

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



**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DISTRITO DE CHAPIMARCA - 2022”**

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

**ESMERALDA FERNANDEZ BAUTISTA**

**CALLAO, 2022**

**PERU**



## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida, y otorgarme un esposo maravilloso Leonidas Farfán Espinoza por el apoyo incondicional que me brinda hoy es mi ángel que me guía desde el cielo , a mis cinco hijos por estar presente siempre en los momentos más difíciles y ser la razón de mi vivir.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme las fuerzas para seguir adelante, a mi esposo por haberme apoyado a seguir superándome día a día con humildad, sacrificio y valorando todo lo que tengo, a mis hijos por ser el motivo para superar cada obstáculo, a mis colegas por su apoyo incondicional y a la Universidad por darme la oportunidad de continuar mi desarrollo profesional.

# ÍNDICE

Introducción

## **Capítulo I.**

**1.1.** Descripción de la situación problemática

## **Capítulo II. Marco teórico**

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

2.1.2 Antecedentes Nacionales

2.1.3. Antecedentes Locales

2.2 Bases Teóricas

2.3 Marco teórico Conceptual

## **Capítulo III.**

Desarrollo De Actividades para Plan de Intervención en relación a la Situación Problemática.

**3.1.** PLAN DE INTERVENCIÓN:

3.1.1. JUSTIFICACIÓN

**3.2.** OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

**3.3.** METAS

**3.4.** PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

**3.5.** MEDICIÓN DE INDICADORES

**3.6.** RECURSOS

**3.7.** EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

**3.8. EVALUACIÓN**

**3.9. CONCLUSIONES**

**3.10. RECOMENDACIONES**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica, es un problema de salud pública que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre de los niños y niñas menores de 24 meses ha disminuido por debajo de los valores normales, el cual es debido a la deficiencia de hierro en el organismo causado por diferentes factores como la ingesta insuficiente de Hierro en la alimentación, este problema viene afectando a un gran porcentaje de la población infantil, principalmente a los comprendidos entre los 6 a 36 meses de edad, edades cruciales para el desarrollo humano, por el acelerado proceso de crecimiento que se da en esta edad esta situación viene generando graves consecuencias a la salud integral, al desenvolvimiento en los aprendizajes en la etapa escolar y a la productividad en la edad adulta.

Actualmente en el Perú el 40.1% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia ferropénica, es decir estamos hablando de casi 700 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional, correspondiéndole a la zona rural el 49% y a la Urbana el 36.7%. Según las últimas cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la prevalencia de anemia en niños entre 6 a 35 meses en Apurímac presentó un incremento de 2 puntos porcentuales al pasar de 47.9% en 2019 a 49.9% en el 2020. Con este ligero incremento, la región Apurímac aún se encuentra por encima del promedio nacional (40.1%).

El presente trabajo académico titulado “Intervención de enfermería en la adherencia al Tratamiento de la Anemia en Niños de Menores de 24 meses con Anemia Ferropénica” tiene por finalidad promover y garantizar la adherencia al tratamiento de la anemia en los niños y niñas menores de 24 meses, para lo cual se plantea realizar acciones orientadas a fortalecer, los conocimientos, lograr el cambio de actitud, y la puesta en práctica de la administración del tratamiento con hierro en madres de niños menores de 24 meses con anemia. El propósito es brindar información educación y comunicación a los padres de familia y/o cuidadores orientados a lograr la participación activa en la administración del tratamiento contra a la anemia a los niños y niñas menores de 24 meses, manteniendo una

administración permanente, que les asegure una adherencia óptima al tratamiento con Hierro en todos los niños que permita la recuperación pronta y disminuir la anemia en niños menores de 24 meses.

El Centro de salud Santa Rosa es una IPRESS de nivel I-4, está ubicado en el corredor vial del sur, en la vía Panamericana, en el distrito de Chapimarca, cuenta con una infraestructura y equipamiento acorde al nivel y categoría, cuenta con un total de 09 licenciados en enfermería, 04 médicos, 04 obstetras, 08 técnicos en enfermería, 02 técnicos en farmacia, 01 Químico farmacéutico, 02 cirujanos dentistas, 02 técnicos en laboratorio, 01 biólogo, 03 conductores, 01 veterinario, 01 nutricionista, 03 informáticos, 02 personal de servicio, 01 guardián, la cartera de servicios que se brinda es el que está establecido en la normativa, cuenta con servicio de atención de partos, con internamiento.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

## CAPÍTULO I

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La anemia es un problema de salud pública que viene afectando a un gran porcentaje de la población infantil principalmente a los niños y niñas menores de 24 meses, de nuestro ámbito, ello debido a las condiciones adversas que se presentan durante el proceso de gestación, agravándose muchas veces en el momento del parto, debido a las malas prácticas de atención y corte inmediato del cordón umbilical, esta grave situación se incrementa en los primeros años de vida por la velocidad de crecimiento que tienen los niños y niñas en esta etapa, sumado al limitado acceso y consumo de alimentos ricos en Hierro, ocasionando graves e irreversibles consecuencias que repercuten en el desarrollo físico y psicomotriz, conllevando a una deficiente capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limitada capacidad productiva en la etapa adulta ocasionando así la perpetuación de la pobreza. En los primeros años de vida, la anemia tiene graves efectos cognitivos, motores, emocionales y sociales en el desarrollo de las niñas y niños, lo que afecta su capacidad para aprender. Estos efectos no se limitan a la infancia, ya que persisten durante la adolescencia, y en muchos casos en la edad adulta por lo tanto, es importante asegurar el consumo de niveles de hierro para un óptimo crecimiento y desarrollo durante la infancia, ya que los factores desfavorables externos se ven favorecidos por circunstancias específicas de la edad o condiciones de riesgo (depósitos pre y post natales deficientes, infecciones, errores en la dieta, lactancia materna exclusiva, prematuridad, etc.), lo que aumenta considerablemente su incidencia. La anemia por deficiencia de hierro es el problema de salud más grave en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, y es una de las 14 principales causas de morbilidad y mortalidad entre los lactantes. La anemia está estrechamente relacionada con un déficit en el desarrollo psicomotriz del niño o niña, que generan secuelas que duran toda la vida, esto sumado a los otros

factores asociados como el descuido por parte de sus progenitores o cuidadores lo que ocasiona un limitado consumo de alimentos ricos en hierro, así como la falta de adherencia al tratamiento una condición que se manifiesta en casi todos los niños diagnosticados con anemia, por lo que es necesario identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento con hierro de la anemia y así revertirla para lograr la pronta recuperación de los niños o niñas con Anemia, lo que se traduce en costos económicos sociales para la sociedad y gasto de bolsillo para su familia.

