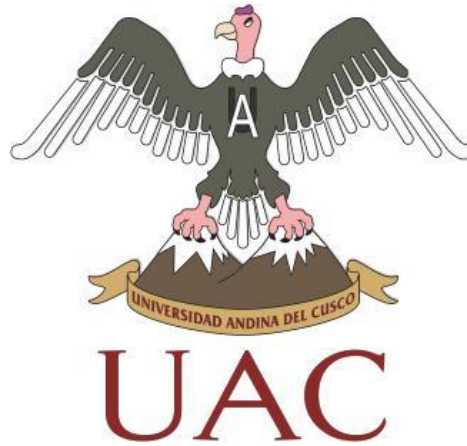




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“TESTIMONIOS DE MADRES CON NIÑOS MENORES
DE 3 AÑOS CON ANEMIA QUE RECIBEN SULFATO
FERROSO. CENTRO DE SALUD DE OLLANTAYTAMBO,
URUBAMBA, CUSCO 2019”**

Presentado por el Bachiller:

Dueñas Escobedo Brohony.

Para optar al Título Profesional de
Licenciado en Enfermería

Asesor:

Dr. Luis Alberto Chihuantito Abal.

CUSCO – PERÚ

2019



AGRADECIMIENTOS

A DIOS por darme la fortaleza, Acompañarme y ser mi guía En cada uno de mis pasos.

A mis queridos padres JULIA ESCOBEDO Y JORGE DUEÑAS por su apoyo incondicional lleno de sacrificio que hicieron realidad mi anhelo de ser profesional; por inculcarme buenos valores y sobre todo por ser un buen ejemplo a seguir.

A la Universidad Andina del Cusco por ser quien afianzo mi voluntad de ser profesional de enfermería.

Al gerente del Centro de Salud de Ollantaytambo Dr. francisco cervantes bello y a todo el equipo de profesionales de salud de dicha institución.

A las madres de familia del Centro de Salud de Ollantaytambo que me brindaron su tiempo para hacer posible este trabajo.

A mi asesor Dr. Luis Alberto Chihuantito Abal por su tiempo y sus consejos para hacer que este trabajo llene las expectativas de los interesados.

A mis mejores amigos, que con su cariño me impulsaron a seguir adelante.

El Tesista.



DEDICATORIA

A DIOS Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi querida madre Julia, mi pareja Andrea y mi hijo Luka Santhiago quienes siempre me están apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional que siempre me brindan y ser el motivo de superarme día a día

A mi padre Jorge que con su sencillez me enseñó a vivir la vida sin prejuicios, haciéndome un hombre multifacético y servicial.

A todos mis demás familiares, amigos y seres queridos por siempre confiar en mí y mostrarme su cariño y sobre todo por creer en mí.

El Tesista.



PRESENTACIÓN

Señor:

Dr. Juan Carlos Valencia Martínez.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco.

Señores Miembros del jurado.

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo a vuestra consideración la tesis intitulada: **“TESTIMONIOS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA QUE RECIBEN SULFATO FERROSO. CENTRO DE SALUD DE OLLANTAYTAMBO, URUBAMBA, CUSCO 2019”**, para optar al Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

El Tesista.



INTRODUCCIÓN

La deficiencia de hierro sigue siendo lo más común de deficiencia nutricional prevenibles pese a los objetivos globales para su reducción. Se estima que en el mundo existen aproximadamente doscientos millones de personas anémicas y que cerca de la mitad de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro los grupos etarios que presentan las más altas prevalencias son los lactantes y preescolares porque se encuentran en un período de crecimiento y desarrollo rápido en los países en desarrollo y en vías de desarrollo.

Los niños son el capital humano de un país, cuya salud se ve comprometida por la anemia. La anemia ferropénica ocasionada por la deficiencia de hierro observándose en mayor medida en la infancia, especialmente entre los 6 y los 36 meses de edad. Por lo tanto, en la mayoría de los casos está determinada por una dieta insuficiente para la edad o mal balanceada. Por ello es indispensable tener una visión clara de la percepción de la madre que brinda los suplementos de hierro como tratamiento y prevención de la anemia mediante sus vivencias, de esta manera conocer características de las madres mediante testimonios fenomenológicos en la atención de sus hijos durante las citas programadas, interacción con personal de salud, administración del tratamiento.

Analizar los testimonios de las madres de niños con diagnóstico de anemia nos ayuda a entender la realidad donde no solo basta con entregar el tratamiento y brindarles una consejería sino también hacer un seguimiento a los niños y madres para que el tratamiento sea efectivo.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el Centro de Salud de Ollantaytambo, Urubamba, Cusco 2019. La investigación está estructurada de la siguiente manera y consta de cuatro capítulos:

CAPÍTULO I: Comprende la descripción del problema, formulación del problema, Problema General, Problemas específicos, Objetivo de la



investigación, Objetivo general, Objetivos específicos, Supuestos, Categorías, Subcategorías, Justificación, limitaciones de la investigación, Aspectos éticos.

CAPÍTULO II: Está constituido por la Reseña Histórica, Antecedentes del estudio, Bases teóricas y definición de términos centrales.

CAPÍTULO III: Tipo de investigación, Línea de Investigación, Población y muestra, Descripción de la población, Selección de la población, Criterios de inclusión y exclusión, Técnica e Instrumento, Validez y confiabilidad del instrumento, Procedimiento de recolección y plan de análisis de datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Considera la presentación de los resultados con el respecto análisis.

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

**RESUMEN**

Tesis intitulada: “TESTIMONIOS DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA QUE RECIBEN SULFATO FERROSO. CENTRO DE SALUD DE OLLANTAYTAMBO, URUBAMBA, CUSCO 2019”, tuvo como objetivo: Analizar los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019. La metodología es de tipo descriptivo de naturaleza cualitativa; muestreo por saturación.

