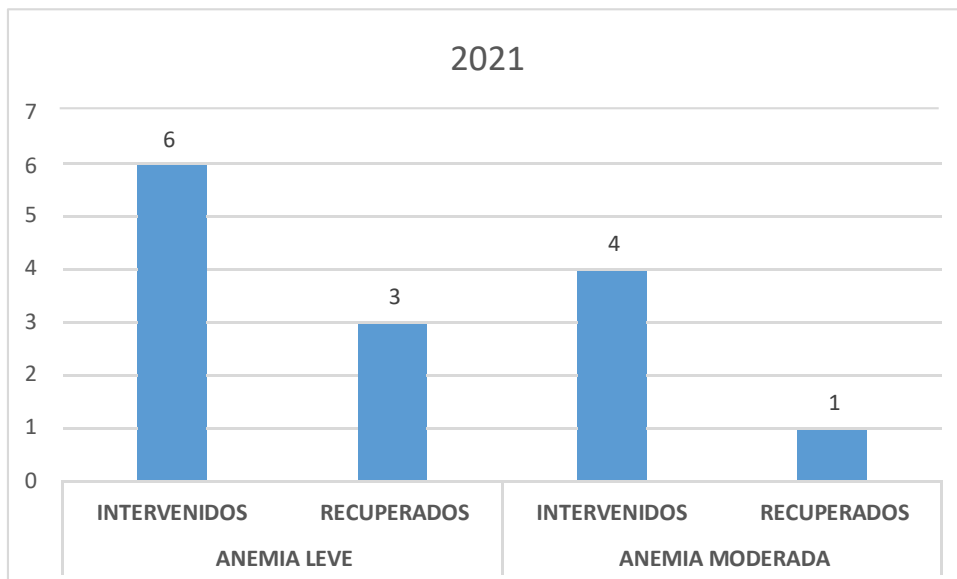
CUADRO 5.4

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2021.

ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA	
INTERVENIDOS	RECUPERADOS	INTERVENIDOS	RECUPERADOS
6	3	4	1

GRAFICO 5.4

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA LEVE Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL C.S. HUANIPACA 2021.



En el gráfico se aprecia que en el centro de salud huanipaca del total de niños intervenidos 6 niños con anemia y recuperados fueron 3 niños y de 4 niños con anemia moderada 1 fue recuperada en el año 2021.

7. EVALUACION

La intervención del plan fue realizada en un 90%. Dentro de las dificultades encontradas tenemos: falta de tiempo de las madres y/o cuidadoras al llevar a sus niños al descarte y seguimiento del niño con anemia, al realizar las visitas domiciliarias para el tamizaje de hemoglobina muchas veces no se encuentra el niño a pesar de haber coordinado días antes, muchas madres no acuden a recoger el sulfato ferroso ni a sesiones educativas en su momento oportuno por temor a ser contagiado por el covid-19 y muchas madres refieren que el sulfato ferroso les estríñe y no lo toman y deciden en suspender la suplementación generando fracaso al tratamiento de la anemia, madres refieren mi niño no consume sangrecita porque mi religión no lo permite, a pesar de ello se pudo lograr sensibilizar al 100% de las madres que acudieron a la consulta de niño sano, para descarte y seguimiento de anemia en el niño, de los tamizajes realizados de enero a diciembre del 2020, fueron 73 niños tamizados de los cuales 15 niños fueron encontrados con anemia y recibieron su tratamiento desde la captación, al 1er mes de control de hemoglobina se logró recuperar 10 niños y al 3er mes de control se recuperan favorablemente 03 niños con anemia, aún quedan niños por recuperarse sus madres refieren están en tratamiento a consecuencia de que muchos de los niños han presentado de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, influyendo en el resultado de la hemoglobina.

