

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Intervención de enfermería en el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión - Pasco y Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo - 2017

Para optar el título profesional de: Licenciada en Enfermería

Autores:

Bach. Karin Milagros DEUDOR AVALOS

Bach. Kely Maruja GUERREROS VILLANUEVA

Asesor:

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA

Cerro de Pasco – Peru - 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Intervención de enfermería en el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión - Pasco y Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo - 2017

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. Flor Marlene SACHÚN GARCÍA
PRESIDENTE

Dr. Raúl R. CARHUAPOMA NICOLÁS
JURADO

Mg. Cesar TARAZONA MEJORADA
JURADO

DEDICATORIA

A Dios, creador y dador de todo y su inmenso amor, su benevolencia nos permite culminar el primer paso en mi camino profesional;

A mis padres

A mi familia que siempre me apoyó y celebró mis logros.

A los docentes y colegas

Karin Milagros

Al Dios por permitirme alcanzar el primer escalón de mi vida profesional

A mis padres

A toda mi familia que siempre estuvo a mi lado celebrando mis logros.

A mis docentes y colegas

Kely Maruja

AGRADECIMIENTO

Nuestra eterna gratitud a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión que, a través de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, nos abrió el camino para nuestra formación profesional. Asimismo, a nuestro asesor, por su paciencia y dedicación en esta labor investigativa

Las Autoras

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de la intervención de enfermería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017

La investigación es de tipo Básica – cuantitativa. Se utilizó el método descriptivo correlacional comparativo. El diseño empleado es el no experimental de corte longitudinal. Se trabajó en una muestra de 102 niños de 6 a 35 meses y sus madres en el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco y Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la ficha de registro.

Los datos recolectados fueron procesados; para el tratamiento estadístico y la contrastación de la hipótesis se empleó la estadística inferencial a través de la X^2 , empleando el software estadístico SPSS v.24 y el Microsoft Excel 2016.

Se concluyó que la intervención de enfermería se relaciona significativamente con el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad. La prueba estadística arrojó un valor $X^2_c = 38.549 > X^2_t = 9.488$ con nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y 4 Grados de libertad para el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco. Para el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo arrojó un valor de $X^2_c = 71.972 > X^2_t = 9.488$ ($gl = 4, \alpha = 0.05$).

Palabras clave: Intervención de Enfermería, Anemia

ABSTRACT

Present it investigation came true for the sake of determining the effectiveness of the intervention of infirmary in relation to the handling of the anemia in children of 6 to 35 months, job of health Daniel Alcides Carrión - Pasco and Centro of Salud San Jerónimo - Huancayo, 2017.

The investigation is of type Basic – quantitative. The comparative correlacional utilized the descriptive method itself. The employed design is longitudinal court's experimental no. Daniel Alcides Carrión Huancayo was worked in 102 children's sign of 6 to 35 months and his mothers at the Health Station – Pasco and Centro of Salud San Jerónimo -. The utilized instruments were the questionnaire and the data card.

The recollected data were processed; For the statistical treatment and the contrastation of the hypothesis used the inferential statistics through the X^2 itself, using the statistical software SPSS v.24 and the Microsoft Excel 2016.

It was concluded that the intervention of infirmary relates with the handling of the anemia in children of 6 significantly to 35 elderly months. The statistical proof yielded a value $X^2_c = 38.549 > X^2_t = 9.488$ with level of significancia of $\alpha = 0.05$ y 4 Grades of freedom for the Health Station Daniel Alcides Carrión – Pasco. For the Health Care Facility St. Jerónimo – Huancayo a value $X^2_c = 71.972 > X^2_t = 9.488$ (gl = 4, $\alpha = 0.05$).

Key words: Intervention of Infirmary, Anemia

INTRODUCCION

La anemia representa un gran problema de salud en muchos lugares de nuestro planeta, considerándose como una epidemia silenciosa el cual viene perjudicando en todo el mundo a 1620 millones de seres humanos en las diversas etapas de la vida, siendo éstas que representan a un 48.8% de la población mundial, notándose una prevalencia mayor en la etapa de vida niño, sobre todo en edades entre 6 meses y 3 años en un 47,4%, según lo indica la Organización Mundial de la Salud (1).

Por su parte, el MINSA informa, que en el año 2016 la anemia afectaba a más del 50% de niños en edad preescolar, siendo los más vulnerables los niños de 6 a 35 meses representando así el 43.5% de casos; asimismo, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2017 reporta que el 43.6% de niños de 6 meses a 3 años padecen de anemia, lo que representa que, de cada 10 niños, 4 niñas y 6 niños la padecen. Es decir, es una enfermedad que está presente en un promedio de 620 mil niños a nivel nacional (2)

Así, podemos observar que, los niños son el grupo más vulnerable a esta deficiencia, debido al rápido periodo de crecimiento cerebral, en especial durante los 2 primeros años de vida. Aquí es donde juega un papel importante el hierro, ya que es uno de los principales sustratos que permiten el desarrollo y la actividad metabólica de múltiples procesos a nivel cerebral.

Por tal razón, desarrollamos el presente trabajo de investigación titulado "INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO Y

CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUANCAYO, 2017", el cual tiene por finalidad analizar y evaluar la efectividad de la intervención del personal de enfermería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses en 2 establecimientos de salud, uno de Pasco y otro de Huancayo. Asimismo, contribuirá a identificar de manera minuciosa las limitaciones y debilidades en la intervención para proponer alternativas para superarlas. Del mismo modo, servirá para generar futuras investigaciones dentro del ámbito preventivo-promocional de la salud pública, y promover actitudes positivas frente a tales situaciones.

El presente informe final de investigación consta de nueve apartados; **Introducción**, **Capítulo I**; Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. **Capítulo II; Marco Teórico**, Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III: Metodología y Técnicas de Investigación**, Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. **Capítulo IV: Resultados y Discusión**, Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

INDICE

	Página
CARÁTULA	
PÁGINAS PRELIMINARES	
Acta de Sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii
Índice	ix

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Determinación del problema	11
1.2 Delimitación de la Investigación	13
1.3 Formulación del problema	14
1.3.1 Problema General	14
1.3.2 Problemas Específicos	14
1.4 Formulación del Objetivos	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	15
1.5 Justificación de la Investigación	16
1.6 Limitaciones de la Investigación	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	18
2.2. Bases teóricas – científicas	23
2.3. Definición de términos básicos	60
2.4. Formulación de Hipótesis	60
2.4.1. Hipótesis General	60
2.4.2. Hipótesis Específicos	61

2.5.	Identificación de variables	61
2.6.	Definición Operacional de variables e indicadores	62

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de investigación	64
3.2	Método de Investigación	64
3.3	Diseño de Investigación	65
3.4	Población y muestra	66
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	66
3.7	Tratamiento estadístico	67
3.8	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos	67
3.9	Orientación ética	68

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Descripción del trabajo de campo	69
4.2	Presentación, análisis e interpretación de los resultados	69
4.3	Prueba de hipótesis	94
4.4	Discusión de Resultados	98

CONCLUSIONES	106
--------------	-----

RECOMENDACIONES	109
-----------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
----------------------------	-----

ANEXOS	118
--------	-----

- Instrumentos de Recolección de datos
- Consentimiento informado
- Matriz de consistencia y Operacionalización de variables

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La infancia se considera como el momento más significativo para el desarrollo psicomotor; en ella se establecen las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que determinaran su capacidad de aprendizaje. El sistema nervioso central del niño que es muy inmaduro al nacer, alcanza casi su plena madurez a los 5 años de edad (3). Sin embargo, está sujeto a influencias de herencia y ambiente; el ambiente desempeña un papel fundamental para el desarrollo psicomotor, es así que la calidad deficiente en la crianza y presencia de enfermedades como la anemia, impacta directamente sobre el desarrollo (4).

Estudios recientes concuerdan con la Organización Mundial de la Salud (OMS), al señalar que, el desarrollo psicomotor está estrechamente asociado al nivel de hemoglobina; sin embargo, se sabe que la anemia es el trastorno hematológico más frecuente en el mundo y afecta a 1620 millones de personas, especialmente en países en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe se estima que 77 millones de niños y mujeres presentan anemia ferropénica; el 47.4% son niños de 3 a 5 años de edad (5). Por otro lado, la UNICEF, reconoce que no se dispone de información sobre el número real de niños que presentan alteración en el desarrollo psicomotor a causa de este problema de salud pública (6).

En el Perú, según los datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA), en el 2012, reportaron que el 40% de los niños a nivel nacional sufrió de retraso en el desarrollo psicomotor, 13% de incapacidad y 3% de minusvalía.⁵ Lamentablemente estos datos no fueron actualizados a la fecha; sin embargo en lo que refiere al nivel de hemoglobina; el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que en el año 2016; la anemia afectó a 681 mil niñas y niños, es decir al 43,6% de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad. Esta cifra durante los años 2016, 2015 y años anteriores se mantuvo (7)

En la región de Pasco, de acuerdo a los datos estadísticos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el 2016, se reportó que el 58.5% de los niños de 6 a 36 meses tuvo los controles de CRED completo para su edad, sin embargo, no se conoce sobre la situación real del desarrollo psicomotor de estos niños. Por otra parte, la ENDES, señaló que, en el año 2016, el 75.9% de niños presentó anemia.

En el Centro de Salud San Jerónimo; según la evaluación anual de actividades, se evidenció que, en el año 2017, el 83 % de los niños de 2 a 5 años de edad tuvo los controles de CRED completos para su edad, sin embargo, es dificultoso tabular los diagnósticos del desarrollo psicomotor debido a que no todas las Historias Clínicas de los niños anexan el instrumento y/o protocolo de evaluación del desarrollo psicomotor. Por otro lado, el 76.4% de los niños tuvo anemia; convirtiéndose en un problema severo de salud pública.

Está demostrado que existe un déficit en el desarrollo psicomotor en los niños que viven en sectores pobres, como las zonas urbano marginales y rurales, donde los problemas de salud se acentúan, y la anemia se convirtió en el principal problema de Salud Pública, donde la carencia de hierro es la causa más común de esta, pero también puede ser causada por otras carencias

nutricionales (folatos, vitaminas B12 y A), inflamación aguda y crónica, parasitosis, enfermedades que afectan la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos (5). Los estudios de investigación sobre anemia y desarrollo psicomotor; realizados por: Ojeda Quezada, Sanoja Valor, Martínez R, Svarch E, entre otros, concuerdan al señalar que la anemia genera efectos perjudiciales en el desarrollo psicomotor de los niños, disminuyendo el potencial de sus habilidades, la misma que podría tener impacto negativo a corto, mediano y largo plazo.

A nivel nacional, existen pocos estudios de investigación sobre desarrollo psicomotor asociado al nivel de hemoglobina en niños, y en nuestra región no hay; razón por lo que se realizó la presente investigación. Así mismo, este estudio es relevante debido a que es posible prevenir la anemia y el retraso del desarrollo psicomotor mediante la promoción de alimentación saludable y la puericultura. Los resultados están orientados a proporcionar información actualizada al área Salud Pública acerca del desarrollo psicomotor y su asociación con el nivel de hemoglobina en niños de 2 a 5 años de edad.

Por todo lo mencionado anteriormente y siendo partícipes de la situación y las condiciones laborales, se decide ejecutar la investigación titulada: “Intervención de enfermería en el manejo de la anemia, Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión y Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo, 2017”

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A. Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se desarrolló en los establecimientos de salud: Daniel Alcides Carrión Pasco del distrito de Chaupimarca -Pasco y el Centro de Salud San Jerónimo provincia de Huancayo, establecimientos del Ministerio de Salud.

B. Delimitación Temporal

El estudio se realizó en el mes de junio a octubre de 2017.

C. Delimitación Social:

La investigación se llevó a cabo con madres de familia y sus niños de 6 a 35 meses de edad asistentes al programa de crecimiento y desarrollo de los establecimientos de salud que comprenden el presente estudio.

D. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:

Los conceptos comprendidos en el estudio son: Intervención de enfermería y manejo preventivo y terapéutico de la anemia.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a) ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en promoción de la salud en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?
- b) ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en manejo preventivo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?

- c) ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en manejo terapéutico en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?
- d) ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en consejería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?
- e) ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?

1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en promoción de la salud en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017
- b) Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en manejo preventivo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses,

puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017

- c) Determinar la efectividad de la intervención de enfermería manejo terapéutico en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017
- d) Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en consejería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017
- e) Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La ciencia del cuidado de enfermería se basa no solo en la aplicación de conocimientos científicos, teóricos y prácticos; sino, en ejercerlo con calidad y calidez desde el primer nivel de atención. El presente estudio aborda la efectividad de la intervención de enfermería en el manejo de la anemia, a través del estricto cumplimiento de normas técnicas, directrices y otras que establecen científicamente el abordaje preventivo y terapéutico de niños con problemas de anemia.

El presente estudio se refuerza en las teorías, normas y directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerios de Salud (MINSA) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Asimismo, la presente investigación servirá de base para la realización de futuras investigaciones.

1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El estudio, permitirá evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en el manejo preventivo y terapéutico de los niños de 6 a 35 meses, procesos constituidos por promoción de la salud, consejería, monitoreo y seguimiento a través del control de crecimiento y desarrollo de niño. Los resultados nos permitirán visualizar la inmensa responsabilidad sobre la cual carga el profesional enfermero en los cuidados y el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etéreo y su futuro como persona humana. Asimismo, el estudio permitirá orientar el accionar preventivo promocional de los profesionales de la salud y promover el mejoramiento nutricional, higiene de alimentos y lavado de manos como medidas preventivas en las complicaciones para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El estudio se fundamenta en los principios de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De igual manera, en el estudio se utilizaron normas y directrices que guían las actividades del profesional de enfermería en el ámbito del primer nivel de atención, asimismo, instrumentos validados y confiables utilizados por los organismos competentes tanto nacionales e internacionales.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se pudo encontrar dificultades en los consentimientos informados de parte de las madres de familia por el temor de evaluar al personal de enfermería; asimismo, otro de los factores limitantes es el tiempo que se empleó para el desarrollo del presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 INTERNACIONALES

A. OJEDA QUEZADA C. (2017). En Ecuador realizó una investigación titulada “Anemia y desarrollo psicomotriz en niños y niñas que asisten al centro infantil del buen vivir infancia universitaria, durante el periodo junio – noviembre 2016”. El objetivo fue identificar a los niños con anemia ferropénica y determinar la influencia que esta tiene sobre el desarrollo psicomotriz. El estudio fue de tipo descriptivo – correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por el universo íntegro (58 niños). Se empleó la técnica de la observación, como instrumentos el test de Denver y hoja de registro de hemoglobina. Demostró que el 55.17% de los niños no tenían anemia; mientras que el 37.93% presentó anemia leve; y el 6,89% presentó anemia severa. Referente al desarrollo psicomotor, se evidenció que, el 48% tuvo un desarrollo normal; mientras que, el 29% su desarrollo fue calificado como dudoso; en tanto que el 22% tuvo un calificativo en su desarrollo como anormal. Al contrastar la correlación entre los niveles de hemoglobina y los resultados de la evaluación del desarrollo a través del test de Denver, obtuvo que, el 24% de niños con anemia obtuvieron resultados anormales; en tanto que el 8% de los niños con anemia obtuvieron resultados normales en su desarrollo, frente al 32% de niños que no presentaron anemia, asimismo, obtuvieron un resultado

normal en su desarrollo; mientras que el 17% de niños sin presencia de anemia, obtuvieron resultados dudosos; en tanto que, solo un 5% de los niños sin presencia de anemia obtuvo resultado anormal en su desarrollo. Concluyendo que, existe marcada diferencia estadística, que demuestra que, los niños con presencia de anemia evidenciaron un anormal desarrollo en su psicomotricidad; por lo que corrobora que, a mayor valoración del desarrollo psicomotor el promedio de hemoglobina es mayor (8).