Los resultados obtenidos fueron que en cuanto al estudio se pudo evidenciar que las madres de niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso son de diversos grupos etarios donde fluctúan de madres adolescentes y jóvenes dedicadas a ser amas de casa y trabajos independientes como el comercio y la agricultura por otra parte el nivel educativo alcanzado por las madres son estudios de primaria y/o secundaria, la investigación que indica que los testimonios de las madres con respecto a la dimensión de interacción en el centro de salud de Ollantaytambo, se caracteriza por la poca confianza establecida entre el personal de salud, madre e hijo; respecto a la dimensión terapéutica en el Centro de Salud de Ollantaytambo, se caracteriza por el incumplimiento de las indicaciones del personal de salud, las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben el tratamiento con sulfato ferroso en la dimensión de efectos secundarios, se caracteriza por el abandono del tratamiento debido a los efectos secundarios del tratamiento, la dimensión de interacción en el centro de salud de Ollantaytambo, se caracteriza por la poca confianza establecida entre el personal de salud, madre e hijo.

PALABRAS CLAVES: Anemia, Tratamiento y Testimonios.

**ABSTRACT**

Thesis entitled: "TESTIMONIES OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD WITH ANEMIA WHO RECEIVE FERROUS SULFATE. HEALTH CENTER OF OLLANTAYTAMBO, URUBAMBA, CUSCO 2019 ", aimed to: Analyze the testimonies of mothers with children under 3 years of age with anemia receiving ferrous sulfate in the health center of Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019. The methodology is descriptive type of qualitative nature; saturation sampling.

The results obtained were that the study showed that mothers of children under 3 years old with anemia receiving ferrous sulfate are from different age groups where they fluctuate from adolescent mothers and young women dedicated to being housewives and independent works such as commerce and agriculture on the other hand the educational level reached by the mothers are primary and / or secondary studies, the research that indicates that the testimonies of the mothers regarding the interaction dimension in the health center of Ollantaytambo, are characterized for the little confidence established between health personnel, mother and child; Regarding the therapeutic dimension in the Health Center of Ollantaytambo, it is characterized by non-compliance with the indications of health personnel, mothers with children under 3 years of age with anemia receiving treatment with ferrous sulfate in the dimension of side effects, It is characterized by the abandonment of treatment due to the side effects of treatment, the interaction dimension in the health center of Ollantaytambo, is characterized by the little confidence established between health personnel, mother and child.

KEY WORDS: Anemia, Treatment and Testimonies.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS
DEDICATORIA
PRESENTACIÓN
INTRODUCCIÓN
RESUMEN
ABSTRACT

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 3
 1.2.1. PROBLEMA GENERAL..... 3
 1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS 3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 3
 1.3.1 OBJETIVO GENERAL 3
 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 4
1.4. SUPUESTOS 4
1.5. CATEGORÍAS..... 5
 1.5.1. SUBCATEGORÍAS..... 5
1.6. JUSTIFICACIÓN 5
1.7. LIMITACIONES..... 6
1.8. ASPECTOS ÉTICOS 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. RESEÑA HISTORICA 7
2.2. ANTECEDENTES DE ESTUDIO 8
 2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL..... 8
 2.1.2 A NIVEL NACIONAL..... 8
 2.1.2 A NIVEL LOCAL 11
2.3. BASES TEÓRICAS..... 11
2.4. DEFINICIÓN DE TERMINOS..... 26



CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 27

3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN..... 27

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA 27

 3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN..... 27

 3.3.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN..... 27

 3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... 28

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN 28

 3.4.1. TÉCNICA..... 28

 3.4.2. INSTRUMENTO 28

 3.4.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO..... 29

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS..... 29

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES 49

SUGERENCIAS..... 51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La anemia se define como la reducción de la concentración de la hemoglobina y/o el hematocrito por debajo de los valores normales en la sangre causada por la deficiencia de hierro debido al bajo consumo de alimentos que contienen este mineral, lo cual causa efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento durante los primeros años de vida.

A nivel mundial se estima que un tercio de la población, cerca de dos billones de personas están deficientes en uno o más micronutrientes, principalmente de hierro, vitamina A y zinc. Los efectos de las deficiencias de micronutrientes son mucho más pronunciados y preocupantes cuando ocurren en la infancia temprana, periodo durante el cual sus consecuencias son irreversibles. Debido a sus necesidades relativamente mayores de vitaminas y minerales para sostener el proceso natural de rápido crecimiento que atraviesan hasta los 36 meses, los neonatos y niños entre los 6 meses hasta los 3 años son considerados como la población más vulnerable ante éstas deficiencias.¹

La Organización Argentina de Pediatría indica que la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño en Latinoamérica, especialmente, en edad preescolar, con una prevalencia mayor del 35% en menores de 36 meses, en Argentina. Su detección precoz, así como el tratamiento correcto y la profilaxis adecuada, son hoy una prioridad en nuestro país.²

Según un estudio del Ministerio de Salud la anemia infantil afecta al 43.6% de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, siendo más prevalente entre los niños de 6 a 18 meses, sector en el que 6 de cada 10 niños presenta anemia.