Siendo uno de los objetivos importantes del estado peruano prevenir y tratar la anemia con suplementación preventiva de hierro a niños menores de 36 meses , a partir de los 4 meses entregando suplemento de hierro por un periodo de 6 meses así como el tratamiento a niños con anemia, es imprescindible garantizar que las madres y padres de familia logren la adherencia al tratamiento de la anemia para lograr ello se debe desarrollar de manera permanente acciones orientadas a fortalecer las prácticas de administración de Hierro para ello se plantea la ejecución de acciones educativas como la consejería, sesión educativa y/o demostrativa con un abordaje intercultural buscando lograr la adherencia al tratamiento con hierro (1)

Otra de las acciones a través del cual se debe fortalecer las prácticas son las visitas domiciliarias ya que al realizar el abordaje del consumo del tratamiento con Hierro se identificó una actitud negativa o indiferente de algunas madres de niños menores de 24 meses, con respecto a la administración del tratamiento a su hijos ya que se ha observado los frascos de sulfato fierro tanto en gota y/o jarabe olvidados en algún lugar de la casa, conservación inadecuada, en otros casos se encuentran intactos sellados y con fechas ya vencidas, lo que demuestra el desinterés en la administración del tratamiento con Hierro por parte de los padres y/o cuidadores.

Todas estas situaciones motivan a realizar este trabajo académico, con el cual buscamos contribuir con la mejora de la adherencia al tratamiento con hierro de los niños a través de la concientización a las madres.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de estudio

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Luis Rubén Carrizo, aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del hospital pediátrico de Santiago del Estero 2008-2010;** identificaron que la prevalencia de anemia por déficit de hierro encontrada en niños de 6 a 23 meses de edad, previamente sanos, de una zona urbanizada y de clase socioeconómica media-baja del área de influencia del Hospital Pediátrico de la ciudad de Santiago del Estero-Argentina, durante el período de 2 años (2008- 2010) fue del 29%. Esta cifra, según la OMS, es considerada como un problema moderado de Salud Pública. La relación entre los casos de anemia y el estado nutricional antropométrico, indica que los niños eutróficos son los que la padecen en mayor frecuencia. El promedio del consumo de hierro en la dieta de los lactantes fue de 6 mg de hierro por día, cantidad inadecuadamente baja, ya que la recomendada por la FDA es de 10 mg de hierro o más. Los factores sociodemográficos asociados a los casos de anemia por déficit de hierro fueron: el Bajo nivel de instrucción de la madre y el Número de hijos cargo, los que deberían ser tenidos en cuenta en futuros estudios sobre el tema. Dentro de las variables perinatológicas, el Bajo peso de nacimiento y la Gemelaridad estuvieron asociados a los casos de anemia. La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, no fue un factor protector por si solo para la anemia por déficit de hierro. La suplementación farmacológica con hierro, no fue una medida que tuvo adherencia por parte de los responsables de los cuidados de los niños. (2)

**Lic. Ana Gabriela Vázquez Servín, “Anemia ferropénica en niños menores de 5 años”**, Se determinó que en los niños no indígenas la frecuencia de anemia encontrada fue de (45,8%), superior a la reportada por

Pistilli et al, en un estudio realizado en nuestro país, en la ciudad de Asunción, en niños escolares de zonas aledañas al río Paraguay, de un 11,28 %, y al encontrado por Núñez et al; en niños de 5 a 9 años pertenecientes a escuelas de barrios marginales de Asunción con una prevalencia de anemia de 15,90%. Estas diferencias pueden deberse, además del rango etario, a las zonas de donde provienen los niños estudiados, teniendo en cuenta que el estudio se realizó en zonas rurales, de comunidades alejadas al cono urbano, en el Departamento de Caazapá. La Sociedad Argentina de Hematología determinó que, el estado nutricional de hierro de una persona depende del balance determinado por la interacción entre contenido en la dieta, biodisponibilidad, pérdidas y requerimientos por crecimiento.

La cantidad de hierro que asimila el organismo depende de la cantidad ingerida, la composición de la dieta y la regulación de la absorción por la mucosa intestinal. El tratamiento debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria. La estrategia ideal para prevenir la deficiencia de hierro consiste en practicar la lactancia materna exclusiva por 6 meses, con la administración de sales de hierro a partir del tercero o cuarto mes de vida. 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 cereales suplementados con hierro (fumarato ferroso) y en la carne o su jugo 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. (3)

## 2.1.2. Antecedentes nacionales

**Marcia Cristina Guerreiro dos Reis, Ana Márcia Spanó Nakano et al;** la prevalencia de anemia en niños de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de Ribeirão Preto, SP, Brasil, Entre las carencias nutricionales de niños, la anemia ferropénica es la más frecuente. Según se verificó la prevalencia de anemia en niños de 3 a 12 meses de edad, en un servicio de salud de Ribeirão Preto, SP, Brasil. La prevalencia de anemia en los 69 niños de 3 a 5 meses fue del 20,2%, y en los 52 niños de 6 a 12 meses fue del 48,0%. En total, la prevalencia de anemia fue del 32,2%. Encontró asociación significativa entre anemia y edad del niño y anemia y el consumo de leche de vaca líquido. (4)

**Cyntia Paranco Rodríguez,** “efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud Villa Socca – Acora, diciembre 2014 – mayo 2015”; las prácticas de la suplementación con sulfato ferroso de madres de niños con anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca. El horario de suplementación media hora antes de las comidas aumento de 10 % a 63 %. Con el tipo de preparación y como lo acepta el suplemento, sulfato ferroso solo aumento de 20% a 37% y de 10% a 37 % respectivamente. Presenta algún malestar y continuar con suplementación a pesar del malestar, no presenta aumento de 20% a 60% y si continúan aumento de 20% a 80%. Frecuencia de suplementación, a diario aumento de 20% a 57%. Cantidad de sulfato que brindan, 1 cucharada aumento de 40% a 63%. Conservación de suplemento, en caja bien cerrado aumento de 20 a 100%. En los tres grupos de anemia, el consumo de hierro en la alimentación del hogar. Biodisponibilidad baja de hierro hem 60% y biodisponibilidad media 40%. Biodisponibilidad baja de hierro