B. SANOJA VALOR C. MIRABAL M. (2015); en Venezuela realizó la tesis titulada “Desarrollo psicomotor en preescolares con anemia ferropénica, Maracay 2015”; tuvo como objetivo conocer el desarrollo psicomotor de los niños en edad preescolar con anemia ferropenia. El estudio fue de carácter descriptivo, correlacional de corte transversal; los instrumentos empleados fueron el test de Denver y la hoja de registro de prueba sanguínea capilar. La muestra estuvo constituida por 60 niños con edades comprendidas entre 2 y 6 años, alumnos de Preescolar Estatal San Carlos, Maracay, estado Aragua. Los resultados muestran que, el 50% evidenció presencia de anemia microcítica; asimismo, el 57% de la muestra, son de sexo masculino y el 43% de sexo femenino. A la muestra en estudio (30 niños) luego de la evaluación de su desarrollo psicomotor, evidenció que, el 63.3% tuvieron calificación anormal; mientras que, el 20% obtuvo resultado dudoso; y, el 16.7% mostró un desarrollo psicomotor normal. Dentro de la evaluación del desarrollo psicomotor, se observa mayor retraso en el área de lenguaje en el 63.3%; seguido por un retraso en el área motora fina; por el contrario, se notándose un desarrollo normal en el área motora gruesa y social. Consecuentemente, luego de correlacionar los niveles de hemoglobina hallados y los resultados del test de Denver, se evidenció que, el 90% de los niños sometidos a estudio, presentó un nivel de hemoglobina de 9 a 10,9

g/dl; de éstos, el 60% fueron calificados con desarrollo anormal a través del test de Denver. Concluyendo que, lo hallado en el estudio, demuestra el efecto deletéreo de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor (cognitivo y motor fino) de los niños preescolares, así como, la disminución de las habilidades como el lenguaje, mermando la capacidad de destrezas para la comunicación (9).

2.1.2 NACIONALES

A. NÚÑEZ ARBILDO M., ULLOA GARCÍA D. (2011). En la ciudad de Trujillo en su estudio de investigación titulado “Anemia y desarrollo cognitivo en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa 06 Cuadritos, distrito de Laredo - diciembre 2010”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre la anemia y el desarrollo cognitivo de los niños. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo conformada por 127 niños de 3 a 5 años, y el tamaño de muestra fue representado por 53 niños con selección aleatoria simple. Se utilizó la técnica de la observación, los instrumentos fueron: el registro de evaluación del educando (proporcionado por la institución educativa) y hoja de registro de hemoglobina. Obtuvo los resultados siguientes: el 17% de niños tenía anemia; el 83% de los niños lograron los objetivos educativos establecidos; en tanto que, el 13.2 % estuvieron en proceso de aprendizaje, y el 3.8% necesitaron reforzamiento. Entre los niños que presentaron anemia, el 55.6% de ellos logró los objetivos educativos; en tanto que, el 22.2% estuvieron en proceso de aprendizaje, y el 22.2% necesitaron reforzamiento. Por otra parte, entre los niños del grupo que no presentaron anemia, el 88.6% logró los objetivos educativos; en tanto que, el 11.4% estuvo en proceso de aprendizaje; no evidenciándose alguno de ellos que necesitó reforzamiento. Concluyendo que existe una baja relación entre la anemia y el desarrollo cognitivo (10).

B. ACUÑA PONCE N.(2014) En un estudio de investigación realizado en Ocuviiri – Lampa - Puno, denominado “Relación del estado nutricional, nivel de hemoglobina, hematocrito y hierro dietario en preescolares de la I.E.I. N° 200 Ocuviiri, Provincia de Lampa – Puno. Junio-setiembre 2014”, cuyo objetivo fue determinar la relación del estado nutricional con el nivel de hemoglobina, hematocrito y el hierro dietario. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 35 estudiantes de 03 a 05 años de edad. Los datos fueron obtenidos a través de la técnica de antropometría y análisis bioquímico de la sangre. Donde los resultados fueron que, el 71.4% tiene estado nutricional normal; mientras que el 28.6% evidencia adelgazamiento o desnutrición crónica; Por su parte tomando en cuenta el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC), el 89% se halla en un estado normal; mientras que, el 9% muestra bajo peso; y el 3% evidencia sobrepeso. Asimismo, en la evaluación del nivel de hemoglobina, el 60% muestra niveles altos; mientras que, el 31.4% muestra niveles normales; y el 8.6% niveles bajos de hemoglobina. De igual manera, en esta evaluación, el 60% presenta niveles normales de hematocrito; en tanto que, el 25.7% presenta niveles altos; y el 14.3% niveles bajos. El 68.6% de los niños muestran consumo excesivo de hierro en su dieta; en tanto que, el 17.1% el consumo es deficiente; y en el 14.3% el consumo es adecuado. Concluyendo que existe relación entre el estado nutricional y el nivel de hemoglobina, hematocrito, pero no con el hierro dietario (11).

C. TUME FLORES Wily (2018). En su estudio titulado “Desarrollo psicomotor asociado al nivel de hemoglobina en niños y niñas de 2 a 5 años de edad, Centro de Salud Cabana – 2018” tuvo como objetivo determinar la asociación, entre el desarrollo psicomotor y el nivel de hemoglobina en niños de 2 a 5 años de edad, Centro de Salud de Cabana - 2018; su alcance fue

descriptivo - correlacional con diseño trasversal; la muestra estuvo constituida por 40 niños de 2 a 5 años de edad, para la recolección de datos se usó dos instrumentos: el TEPSI y el Formato de Registro de Hemoglobina. Los resultados reportados fueron: El 47.5% presentó anemia moderada; en tanto que, el 35% presentó anemia leve; y, el 5% anemia severa. Respecto al desarrollo psicomotor global, el 52.5% de los niños presentó riesgo; mientras que, el 40% fue normal; y, el 7.5% evidenció cierto retraso. En cuanto a las áreas del desarrollo: En el área Coordinación, el 50% presentó categoría normal; mientras que, el 42.5% presentó riesgo; y, el 7.5% retraso. En el área Lenguaje, el 50% presentó cierto riesgo; mientras que, el 47.5% se presentó normal; y, el 2.5% retraso. En el área Motriz, el 77.5% se mantuvo dentro de la categoría normal; mientras que el 17.5% manifestó cierto riesgo; y, el 2.5% retraso. Cuando realizó la asociación: Desarrollo psicomotor global y nivel de hemoglobina: evidenció que, el 42.5% manifestó anemia moderada y riesgo del desarrollo; El 25% manifestó anemia leve y desarrollo psicomotor normal; y, el 02.5% presentó anemia moderada y su desarrollo psicomotor fue normal. En la asociación Desarrollo psicomotor por áreas del desarrollo y nivel de hemoglobina: Respecto al área de Coordinación: el 27.5% presentó anemia moderada y a su vez manifestó riesgo del desarrollo; en el área de Lenguaje: el 32.5% presentó anemia moderada y mostró riesgo del desarrollo; En el área Motriz, el 35% presentó anemia moderada y su desarrollo psicomotriz fue normal. Concluyó que, la mayoría de niños en estudio presentaron anemia moderada y leve, asimismo, riesgo en el desarrollo psicomotor global, desarrollo normal y en riesgo dentro de las áreas Coordinación y Motriz, riesgo en el desarrollo del área de Lenguaje. En concordancia con la prueba estadística de Pearson, el desarrollo psicomotriz global y las áreas de Coordinación y Lenguaje se

asocian con el nivel de hemoglobina; por el contrario, el área Motora del desarrollo, no se asocia con el nivel de hemoglobina (12).

2.1.3 LOCAL Y REGIONAL

- A. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012), reporta a través del estudio en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que, El 43,4 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad padeció de anemia en Pasco, proporción menor a la observada en el año 2009 (53,0 por ciento). Por tipo, el 25,4% tuvo anemia leve; el 17,8% tuvo anemia moderada y el 0,3% anemia severa. En relación a la Encuesta del año 2009, se observa una disminución en la anemia moderada de 7,0% al pasar de 24,8% en el año 2009 a 17,8% en la Encuesta del año 2012; asimismo, la anemia leve disminuyó en 1,2 por ciento. Por otro lado, la anemia afectó en Pasco al 64,9% de niños y niñas de 6 a 11 meses, al 78,6% de niños entre 12 y 17 meses; y al 57,8% de niños entre 18 y 23 meses de edad. Se tuvo una menor incidencia en niños entre 24 a 35 meses en un 34,6% (13)

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

I. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. DEFINICIÓN

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

En actividades de prevención las estrategias son desarrolladas en forma independiente, que son llevadas a cabo sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería ejecuta están definidas por los diagnósticos de enfermería. Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica. Esta justificación se desarrolla a partir de su base de conocimientos, que incluye las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades (14).

2. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Según las teorías y modelos enfermeros (15), las funciones de este colectivo son:

- **Fagín.** El fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas durante las fases agudas de una enfermedad y la rehabilitación y restauración de la salud.
- **Hall.** Ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en el que se encuentre.
- **Henderson.** Ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar a aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o morir en paz), que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios.
- **Iyer.** La enfermería posee un cuerpo propio de conocimiento, basado en la teoría científica y centrado en la salud y bienestar del usuario. La enfermería se preocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas. Asimismo, es un arte que implica el cuidado de los pacientes durante la enfermedad y la ayuda de éstos para alcanzar un potencial de salud máximo a lo largo de su ciclo vital.

- **Orlando.** La administración de ayuda que el paciente pudiera necesitar para cubrir sus necesidades, esto es, para garantizar en la medida de lo posible su bienestar físico y mental.
- **Orem.** Define la enfermería como un servicio humano, cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión.
- **Rogers.** Concibe la enfermería como arte o ciencia, identificando una única base de conocimientos que surge de la investigación científica y del análisis lógico, que es capaz de trasladarse a la práctica.
- **Roy.** Parte del supuesto de que los hombres son seres biosociales que viven dentro de un entorno, el cual junto con la personalidad influye en el hombre, de modo que éste puede desarrollar varias formas adaptivas; si las respuestas fuesen ineficaces, requerirían la atención enfermera.

A. Asistencial

Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

Las actividades asistenciales se realizan en:

A. 1. Medio hospitalario:

Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años.

La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla

tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:

- Atender las necesidades básicas
- Aplicar cuidados para la atención de los daños provocados por la enfermedad

A. 2. Medio Extra-hospitalario/ comunitario

El personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

B. Educador

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte, la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actividades necesarias para cumplir la función docente

- Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad.
- Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia.
- Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, etc.
- Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir autoeducándose siguiendo el avance de la ciencia.

C. Cuidador

Son todas las acciones dirigidas a ayudar, apoyar, capacitar a una persona con necesidades reales, potenciales, a aliviar y mejorar sus situaciones o modos de vida

D. Comunicador

El rol comunicador ha incluido tradicionalmente aquella actividad que ayuda al paciente a su recuperación o mantenerla su salud

E. Defensor del paciente

El paciente que entra en el sistema sanitario no está preparado para tomar decisiones independientes. Pero el consumidor de asistencia sanitaria actual está mejor educado sobre las opciones asistenciales y puede tener opiniones muy definidas

F. Líder

Todos los profesionales de enfermería son líderes y gestores. Practican el liderazgo y gestionan el tiempo, las personas, los recursos y el ambiente en que prestan la asistencia. Los profesionales de enfermería desempeñan estas funciones dirigiendo, delegando y coordinando las actividades de enfermería

3. CLASIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Esta organización apolítica reúne personas de diferentes países, con un interés profesional y un propósito común de desarrollo de la enfermería a nivel internacional (16)

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

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

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

El objetivo del cuidado debe ser promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan. La función de la enfermera, como cuidadora, implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Esta cuidadora debe estar abierta a las percepciones y

preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicada como profesional y permanecer dispuesta para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas. Además, debe estar basada en la evidencia empírica existente.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa. Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

Como V. Henderson (17) dijo, la enfermera debe conocer qué es lo que el enfermo necesita. Debemos colaborar con nuestros pacientes en la identificación de sus necesidades (físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales) y en el desarrollo de soluciones. La enfermería, desde su comienzo, ha reconocido la importancia de la intervención familiar en

el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, colegios, etc. Para alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno, debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural.

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

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

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, la enfermera debe:

- Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- Responder a las necesidades del paciente.
- Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.

- Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.