¹ Organización Mundial de la Salud. (OMS) (OPS). Manejo de la anemia ferropénica. [En línea] 2015 [Fecha de acceso el 23/01/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37526/WHO_TRS_182_spa.pdf;jsessionid=7E2568B52714E7FD47A8C43DD7C369B2?sequence=1

² Sociedad Argentina de Pediatría; Comité Nacional de Hematología. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. [En línea], 2017 [Fecha de acceso el 12/03/2019]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_deficiencia-de-hierro-y-anemia-ferropenica-guia-para-su-prevencion-diagnostico-y-tratamiento--71.pdf



La desnutrición infantil se ha reducido en los últimos años, sin embargo aún afecta a una cuarta parte de la población infantil para el 2016; en las áreas rurales llega al 26.5% y 7.9% en las urbanas. Lo cual indica que aún persisten inequidades a nivel regional y en zonas de pobreza, lo que exige la continuidad de las acciones destinadas a disminuir estas brechas.³

Cusco es la sexta región del país con el mayor índice de anemia en niños menores de cinco años. En esta región, el 46,7% de los niños de esta edad, es decir cerca de 60 mil niños sufren de anemia. Entre los niños menores de tres años, más de la mitad de ellos tienen anemia. En Cusco, el último año la anemia se mantuvo al mismo nivel que en el año anterior. Las encuestas muestran que las madres de los infantes conocen los beneficios del tratamiento preventivo contra la anemia pero no lo ponen en práctica en sus hogares.⁴

En el marco del “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil” aplicado durante el año 2017, dispuso estrategias para la reducción de la anemia y desnutrición, pues, no bastaba sólo la “Prevención” para reducirla, por lo cual el ministerio realizo estudios cualitativos para exponer información y conocimiento sobre el problema y entender de esta manera las causas e influencias positivas y limitantes que existen particularmente y para el cumplimiento del Plan mencionado.⁵

Durante las prácticas Pre Profesionales en el Centro de Salud de Ollantaytambo se pudo evidenciar que algunas madres de niños menores de 3 años que reciben sulfato ferroso como tratamiento de la anemia acuden fuera de las citas programadas, asimismo se pudo observar a revisión documentaria del Servicio de Control y Crecimiento de Niño Sano que la gran mayoría de niños tiene como diagnóstico de anemia leve seguido de anemia moderada,

³ Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Documento Técnico Plan Nacional Para La Reducción Y Control De La Anemia Materno Infantil Y La Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021. [En línea] Abril 2017 [Fecha de acceso el 12/02/2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

⁴ ENDES. INVERSION EN LA INFANCIA. [En línea].; 2015 [citado 2018 DICIEMBRE 4. Disponible desde: <https://inversionenlainfancia.net/?blog/entrada/noticia/2831/0>

⁵ Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (MIDIS). Plan multisectorial de Lucha Contra la Anemia [En línea] Abril 2017 [Fecha de acceso el 12/02/2018]. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>



también se puede apreciar que a pesar de haber iniciado el tratamiento de la anemia con sulfato ferroso pocas madres de niños menores de 3 años siguen hasta culminar el tratamiento. Por lo expuesto anteriormente se hace la siguiente interrogante.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo, Urubamba, Cusco 2019?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características generales de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba Cusco 2019?
- ¿Cuáles son los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de interacción, en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019?
- ¿Cuáles son los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión terapéutica, en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019?
- ¿Cuáles son los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de efectos secundarios, en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo Urubamba-Cusco 2019.



1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características generales de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo.
- Describir los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de interacción, en el centro de salud de Ollantaytambo.
- Describir los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión terapéutica, en el centro de salud de Ollantaytambo.
- Describir los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de efectos secundarios, en el centro de salud de Ollantaytambo.

1.4 SUPUESTOS

- Las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso presentan una diversidad de las características generales.
- Los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben el sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de interacción en el centro de salud de Ollantaytambo, se caracteriza por la poca confianza establecida entre el personal de salud, madre e hijo.
- Los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso, con respecto a la dimensión terapéutica en el centro de salud de Ollantaytambo, se caracteriza por el incumplimiento de las indicaciones del personal de salud.
- Los testimonios de las madres con niños menores de 3 años con anemia que reciben el tratamiento con sulfato ferroso, con respecto a la dimensión de efectos secundarios en el centro de salud de



Ollantaytambo, se caracteriza por el abandono del tratamiento debido a los efectos secundarios del tratamiento.

1.5 CATEGORÍAS

1.5.1 SUBCATEGORIAS

- Características generales de las madres con niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia que reciben sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo.
- Testimonios de las madres con niños menores de 3 años que reciben tratamiento con sulfato ferroso según la dimensión de interacción.
- Testimonios de las madres con niños menores de 3 años que reciben tratamiento con sulfato ferroso según la dimensión terapéutica.
- Testimonios de las madres con niños menores de 3 años que reciben tratamiento con sulfato ferroso según la dimensión de efectos secundarios.

1.6 JUSTIFICACIÓN

La anemia por deficiencia de hierro se debe a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral, que afecta al niño en sus desarrollo motor, cognitivo, comportamiento y crecimiento durante los primeros años de vida, esta enfermedad puede ser tratada para evitar repercusiones futuras a la salud del niño.

La presente investigación está dirigida a describir los fenómenos que ocurren respecto al tratamiento de la anemia en niños menores de 3 años, también permitirá conocer las opiniones de las madres con respecto a dicho tratamiento.

La importancia de realizar la presente investigación radica en conocer y analizar los testimonios de las madres que tienen hijos menores de tres años que están recibiendo tratamiento con sulfato ferroso en el centro de salud de Ollantaytambo. El análisis de estos testimonios ayudará a palpar la realidad de



lo que ocurre con los niños después de recibir el tratamiento, así como también conocer opinión de las madres, es por eso que fue necesario indagar.

Esta investigación contribuirá con información necesaria respecto al tema indagado, permitiendo a las autoridades, enfermeros e investigadores y a todas aquellas personas que estén interesadas en profundizar, conocer y desarrollar nuevas estrategias para trabajar con eficacia y eficiencia en esta lucha frontal contra la anemia en nuestro país.