no hem 37% y biodisponibilidad media de hierro no hem 63%. Consumo deficiente de vitamina C 37% y consumo adecuado de vitamina C 63%. En los niños con anemia antes de la suplementación con sulfato ferroso presentan 11.8g/dl, en promedio después de la suplementación aumentan a 14.1g/dl en promedio, siendo el incremento de 1,8g/dl. Antes de la suplementación el 100 % de niños tenían algún grado de anemia de los tres grupos de investigación, después de la suplementación, el 63% de los niños llegan a un diagnóstico normal, el 17% presenta anemia leve y el 20% anemia moderada. Se ha evidenciado que existe, efecto de la suplementación con sulfato ferroso en los niveles de hemoglobina; así como efecto del consumo de hierro en la alimentación del hogar en los niveles de hemoglobina. Los resultados del estudio, demuestran que el uso de sulfato ferroso produce un aumento en los niveles de hemoglobina en los tres grupos, esto se traduce en una reducción significativa de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años. Su significación clínica demuestra una reducción de anemia hasta un 63%, la aplicación de este suplemento ayudará a prevenir la anemia ferropénica. (5)

**Fanny Mamani García, & Angie Palomino Flores;** el 62.9% de las madres encuestadas tienen una percepción regular respecto al personal de salud; el 64.7% de las madres presenta un conocimiento alto y el 68.1% de las madres con niños menores de 2 años son adherentes al tratamiento con hierro polimaltosado. Con respecto a la correlación existe relación estadística significativa entre el factor personal de salud ( $\rho=.403$ ,  $p=000$ ) y conocimiento de la ( $\rho=.300$ ,  $p=001$ ) con la adherencia. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que los factores relacionados al personal de salud y al conocimiento de la madre se relacionan de forma directa y significativa con la adherencia al tratamiento de anemia con hierro

polimaltosado lo cual se demuestra con la prueba estadística de Spearman siendo el 68.1% adherentes al tratamiento. (6)

### **2.1.3. Antecedentes locales**

***Víctor Alfonso Mamani Urrutía, Educación nutricional y eficacia de los servicios de salud en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de tres años distrito de Ranracancha - Chincheros – Apurímac, 2014-2015;*** La proporción de niños menores de tres años del distrito de Ranracancha con los niveles de hemoglobina para el año 2014 fueron de 31.5% para anemia leve, 4.4% para anemia moderada, y 64.0% para niños sin anemia (normales), la proporción de anemia para el año 2015 fue 8.9% para anemia leve, 6.9% para anemia moderada y 1.0% para anemia severa, los porcentajes de niños sin anemia (normales) fue 83.3%. La educación nutricional que reciben las madres tiene una relación inversamente proporcional con el estado nutricional de los niños menores de tres años. El 83.3% de niños sin anemia para el diagnóstico de hemoglobina tienen madres con conocimientos sobre cuidados y alimentación “regular” o “bueno”. La eficacia de los servicios de salud tiene una relación inversamente proporcional con el estado nutricional de los niños menores de tres años, el 100% de niños con adecuada eficacia de los servicios de salud no tuvieron anemia. La educación nutricional (conocimientos y prácticas de la madre) y la eficacia de los servicios de salud tienen una relación inversamente proporcional y significativamente estadística con la disminución de la anemia en niños menores de tres años del distrito de Ranracancha. (7)

***Juan Pablo Aparco, Luz Bullón, Sandra Cusirramos; impacto de micronutrientes en polvo sobre la anemia en niños de 10 a 35 meses de edad en Apurímac, Perú;*** Los resultados del estudio

muestran que la intervención con Micronutrientes (MNP) tuvo impacto para reducir la prevalencia de anemia y mejorar la concentración de hemoglobina en niños de 10 a 35 meses de edad que consumieron 60 o más sobres de Micronutrientes (MNP) (tratados) comparados con sus controles. Estos resultados son concordantes con estudios en diversos países que han reportado eficacia y efectividad de los Micronutrientes (MNP) para reducir la anemia y mejorar la concentración de los marcadores biológicos de hierro como hemoglobina, ferritina y receptores de transferrina entre otros. Estos resultados diferentes evidencian que la adherencia es un requisito indispensable para esperar impacto de las intervenciones con hierro; además Huamán-Espino et al reportó que la baja adherencia no sólo estaba condicionada al consumo del niño sino también a la distribución incompleta, discontinua y sin orientación del uso del Micronutriente (MNP). (8)

***Mesa de Concertación para la Lucha contra la pobreza; LA PROBLEMÁTICA DE LA ANEMIA EN APURÍMAC 2013;*** En Apurímac, la anemia es un problema social y de salud pública que afecta a un total de 2,531 niñas y niños menores de cinco años de edad que representa un aproximado del 52% de la población infantil, según se reporta en el informe SIEN al primer semestre del 2013. Esta problemática afecta principalmente a los niños (53.5%), comprendidos entre las edades de 24 a 35 meses (24.1%), de 36 a 48 meses (18%) y está localizado en el ámbito de la DISA de Andahuaylas (59.4%), Red de Abancay (12.6%) y la Red de Chincheros (12.4%). (9)

## **2.2. Bases teóricas**

**2.2.1. Teoría del aprendizaje;** Para garantizar la mejora del cuidado integral de los menores de 24 meses, se plantea la Teoría de

aprendizaje con la cual mejoraremos la participación de la familia en el cuidado de la salud de los menores, en tal sentido la teoría en la cual nos basamos es la que plantea **Watson J**, quien manifiesta que: “el Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador”.