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

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

II. ANEMIA EN EL NIÑO

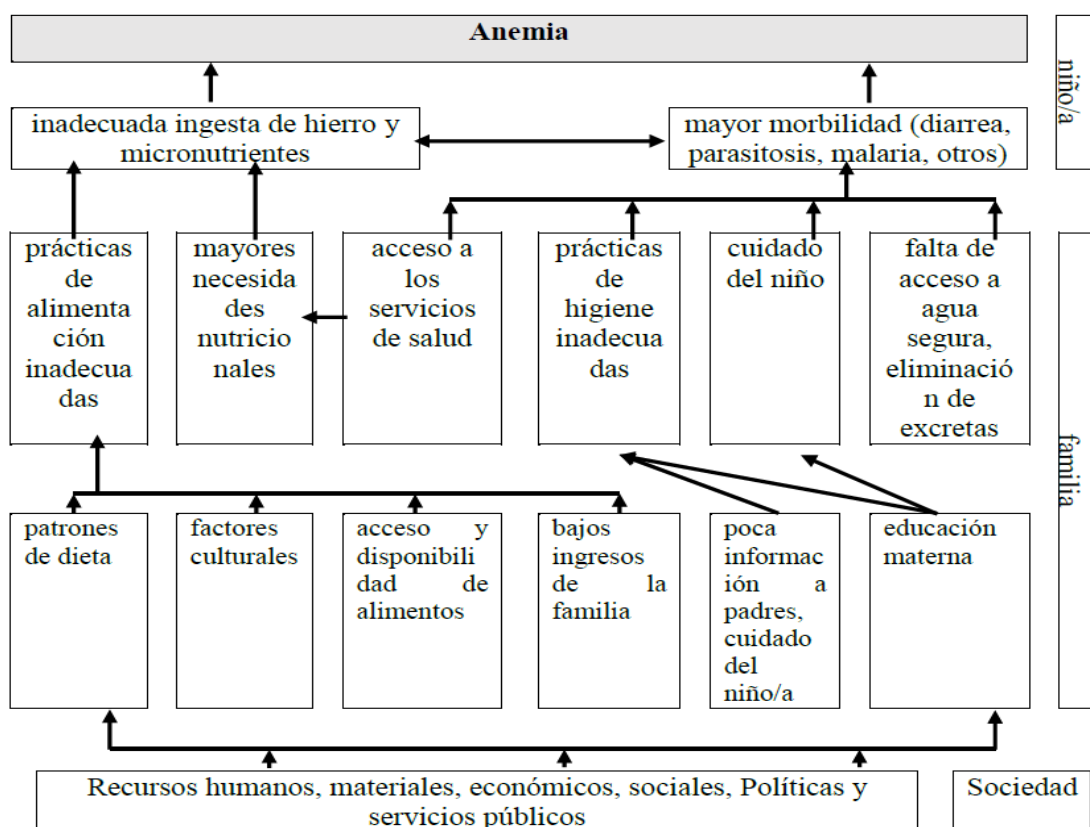
1. DEFINICIÓN

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

2. ETIOLOGÍA

La OMS, señala que en la infancia la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (folatos, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos (19).

Esquema Etiológico de la Anemia



Fuente: Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil – 2017.

3. CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

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

A. LEVE

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

B. MODERADA

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

C. SEVERA

Este tipo de anemia es menos común y se da cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 7 g/dl a nivel del mar. Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, los niños se muestran irritables y tienen dificultades para el sueño y la concentración, hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión, incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico (20)

4. PATOLOGÍA

En etapas tempranas por la deficiencia de hierro, el nivel de hemoglobina en la sangre se reduce, pero los eritrocitos individuales parecen normales. En respuesta a una caída de oxígeno, las concentraciones de eritropoyetina aumentan y estimulan la médula ósea, sin embargo, las cifras de hemoglobina no pueden incrementarse en respuesta debido a la deficiencia de hierro (21).

Como se sabe la infancia se caracteriza por el máximo desarrollo de la corteza cerebral; la misma que se da a través de tres procesos importantes: primero la Mielinación; proceso en la que los axones empiezan a recubrirse de una vaina de mielina, cuya finalidad es potenciar el impulso nervioso. Segundo la Sinaptogenesis; el ritmo de establecimiento de sinapsis se incrementa de manera espectacular, a merced de este proceso, los niños llegan a tener más sinapsis que los adultos. Y por último ocurre la Poda Sináptica; las neuronas que son poco estimuladas, y que apenas excitan a sus vecinas, terminan marchitándose y mueren (22)

Esta perspectiva permite predecir las consecuencias que la anemia ferropénica tendrá sobre la conducta y desarrollo del cerebro, la misma que se encuentra en función a la severidad y duración de la anemia. La deficiencia de hierro, afecta directamente en la formación de mielina en las neuronas cerebrales, inclusive en una disminución de los lípidos y proteínas que la conforman, provocando una transmisión más lenta del impulso nervioso, por consiguiente ocasionara una sinaptogenesis disminuida y una mayor estimulación de la poda sináptica, el cual tendrá un impacto negativo de corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicomotor del niño (23). Por otro lado, la capacidad de transporte de oxígeno hacia los tejidos que tienen actividad metabólica es menor; esto lleva de modo directo a la fatiga. Los mecanismos

compensadores del organismo dan pie a síntomas y signos adicionales de la anemia (21).

Manifestaciones clínicas de la anemia en la infancia.

Órgano o sistema afectado	Signos y síntomas
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia, anorexia, rendimiento físico disminuido, irritabilidad, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas.
Piel y flaneras	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas o queratocono.
Conducta alimentaria	Pica: tendencia a comer tierra, hielo, uñas, cabello, pasta de dientes entre otros
Cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea de esfuerzo, estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de hemoglobina es muy bajo (< 5g/dl)
Digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis
Inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos
Neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o atención, alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos.

Fuente: Norma Técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños.

5. CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la anemia no solo están relacionadas a la hipoxia, sino que pueden ser el producto de las alteraciones en la función del sistema nervioso central, que incluyen: Afección del desarrollo psicomotor y cognitivo del infante, disminución de la capacidad física a causa del aporte inadecuado de oxígeno, riesgo a contraer enfermedades, afección del crecimiento longitudinal, consecuencias negativas a mediano y largo plazo debido a un desempeño cognitivo deficiente.

III. MANEJO DE LA ANEMIA (24)

1. FINALIDAD

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

2. MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE ANEMIA

La anemia es un problema multifactorial (25) (26) cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en esta Norma ponen énfasis en un abordaje integral e intersectorial.

Las medidas de prevención son las siguientes:

- El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
- Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.
- Se pondrá énfasis en informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con

repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas).

Tabla N° 1
Medidas de Prevención de Anemia

EN LA GESTACIÓN	EN EL PARTO	PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 – 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones (27)	Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico (28) (29)
Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.	Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.	
Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción		

3. EVALUACIÓN: CUADRO CLÍNICO- SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las personas con anemia suelen ser asintomáticas (30); 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 de la Tabla N° 3, 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 (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Síntomas y signos de anemia

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

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

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones. Estrategias por Etapas de Vida (2016), adaptado de las referencias bibliográficas (31) (32)

4. DIAGNÓSTICO

A. CLÍNICO

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

- Anamnesis (30) (33): 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
 - ✓ 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.

B. LABORATORIO

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.

B.1 MEDICIÓN DE CONCENTRACIÓN DE Hb ó Hcto

- 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 púerperas se utilizarán métodos directos como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro (34) y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro) (35), o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma (34) (35).
- 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 (36).

- 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 (ver Anexo N° 1) antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses (37). 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 se presentan en la Tabla N° 3. Estos han sido 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.

Tabla N° 3

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

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
NIÑOS				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
ADOLESCENTES				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 – 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 – 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

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

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra (39)

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

B.2 MEDICIÓN DE FERRITINA

Las concentraciones normales de Ferritina dependen de la edad y del sexo. Son elevadas al nacer

y disminuyen progresivamente durante el primer año (40). Este indicador mide las reservas de hierro corporal. La medición se usa cuando la anemia persiste sin evolución favorable, a pesar de haber iniciado el tratamiento y contar con una buena adherencia al suplemento. Si la Ferritina es normal, la causa de la anemia no es la falta de hierro. Para una adecuada interpretación -en caso de sospecha de cuadro inflamatorio agudo- el punto de corte del valor de Ferritina Sérica se reajusta según el resultado de la medición de Proteína C Reactiva (PCR) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4.
Deficiencia de Hierro según concentración de Ferritina en suero en menores de 5 años

	Ferritina en Suero (ug/L)	
	VARONES	MUJERES
Disminución de las reservas de hierro	< 12	< 12
Disminución de las reservas de hierro en presencia de proceso inflamatorio (PCR > 3 mg/L)	< 30	< 30

Fuente: OMS. Concentraciones de ferritina para evaluar el estado de nutrición en hierro en las poblaciones. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Ginebra, 2011(OMS/NMH/NHD/MNM/11.2) (38)

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quando la anemia es por deficiencia de hierro es microcítica, hipocrómica (41). Luego de 3 meses de suplementación y comprobarse una adecuada adherencia al suplemento de hierro, y no observar una respuesta al tratamiento, se puede solicitar algunos exámenes auxiliares o referirse a un establecimiento de mayor complejidad o especializado.

D. EXAMENES 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 resolutoria del Establecimiento de Salud como: morfología de glóbulos rojos y constantes corpusculares

5. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

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

Tabla N° 5

Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACION	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml= 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

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

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

1. Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
2. Debe realizarse durante 6 meses continuos.
3. 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.
4. Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango "normal", y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento.

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

1. El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.
2. En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.
3. Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.

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

A. MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso que no se haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control. El diagnóstico de anemia se basa en los valores de la Tabla N° 3.

La prevención de anemia se realizará de la siguiente manera:

1. La suplementación preventiva se iniciará con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
2. Se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad (Tabla N° 6).
3. Luego se continuará con la entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día).
4. El niño que no recibió Micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).
5. En el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el Establecimiento de Salud no cuente con Micronutrientes, estos podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico.
6. En el caso de suspenderse el consumo de Micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres; se procurará evitar tiempos prolongados de deserción.

Tabla N° 6

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

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

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

B. MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

Los niños que tienen diagnóstico de anemia según los valores de la Tabla N° 3 deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

B.1 TRATAMIENTO EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES

a) EN NIÑOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO

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

- Se administrará tratamiento con hierro según la Tabla N° 7, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 7

Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia (42) (43)

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

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

b) EN NIÑOS A TÉRMINO-PESO ADECUADO

- El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, según se indica en la Tabla N°8 ((29) (44) (43) (45), en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 8

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

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (*) (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	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

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

C. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

1. El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día, según la Tabla N° 9.
2. Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
3. Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 9

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

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (*) (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

		Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

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

6. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA SEVERA EN NIÑOS

El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud (46)

En los casos de anemia severa, diagnosticada en establecimientos de menor capacidad resolutive, se dará la prescripción médica inmediata, como si fuera un caso de anemia moderada. Luego se referirá inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive, donde se evaluarán, según el caso específico, las opciones de tratamiento y el criterio médico. En caso de contar con servicio de hematología, referir al mismo.

Los pacientes que hayan tenido una evolución favorable al tratamiento de anemia severa y tengan diagnóstico de anemia leve o moderada, deberán ser contra referidos a su Establecimiento de Salud de origen, a fin de concluir con su tratamiento durante el periodo de 6 meses y reponer los depósitos de hierro en el organismo.

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

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

- a) Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas (47) (48)
- b) Hierro Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso (49) (48)

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.

8. ADQUISICIÓN PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTO DE HIERRO O 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.

9. CONSEJERÍA PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTO DE HIERRO O MICRONUTRIENTES

- a) Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos (Ver Anexo 4).
- b) Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, considerando los siguientes contenidos:
 - ✓ Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
 - ✓ Evitar la anemia desde la gestación y en los primeros tres años de vida, dado que afecta el desarrollo físico y mental del niño desde la etapa gestacional. Las consecuencias de la anemia en la gestación son: hemorragias, mortalidad materna, bajo peso al nacer, prematuridad.

Luego del nacimiento puede afectar el crecimiento infantil, reducir el rendimiento escolar y el desarrollo intelectual. La anemia en las mujeres adolescentes pone en riesgo las reservas de hierro.

- c) Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.
- d) El tratamiento con hierro se administra de manera separada con ciertos antibióticos (quinolonas, ciclinas), L-tiroxina, levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (aluminio, zinc) (50)

- e) El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior (51) (52)
- f) El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios (53), y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.
- g) Se debe brindar información y orientación a la madre o cuidador del niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera, entregándole material educativo adecuado.
- h) Importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- i) Beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida.
- j) Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- k) Importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

10. CRITERIOS DE ALTA EN EL TRATAMIENTO DE ANEMIA

El médico o personal de salud tratante indicará el alta cuando el niño o adolescente o mujer gestante o puérpera haya cumplido con el tratamiento establecido y si en el control de hemoglobina se confirman los valores “normales” (ver Tabla N° 3) y la recuperación total del paciente, según esta Norma.

11. PRONÓSTICO

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

12. COMPLICACIONES

En la mayoría de anemias leves y moderadas no se observan complicaciones, tales como taquicardia, disnea de esfuerzo, entre otros. Estas se presentan en las anemias severas, cuando la hemoglobina es menor a 5 g/dL. Todas las posibles complicaciones son prevenibles con un adecuado y oportuno manejo de la anemia.

13. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN-DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

Según el CIE -10 (54) (55) se utilizarán los siguientes códigos de diagnóstico de anemia (con o sin deficiencia de hierro).

Tabla N° 16

Códigos de diagnóstico de anemia

CÓDIGO CIE X	DIAGNÓSTICO
D50.0	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
D50.8	Otras anemias por deficiencia de hierro
D50.9	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones
D64.9	Anemia de tipo no especificado

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Vol. 3. Ginebra 1994 (56)

El personal de la salud que realiza las actividades contenidas en la presente Norma realizará el registro según corresponda en:

- Historia Clínica Infantil e Historia Clínica Materno Perinatal.
- Carné de Atención Integral del Niño, Carné de Atención Integral del Adolescente y Carné de Atención Materno Perinatal.
- Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud - HIS (para Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales)
- Registro HIS de las Actividades de Suplementación y Actividades Complementarias.
- Registro en el Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN, según corresponda.
- Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (FUA - SIS), según corresponda.
- Registro Electrónico Materno Infantil (en Establecimientos de Salud donde sean implementados).
- Registro de Consumo Integrado - Informe de Consumo Integrado-ICI-SISMED, según corresponda.

14. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

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

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

- Identificar al cuidador o tutor del paciente (madre, otro familiar u otro cuidador) responsable de brindar el suplemento de hierro al niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera.
- Verificar si la persona responsable de administrar el suplemento de hierro, conoce la cantidad, frecuencia y forma de administrarlo.
- Solicitar el frasco gotero o jarabe o las tabletas no consumidas aún del suplemento.
- Indagar y verificar sobre el lugar donde usualmente se guarda el suplemento.
- Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si el niño o adolescente está tomando el suplemento; si lo acepta con facilidad, lo rechaza, o si presentó algún inconveniente. Verifique el volumen de contenido restante en el frasco y/o número de tabletas por consumir, según la edad, dosis y tiempo de tratamiento que corresponde a cada paciente.
- Indagar sobre los alimentos ricos en hierro de la localidad y recomendar su consumo diariamente, según sea factible.
- Fortalecer los mensajes claves relacionados: a) Continuar con el tratamiento hasta finalizar; b) Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios del lugar donde vive; c) Asistir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de anemia o ante cualquier consulta; d) Recordarles las consecuencias irreversibles de la anemia en el niño y adolescente
- La visita domiciliaria puede ser aprovechada para conocer los hábitos de alimentación e higiene de la familia y la disponibilidad de alimentos ricos en hierro de origen animal.