1.7 LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio estuvieron dadas por:

- La insuficiente cantidad de estudios previos de investigación sobre el tema, lo cual dificultó la contrastación bibliográfica, esto se pudo solucionar utilizando principios científicos sobre el tema y así sentar las bases para entender el problema de investigación.
- La resistencia de algunas madres con niños menores de 3 años a ser grabadas mientras respondían las preguntas del instrumento, esto se pudo sobrellevar explicando la importancia de la investigación y de su confidencialidad con la ayuda de las Licenciadas de Enfermería que laboran del Centro de Salud Ollantaytambo.

1.8. ASPECTOS ÉTICOS

- La recolección de datos se realizó respetando la privacidad y quedando en completo anonimato la participación de la madre de familia.
- El estudio se realizó previa autorización del gerente del centro de salud de Ollantaytambo.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado a las madres que fueron interrogadas.
- Se mantuvo la confidencialidad de los datos que se recolectó.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 RESEÑA HISTÓRICA.

El Centro de salud de Ollantaytambo ubicado en avenida ferrocarril sin número- Ollantaytambo-Urubamba –Cusco, es de Categoría I-4 , con camas de internamiento, pertenece a la Red Norte y Micro Red Urubamba, es la principal fuente de servicio de salud en el distrito ya que está encargada de organizar, gestionar y brindar servicios de prevención , recuperación y cuidados especializados de la salud, además cumple con actividades de docencia al recibir practicantes e internos de Medicina, Enfermería Odontología y Obstetricia.

SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Constituye un servicio para niños que proceden de todo el distrito y sus comunidades que requieren la atención, cuyo objetivo es promover el cuidado integral (físico, mental, emocional y social) de los niños, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo para luego canalizar a los servicios respectivos.

Cuenta con profesionales de enfermería que cumplen con el servicio mediante la modalidad de guardias diurnas y por turnos mañana y tarde en donde aproximadamente por turno se atiende de 8 a 11 niños, haciendo un total promedio de 16 a 22 niños en el servicio.

RECURSOS HUMANOS

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.- Un total de 05 enfermeras cuyas funciones están distribuidas en guardias diurnas divididas de mañana y tarde, están distribuidas en dos ambientes para brindar la atención correspondiente todos los días.

PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA.- Un total de 02 técnicos cuya función es de admisión y triaje respectivamente

PROFESIONALES DE MEDICINA.- Compuesto por un total de 3 médicos cuyas atenciones se distribuyen en guardias de día, tarde y noche. De esta manera se complementa la atención correspondiente en el centro de salud.

2.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL

No se encontraron antecedentes internacionales relacionados con el tema.

2.2.2 A NIVEL NACIONAL

APARICIO, J y HUAMAN, L. En el estudio “**BARRERAS Y FACILITADORES A LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO. PERCEPCIONES MATERNAS Y DINÁMICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PERÚ, 2017.**” **REVISTA PERÚANA DE MEDICINA - SALUD PÚBLICA**

Tuvo como objetivo explorar las barreras y facilitadores para la suplementación con micronutrientes en polvo (MNP) en madres de niños de 6 a 35 meses de edad de Tacna, Loreto, Puno y Lima. El diseño metodológico. Estudio cualitativo, exploratorio con enfoque de teoría fundamentada, realizado en Lima, Tacna, Loreto y Puno en el año 2014. Se aplicaron entrevistas a profundidad a madres de niños menores de tres años y observación en establecimientos de salud (ES) para explorar las barreras y facilitadores a la suplementación con MNP.

Los resultados fueron: Se encontró como barreras: a nivel de sistema de salud, a las dificultades para acceder al ES, los rumores negativos al suplemento en la sala de espera y el maltrato del personal de salud; a nivel del producto (MNP), la falta de conocimiento sobre el suplemento, el sabor y los efectos secundarios y a nivel de la madre, aparecen barreras como la falta de tiempo, el olvido, las dificultades en la preparación del MNP y la oposición al uso del suplemento por parte del esposo. Los principales facilitadores fueron: recibir información del personal de salud sobre la mejora del niño, la percepción de la madre de que el niño mejora y testimonios positivos sobre el MNP de familiares o vecinas. Conclusiones. Existen barreras relacionadas al sistema de salud, al



producto (MNP) y al comportamiento de niños, madres y familia / comunidad, que son necesarios abordar con estrategias que permitan superar estas dificultades, ya que impiden que los niños consuman diariamente, en una preparación adecuada el suplemento de MNP.⁶

JUNCO, J. En su investigación **“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN Y LIMITAN LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DEL AMBITO RURAL DE VINCHOS DE AYACUCHO - 2015”**. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Tuvo como objetivo identificar los factores que estarían limitando o contribuyendo en la efectividad del “Plan de Implementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños menores de tres años de la zona rural de Vinchos - Ayacucho”. El diseño metodológico fue cualitativa a través de un estudio de caso y tiene como unidad de análisis a las madres de las niñas o niños menores de tres años beneficiarios del programa. La población en estudio fue de 42 madres.

Resultados. Durante la entrevista a las madres se les pregunta si habían recibido alguna información del personal de salud sobre porqué le hacen el análisis de hemoglobina a su niño; las madres respondieron que “No en realidad no se hizo nada de eso, lo que me reportan no se ha realizado eso,” a la pregunta ¿mamita quien le informo que usted es beneficiaria para recibir el suplemento “chispitas” para su niño?, las madres respondieron “las enfermas que pesan y tallan a los niños”, “no me han dicho nada aun”, “me conto una de las madres”. ¿Mamita me puede decir si el Centro/Puesto de Salud le entrega las “chispitas” para los niños? El total de las madres respondieron positivamente si me dan todas las veces que vengo a controlar a mi hijo”.