El Cuidado de la salud de una persona depende de cómo se desarrolla, por ello es que este cuidado debe ser Humanizado pues es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda, es a través de la implementación de esta teoría que se orienta la intervención en la familia para el cuidado de la salud integral del menor de 24 meses, que permita garantizar un estado nutricional adecuado. (10)

### **2.2.2. Anemia Ferropénica**

La Organización mundial de la Salud (OMS) define a la anemia ferropénica, como el estado en el que la cantidad de glóbulos rojos para poder transportar oxígeno es muy bajo, ya que no cubre las necesidades fisiológicas, que varían de acuerdo al sexo, la edad, la altitud y otras condiciones como el embarazo o el consumo de tabaco. (11)

Es uno de los problemas más recurrentes de atención médica. Tiene una alta prevalencia, por lo que es de gran importancia, tanto clínica como socialmente. Datos obtenidos por la OMS estiman que, en el mundo, un 30% tiene anemia y, de ellos, en su mayoría, por deficiencia de hierro. Dentro de los países desarrollados, la anemia no es de alta incidencia, aunque socialmente sí se presentaría en algunos sectores, como los de bajo nivel económico o mujeres de edad reproductiva, lo que se aproxima a cifras anteriormente mencionadas. El diagnóstico

de anemia en la práctica clínica, se obtienen de las cifras de hemoglobina y otros parámetros que nos arroja el hemograma, bastante semejante a los de la población normal

- Hemoglobina: Total de hemoglobina en gramos por litro de sangre total (g/l), o por cada 100 ml. (g/dl).
- Recuento eritrocitario: Representa en un volumen determinado de sangre total el número de glóbulos rojos.
- Hematocrito: Espacio ocupado por los hematíes representado en el porcentaje del volumen de sangre total.

Las demás cuantificaciones y la cifra de hemoglobina no son valores estables, pues dependen siempre de otros componentes como el sexo, la edad y otras circunstancias. Se puede encontrar anemia con un valor normal de hemoglobina. Esto ocurre en casos particulares de cifra basal alta de hemoglobina y anemia leve, también en diversos contextos fisiológicos como embarazos o patologías como hiperviscosidad, cirrosis, hiperesplenismo, nefrosis e hiperhidratación que suelen cursar con aumento del volumen plasmático. (1)

**2.2.3. Anemia por deficiencia de hierro;** es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF). (1)

**2.2.4. Causas de la anemia Ferropénica;** Las causas de la anemia por deficiencia de hierro comprenden:

**a. Etapas de Crecimiento acelerado;** una de las primeras causas que se puede manifestar para que un niño padezca de anemia es la etapa de crecimiento acelerado el mismo que se presenta en dos momentos en la vida de un niño, el primero es en la etapa de la gestación y la segunda empieza en el momento del nacimiento, en estas etapas el requerimiento de hierro es alto debido al acelerado crecimiento. (1)

**b. Pérdida de sangre.** La sangre contiene hierro dentro de los glóbulos rojos, por esta razón se entiende que si una persona pierde sangre, también pierde Hierro. Por esta razón podemos manifestar que las mujeres con menstruaciones intensas tienen riesgo de padecer anemia por deficiencia de hierro porque pierden sangre en cantidades mayores durante el período menstrual. La pérdida lenta y continua *de sangre dentro del cuerpo (por ejemplo, por una úlcera péptica, hernia de hiato, pólipo en el colon o cáncer colorrectal)* puede causar anemia por deficiencia de hierro. El sangrado gastrointestinal puede ser consecuencia del uso habitual de algunos analgésicos de venta libre, especialmente la aspirina. (1)

**c. Falta de hierro en la alimentación.** El cuerpo obtiene regularmente el hierro de los alimentos que los niños o niñas consumen. Si consumen muy pocos alimentos ricos en hierro, con el tiempo pueden llegar a tener deficiencia de hierro y generarse la Anemia. Las razones por las que hay una pobre ingesta de alimentos ricos en Hierro es por la no disponibilidad de estos alimentos en la familia, y por los escasos ingresos económicos en la familia lo que limita el acceso a estos alimentos; algunos de los alimentos ricos en hierro son carnes, vísceras, sangrecita, y alimentos fortificados con hierro. Para un buen crecimiento y desarrollo, los lactantes y los niños también necesitan hierro en la dieta. (12)

**d. Incapacidad para absorber el hierro.** El hierro de los alimentos se absorbe en el intestino delgado y pasa al torrente sanguíneo. Los trastornos intestinales que afectan la capacidad del intestino para absorber nutrientes de los alimentos digeridos, como la celiaquía, pueden causar anemia por deficiencia de hierro. Si has tenido un bypass intestinal o si te han extirpado una parte del intestino delgado mediante cirugía, es posible que se haya afectado tu capacidad de absorber el hierro y otros nutrientes (12)

**e. Embarazo.** Si no toman suplementos de hierro, muchas mujeres embarazadas podrían tener anemia por deficiencia de hierro porque sus reservas de hierro tienen que satisfacer la demanda de un mayor volumen de sangre y proporcionar hemoglobina para el feto en desarrollo. (12)

**2.2.5. Signos y síntomas;** La manifestación clínica de la anemia es inespecífica, solo se pueden presentar signos y/o síntomas si la anemia es moderada o severa, para ello es necesario realizar una buena anamnesis y un examen físico: (1)

<b>órganos o sistema afectado</b>	<b>síntomas y signos</b>
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, Irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y faneras	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dl).

Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

**2.2.6. Consecuencias de la anemia;** El desarrollo motor de los niños(as) es la suma de muchos factores, tanto propios como de su contexto. Por ello, la anemia representa un peligro muy importante y, peor aún, si el infante se encuentra en el periodo de los primeros años o meses de vida, pues, dentro de esta área motora, se desarrollan las destrezas finas y gruesas de los niños(as). Como consecuencia, se podría producir un decaimiento representado con limitaciones y bajo rendimiento en estas destrezas.

#### **2.2.7. Diagnóstico de anemia**

Está basado en la historia clínica del paciente, el examen físico y algunos exámenes adicionales básicos (hemograma, examen del frotis de sangre periférica y parámetros bioquímicos del metabolismo del hierro). (1)

#### **2.2.8. Pruebas de laboratorio**

- **Hemograma;** Ayuda a conocer la cantidad de varios tipos distintos de células sanguíneas dentro de un análisis de sangre. Para ello, se consideran los números de hematíes de los pacientes, el hematocrito, los índices corpusculares: hemoglobina corpuscular media, volumen corpuscular medio y concentración de hemoglobina

corpuscular media, y la cifra de hemoglobina, que están aportados automáticamente por los medidores electrónicos.

- **Hemoglobina (Hb);** Proteína encargada de transportar oxígeno en la sangre. Para descartar casos de anemia, su medida es la más importante.
- **Volumen corpuscular medio (VCM);** Nos indica en los glóbulos rojos su tamaño promedio. Suele ser clave para un primer diagnóstico de anemia, así como su clasificación en función si es bajo, normal o alto.
- **Hemoglobina corpuscular media (HCM);** Medida que contiene la masa de hemoglobina en un eritrocito.
- **Concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM);** Representa el tamaño del hematíe la cantidad de hemoglobina.
- **Amplitud en la curva de distribución de los eritrocitos (ADE);** Mide cómo varia el tamaño del hematíes.