B. Intramuro (En el Establecimiento de Salud):

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.
- En los casos de tratamiento de anemia, si en el primer control (al mes de iniciado el tratamiento) no se evidencia un aumento de por lo menos 1 g/dL de hemoglobina, o si se detiene la recuperación de los niveles de hemoglobina en cualquier control, se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se detecta una buena adherencia al tratamiento, se evaluarán las razones, para tomar medidas correctivas:
 - a) Si se debe a que el niño, adolescente o gestante refiere efectos adversos que limitan que continúe el consumo del suplemento de hierro, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo Polimaltosado Férrico.
 - b) Si se debe a que el niño, adolescente o gestante no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.
- Para el caso de niños menores de 3 años, que vienen recibiendo Micronutrientes y son diagnosticados con anemia, se deberá iniciar tratamiento por un periodo de 6 meses y suspender el consumo de Micronutrientes en esta etapa. Una vez concluido el periodo de tratamiento, continuar con el consumo de los Micronutrientes hasta completar los 360 sobres.

15. DISPOSICIONES GENERALES

- A.** Todos los establecimientos de salud, realizarán acciones de prevención y tratamiento de la anemia en la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, según el nivel de atención correspondiente.

- B.** La suplementación con hierro, por vía oral, en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas en dosis de prevención y tratamiento y con micronutrientes en niños, es una intervención que tiene como objetivo asegurar el consumo de hierro en cantidad adecuada para prevenir o corregir la anemia, según corresponda.

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

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1 Anemia

Es la disminución de la concentración de la hemoglobina por debajo de unos límites considerados como normales para una determinada población de la misma edad, sexo y condiciones medioambientales (57)

2.3.2 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).

2.3.3 Hierro

Es un elemento esencial para el hombre y para todos los seres vivos como componente fundamental de la hemoglobina, tiene la función de transportar, almacenar, donar oxígeno a los tejidos (24)

2.3.4 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.

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017.

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- a) Si, la intervención de enfermería en promoción de la salud es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de

salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.

- b) Si, la intervención de enfermería en manejo preventivo es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.
- c) Si, la intervención de enfermería en manejo terapéutico es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.
- d) Si, la intervención de enfermería en consejería es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.
- e) Si, la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.

2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 **Independiente:** Intervención de Enfermería

2.5.2 **Dependiente:** Manejo de la Anemia

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES

2.5.1 Variable: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- **Definición conceptual:**

Conjunto de obligaciones a cumplir dentro de las áreas asistencial, administrativa, educativa e investigación (58)

- **Definición operacional:**

Cumplimiento de labores asignadas, evaluadas a través de la efectividad, mediana efectividad y no efectividad.

2.5.2: Variable: MANEJO DE LA ANEMIA

Definición conceptual:

Conjunto de acciones de prevención y tratamiento de la anemia en la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, según el nivel de atención correspondiente.

Definición operacional:

Son las respuestas del profesional de Enfermería a través de promoción de la salud, manejo preventivo, manejo terapéutico, consejería y monitorización de niños de 6 a 35 meses de vida con anemia.

Variable	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	A. PROMOCIÓN DE LA SALUD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de agua segura 2. Lavado de manos 3. Higiene de alimentos 4. Alimentación balanceada 5. Vacunación 	Nominal
	B. MANEJO PREVENTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control CRED 2. Tamizaje y detección precoz 3. Despistaje parasitosis 4. Suplementación preventiva 	Nominal
	C. MANEJO TERAPÉUTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dosificación 2. Frecuencia/duración 3. Evaluación/tamizaje 4. Efectos colaterales o adversos 	Nominal
	D. CONSEJERÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento adecuado 2. Importancia del hierro 3. Conservación 4. Efectos adversos 	Nominal
	E. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo preventivo 2. Tratamiento 3. Controles 4. Visita domiciliaria 	Nominal
MANEJO DE LA ANEMIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. LEVE 2. MODERADA 3. SEVERA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorable 2. Medianamente Favorable 3. No Favorable 	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando a Hernández Sampieri (59) El estudio se enmarca en el tipo de investigación:

Descriptivo, porque registra los datos tal y como se presentan en la realidad, poniendo de manifiesto las características actuales de las variables.

Correlacional, porque permite determinar la relación existente entre las variables de estudio: factores de riesgo asociado a cesárea en adolescentes

Prospectivo, porque la investigación se realiza a partir de, a través del tiempo; en adelante.

Observacional, porque en el desarrollo de la investigación, no existe manipulación de variable alguna

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. Como método auxiliar se aplicó el método Estadístico, el cual se basa en el empleo de números, agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización de datos recogidos para formular leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y

presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados, clasificados y presentados.

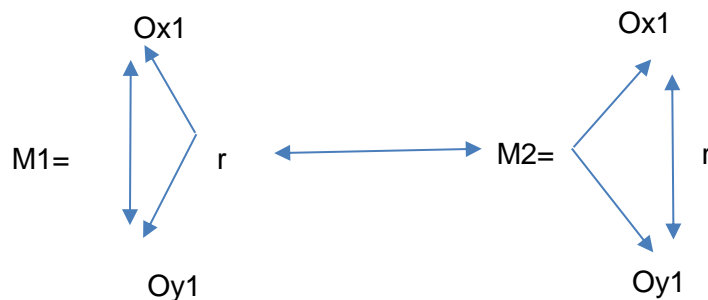
Las conclusiones fueron plasmadas a través de la estadística inferencial, con la prueba de correlación de variables, utilizando la Prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado para responder a las preguntas planteadas y comprobar las hipótesis de la investigación, se empleó el diseño No Experimental comparativo de corte transversal, recolectando datos en un tiempo único y sin manipulación de variable alguna (59).

A través de este diseño nos proponemos indagar los factores organizacionales manifestados en los profesionales y su relación con la presencia de estrés laboral, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:



X: Variable: Intervención de enfermería

Y: Variable: Manejo de la Anemia

Interpretando el diagrama tenemos:

M1: Muestra 1

M2: Muestra 2

X: Intervención de Enfermería

Y: Manejo de la Anemia

O1: Observación a variable Intervención de Enfermería

O2: Observación a Manejo de la Anemia

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN MUESTRAL

La población por ser finita, para el presente estudio se conformaron los 38 niños del establecimiento de salud Daniel Alcides Carrión y los 64 niños del Centro de Salud San Jerónimo de Huancayo.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas:

- Encuesta
- Registro

Instrumentos:

- Cuestionario
- Ficha de registro

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

3.6.1. Aplicación de los instrumentos.

Cuestionario

El cuestionario se aplicó en un tiempo de 20 minutos, inmediatamente posterior a la culminación de la atención en el establecimiento de salud. Se le explicó en primera instancia los objetivos y los propósitos de la investigación; pasando luego de su aceptación, al desarrollo del cuestionario

Luego de recolectado los datos se procedió al procesamiento de los mismos a través de una tabla Matriz y hoja de codificación utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 24.0 y el programa Excel 2016 para la presentación de los datos a través de tablas y gráficos para su correspondiente análisis e interpretación.

3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico y poder determinar la existencia de relación entre nuestras variables de estudio factores organizacionales y el nivel de estrés laboral, Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24; como también el programa Excel 2016.

Por la naturaleza de nuestras variables, se aplicó la prueba de hipótesis a través de la estadística inferencial No paramétrica de la Chi cuadrada; con ello determinar la existencia de relación entre las variables en estudio.

3.8 SELECCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.8.1. Validez por juicio de expertos:

La validez del instrumento es la eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable (59).

En el presente estudio, se utilizó en la ficha de registro validado por juicio de expertos. Asimismo, se utilizaron las normas que establecen los procedimientos en la atención de la anemia.

Para evaluar la fiabilidad de dichos ítems se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach y se obtuvo los siguientes valores que como se muestran son aceptables:

Alpha = 0.78 para el Factor ambiente físico e individual; Alpha = 0.76 para el Factor interpersonal, y finalmente un Alpha = 0.86 para el Factor supervisión.

3.9 ORIENTACIÓN ÉTICA

Las autoras de la presente investigación, fueron parte de los establecimientos de salud como son, el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, cada una en calidad de Internas de enfermería (Internado comunitario) durante el período 2017. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos recabados de fuente primaria, con el consentimiento informado de los profesionales de la salud sometidos a estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo fue desarrollado durante los meses de junio a octubre de 2017, período de tiempo en que las autoras de la presente investigación, fueron parte del Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión del distrito de Chaupimarca y del Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo, Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe fueron recabados de fuente primaria durante el período que duró el internado comunitario.

4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan a través de cuadros estadísticos en relación a las variables en estudio, sus dimensiones e indicadores

CUADRO N° 01 - A

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero(a)	6	15.79
Casada (o)	14	36.84
Conviviente	18	47.37
TOTAL	38	100.00

INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	4	10.53
secundaria	24	63.16
Superior	10	26.32
TOTAL	38	100.00

OCUPACIÓN	N°	%
Estudia	4	10.53
Empleado(a)	6	15.79
Independiente	18	47.37
Su casa	10	26.32
TOTAL	38	100.00

PERSONA QUE ACOMPAÑA	N°	%
Otro familiar	6	15.79
Madre	32	84.21
TOTAL	38	100.00

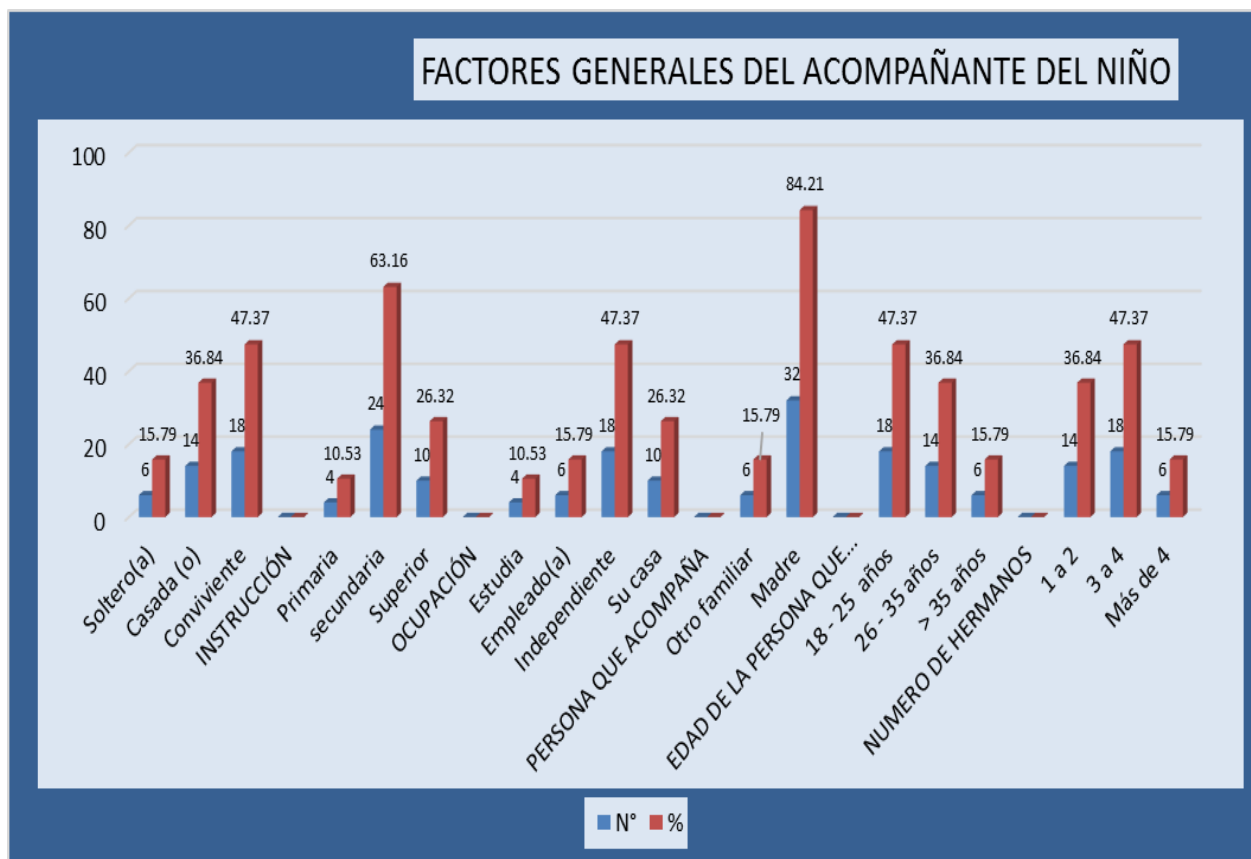
EDAD DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA	N°	%
18 - 25 años	18	47.37
26 - 35 años	14	36.84
> 35 años	6	15.79
TOTAL	38	100.00

NUMERO DE HIJOS	N°	%
1 a 2	14	36.84
3 a 4	18	47.37
Más de 4	6	15.79
TOTAL	38	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 01 - A

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 01-A

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01-A, se evidencian la frecuencia e indicadores familiares y personales en padres y/o acompañantes del niño de 6 a 35 meses, Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco, del cual podemos extraer lo siguiente:

La persona que acompaña al niño en un 84.21% (32) es la madre, a diferencia de un 15.79% (06) que es otro familiar. La edad más frecuente de la persona que acompaña al niño es aquel comprendido entre 18 – 25 años en un 47.37% (18), comparado con las que tienen entre 26 – 35 años en un 36.84% (14) y mayores de 35 años en un 15.79% (06). Teniendo la mayoría de ellas instrucción secundaria en un 63.16% (24);

estudios superiores en un 26.32% (10) y estudios primarios en un 10.53% (04). El Estado civil de Conviviente, está determinado en ellas en un 47.37% (18), el de Casadas en un 36.84% (14) y Solteras en un 15.79% (06). El 47.37% (18) de ellas trabaja de manera independiente; el 26.32% (10) se dedica a la casa; el 15.79% (06) es empleado (dependiente) y el 10.53% (04) de ellas estudia.

De la misma manera, se evidencia que un 47.37% (18) de los niños tienen de 3 a 4 hermanos; en tanto que el 36.84% (14) tienen de 1 a 2 hermanos; y el 15.79% (06) tienen más de 4 hermanos.