Conclusiones: se puede inferir que los factores determinantes que estarían limitando la efectividad del plan de implementación de los micronutrientes

⁶ Aparicio, J y Huamán, I. “Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud Perú, 2017. Revista Peruana de Medicina - Salud Pública [Tesis pregrado] [online] . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000400003&script=sci_abstract



estarían contemplados por (i) la debilidad de una intervención educativa y comunicacional desde el establecimiento de salud, (ii) las barreras culturales y lingüísticas de las madres que afectan el consumo adecuado y sostenido de los multimicronutrientes por los niños, (iii) la débil participación de los promotores de salud de la comunidad en el acompañamiento a las madres sobre la suplementación y (iv) débil capacidad del personal de salud sobre un procedimiento estandarizado del análisis de hemoglobina que permita asegurar un diagnóstico confiable de la anemia. Estos factores son claves para alcanzar el impacto significativo y demostrado en la reducción de la anemia en el ámbito rural.⁷

LEÓN, M. En su estudio **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA, EN HUANCVELICA DURANTE LOS AÑOS 2014 – 2016”**. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ.

Tuvo como objetivo la identificación y precisión de los factores determinantes dentro del Plan Nacional mencionado para Huancavelica y las causas más frecuentes que inciden y originan altos índices de desnutrición crónica infantil comparándolos con su entorno geográfico más cercano, a fin de entender claramente las razones y factores que dificultan su reducción, a pesar de los planes ejecutados por el Estado. El diseño metodológico fue cualitativo (Descriptiva, documentada y aplicada), pues busca describir, conocer y analizar los acontecimientos que llevan a la madre a brindar la suplementación desde la subjetividad y conocer la percepción que los sujetos tienen de la realidad (conductas, aceptabilidad o rechazo) y, estaría más orientada a determinar el significado del fenómeno (implementación) que a su cuantificación.

⁷ Junco, J. “Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del Ámbito rural de Vinchos de Ayacucho - 2015”. Pontificia Universidad Católica del Perú. [Tesis posgrado] [Online]. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6650/JUNCO_GUILLERMO_JORGE_IDENTIFICACION_FACTORES.pdf?sequence=1



En conclusión: Si bien esta estrategia fue la que menos impacto causó en las madres de familia, es interesante resaltar que resulta fundamental para lograr una alimentación saludable y adecuada en los niños objeto de investigación. Por esta razón, se puede concluir y recomendar la importancia de reformularla a través de nuevas sesiones, que resulten más sencillas, más participativas y que enseñen de manera clara a las madres cómo usar los productos de bajo costo de su localidad, conociendo el valor nutricional de diversos platos que ellas mismas puedan realizar dentro de su hogar. La prácticas de higiene: lavado bucal y correcto lavado de manos Fue la estrategia que más interiorizaron las madres de familia, tomando conciencia de que es un medio fácil y simple para eliminar posibles bacterias al preparar y consumir alimentos, evitando la contaminación alimentaria y previniendo cuadros diarreicos en niños menores de edad.⁸

2.2.3 A NIVEL LOCAL

No se encontraron antecedentes locales relacionados con el tema.

2.3 BASES TEÓRICAS

NUTRICIÓN.

La nutrición consiste en la incorporación y la transformación de materia y energía para que los organismos puedan llevar a cabo tres procesos fundamentales: mantenimiento de las condiciones internas, desarrollo y movimiento. Por lo tanto, la nutrición es fundamental en la vida de la persona, porque esto es un proceso básico y necesario. Cabe resaltar que las personas realizan toda actividad en función a la energía, esta es a través de la alimentación, que debe contener ingredientes necesarios para su óptimo uso en el cuerpo del hombre.

⁸ León, M. "Factores que influyen en la implementación del plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016". Pontificia Universidad Católica del Perú. [Tesis posgrado] [Online]. Disponible en:http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9813/Le%C3%B3n%20Klenke_Factores_influyen_implementation%3%B3n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

NUTRICIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 6 MESES DE EDAD: La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros 6 meses de vida. Es rica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades.⁹

Dar de lactar es mucho más que dar alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía. Es apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa.

NUTRICIÓN DE LA NIÑA O NIÑO DE 6 A 24 MESES DE EDAD: A partir de los seis meses de edad la niña o niño de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria¹⁰

Cuando el niño (a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño. Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación efectiva entre los niños(as) y sus padres o cuidadores.

PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS POR MICRO NUTRIENTES (HIERRO, YODO Y VITAMINA A)

Otras de las deficiencias nutricionales que hay que evaluar y/o revertir son la anemia, la deficiencia de vitamina A y yodo. Como primera medida es

⁹ MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. 1st ed. MINSAL, editor. Lima: Ministerio de Salud; 2004.

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD. [en línea].; 2017 [citado 2019 febrero 15]. Disponible desde: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/ninos-y-ninas/alimentacion-complementaria>.

aconsejar a la madre en la manera de cómo utilizar los productos alimenticios fuente de estos micros nutrientes.¹¹

Seguidamente proceder de acuerdo a los puntos mencionados a continuación.

SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO PARA NIÑAS Y NIÑOS

La anemia por deficiencia de hierro es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La deficiencia de este micronutriente tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica, endocrina y funcional (BAVIERA L, 2016). De esta manera se promueve la suplementación preventiva con hierro como se menciona continuación.

Anemia: Es 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.

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).

ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona. Es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6 m.- 3 años de edad .La Academia Americana de Pediatría sostiene que para afirmar que es ferropénica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía y respuesta a la terapia con hierro.

¹¹ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [en línea].; 2018 [citado 2019 marzo 2. Disponible desde: <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>.