CONCLUSIONES

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

1. En el centro de salud de Huanipaca se realizó el tamizaje de anemia en su totalidad de niños atendidos en el servicio de enfermería con un total 76 niños menores de 5 años en el año 2019, donde se diagnosticaron 5 niños con anemia, de los cuales lograron recuperar 4 niños, 2020 se tamizaron un total de 73 niños, se diagnosticó 15 niños con anemia , logrando recuperar 11 niños y para el 2021 se tamizó 35 niños de los cuales 10 niños fueron con anemia, lograndose recuperar 4 niños.
2. El seguimiento de la suplementación preventiva y adherencia al tratamiento de anemia en niños menores de 5 años favorece en gran medida a la continuidad del consumo del sulfato ferroso.
3. El trabajo en equipo de todo el personal de salud dirigido a las actividades preventivo promocionales, se logro consientizar, sensibilizar, mejorar los conocimientos de las madre logrando cambio de actitudes y estilos de vida saludable para el cuida de su niño.
4. La pandemia del covid 19 fue un imprevisto que marco un antes y después para las actividades programadas, teniendo que replantear estrategias.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de enfermería deben continuar con la actividad preventiva promocional de la anemia mediante la captación de niños en triaje y reforzar el seguimiento de las actividades extramurales y telemonitoreo.
2. Continuar con la sensibilización y reforzamiento en sesiones educativas, consejerías a las madres y/o cuidadores responsables del niño sobre; medidas de higiene, lavado de mano, prácticas de alimentación saludable y consumo de alimentos ricos en hierro.
3. Mantener implementado y actualizado el registro nominal de niños con anemia, por que nos ayuda a facilitar la búsqueda oportuna de niños anémicos.
4. Continuar con el compromiso del equipo multidisciplinario del personal de salud capacitado en prevención de anemia, para seguir trabajando en conjunto, monitoreando el cumplimiento de las actividades preventivo promocionales de la anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. [Online].; 2020 [cited 2021 JULIO 27. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>.
2. Ministerio de Salud. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. [Online].; 2017 [cited 2021 julio 13. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.
3. Servín GV. "Anemia Ferropénica En Niños Menores De 5 Años". Encarnación: repositorios de la universidad de itaupua; 2017.
4. Andrade EC. frecuencia de anemia ferropénica en niños de 0 a 5 años que acuden al hospital "José Carrasco Arteaga". periodo 2016 - 2018 Cuenca; 2020.
5. Chavez Araujo A. Conocimiento y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año. Centro de Salud Wichanza, 2020. trujillo: repositorios de la universidad de cesar vallejo; 2020.
6. Mamani Sucari D. Intervención de enfermería en la prevención de la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 35 meses, C.S. Ciudad de Dios - Yura, Arequipa, 2019 arequipa: repositorios de google academico; 2020.
7. Organización Mundial de la Salud . Metas mundiales de nutrición 2025. [Online].; 2017 [cited 2021 Julio 13. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf?ua=1.

8. Instituto Peruano de Economía . Apurímac: anemia se reduce, pero aún afecta a casi la mitad de los menores de 3 años. [Online].; 2020 [cited 2021 julio 13. Available from: <https://www.ipe.org.pe/portal/apurimac-anemia-se-reduce-pero-aun-afecta-a-casi-la-mitad-de-los-menores-de-3-anos/>.
9. Paz Ali MO. Cuidados de enfermería con riesgo de anemia del niño menor de 2 años. Puesto de Salud Villa Jesús, Microred Ciudad Blanca. Arequipa - 2018. Trabajo académico. Ciudad Blanca : Universidad Nacional San Agustín de Arequipa , Facultad de Enfermería ; 2018.
10. salud omdl. las nuevas orientaciones de la oms ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. [Online].; 2020 [cited 2021 julio 27.
11. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. [Online].; 2020 [cited 2021 julio 27. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>.

ANEXOS

Tabla N° 1: ESTIMACIÓN DE DOSIS ESTANDARIZADA DE SUPLEMENTOS DE HIERRO Y OTROS MICRONUTRIENTES PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA - NIÑOS DE 4 A 35 MESES.