CUADRO N° 01 - B

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero(a)	15	23.44
Casada (o)	26	40.63
Conviviente	23	35.94
TOTAL	64	100.00

INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	13	20.31
secundaria	34	53.13
Superior	17	26.56
TOTAL	64	100.00

OCUPACIÓN	N°	%
Estudia	9	14.06
Empleado(a)	4	6.25
Independiente	31	48.44
Su casa	20	31.25
TOTAL	64	100.00

PERSONA QUE ACOMPAÑA	N°	%
Padre y Madre	16	25.00
Madre	48	75.00
TOTAL	64	100.00

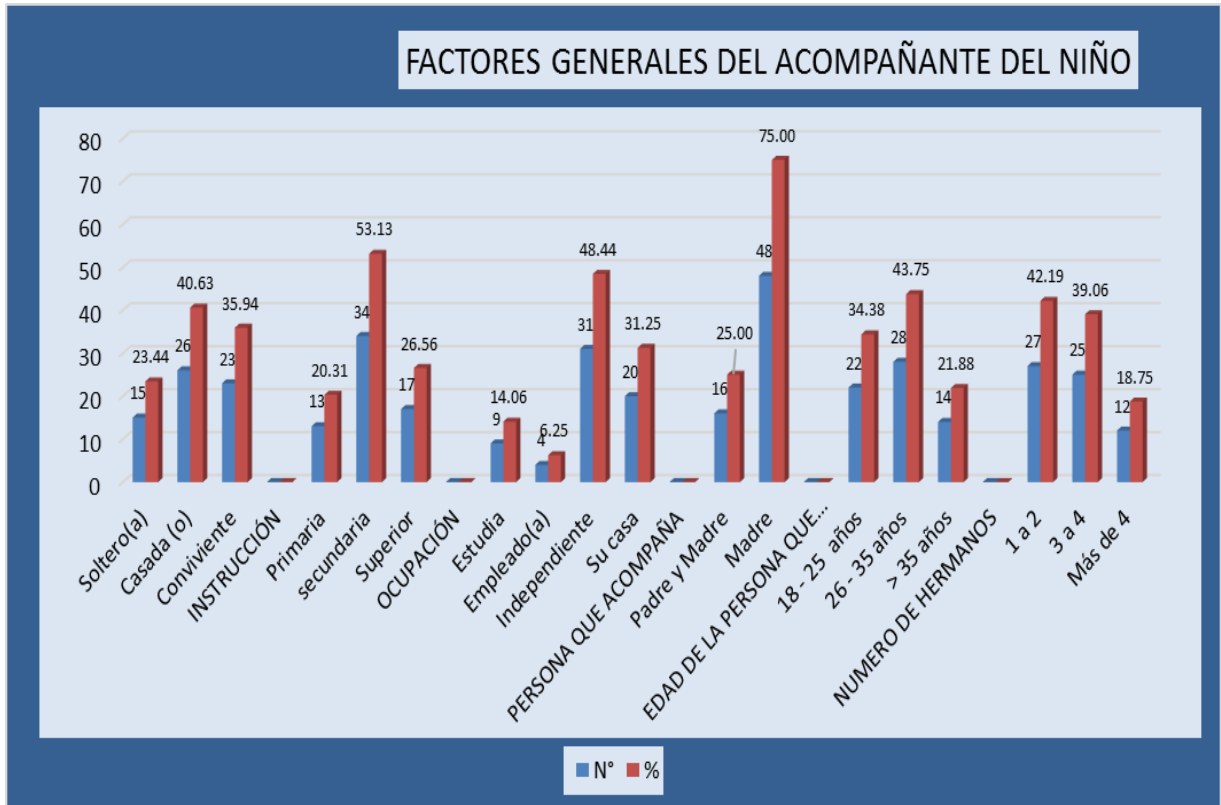
EDAD DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA	N°	%
18 - 25 años	22	34.38
26 - 35 años	28	43.75
> 35 años	14	21.88
TOTAL	64	100.00

NUMERO DE HIJOS	N°	%
1 a 2	27	42.19
3 a 4	25	39.06
Más de 4	12	18.75
TOTAL	64	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 01 - B

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES EN PADRES DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 01-B

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01-B, se evidencian la frecuencia e indicadores familiares y personales en padres y/o acompañantes del niño de 6 a 35 meses, Centro de Salud San Jerónimo - Huancayo, del cual podemos extraer lo siguiente:

La persona que acompaña al niño en un 75.00% (48) es la madre, a diferencia de un 25.00% (16) que es la madre y el padre. La edad más frecuente de la persona que acompaña al niño es aquel comprendido entre 26 – 35 años en un 43.75% (28), comparado con las que tienen entre 18 – 25 años en un 34.38% (22) y mayores de 35 años en un 21.88% (14). Teniendo la mayoría de ellos instrucción secundaria en un 53.13% (34); estudios superiores en un 26.56% (17) y estudios primarios en un

20.31% (13). El Estado civil de Casados, está determinado en ellos en un 40.63% (26), el de Conviviente en un 35.94% (23) y Solteras en un 23.44% (15). El 48.44% (31) de ellas trabaja de manera independiente; el 31.25% (20) se dedica a la casa; el 14.06% (09) estudia y el 6.25% (04) de ellas es empleado (dependiente).

De la misma manera, se evidencia que un 42.19% (27) de los niños tienen de 1 a 2 hermanos; en tanto que el 39.06% (25) tienen de 3 a 4 hermanos; y el 18.75% (12) tienen más de 4 hermanos.

CUADRO N° 02 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONSUMO DE AGUA SEGURA	10	26.32	12	31.58	16	42.11	38	100.00
LAVADO DE MANOS	19	50.00	14	36.84	5	13.16	38	100.00
HIGIENE DE ALIMENTOS	17	44.74	13	34.21	8	21.05	38	100.00
ALIMENTACIÓN BALANCEADA	12	31.58	14	36.84	12	31.58	38	100.00
VACUNACIÓN	27	71.05	7	18.42	4	10.53	38	100.00
TOTAL	17	44.74	12	31.58	9	23.68	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 02 – B

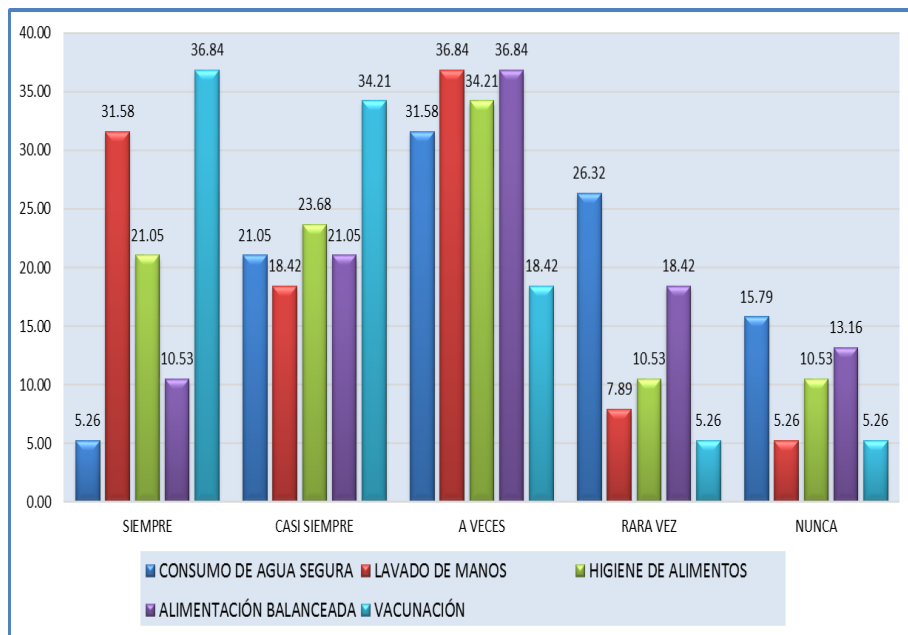
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONSUMO DE AGUA SEGURA	30	46.88	22	34.38	12	18.75	64	100.00
LAVADO DE MANOS	36	56.25	18	28.13	10	15.63	64	100.00
HIGIENE DE ALIMENTOS	34	53.13	17	26.56	13	20.31	64	100.00
ALIMENTACIÓN BALANCEADA	16	25.00	26	40.63	22	34.38	64	100.00
VACUNACIÓN	44	68.75	12	18.75	8	12.50	64	100.00
TOTAL	32	50.00	19	29.69	13	20.31	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 02 – A

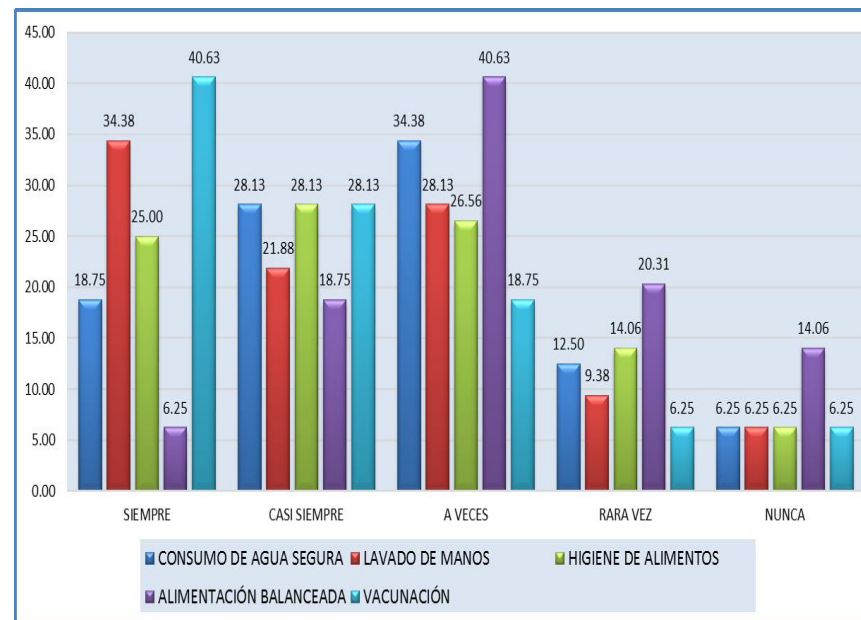
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 02 – A

GRÁFICO N° 02 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 02-B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 02- A y 02-B, se evidencian el nivel de cumplimiento de la Intervención de Enfermería en promoción de la salud en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa una intervención de enfermería en promoción de la salud con mayor efectividad en relación a Vacunación en un 71.05%, seguido de Lavado de manos en un 50.00%, e higiene de alimentos en un 44.74%.

La mayor debilidad se encuentra en promoción de consumo de agua segura en un 42.11% y promoción de alimentación balanceada en un 31.58% que no es efectiva.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa una intervención de enfermería en promoción de la salud con mayor efectividad en relación a Vacunación en un 68.75%, seguido de Lavado de manos en un 56.25%, e higiene de alimentos en un 53.13%.

La mayor debilidad se encuentra en promoción de alimentación balanceada en un 34.38% que no es efectiva.

CUADRO N° 03 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO PREVENTIVO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL CRED	22	57.89	10	26.32	6	15.79	38	100.00
TAMIZAJE Y DETECCIÓN	12	31.58	15	39.47	11	28.95	38	100.00
DESPISTAJE PARASITOSIS	9	23.68	12	31.58	17	44.74	38	100.00
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA	13	34.21	15	39.47	10	26.32	38	100.00
TOTAL	14	36.84	13	34.21	11	28.95	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 03 – B

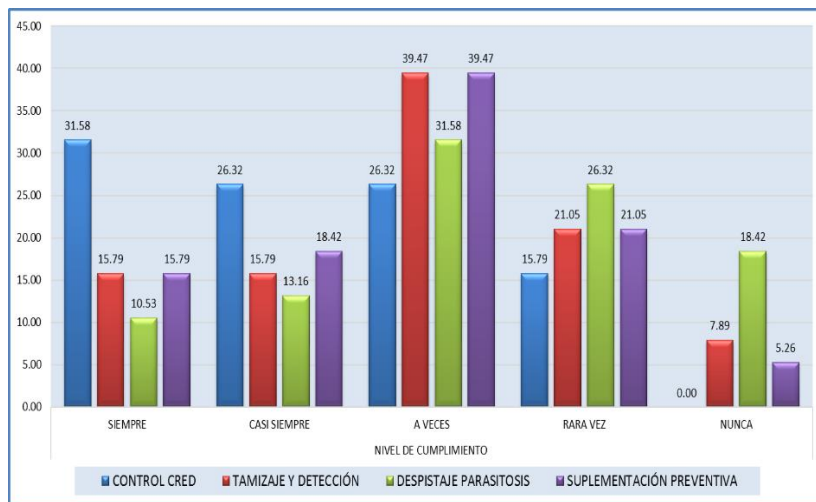
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO PREVENTIVO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL CRED	44	68.75	14	21.88	6	9.38	64	100.00
TAMIZAJE Y DETECCIÓN	23	35.94	21	32.81	20	31.25	64	100.00
DESPISTAJE PARASITOSIS	17	26.56	24	37.50	23	35.94	64	100.00
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA	20	31.25	25	39.06	19	29.69	64	100.00
TOTAL	26	40.63	21	32.81	17	26.56	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 03 – A

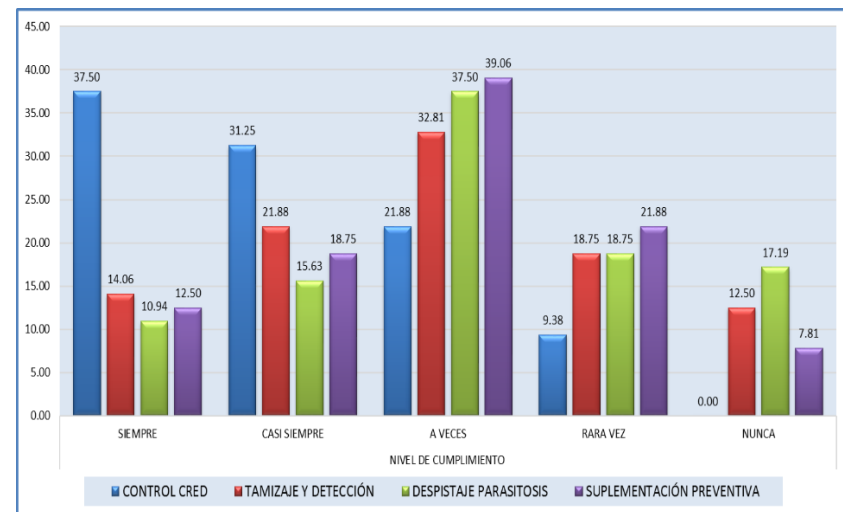
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 03 – A

GRÁFICO N° 03 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 03 – A

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 03- A y 03-B, se evidencian el nivel de cumplimiento de la Intervención de Enfermería en manejo preventivo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa una intervención de enfermería en manejo preventivo con mayor efectividad en relación a Control de Crecimiento y Desarrollo en un 57.89%, seguido de suplementación preventiva en un 34.21%, y tamizaje y detección en un 31.56%.