## 2.3. Base conceptual

**2.3.1. Anemia:** La Anemia está definido como un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.  
(1)

**2.3.2. Factores de la adherencia al tratamiento;** Los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la anemia en niños y niñas menores de 12 meses son:

**a. Limitado Conocimiento;** Se ha identificado que las madres de familia y/o cuidadores de los niños diagnosticados con anemia ferropénica, que tienen un limitado conocimiento sobre la importancia de una adecuada administración del tratamiento contra

la anemia, también presentan una actitud negativa sobre los beneficios de la administración de hierro y por ende se observa una limitada práctica de administración del tratamiento a los niños con anemia, lo que limita la posibilidad de contribuir en la recuperación pronta, La falta de comunicación sobre los beneficios, las instrucciones de uso y los efectos adversos de los medicamentos también contribuyen a la falta de adherencia, por lo que manifestamos que es una de la primeras causas de limitaciones en la adherencia al tratamiento de la anemia. (13)

- b. Social / económico:** las personas que cuentan con el apoyo social de familiares, amigos o cuidadores para ayudarlos con los la administración del Hierro, tienen una mejor adhesión al tratamiento. Los entornos de vida inestable, el acceso limitado a un establecimiento de salud, la falta de recursos financieros y los horarios de trabajo restrictivos se han asociado con una disminución en la adherencia al tratamiento de la Anemia. (13)
- c. Sistema del proveedor / paciente:** La relación personal de salud-paciente es uno de los factores importantes relacionados que afectan la adherencia al tratamiento de la anemia. Una buena relación entre el paciente y el personal de salud, tiene un impacto positivo en la adherencia. (13)
- d. En relación con la terapia;** la complejidad del régimen farmacológico, que incluye la dosis diaria requerida; duración del tratamiento; Los tratamientos que no son prácticos o que interfieren con el estilo de vida de una persona y los efectos secundarios se han asociado con una disminución de la adherencia. (13)

## **CAPÍTULO III**

### **Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática**

#### **3.1. Plan de intervención:**

##### **3.1.1. Justificación**

En nuestro país hay un elevado índice de anemia en menores de tres años el cual viene afectando seria e irreversiblemente al crecimiento y desarrollo psicomotriz de los niños y niñas, motivo por el cual es imprescindible plantear estrategias que permitan garantizar la participación de la familia en el proceso del tratamiento con Hierro a los niños y niñas diagnosticados con Anemia ferropénica, para ello es necesario planificar el desarrollo de actividades educativas que permitan fortalecer los conocimientos , generar el cambio de actitud y principalmente la puesta en práctica de la administración de tratamiento a todos los niños y niñas que hayan sido diagnosticados con Anemia ferropénica. Cabe manifestar que la adherencia no sólo se orienta al tratamiento sino también a la administración preventiva de Hierro el cual se inicia a los 4 meses de edad en los niños nacidos a término. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se viene realizando desde los establecimientos de salud no se ha logrado evitar que un gran porcentaje de los niños y niñas sean víctimas de la anemia ferropénica y cada vez a más temprana edad, por tal razón se hace necesario desarrollar actividades educativas orientadas a concientizar a las madres de familia y/o cuidadores en la importancia de la adherencia al tratamiento con Hierro en los niños y niñas de menores de 24 meses con la finalidad de lograr su recuperación pronta ya que como sabemos las repercusiones de la anemia cuanto más tiempo sufra con este problema son cada vez

más graves e irreversibles.

Por ello es necesario aprovechar los beneficios del tratamiento, así como la suplementación en este proceso es importante contar con la participación de la madre y/o persona encargada del cuidado del niño para una correcta administración del tratamiento.

Con el presente Trabajo Académico buscamos garantizar la intervención de enfermería en la adherencia al Tratamiento de la Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 24 meses.

El presente trabajo proporcionará información sistematizada y actualizada sobre estrategias para promover la adherencia al tratamiento de la Anemia en niños y niñas menores de 24 meses para lograr una pronta recuperación de la anemia, y reducir las posibilidades de complicaciones y efectos irreversibles severos en los niños y niñas.

### **3.2. Objetivos**

#### **3.2.1. Objetivo general.**

Garantizar la implementación de las Intervenciones de enfermería en la adherencia al tratamiento con hierro en los niños y niñas menores de 24 meses con anemia ferropénica del centro de salud Santa Rosa.

#### **3.2.2. Objetivos específicos**

- Modificar los factores que influyen en la No Adherencia al tratamiento con Hierro en niños menores de 24 meses con anemia ferropénica.
- Fortalecer los conocimientos en los padres de familia y/o cuidadores, en la importancia de cumplir el tratamiento con Hierro en niños y niñas menores de 24 meses con Anemia ferropénica.
- Promover el cambio de actitud en los padres de familia y/o

cuidadores, para el cumplimiento del tratamiento con Hierro en niños y niñas menores de 24 meses con Anemia ferropénica.

- Incentivar la administración de Hierro en forma efectiva en los padres de familia y/o cuidadores, para el cumplimiento del tratamiento con Hierro en niños y niñas menores de 24 meses con Anemia ferropénica.

### 3.3. Metas

<b>Grupo objetivo /actividad</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
niños menores de 24 meses con esquema de tratamiento completo	21	100%
Familias con niños menores de 24 meses	21	
Comunidad por distrito	05	100%
Población Total	800	
Sesión Educativa x familia 2/año	42	100%
Sesión Demostrativa x familia 2/año	42	100%
Consejería nutricional x madre 3/año	63	100%
Visita domiciliaria por familia 3/año	63	100%
Spot radial	5	100%
campaña 4 veces al año	04	100%

### 3.4. Programación de actividades

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable
Sesión educativa	Sesión	% de familias que participan en sesiones Educativas	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Lic. Enf. Esmeralda, Lic Nutrición
Sesión Demostrativa	Sesión	% de familias que participan en sesiones Demostrativas	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Lic. Enf. Esmeralda, Lic Nutrición
Orientación y Consejería Nutricional	Consejería	% de familias que reciben consejería nutricional	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Lic. Enf. Esmeralda, Lic Nutrición
Visitas domiciliarias a familias con niños menores de 24 meses	Visita	% de familias que reciben visita Domiciliaria	80%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Lic. Enf. Esmeralda, Lic Nutrición
Elaboración de spot radial	spot	% de spot radial elaborado	05	X		X			X		X		X			Lic. Enf. Esmeralda, Lic Nutrición
Difusión de spot radial en radio en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia	difusión	% de spot radial difundidos	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Emisora local, Municipalidad
Campaña informativa	campaña	% de campañas ejecutadas	04					X	X		X		X			Comité IAL