La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos. La ferropenia induce una anemia hipocrómica microcítica. Simultáneamente, la depleción de enzimas esenciales que contienen hierro puede causar otras alteraciones, incluyendo la coiloniquia, alopecia, alteraciones tróficas en la lengua y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal. Al inicio de la deficiencia las reservas en forma de ferritina y hemosiderina pueden ser inadecuadas para mantener niveles normales de hemoglobina y hematocrito, así como los de hierro sérico y de transferrina, pero todavía no causa anemia. Hasta esta fase, existe un aumento de la actividad eritroide de la medula ósea. Después al persistir el balance negativo, aparece anemia microcítica e hipocrómica. Según la OMS se clasifican en leve, moderada y grave:

- **Anemia leve:** hemoglobina mayor de 10 g/dl.
- **Anemia moderada:** hemoglobina entre 8-10 g/dl.
- **Anemia severa:** hemoglobina menor de 8 g/dl.

El hierro es un mineral pese a que se encuentra en cantidades muy pequeñas, es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo.

El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico. Es posible que una menor disponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones funcionales.¹²

¹² Contraloría General de la Republica. Gestión y Control de la Anemia Infantil. Detengamos la anemia infantil. [En línea] Abril 2017 [Fecha de acceso el 22/01/2018]. Disponible en: http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/a6e4e8b0-1a9c-4ab9-9879-4aefaa65a624/Boletin_gestion_y_Control_46_anemia_infantil.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a6e4e8b0-1a9c-4ab9-9879-4aefaa65a624

MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS SEGÚN LA NORMA TÉCNICA VIGENTE.

CUADRO CLÍNICO: SIGNOS Y SÍNTOMAS.

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

El Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 incluye el despistaje de anemia en todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, y el inicio inmediato del tratamiento de anemia según el diagnóstico ya sea que presenten o no, los síntomas.

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

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 fanereas.- 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.¹³

ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA

La principal causa de la anemia nutricional es la deficiencia de hierro.

- Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro
- Ingesta de leche de vaca en menores de 36 meses
- Disminución de la adsorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales.
- No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado.
- Pérdida de sangre
- Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas.
- Corte inmediato del condón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto.¹⁴

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA

Clínico

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

- **Anamnesis:** Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño, adolescente y mujer gestante y puérpera para su registro.
- **Examen físico:** Considera los siguientes aspectos a evaluar:
 - Observar el color de la piel de la palma de las manos.
 - Buscar palidez de mucosas oculares

¹³ Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida, 2016.

¹⁴ Ministerio de Salud. (MINSa). Guía técnica. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. [En línea] 2016 [Fecha de Acceso el 15/01/2019]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>



- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

Laboratorio: Medición de Hemoglobina, Hematocrito y Ferritina Sérica.

Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

LABORATORIO

- La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia.
- Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes o puérperas se utilizarán métodos directos como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro), o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma.
- De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.
- La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada.
- Todo Establecimiento de Salud, de acuerdo al nivel de atención, debe contar con uno de los métodos anteriormente descritos y sus respectivos insumos para la determinación de hemoglobina o hematocrito. Se



deberá realizar el control de calidad de los datos obtenidos por cualquiera de estos métodos. En el caso de hemoglobina, se contará con una solución patrón de concentración de hemoglobina conocida.

- Cuando un Establecimiento de Salud no cuente con uno de estos métodos para la determinación de hemoglobina o hematocrito, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia entre la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, quienes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina. Este despistaje se realizará al menos una vez por mes. El equipo de salud capacitado se movilizará para realizar la medición de hemoglobina con equipos portátiles.
- En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses. La orden de laboratorio deberá consignar esta localidad.
- Los Establecimientos de Salud que se encuentran sobre los 1,000 msnm, deberán contar con el listado de localidades, centros poblados o comunidades de su jurisdicción con su respectiva altitud.
- El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o la responsable de la atención del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera verificará el ajuste por altitud respectivo. El valor ajustado de hemoglobina es el que se considerará para el diagnóstico de anemia.
- Los criterios para definir anemia fueron establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

- En el caso de diagnosticarse anemia en cualquier grupo de edad, se debe iniciar el tratamiento inmediato según esta Norma.¹⁵

DOSAJE DE HEMOGLOBINA

Para determinar el valor de la hemoglobina en la niña y el niño menor de 36 meses, se utilizarán métodos directos como la espectrofotometría (Cianometahemoglobina) y el hemoglobinómetro (azida meta hemoglobina).

El dosaje de hemoglobina puede ser realizado en el consultorio de atención integral de salud del niño a cargo del personal que lo atiende utilizando el hemoglobinómetro o en el laboratorio que los establecimientos dispongan para su servicio.

VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y NIVELES DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS (HASTA 1,000 MSNM)

- **Niños prematuros:** en la 1ra semana menor o igual a 13.0 g/dL se considera anemia y mayor a 13.0 g/dL se considera normal.

En la 2da semana a la 4ta semana de vida menor o igual a 10.0 g/dL se considera anemia y mayor a 10.0 g/dL se considera normal.

De la 5ta semana a 8va semana de vida menor o igual a 8.0 g/dL se considera anemia y mayor a 8.0 g/dL se considera normal.

- **Niños nacidos a término:** menor de 2 meses < 13.5 g/dL se considera con anemia y 13.5 g/dL a 18.5 g/dL se considera sin anemia.

De 2 meses a 6 meses cumplidos < de 9.5 g/dL se considera con anemia y de 9.5 g/dL a 13.5 g/dL se considera sin anemia.

En niños de 6 meses a 5 años cumplidos se clasifica en anemia leve de 10.0 g/dL a 10.9 g/dL, anemia moderada de 7.0 g/dL a 9.9 g/dL y anemia

¹⁵ Muñoz M, Morón C. Manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. 2005.



severa menor de 7.0 g/dL, se considera sin anemia si el valor es mayor o igual a 11.0 g/dL.