La mayor debilidad se encuentra en despistaje de parasitosis en un 44.74% y tamizaje y detección en un 28.95% que no es efectiva.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa una intervención de enfermería en manejo preventivo con mayor efectividad en relación a Control de Crecimiento y Desarrollo en un 68.75%, seguido de tamizaje y detección en un 35.94%.

La mayor debilidad se encuentra en despistaje de parasitosis en un 35.94% y suplementación preventiva en un 29.69% que no es efectiva.

CUADRO N° 04 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPEÚTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO TERAPEÚTICO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DOSIFICACIÓN	26	68.42	9	23.68	3	7.89	38	100.00
FRECUENCIA/DURACIÓN	22	57.89	10	26.32	6	15.79	38	100.00
EVALUACIÓN/TAMIZAJE	11	28.95	13	34.21	14	36.84	38	100.00
EFFECTOS SECUNDARIOS	17	44.74	16	42.11	5	13.16	38	100.00
TOTAL	19	50.00	12	31.58	7	18.42	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 04 – B

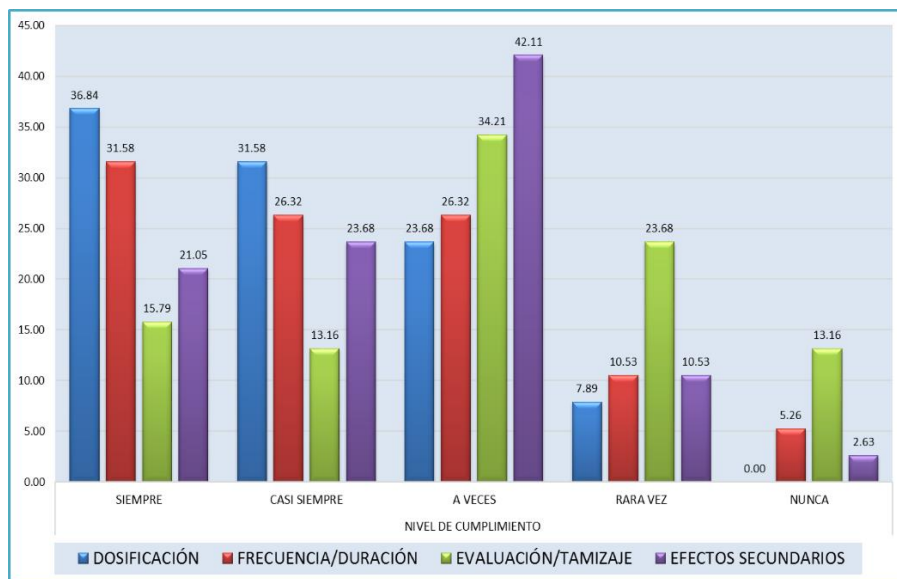
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPEÚTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO TERAPEÚTICO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DOSIFICACIÓN	48	75.00	12	18.75	4	6.25	64	100.00
FRECUENCIA/DURACIÓN	36	56.25	18	28.13	10	15.63	64	100.00
EVALUACIÓN/TAMIZAJE	24	37.50	22	34.38	18	28.13	64	100.00
EFFECTOS SECUNDARIOS	28	43.75	20	31.25	16	25.00	64	100.00
TOTAL	34	53.13	18	28.13	12	18.75	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 04 – A

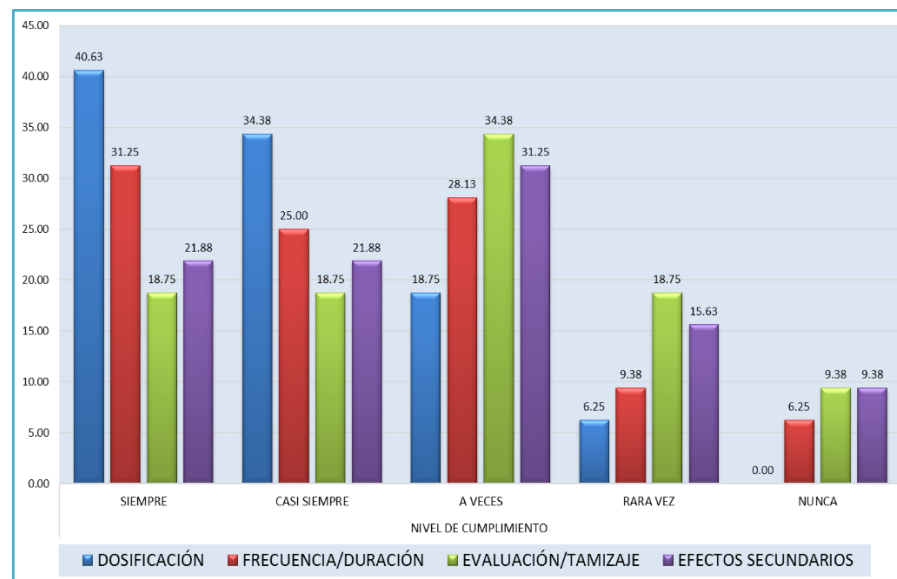
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPEÚTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 04 – A

GRÁFICO N° 04 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPEÚTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 04 – B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 04- A y 04-B, se evidencian el nivel de cumplimiento de la Intervención de Enfermería en manejo terapéutico en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa una intervención de enfermería en manejo terapéutico con mayor efectividad en relación a Dosificación en un 68.42%, seguido de frecuencia y duración en un 57.89%, y la vigilancia de efectos secundarios en un 44.74%.

La mayor debilidad se encuentra en intervención en evaluación y tamizaje en un 36.84% que no es efectiva.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa una intervención de enfermería en manejo terapéutico con mayor efectividad en relación a Dosificación en un 75.00%, seguido de frecuencia y duración en un 56.25%, y la vigilancia de efectos secundarios en un 43.77%.

La mayor debilidad se encuentra en intervención en evaluación y tamizaje en un 28.13% que no es efectiva.

CUADRO N° 05 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN CONSEJERÍA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADMINISTRACIÓN HIERRO	14	36.84	16	42.11	8	21.05	38	100.00
IMPORTANCIA DEL HIERRO	25	65.79	7	18.42	6	15.79	38	100.00
CONSERVACIÓN	15	39.47	13	34.21	10	26.32	38	100.00
EFFECTOS ADVERSOS	14	36.84	12	31.58	12	31.58	38	100.00
TOTAL	17	44.74	12	31.58	9	23.68	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 05 – B

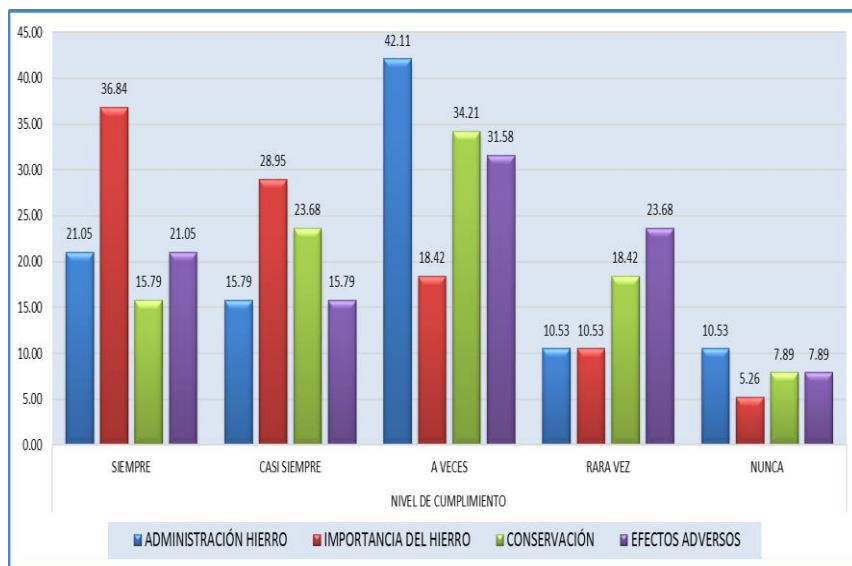
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN CONSEJERÍA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADMINISTRACIÓN HIERRO	28	43.75	16	25.00	20	31.25	64	100.00
IMPORTANCIA DEL HIERRO	38	59.38	14	21.88	12	18.75	64	100.00
CONSERVACIÓN	30	46.88	18	28.13	16	25.00	64	100.00
EFFECTOS ADVERSOS	36	56.25	12	18.75	16	25.00	64	100.00
TOTAL	33	51.56	15	23.44	16	25.00	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 05 – A

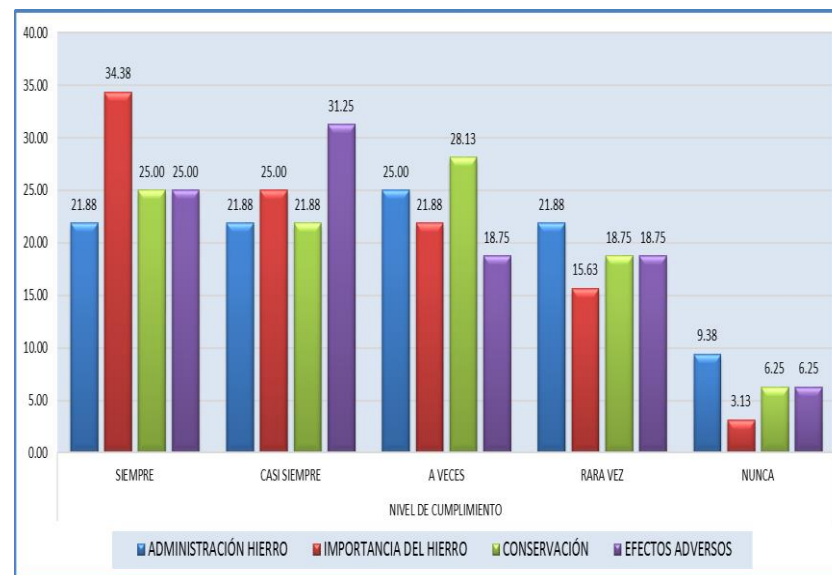
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 05-A

GRÁFICO N° 05 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 05-B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 05- A y 05-B, se evidencian el nivel de cumplimiento de la Intervención en consejería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa una intervención de enfermería en consejería con mayor efectividad en relación Importancia del Hierro en un 65.79%, seguido de la conservación de los micronutrientes en un 39.47%.

La mayor debilidad que se encuentra en consejería es respecto a efectos adversos en un 31.56% y consejería en conservación en un 26.32% que no es efectiva.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa una intervención de enfermería en consejería con mayor efectividad en relación Importancia del Hierro en un 59.38%, seguido de efectos adversos de los micronutrientes en un 56.25%.

La mayor debilidad que se encuentra en consejería es respecto a administración de hierro en un 31.25% y consejería en conservación en un 25.00% que no es efectiva.

CUADRO N° 06 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MANEJO PREVENTIVO	18	47.37	10	26.32	10	26.32	38	100.00
TRATAMIENTO	13	34.21	14	36.84	11	28.95	38	100.00
CONTROLES	15	39.47	15	39.47	8	21.05	38	100.00
VISITA DOMICILIARIA	12	31.58	12	31.58	14	36.84	38	100.00
CITAS INTEGRALES	32	84.21	4	10.53	2	5.26	38	100.00
TOTAL	18	47.37	11	28.95	9	23.68	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 06 – B

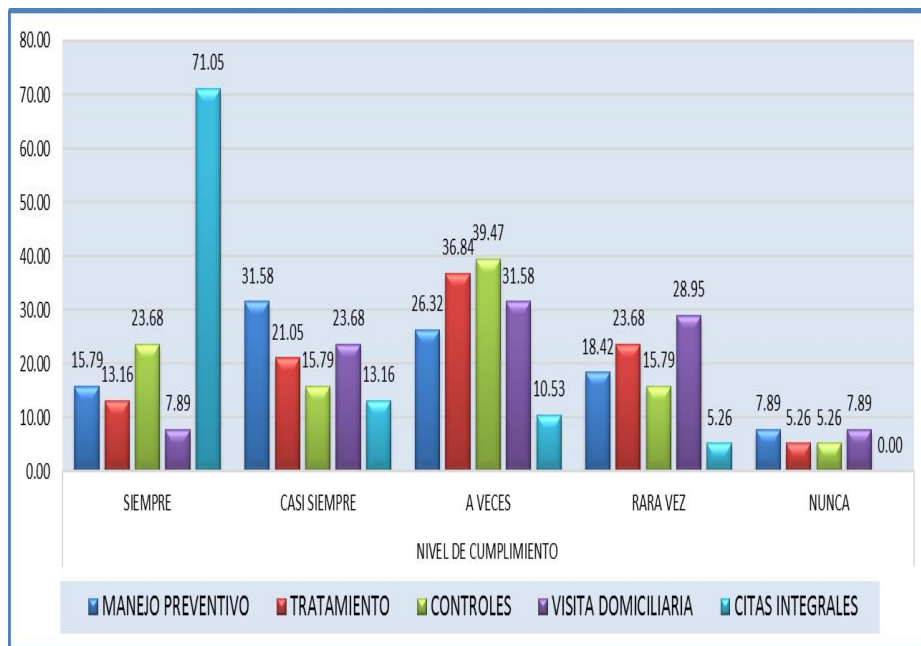
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO						TOTAL	
	EFECTIVA		MEDIANA-MENTE		NO EFECTIVA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MANEJO PREVENTIVO	26	40.63	21	32.81	17	26.56	64	100.00
TRATAMIENTO	34	53.13	18	28.13	12	18.75	64	100.00
CONTROLES	44	68.75	14	21.88	6	9.38	64	100.00
VISITA DOMICILIARIA	22	34.38	22	34.38	20	31.25	64	100.00
CITAS INTEGRALES	49	76.56	10	15.63	5	7.81	64	100.00
TOTAL	35	54.69	17	26.56	12	18.75	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 06 – A

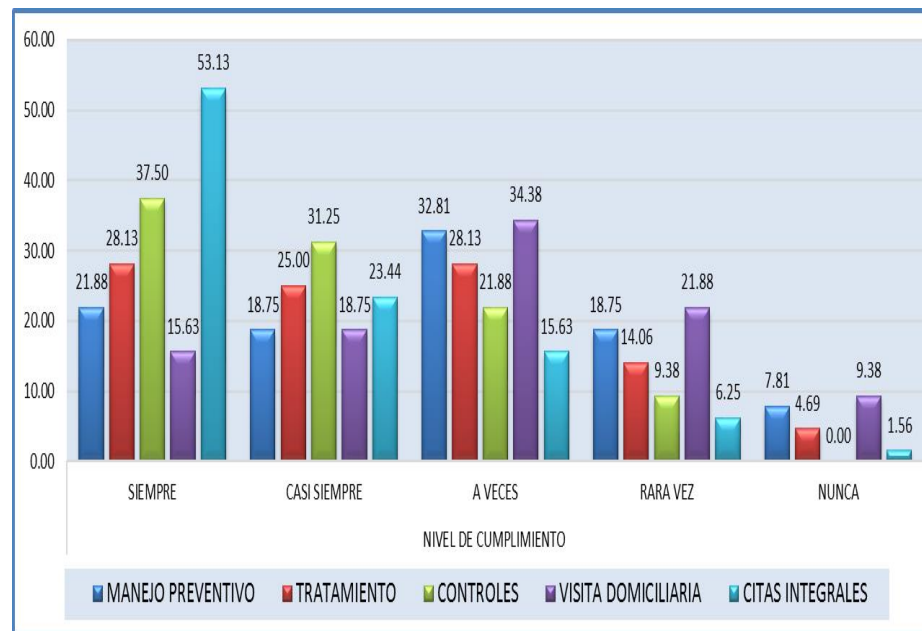
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 06-A

GRÁFICO N° 06 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 06-B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 06- A y 06-B, se evidencian el nivel de cumplimiento de la Intervención de Enfermería en seguimiento y monitoreo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa que, en intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento se evidencia mayor efectividad en relación a citas integrales en un 84.21%, seguido de manejo preventivo en un 47.37%, y monitoreo de sus controles en un 39.47%.