### 3.5. Medición de indicadores

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	MEDICIÓN DEL INDICADOR
INDICADOR DE IMPACTO	% de familias que mejoran la adherencia al tratamiento de la anemia	Registro de niños recuperados de anemia	Anual
INDICADOR INTERMEDIO	% de familias que mejoran sus conocimientos sobre la anemia	Encuesta CAP	mensual
	% de familias que cumplen la administración de hierro	Registro de familias con niños en tratamiento contra la anemia	Mensual
	% de familias que mejoran el cuidado del niño con anemia	Ficha de Visita domiciliaria	Mensual
INDICADOR DE PROCESO	% de familias que participan en sesiones Educativas	Lista de Asistencia	Mensual
	% de familias que participan en sesiones Demostrativas	Lista de Asistencia	Mensual
	% de familias que reciben consejería nutricional	Registro de Consejería	Mensual
	% de familias que reciben visita Domiciliaria	Ficha de visita domiciliaria	Mensual
	% de spot radial elaborado	Spot grabado	Mensual
	% de spot radial difundidos	Parrilla de difusión	Mensual
	% de campañas ejecutadas	Fotos, lista de asistencia	Mensual

### 3.6. Recursos:

#### 3.6.1. Materiales

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Kit de escritorio (lapicero plumones etc.)	Global	Global		500.00
Insumos de aseo y limpieza	Global	Global		1500.00
Alimentos	Global	Global		3000.00
Kit de sesiones demostrativa (algunos platos tasas, etc.)	Kit	1		900.00
Kit de cocina	Kit	1		1200.00
Formatos de registro	Formato	millar	0.5	500.00
Afiche prevención de la anemia	Afiche	Millar	2	2000.00
Spot radial (elaboración)	Unidad	4	300.00	1200.00
Banner anemia	Unidad	5	200.00	1000.00
Difusión de spot radial	difusión	10	300.00	3000.00
<b>TOTAL</b>				<b>14,800.00</b>

#### 3.6.2. Recursos humanos

PERSONAL	CONDICIÓN			TOTAL
	NOMBRADO	CAS	SERUMS	
MÉDICOS	2	2		4
LICENCIADO EN ENFERMERÍA	9	0		9
OBSTETRA	3	1		4
BIÓLOGO	1			1
NUTRICIONISTA	1			1
QUIMICO FARMACEUTICO		1		1
MEDICO VETERINARIO			1	1
PSICÓLOGO			1	1
TEC. ENFERMERÍA	6	2		8
TECN LABORATORIO		2		2

TECN. EN FARMACIA	2	1		3
TÉCN. INFORMÁTICO		3		3
CONDUCTOR		3		3
PERSONAL DE SERVICIO		2		2
GUARDIÁN		1		1

### 3.7. Ejecución de actividades

ACTIVIDADES EJECUTADAS											
ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	MES						TOTAL	% EJECUCIÓN	
			E	F	M	A	M	J			J
niños menores de 24 meses con esquema de tratamiento completo	persona	21	0	1	2	2	0	1		6	29%
Identificación de niños menores de 24 meses con anemia	persona	21	11	10	0	0	0	0		21	100%
Sesión educativa	persona	42	1	2	2	3	6	0		14	33%
Sesión Demostrativa	Persona	42	1	2	2	3	6	0		14	33%
Orientación y Consejería Nutricional	consejería	63	8	9	6	8	6	4		41	65%
Visitas domiciliarias a familias con niños menores de 1 Año	Visita	63	8	9	6	8	6	4		41	65%
Difusión de Spot radial en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia	difusión	5		1	1	1				3	60%
Campaña informativas	Visita	4				1				1	25%

### **3.8. Evaluación**

El plan de intervención se viene ejecutando conforme se ha establecido en el cronograma de actividades, hasta la fecha se está cumpliendo con la ejecución de las actividades planificadas, en un 55% es así que podemos manifestar que se ha desarrollado 14 sesiones educativas y demostrativas en las que participaron un total 54 familias haciendo un total de 33% de las sesiones programadas, lo que nos indica que se viene cumpliendo con la cobertura de familias que deben recibir las actividades educativas, para fortalecer sus conocimientos y el cambio de actitud observándose la mejora en la adherencia al tratamiento de la Anemia de los niños y niñas menores de 24 meses. Así mismo se ha logrado realizar la orientación y consejería a través de visita domiciliaria a un total de 41 familias, que alcanzan un total de 65%, familias en las que se reforzaron la práctica de administración de hierro en sus niños menores de 24 meses, con lo que se viene incrementando el número de niños que vienen accediendo al tratamiento efectivo lo que ha permitido lograr hasta la fecha que un total de 6 niños hayan completado su esquema de tratamiento, logrando mejorar los niveles de hemoglobina recuperándose de la Anemia.

### **3.9. Conclusiones**

- Este modelo de intervención está resultando efectivo para lograr la prevención de la anemia y la pronta recuperación de los niños afectados con la anemia ferropénica.
- Para lograr efectividad en el tratamiento de la anemia en niños menores de 24 meses, es necesario mejorar los conocimientos, cambiar las actitudes y lograr el involucramiento de los padres de familia en la administración del tratamiento de maneras permanente continua y completa.
- Es importante que para reforzar la pronta recuperación de la anemia y la sostenibilidad de niveles adecuados de hemoglobina en los menores de 24 meses, se garantice la incorporación de alimentos ricos en Hierro en la alimentación del menor de manera permanente.
- Si la familia no participa activamente, en la aplicación de las medidas preventivas, y en el desarrollo de prácticas saludables, es mayor el riesgo y las posibilidades que los niños y niñas padezcan de Anemia ferropénica a más temprana edad.
- Se ha comprobado que, si en la familia no hay una disponibilidad permanente de alimentos ricos en hierro para la alimentación del menor, no es posible mantener niveles óptimos de Hemoglobina en los menores de 24 meses, conllevándolos a un mayor riesgo de padecer de anemia por deficiencia de Hierro.
- Para lograr la reducción de la anemia infantil es necesario contar con recursos financieros, material logístico, así como realizar intervenciones articuladas multisectoriales que permitan atender las necesidades básicas insatisfechas en las familias.