NIÑOS	Sin Anemia /Sin Medicion de Hemoglobina			Con Anemia	
	Hierro Polimaltosa	Sulfato Ferroso	Micronutrientes en Polvo	Hierro Polimaltosa	Sulfato Ferroso
	Dosis por día				
4 a 5 meses	5 gotas	11 gotas	-	-	-
6 a 9 meses	6 gotas	13 gotas	1 sobre	10 gotas	19 gotas
10 a 11 meses	8 gotas	16 gotas	1 sobre	12 gotas	24 gotas
12 a 18 meses	9 gotas	17 gotas	1 sobre	13 gotas	26 gotas
19 a 23 meses	10 gotas	19 gotas	1 sobre	14 gotas	28 gotas
24 a 35 meses	-	9ml de jarabe	1 sobre	-	13 ml de jarabe



Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
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
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

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

PRESENTACION	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)

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 ¹ (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		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
(4): 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

**NORMA TÉCNICA - MANEJO
TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE
LA ANEMIA
EN NIÑOS, ADOLESCENTES,
MUJERES GESTANTES
Y PUÉRPERAS**



FERIAS ALIMENTARIAS



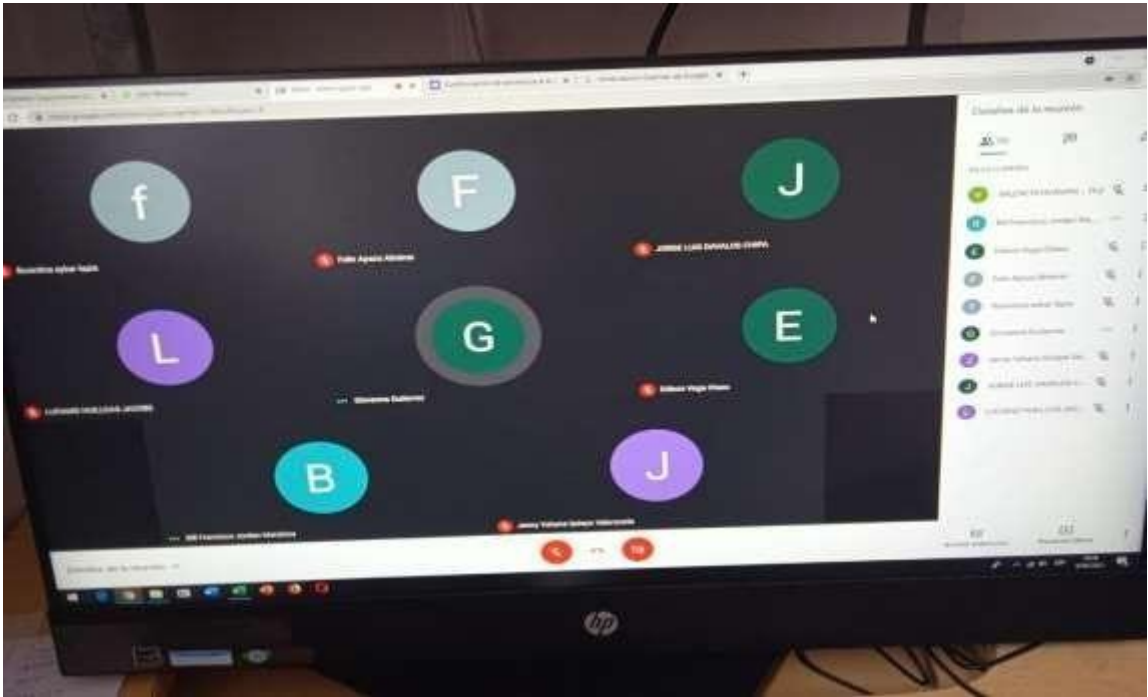
FERIAS NUTRICIONALES



SEGUIMIENTO EN LA ADMINISTRACION DEL SULFATO FERROSO







CAPACITACION A ACTORES SOCIALES.