La mayor debilidad se encuentra en monitoreo y seguimiento a través de visitas domiciliarias en un 36.84% y de su tratamiento en un 28.95% que no es efectiva.

.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa que, en intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento se evidencia mayor efectividad en relación a citas integrales en un 76.56%, seguido de monitoreo de sus controles en un 68.75% y monitoreo de su tratamiento en un 53.13%.

La mayor debilidad se encuentra en monitoreo y seguimiento a través de visitas domiciliarias en un 31.25% y del manejo preventivo en un 26.56% que no es efectiva.

CUADRO N° 07 – A

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN RELACIÓN A SU EVOLUCIÓN EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA	EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA					
	INICIO		PROCESO DE TRATAMIENTO		TÉRMINO	
	N°	%	N°	%	N°	%
NORMAL	0	0.00	8	21.05	14	36.84
LEVE	14	36.84	13	34.21	8	21.05
MODERADA	16	42.11	11	28.95	12	31.58
SEVERA	8	21.05	6	15.79	4	10.53
TOTAL	38	100.00	38	100.00	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 07 – B

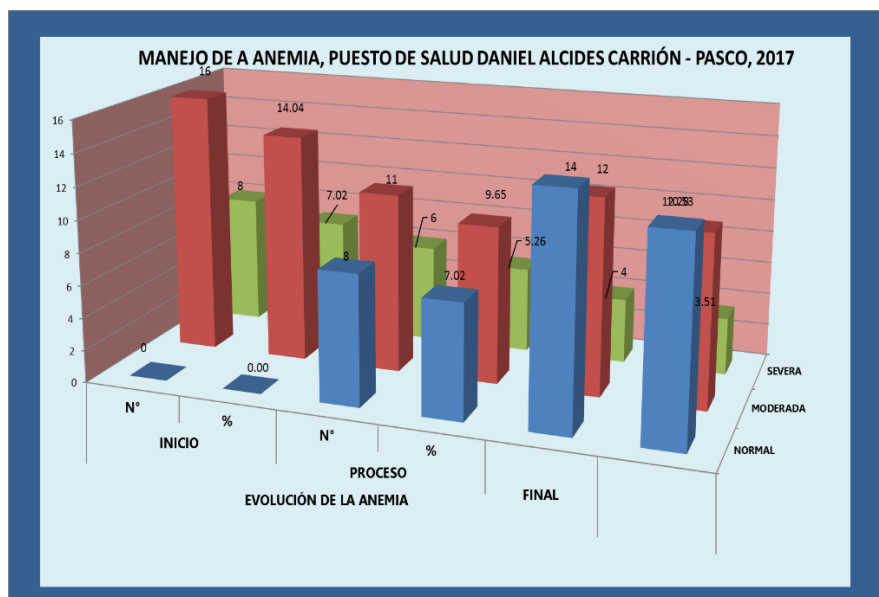
DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN RELACIÓN A SU EVOLUCIÓN EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA	EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA					
	INICIO		PROCESO DE TRATAMIENTO		TÉRMINO	
	N°	%	N°	%	N°	%
NORMAL	0	0.00	10	15.63	30	46.88
LEVE	28	43.75	29	45.31	15	23.44
MODERADA	24	37.50	15	23.44	13	20.31
SEVERA	12	18.75	10	15.63	6	9.38
TOTAL	64	100.00	64	100.00	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 07 – A

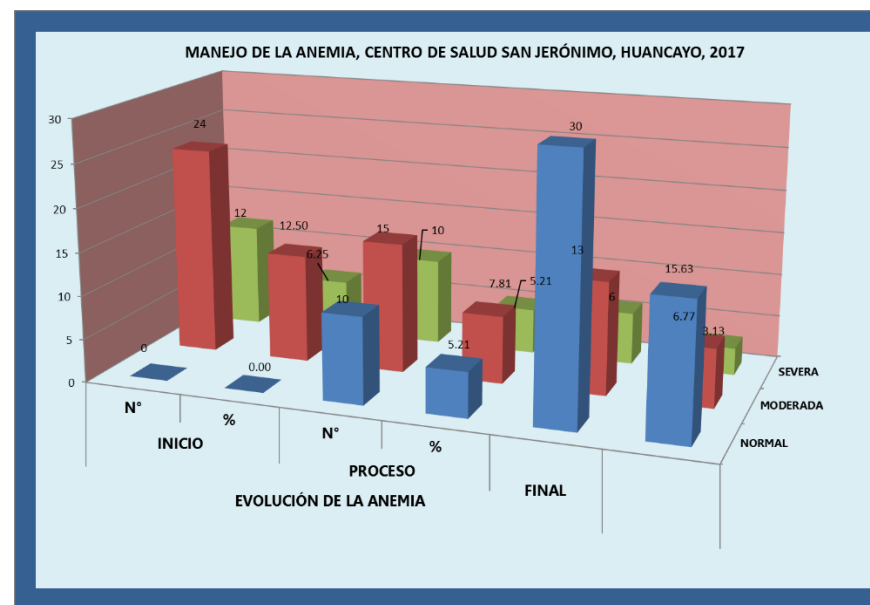
DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN RELACIÓN A SU EVOLUCIÓN EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 07-A

GRÁFICO N° 07 – B

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN RELACIÓN A SU EVOLUCIÓN EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 07-B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 07- A y 07-B, se evidencian el diagnóstico en relación a la evolución de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa que, al inicio del estudio, un 42.11% de los niños presentan anemia moderada, seguido de un 36.84% de niños con anemia leve; y un 21.05% presentan anemia severa.

Durante el proceso de tratamiento se evidenció que un 21.05% evolucionaron favorablemente y salieron de la anemia. Al final del tratamiento los que salieron del cuadro de anemia fueron un 36.84%. Asimismo, se tuvo a un 10.53% que permanecieron con el cuadro severo, un 31.58% en cuadro moderado y un 21.05 en cuadro leve.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa que, al inicio del estudio, un 43.75% de los niños presentan anemia leve, seguido de un 37.50% de niños con anemia moderada; y un 18.75% presentan anemia severa.

Durante el proceso de tratamiento se evidenció que un 15.63% evolucionaron favorablemente y salieron de la anemia. Al final del tratamiento los que salieron del cuadro de anemia fueron un 46.88%. Asimismo, se tuvo a un 9.38% que permanecieron con el cuadro severo; un 20.31% en cuadro moderado y un 23.44 en cuadro leve.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general de la investigación

Ho: Si la intervención de enfermería NO es efectiva; entonces, el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.

Ha: Si la intervención de enfermería es efectiva; entonces, el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable.

Al someter las variables de estudio Intervención de enfermería en relación al manejo de anemia en niños de 6 a 35 meses puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 haciendo uso de la técnica estadística inferencial no paramétricas de la Chi Cuadrada, cuya fórmula es;

$$\sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Se procede respectivo contraste hipotético, hallando los valores de la X^2_c y la X^2_t respectivamente a través de los siguientes cuadros estadísticos:

CUADRO N° 08-A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN-PASCO, 2017

	MANEJO DE LA ANEMIA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA						TOTAL	
		EFECTIVA		MEDIANA-MENTE EFECTIVA		NO EFECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
VÁLIDOS	FAVORABLE	13	34.21	1	2.63	0	0.00	14	36.84
	MEDIO FAVORABLE	4	10.53	10	26.32	2	5.26	16	42.11
	NO FAVORABLE	0	0.00	1	2.63	7	18.42	8	21.05
	TOTAL	17	44.74	12	31.58	9	23.68	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

Procedemos al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando:

$$X^2_c = 38.549 > X^2_t = 9.488 \text{ (gl = 4, } \alpha = 0.05)$$

Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

$$\text{Si } X^2_c > X^2_t \rightarrow \text{Ho: Se rechaza}$$

$$\text{Ha: Se acepta}$$

CUADRO N° 08-B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017

	MANEJO DE LA ANEMIA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA						TOTAL	
		EFECTIVA		MEDIANA-MENTE EFECTIVA		NO EFECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
VÁLIDOS	FAVORABLE	29	45.31	1	1.56	0	0.00	30	46.88
	MEDIO FAVORABLE	3	4.69	15	23.44	4	6.25	22	34.38
	NO FAVORABLE	0	0.00	2	3.13	10	15.63	12	18.75
	TOTAL	32	50.00	18	28.13	14	21.88	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

Procedemos al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando:

$$X^2_c = 71.972 > X^2_t = 9.488 \text{ (gl = 4, } \alpha = 0.05)$$

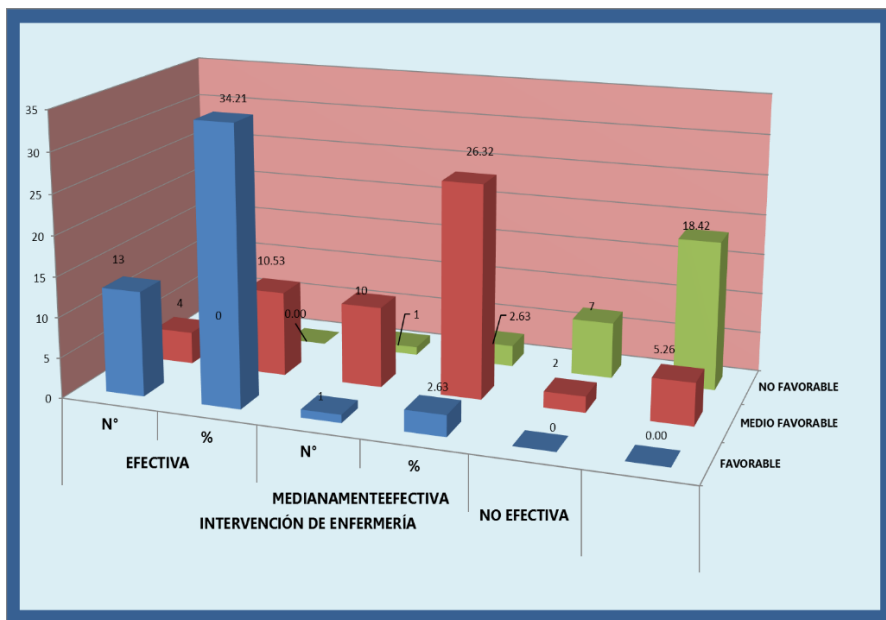
Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

$$\text{Si } X^2_c > X^2_t \rightarrow \text{Ho: Se rechaza}$$

$$\text{Ha: Se acepta}$$

GRÁFICO N° 08-A

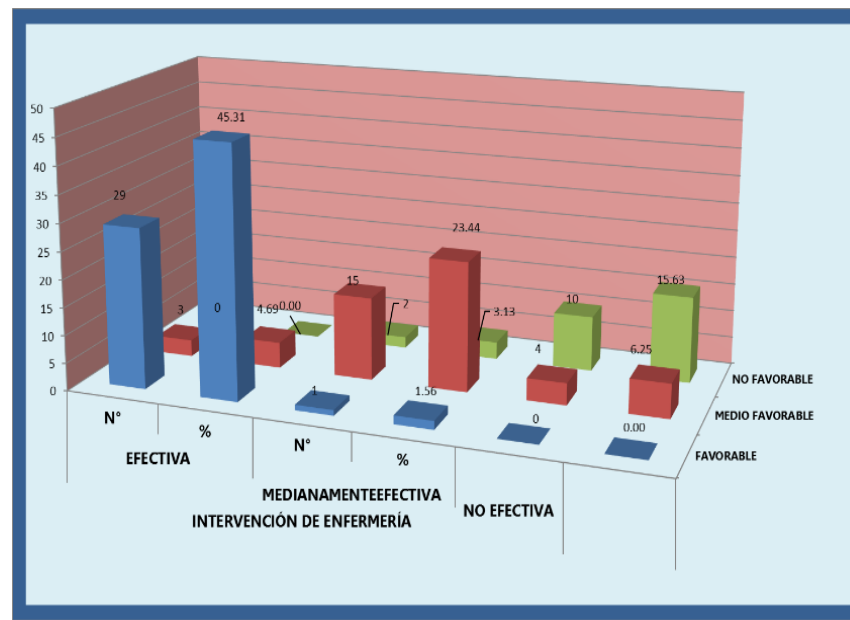
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN-PASCO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 08-A

GRÁFICO N° 08-A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUNCAYO, 2017



FUENTE: Cuadro N° 08-B

INTERPRETACIÓN

En los cuadros estadísticos y gráficos N° 08-A y 08-B se evidencia la intervención de enfermería en el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, del cual podemos extraer lo siguiente:

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco se observa que, en un 44.74% la intervención de enfermería fue Efectiva; seguido de un 31.56% que fue medianamente efectiva y un 18.42% que no fue efectiva.

Del mismo modo, se observa que, en un 36.84% el manejo de la anemia fue favorable; en relación a un 42.11% que fue medianamente favorable; y un 21.05% que fue no favorable.

En el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se observa que, en un 50.00% la intervención de enfermería fue Efectiva; seguido de un 34.38% que fue medianamente efectiva y un 18.75% que no fue efectiva.

Del mismo modo, se observa que, en un 46.88% el manejo de la anemia fue favorable; en relación a un 34.38% que fue medianamente favorable; y un 18.75% que fue no favorable.