### **3.10. RECOMENDACIONES**

- Continuar desarrollando acciones educativas orientadas a fortalecer las capacidades y concientización a los padres de familia en el desarrollo de las prácticas saludables para el cuidado integral y alimentación saludable de los niños y niñas menores de 24 meses.
- Implementación de intervenciones articuladas multisectoriales, orientadas a generar mejores condiciones para el cuidado de la salud y nutrición en los menores de 24 meses.
- Conocer las condiciones, limitaciones y elementos con los que cuenta cada familia para enfrentar la anemia por deficiencia de hierro. Permite realizar una mejor intervención en para la reducción de la anemia en los niños y niñas menores de 24 meses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **MINISTERIO DE SALUD, Norma técnica de salud N° 134-2021**, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”.
2. **Luis Rubén Carrizo**, “Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del hospital pediátrico de Santiago del estero- 2008-2010
3. **Servín, Lic. Ana Gabriela Vázquez**, “Anemia ferropénica en niños menores de 5 años”
4. **Marcia Cristina Guerreiro dos Reis, Ana Márcia Spanó Nakano e tal**; “La prevalencia de anemia en niños de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de Ribeirão Preto, sp, Brasil
5. **Cyntia Paranco Rodríguez**, “Efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud Villa Socca – Acora, diciembre 2014 – mayo 2015”
6. **Fanny Mamani García, & Angie Palomino Flores**, “Factores asociados en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con hierro polimaltosado en niños menores de 2 años”.
7. **Víctor Alfonso Mamani Urrutia**, en el trabajo de investigación “Educación nutricional y eficacia de los servicios de salud en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de tres años. distrito de Ranracancha. Chincheros – Apurímac, 2014-2015
8. **Juan Pablo Aparco, Luz Bullón, Sandra Cusirramos**; impacto de micronutrientes en polvo sobre la anemia en niños de 10 a 35 meses de edad en Apurímac – Perú.
9. **Mesa de Concertación para la Lucha contra la pobreza**; “La problemática de la anemia en Apurímac 2013.
10. **N. Roper, W. Logan, A.J. Tierney**, *The Roper-Logan, Model of Nursing*

Based on Activities of Living, China: Churchill Livingstone; 2004.

11. **Organización mundial de la salud**, [https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1)
12. **MAYO Clinic**; Mayo clinic family health book
13. **Instituto nacional de Salud**, Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.

## BIBLIOGRAFIA:

- **Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo** de la Niña y el Niño menor de cinco años. Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA. 2011.
- **NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP**, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- **WHO/UNICEF/UNU**. Iron deficiency anemia: Assessment, prevention, and control. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NHD/01.3).
- **Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T**. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database System Rev.2012;(8):CD003248
- **CENAN/INS/MINSA. 2009**. Tabla Peruana de Composición de Alimentos 7ma. Edición. Lima, Peru.
- **Instituto Nacional de Estadística e Informática**. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares) [Internet]. Lima; 2017. Citado el 16 de agosto de 2018.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Registro de Asistencia

Nº DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	CARGO	HORA ENTRADA	HORA SALIDA
1	Daniel A. Niño de Guzmán Mallma	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
2	Raquel Sullca Sullcahuaman	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
3	Liz Aranda Valdivia	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
4	Mily Palomino Bravo	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
5	Karina Ausejo Mejía	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
6	Analí Salas Huaylla	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
7	Vilma Quino Molina	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
8	Carlos Peña Ortega	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm
9	Esmeralda Fernández Bautista	C.S. Santa Rosa	Lic. Enf.	7:30 am	7:30 pm

## ANEXO 2: Registro de Niños con diagnóstico de Anemia

### REGISTRO DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

**ACTIVIDAD** : TAMIZAJE DE HEMOGOBLINA

**FECHA:** 2021 – 2022

**LUGAR:** CENTRO DE SALUD SANTA ROSA – AYMARAES

Nº DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	EDAD	FECHA DOSAJE	RESULTADO HEMOGLOBINA	DIAGNÓSTICO	CITA
1	Fabrizio Avendaño Puga	Aucha	1 <sup>a</sup> 6m	15/02/21	10.8	Leve	15/03/21
2	Deyshira Isabel Rios Arbieto	Pampatama	2 <sup>a</sup> 7m	02/09/21	10.0	Leve	02/10/21
3	Sebastian Machaca Contreras	Pampatama	2 <sup>a</sup> 7m	06/09/21	9.3	Moderada	06/10/21
4	Abigail Valeria Talaverano Allcca	Santa Rosa	2 <sup>a</sup> 6m	08/09/21	9.9	Moderada	08/10/21
5	Leonel Fabrizio Quispitupa Herrera	Santa Rosa	2 <sup>a</sup>	23/09/21	10.6	Leve	23/10/21
6	Santos Liam Alarcon Quispitupa	Santa Isabel	4 <sup>a</sup>	24/10/21	10.6	Leve	24/11/21

7	Yadira Rizol Achulli Lopez	Huayllabamba	2 <sup>a</sup>	26/11/21	10.6	Leve	26/12/21
8	Liz Veronica Uscamayta Cahuana	Santa Isabel	1 <sup>a</sup> 6m	08/11/21	9.8	Moderada	08/12/21
9	Lian Aguirre Roman	Antarumi	1 <sup>a</sup>	29/12/21	10.1	Leve	29/01/22
10	Aron Soria Perez	Santa Isabel	1 <sup>a</sup>	07/01/22	10.2	Leve	07/02/22
11	Alessia Farfan Herbay	Antarumi	6m	09/01/22	10.5	Leve	09/02/22
12	Yaslin Perez Aguirre	Antarumi	4 <sup>a</sup> 6m	12/01/22	10.9	Leve	12/02/22
13	Lian Axel Sarmiento Inca	Huayllabamba	1 <sup>a</sup> 6m	21/01/22	10.1	Leve	21/02/22
14	Bella Xiomara Cuba Chara	Santiago	1 <sup>a</sup>	21/01/22	10.8	Leve	21/02/22
15	Lian Sotomayor Velasque	Santa Isabel	3 <sup>a</sup> 6m	04/02/22	10.8	Leve	04/03/22
16	Ibrahin Emil Ampuero Hurtado	Santa Isabel	6m	07/02/22	10.5	Leve	07/03/22