En niños de 5 años a 11 años de edad se clasifica en anemia leve de 11.0 g/dL a 11.4 g/dL, anemia moderada de 8.0 g/dL a 10.9 g/dL y anemia severa menor de 8.0 g/dL, se considera sin anemia si el valor es mayor o igual a 11.5 g/dL.¹⁶

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.
- Frotis y si es posible cultivo de sangre periférica, si hay sospecha de Enfermedad de Carrión.
- Otras pruebas especializadas se realizarán de acuerdo al nivel de atención y capacidad resolutive del Establecimiento de Salud como: morfología de glóbulos rojos y constantes corpusculares.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, como se señala a continuación. El diagnóstico de anemia se basa en los valores establecidos por la OMS, según edad, sexo y condición fisiológica.

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

En el caso de los niños la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011



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.

ACCIONES COMPLEMENTARIAS A LA SUPLEMENTACIÓN

- El IGSS, las GERESAS, DIRESAS, DISAS o las que hagan sus veces en el ámbito regional son responsables de la organización, supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud de su jurisdicción para garantizar el desarrollo de las siguientes acciones complementarias desde el establecimiento de salud, hogar y la comunidad con la participación activa de las familias.
- En el establecimientos de Salud
 - Atención prenatal en el primer trimestre con exámenes auxiliares (hemoglobina y examen de orina), vigilancia nutricional (Índice de Masa Corporal - IMC), consejería nutricional y administración de suplementos de hierro y ácido fólico, tratamiento de la anemia, infecciones u otra morbilidad si fuera el caso.
 - En el parto institucional se debe asegurar que la ligadura del cordón umbilical se realice cuando este deja de latir (entre los 2 y 3 minutos después del nacimiento), así como el contacto piel a piel (apego) y el inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido.
 - Promoción y protección de la lactancia materna implementando los 10 pasos establecidos en la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01, Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño”.
 - Prevención y control de la parasitosis intestinal, según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 087-.MINSA/DGSP-V.01., aprobada con Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA y



la “Guía de Práctica Clínica para la atención de patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño”, aprobada con Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA.

CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EXISTENTES

- **Gotas:** tenemos el sulfato ferroso donde 1 gota es igual a 1.25 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 gota es igual a 2.5 mg de hierro elemental.
- **Jarabe:** tenemos el sulfato ferroso donde 1 ml es igual a 3 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 ml es igual a 10 mg de hierro elemental.
- **Tabletas:** tenemos el sulfato ferroso donde 1 tableta es igual a 60 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 tableta es igual a 100 mg de hierro elemental.
- **Polvo:** tenemos los micronutrientes cuya composición es hierro elemental 12.5 mg, zinc 5mg, ácido fólico 160 ug, vitamina A 300 ug (retinol equivalente), vitamina C 30 mg.

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

- Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- 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.
- 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.¹⁷

En el hogar y la comunidad

- El personal de salud aprovecha toda oportunidad de contacto con adultos responsables del cuidado infantil, autoridades y otros actores sociales de la comunidad para reforzar mensajes sobre la importancia de la lactancia materna dentro de la primera hora del recién nacido, lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida y la necesidad de prolongarla hasta los 2 años de edad.
- El personal fomenta la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo comunal que promuevan y protejan la lactancia materna, el mismo que estará conformado por gestantes y mujeres que estén dando de lactar.
- El personal de salud realiza sesiones demostrativas de preparación de alimentos, promoviendo una adecuada alimentación complementaria de los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad, considerando grupos de alimentos, consistencia, frecuencia y cantidades de acuerdo a edad. Se deberá promover el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, sangre, corazón, carnes rojas, pescado, cuy y otras vísceras de color rojo. Asimismo considerar el consumo de alimentos que favorezcan la absorción de hierro (vitamina C), y desmotivar el consumo.¹⁸

MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

Los niños que tienen diagnóstico de anemia según los valores de la OMS deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6

¹⁷ Ministerio de Desarrollo de la Inclusión Social (MIDIS). Plan multisectorial de lucha contra la anemia. Definición, alcance y base normativa. [En línea] Mayo 2018 [Fecha de acceso el 11/02/2019]. Disponible en; <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>

¹⁸ Ministerio de Salud; Reforma en más Salud; Perú progreso para todos. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses; DIRECTIVA SANITARIA N° 056 -MINS/DGSP. V.01



meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD:

Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer:

- El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.
- Se administrará tratamiento con hierro en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO Y/O CON BUEN PESO AL NACER MENORES DE 6 MESES:

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

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES A 11 AÑOS DE EDAD

- El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.



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

EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL USO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO

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

- **Sulfato Ferroso:** Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas.
- **Hierro Polimaltosado:** En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso.

Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla al órgano competente en su ámbito asistencial.

ADQUISICIÓN DE SUPLEMENTOS DE HIERRO Y MICRONUTRIENTES

Los suplementos de hierro y Micronutrientes requeridos tanto para el manejo preventivo como el tratamiento terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas serán financiados y adquiridos por el Ministerio de Salud para toda la población que así lo requiera; sin discriminación de su afiliación o no a seguro alguno. La entrega de suplementos de hierro y micronutrientes es gratuita.¹⁹

¹⁹ Ministerio de Salud. (MINSa). Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescente en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Profilaxis y Tratamiento de la anemia. [En línea] 2015 [Fecha de Acceso el 05/12/2018]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_anemia_por_deficiencia_de_hierro.pdf

PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida. Inicio de la alimentación complementaria adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño. Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, esta práctica enseñará al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores.

Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.²⁰

FARMACOVIGILANCIA

Ante una sospecha de reacciones adversas a los suplementos el personal de salud realizará el registro de la información, en el formato de Reacciones Adversas Medicamentosas, quien a su vez lo entregará al servicio de farmacia de cada establecimiento de salud, para el respectivo procesamiento de la información.