17	Erick Alexander Puga Carbajal	Chacapampa	6m	06/02/22	10.3	Leve	06/03/22
18	Leon Fabricio Allcca Palomino	Panamericana	6m	01/03/22	10.9	Leve	01/04/22
19	Joaquin Victor Avendaño Puga	Chacapampa	1 <sup>a</sup>	29/03/22	10.5	Leve	29/04/22
20	Abigail Palomino Martinez	Pampatama	7m	20/04/22	7.3	Moderada	20/05/22
21	Adib Peña Borda	Santa Rosa	1 <sup>a</sup> 6m	16/05/22	10.6	Leve	16/06/22

### ANEXO 3: Registro de Niños con seguimiento al tratamiento de la anemia

#### REGISTRO DE NIÑOS CON SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO

**ACTIVIDAD:** VISITAS DOMICILIARIAS POR SEQUIMIENTO DE NIÑOS CON ANEMIA

**FECHA:** 2021 - 2022

**LUGAR:** CENTRO DE SALUD SANTA ROSA - AYMARAES

N° DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	EDAD	FECHA DX	DIAGNÓSTICO	FECHA DE SEGUIMIENTO					
						1° visita	2° visita	3° visita	4° visita	5° visita	6° visita
1	Fabrizio Avendaño Puga	Aucha	1a 6m	15/02/21	Leve	15/08/21	21/09/21	15/10/21	15/11/21	15/12/21	14/01/22 PR
2	Deyshira Isabel Rios Arbieto	Pampatama	2a 7m	02/09/21	Leve	02/09/21	05/10/21	05/11/21	05/12/21	08/01/22	05/02/22 PR
3	Sebastian Machaca Contreras	Pampatama	2a 7m	06/09/21	Moderada	06/09/21	06/10/21	06/12/21	06/01/22	06/02/22	06/03/22 continua
4	Abigail Valeria Talaverano Allcca	Santa Rosa	2a 6m	08/09/21	Moderada	08/09/21	08/10/21	08/11/21	08/12/21	08/01/22	08/02/22 PR

5	Leonel Fabrizio Quispitupa Herrera	Santa Rosa	2a	23/09/21	Leve	23/09/21	16/10/21	17/11/21	17/12/21	18/01/22	22/02/22 continua
6	Santos Liam Alarcon Quispitupa	Santa Isabel	4a	24/10/21	Leve	24/10/21	24/11/21	24/12/21	24/01/22	24/02/22	24/03/22 PR
7	Yadira Rizol Achulli Lopez	Huayllabamba	2a	26/11/21	Leve	26/11/21	27/12/21	26/01/22	26/02/22	26/03/22	26/04/22 PR
8	Liz Veronica Uscamayta Cahuana	Santa Isabel	1a 6m	08/11/21	Moderada	09/12/21	09/01/22	18/02/22	26/03/22	26/01/22	26/02/22 continua
9	Lian Aguirre Roman	Antarumi	1a	29/12/21	Leve	29/12/21	28/01/22	28/02/22	28/03/22	28/04/22	28/05/22 continua
10	Aron Soria Perez	Santa Isabel	1a	07/01/22	Leve	07/01/22	07/02/22	12/03/22	07/04/22	07/05/22	07/06/22 continua
11	Alessia Farfan Herbay	Antarumi	6m	09/01/22	Leve	09/01/22	09/02/22	09/03/22	09/04/22	09/05/22	09/06/22 PR

12	Yaslin Perez Aguirre	Antarumi	4a 6m	12/01/22	Leve	12/01/22	12/02/22	12/03/22	12/04/22	12/05/22	12/06/22 PR
13	Lian Axel Sarmiento Inca	Huayllabamba	1a 6m	21/01/22	Leve	21/01/22	21/02/22	21/03/22	21/04/22	21/05/22	21/06/22 PR
14	Bella Xiomara Cuba Chara	Santiago	1a	21/01/22	Leve	21/01/22	22/02/22	21/03/22	21/04/22	21/05/22	21/06/22 continua
15	Lian Sotomayor Velasque	Santa Isabel	3a 6m	04/02/22	Leve	04/02/22	04/03/22	09/04/22	09/05/22	09/06/22	continua dor
16	Ibrahin Emil Ampuero Hurtado	Santa Isabel	6m	07/02/22	Leve	07/02/22	06/03/22	06/04/22	06/05/22	06/06/22	continua dor
17	Erick Alexander Puga Carbajal	Chacapampa	6m	06/02/22	Leve	26/02/22	26/03/22	26/04/22	26/05/22	26/06/22	continua dor
18	Leon Fabricio Allicca Palomino	Panamericana	6m	01/03/22	Leve	01/03/22	01/04/22	01/05/22	01/06/22	continua dor	

19	Joaquin Victor Avendaño Puga	Chacapampa	1a	29/03/22	Leve	29/03/22	29/04/22	29/05/22	29/06/22	continua dor	
20	Abigail Palomino Martinez	Pampatama	7m	20/04/22	Moderada		20/04/22	18/05/22	18/06/22	continua dor	
21	Adib Peña Borda	Santa Rosa	1a 6m	16/05/22	Leve	16/05/22	16/06/22	continua dor			

### Anexo 4: Tratamiento de la anemia

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

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

### Anexo 5: Contenido de Hierro en alimentos

Contenido de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas en diversos alimentos

ALIMENTOS	Cantidad de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (Bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne seca de llama	1.2
Corazón de res	1.1
Carne de Carnero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

## Anexo 6: Esquema de Tratamiento de la anemia

Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso  
al nacer menores de 24 meses con anemia

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS <sup>4</sup> (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	<b>3 mg/Kg/día</b>  Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico Gotas de Sulfato Ferroso 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	<b>3 mg/Kg/día</b>  Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	<b>3 mg/Kg/día</b>  Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico 1 tableta de Sulfato ferroso 1 tableta de Polimaltosado		

## Anexo 7: Panel fotográfico

### Toma de muestra para dosaje de Hemoglobina a menores de 24 meses



### Visita de seguimiento a adherencia al tratamiento de la Anemia



**Visita de seguimiento a adherencia al tratamiento de la Anemia**



**Visita de seguimiento a adherencia al tratamiento de la Anemia**



## Reunión de Madres con Niños Menores de 24 Meses



## Sesión Educativa en Alimentos Ricos en Hierro



## Lavado de Manos



## Preparación de Alimentos Ricos en Hierro con Madres de Niños Menores de 24 Meses





**Equipo de salud del C.S. Santa Rosa**