INTERVENCIONES SECTORIALES EN SALUD

- Visita domiciliaria y consejería.
- Sesión educativa-demostrativa de preparación de alimentos.
- Tratamiento y prevención de anemia con suplemento de hierro de buen sabor a niños y consejería.
- Control de crecimiento y desarrollo infantil y consejería desde el nacimiento.

²⁰ Ministerio de Salud. Documento Técnico Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 - 2016 plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país 2014 – 2016. [En línea] 2014 [Fecha de Acceso el 24/02/2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3514.pdf>



- Suplementos de vitamina A para niños de 6 meses a 5 años (rural)
- Vacunas y atención a enfermedades prevalente de la infancia
- Suplementos de hierro y ácido fólico a gestantes en control prenatal y consejería.
- Suplemento de hierro y ácido fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años.
- Desparasitación a escolares y familias (2 a 17 años).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA ELEVADA PREVALENCIA DE ANEMIA

- Falta de acceso a alimentos de calidad y en cantidad adecuadas, producto de la inseguridad alimentaria que afecta a gran parte de la población.
- Malos hábitos de alimentación y nutrición.
- Condiciones insalubres de la vivienda y del entorno comunitario, debido a la carencia de agua segura y alcantarillado.
- Escasos hábitos higiénicos, bajo nivel educativo.

Todos ellos expresiones de la pobreza multidimensional que afecta aún a amplios sectores de país.²¹

FENOMENOLOGÍA DE LOS TESTIMONIOS DE LA MADRES SOBRE LA SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO EN NIÑOS CON ANEMIA.

La fenomenología es un movimiento filosófico y que se ha introducido en la ciencia de enfermería, con la finalidad de acercarse a los fenómenos propios relacionados con el cuidado. En este sentido, la fenomenología se identifica como un método científico cualitativo que permite al investigador tener un acercamiento a un fenómeno tal cual acontece en la persona, familia y comunidad.

²¹Colegio Médico del Perú. Consejo Regional iii – lima. La anemia en Perú que hacer. [En línea], 2018 [Fecha de acceso el 12/03/2019]. Disponible en: <http://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-Anemia-Peru-CRIII.pdf>



La fenomenología puede ser desde la descripción del fenómeno hasta la comprensión del mismo, la razón fundamental de la fenomenología es acceder a la conciencia de la persona y aprehender aquello que esa conciencia sea capaz de revelar respecto a un fenómeno vivido por la misma. De ahí que la fenomenología es la ciencia misma de los fenómenos y el método para adentrarse en las vivencias de una persona tal cual son vividas, experimentadas por ella y a las cuales les ha dado una significación

Para poder aprehender esos fenómenos como experiencias, testimonios, historias o vivencias de la persona, el investigador se convierte en su propio instrumento de recolección de información pues a él le compete sumergirse en el fenómeno a través del discurso de los participantes, que son los que en realidad están en el fenómeno mismo y son el hilo conductor a través de sus discursos, mismos que han sido abordados en su conciencia y que se manifiestan a través del lenguaje.²²

2.4. DEFINICION DE TERMINOS

- **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).
- **Sulfato Ferroso:** Es un compuesto químico de fórmula $FeSO_4$. Se encuentra casi siempre en forma de sal hepta-hidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.
- **Suplementación:** Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabe o tabletas, para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo.
- **Testimonios:** Declaración que hace una persona para hacer mención a hechos acaecidos en un determinado tiempo, que asevera la realidad tal y como sucedió.

²² Guerrero, R. y Oliva, T. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. [En Línea] 2016 [Fecha de acceso el 05/12/2018]. Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n2/0102-6933-rngen-1983-144720170267458.pdf>



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cualitativa, pues buscó describir, conocer y analizar los acontecimientos desde la subjetividad y conocer la percepción de las madres de niños menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferroso. Se registró la información mediante entrevistas a profundidad dirigidas individualmente.

3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Corresponde la Línea de investigación de Enfermería en Estrategias Sanitarias: Estrategias Sanitarias de Alimentación y Nutrición Saludable; Articulado Nutricional.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población en estudio estuvo constituida por madres de niños de menores de 3 años con anemia que reciben sulfato ferrosos que asistieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Ollantaytambo, Urubamba; de acuerdo al registro interno del servicio CRED, cuyos datos fueron manejados únicamente por el investigador, guardando así el anonimato.

3.3.2. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

Se seleccionó a madres de niños menores de tres años con anemia que reciben sulfato ferroso de acuerdo a la información otorgada por la responsable de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Ollantaytambo, a quienes se aplicó la entrevista y cuyo número fue determinada por saturación de la información, quedando finalmente 13 madres de familia quienes dieron sus testimonios.

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños menores de 3 años con anemia que reciben tratamiento con sulfato ferroso y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que no quisieron participar en el trabajo de investigación.
- Madres cuyos hijos no presentaron anemia.

3.4 TECNICA E INSTRUMENTO

3.4.1 TÉCNICA

Se utilizó como técnica la Entrevista a Profundidad.

3.4.2 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una Guía estructurada de preguntas abiertas a profundidad, que permitió a la madre de familia expresar libremente su testimonio con respecto al tema que se investigó. Estuvo constituida por dos partes, la primera consta de los datos generales de las madres y la segunda consta de la descripción de los testimonios de las madres por dimensiones:

- Dimensión Interacción.- Donde se analiza la influencia recíproca entre la madre y el personal de Salud y entre madre e hijo; consta de 03 preguntas abiertas.
- Dimensión terapéutica. - Se considera la concepción de la madre sobre el tratamiento de la anemia, prontitud en la entrega del medicamento y visita domiciliar por el personal de salud, consta de 05 preguntas abiertas.
- Dimensión Efectos secundarios del tratamiento.- Resalta los efectos adversos del tratamiento con sulfato ferroso y la reacción de las madres ante este hecho, consta de 02 preguntas abiertas.