Luego del análisis a través de la estadística inferencial usando la prueba no paramétrica Chi cuadrada, se confirma la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, Intervención de enfermería y manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses en ambos ámbitos de estudio: Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo. Por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna.

4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestra investigación, enmarcado en la Intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, en dos establecimientos de salud, siendo ellos, el puesto de salud Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Cerro de Pasco; y el otro, el Centro de Salud San Jerónimo de la ciudad de Huancayo, 2017. A la culminación de la misma, se evidenció la confirmación de nuestra hipótesis planteada: “Existe relación significativa entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017”; ya que, luego del análisis a través de la estadística inferencial usando la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada, hallándose una $X^2_c= 38.549 > X^2_{\alpha} = 9.488$ (gl = 4, $\alpha = 0.05$) para el establecimiento de salud de Cerro de Pasco; y una $X^2_c= 71.972 > X^2_{\alpha} = 9.488$ (gl = 4, $\alpha = 0.05$) para el establecimiento de salud de Huancayo; rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna.

En referencia a estudios en otros contextos, es la que se reporta en el Ecuador, OJEDA QUEZADA C. (2017) en su estudio “Anemia y desarrollo psicomotriz en niños y niñas que asisten al centro infantil del buen vivir infancia universitaria, durante el periodo junio – noviembre 2016”. Evidenció que, el 55.17% de los niños no tenían anemia; mientras que el 37.93% presentó anemia leve; y el 6,89% presentó anemia severa. Referente al desarrollo psicomotor, se evidenció que, el 48% tuvo un desarrollo normal; mientras que, el 29% su desarrollo fue calificado como dudoso; en tanto que el 22% tuvo un calificativo en su desarrollo como anormal. Al contrastar la correlación entre los niveles de hemoglobina y los resultados de la evaluación del desarrollo a través del test de Denver, obtuvo que, el 24% de niños con anemia obtuvieron resultados anormales; en tanto que el 8% de los niños con anemia obtuvieron resultados normales en su desarrollo, frente al 32% de niños que no

presentaron anemia, quienes obtuvieron un resultado normal en su desarrollo; mientras que el 17% de niños sin presencia de anemia, obtuvieron resultados dudosos; en tanto que, solo un 5% de los niños sin presencia de anemia obtuvo resultado anormal en su desarrollo. Concluyendo que, existe marcada diferencia estadística, que demuestra que, los niños con presencia de anemia evidenciaron un anormal desarrollo en su psicomotricidad; por lo que corrobora que, a mayor valoración del desarrollo psicomotor el promedio de hemoglobina es mayor (8).

Por su parte, en Venezuela SANOJA VALOR C. MIRABAL M. (2015) en su tesis "Desarrollo psicomotor en preescolares con anemia ferropénica, Maracay 2015"; entre sus resultados muestran que, el 50% evidenció presencia de anemia microcítica; asimismo, el 57% de la muestra, son de sexo masculino y el 43% de sexo femenino. A la muestra en estudio (30 niños) luego de la evaluación de su desarrollo psicomotor, evidenció que, el 63.3% tuvieron calificación anormal; mientras que, el 20% obtuvo resultado dudoso; y, el 16.7% mostró un desarrollo psicomotor normal. Dentro de la evaluación del desarrollo psicomotor, se observa mayor retraso en el área de lenguaje en el 63.3%; seguido por un retraso en el área motora fina; por el contrario, se notándose un desarrollo normal en el área motora gruesa y social. Consecuentemente, luego de correlacionar los niveles de hemoglobina hallados y los resultados del test de Denver, se evidenció que, el 90% de los niños sometidos a estudio, presentó un nivel de hemoglobina de 9 a 10,9 g/dl; de éstos, el 60% fueron calificados con desarrollo anormal a través del test de Denver. Concluyendo que, lo hallado en el estudio, demuestra el efecto deletéreo de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor (cognitivo y motor fino) de los niños preescolares, así como, la disminución de las habilidades como el lenguaje, mermando la capacidad de destrezas para la comunicación (9).

No encontraríamos mejores resultados que evidencien una evaluación del estado situacional de los niveles de anemia y su respectivo manejo dentro de la población más susceptible, sino hacemos partícipes al personal de salud que está encomendado para tal fin, al profesional de enfermería y las estrategias que utiliza para hacer más evidente esta lucha frontal contra la anemia; es así que, en referencia a la Intervención de enfermería en promoción de la salud en ambos establecimientos es estudio, Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en intervención en vacunación en 71.05% y 68.75% respectivamente, de igual manera en la promoción del lavado de manos e higiene de alimentos; notándose una mayor debilidad de cumplimiento encontrada en ambos establecimientos, relacionado a promoción de alimentación balanceada en un 31.58% en el establecimiento de Pasco; y en 34.38% en el establecimiento de Huancayo.

Asimismo, referente a la Intervención de enfermería en manejo preventivo de la anemia también en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvo mayor efectividad en el Control de Crecimiento y Desarrollo en un 57.89% y 68.75% respectivamente. Encontrando mayor dificultad de cumplimiento en ambos establecimientos el despistaje de parasitosis en un 44.74% y 35.94% respectivamente. En tanto que, en el establecimiento de Pasco se tuvo otra debilidad en cuanto a tamizaje y detección en un 28.95% por ser un establecimiento de nivel I-1, donde no se cuenta con departamento de ayuda al diagnóstico.

Por su parte, similar a la investigación que presentamos; en la ciudad de Trujillo, NÚÑEZ ARBILDO M., ULLOA GARCÍA D. (2011) en su estudio de investigación “Anemia y desarrollo cognitivo en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa 06 Cuadritos, distrito de Laredo - diciembre 2010”, reportó los resultados

siguientes: el 17% de niños tenía anemia; el 83% de los niños lograron los objetivos educativos establecidos; en tanto que, el 13.2 % estuvieron en proceso de aprendizaje, y el 3.8% necesitaron reforzamiento. Entre los niños que presentaron anemia, el 55.6% de ellos logró los objetivos educativos; en tanto que, el 22.2% estuvieron en proceso de aprendizaje, y el 22.2% necesitaron reforzamiento. Por otra parte, entre los niños del grupo que no presentaron anemia, el 88.6% logró los objetivos educativos; en tanto que, el 11.4% estuvo en proceso de aprendizaje; no evidenciándose alguno de ellos que necesitó reforzamiento. Concluyendo que existe una baja relación entre la anemia y el desarrollo cognitivo (10).

En nuestro estudio, podemos manifestar que, en el establecimiento Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Cerro de Pasco, se presentaron más niños con anemia moderada (42.11%) en tanto que en el establecimiento San Jerónimo de la ciudad de Huancayo se presentaron más casos de anemia leve (43.75%). Los casos de anemia severa en el establecimiento de Pasco, fue del 21.05% y, en el Huancayo 18.75%. Luego de la evaluación al final del tratamiento, en el establecimiento de Pasco, el 36.84% de los casos evolucionaron favorablemente; en tanto que, en el establecimiento de Huancayo, fueron el 46.88% de los casos.

En el marco de la lucha contra la anemia y el cumplimiento de las normas que las guían, la intervención de enfermería fue muy determinante; es así que, en nuestro estudio, los resultados evidencian en el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco, en el 44.74% la intervención de enfermería fue Efectiva; el 31.56% medianamente efectiva y el 18.42% no fue efectiva. Asimismo, el manejo de la anemia fue favorable en un 36.84%; en un 42.11% fue medianamente favorable; y en el 21.05% no fue favorable. Estos resultados, difieren de manera más positiva en la intervención del profesional de enfermería en el otro establecimiento en estudio, es así que, un 50.00% de la intervención de enfermería en el Centro de Salud San

Jerónimo – Huancayo fue Efectiva; un 34.38% fue medianamente efectiva, y el 18.75% no fue efectiva. Del mismo modo, el manejo de la anemia fue favorable en un 46.88%; un 34.38% fue medianamente favorable; y un 18.75% no fue favorable.

Por su parte, en la ciudad de Puno, Acuña Ponce N. (2014) en su tesis, “Relación del Estado nutricional, nivel de hemoglobina, hematocrito y hierro dietario en preescolares de la I.E.I. N° 200 Ocuwiri, provincia de Lampa – Puno. Junio-setiembre 2014”. En una muestra de 35 niños de 03 a 05 años de edad, halló que, el 71.4% tiene estado nutricional normal; mientras que el 28.6% evidencia adelgazamiento o desnutrición crónica; Por su parte tomando en cuenta el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC), el 89% se halla en un estado normal; mientras que, el 9% muestra bajo peso; y el 3% evidencia sobrepeso. Asimismo, en la evaluación del nivel de hemoglobina, el 60% muestra niveles altos; mientras que, el 31.4% muestra niveles normales; y el 8.6% niveles bajos de hemoglobina. De igual manera, en esta evaluación, el 60% presenta niveles normales de hematocrito; en tanto que, el 25.7% presenta niveles altos; y el 14.3% niveles bajos. El 68.6% de los niños muestran consumo excesivo de hierro en su dieta; en tanto que, el 17.1% el consumo es deficiente; y en el 14.3% el consumo es adecuado. Concluyendo que existe relación entre el estado nutricional y el nivel de hemoglobina, hematocrito, pero no con el hierro dietario (11).

Similar estudio, por su parte, TUME FLORES Wily (2018). En su tesis “Desarrollo psicomotor asociado al nivel de hemoglobina en niños y niñas de 2 a 5 años de edad, Centro de Salud Cabana – 2018”, Los resultados reportados fueron: El 47.5% presentó anemia moderada; en tanto que, el 35% presentó anemia leve; y, el 5% anemia severa. Respecto al desarrollo psicomotor global, el 52.5% de los niños presentó riesgo; mientras que, el 40% fue normal; y, el 7.5% evidenció cierto retraso. En cuanto a las áreas del desarrollo: En el área Coordinación, el 50% presentó

categoría normal; mientras que, el 42.5% presentó riesgo; y, el 7.5% retraso. En el área Lenguaje, el 50% presentó cierto riesgo; mientras que, el 47.5% se presentó normal; y, el 2.5% retraso. En el área Motriz, el 77.5% se mantuvo dentro de la categoría normal; mientras que el 17.5% manifestó cierto riesgo; y, el 2.5% retraso. Cuando realizó la asociación: Desarrollo psicomotor global y nivel de hemoglobina: evidenció que, el 42.5% manifestó anemia moderada y riesgo del desarrollo; El 25% manifestó anemia leve y desarrollo psicomotor normal; y, el 02.5% presentó anemia moderada y su desarrollo psicomotor fue normal. En la asociación Desarrollo psicomotor por áreas del desarrollo y nivel de hemoglobina: Respecto al área de Coordinación: el 27.5% presentó anemia moderada y a su vez manifestó riesgo del desarrollo; en el área de Lenguaje: el 32.5% presentó anemia moderada y mostró riesgo del desarrollo; En el área Motriz, el 35% presentó anemia moderada y su desarrollo psicomotriz fue normal. Concluyó que, la mayoría de niños en estudio presentaron anemia moderada y leve, asimismo, riesgo en el desarrollo psicomotor global, desarrollo normal y en riesgo dentro de las áreas Coordinación y Motriz, riesgo en el desarrollo del área de Lenguaje. En concordancia con la prueba estadística de Pearson, el desarrollo psicomotriz global y las áreas de Coordinación y Lenguaje se asocian con el nivel de hemoglobina; por el contrario, el área Motora del desarrollo, no se asocia con el nivel de hemoglobina (12).

En los antecedentes de estudios que se presentan en el presente trabajo de investigación, están establecidos para analizar lo que en realidad la anemia puede afectar el presente y futuro de los niños, notándose en cada uno de ellos, retrasos en alguna o varias de las áreas de su desarrollo psicomotor; encomendándole esta inmensa carga a los profesionales de la salud, entre ellos, al personal de enfermería; razón por la cual, se analiza, evalúa dicha intervención. En párrafos anteriores, se hizo referencia a la intervención del profesional de enfermería en cuanto a la promoción de la salud y a la intervención en el manejo preventivo de la anemia; Respecto al análisis

y reporte de la intervención de enfermería en cuanto al manejo terapéutico de la anemia en niños de 6 a 35 meses, notándose en ambos establecimientos en estudio, Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvo mayor efectividad en manejo de la dosificación en un 68.42% y 75.00% respectivamente. De igual manera, tuvo mayor efectividad el manejo de la frecuencia y duración del tratamiento en un 57.89% y 56.25% respectivamente; y la vigilancia de efectos secundarios en un 44.74% y 43.77% respectivamente. Notándose dificultades de cumplimiento en ambos establecimientos en la evaluación y tamizaje durante el tratamiento en un 36.84% en el establecimiento de Pasco y 28.13% en el establecimiento de Huancayo.

Por otra parte, en cuanto a la Intervención de enfermería en consejería, en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvo mayor efectividad en consejería sobre Importancia del Hierro en un 65.79% y 59.38%, respectivamente. Evidenciándose mayor dificultad de cumplimiento en el establecimiento de Pasco, respecto a la consejería en efectos adversos en un 31.56% y consejería en conservación de micronutrientes en un 26.32%. En tanto que, en el establecimiento de Huancayo, las dificultades que se presentan son las consejerías en administración de hierro en un 31.25% y consejería en conservación en un 25.00%.

Por último, referente a Intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento de la anemia, de la misma manera, en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvo mayor efectividad en monitoreo a través de citas al establecimiento en un 84.21% y 76.56% respectivamente; así como el manejo preventivo a través de controles de CRED en un 47.37% y 68.75% respectivamente. Se reporta mayor debilidad de cumplimiento en ambos establecimientos, en cuanto al monitoreo y seguimiento por visitas

domiciliarias en 36.84% en el establecimiento de Pasco y 31.25% en el establecimiento de Huancayo, ello por falta de recursos humanos; aunque, en períodos esporádicos durante el año, se cuenta con la presencia de internos de enfermería y estudiantes de las diversas instituciones de nivel superior, tanto universitarios como tecnológicos, los cuales aumentan los porcentajes del nivel de cumplimiento de dicha intervención contra la anemia.

Por lo tanto, la presente investigación se estableció para evaluar la intervención de enfermería en el manejo de la anemia; es así que, partiendo de la definición de los cuidados de enfermería, el cual se entiende como la preservación y/o conservación de algo, o como la asistencia, ayuda que se brinda a otro ser vivo; la Enfermería se relaciona asociativamente con a la prevención, atención y vigilancia del estado de un ser en estado enfermo y/o sano. Por lo tanto, los cuidados de enfermería, abarca múltiples atenciones que un enfermero dedica a su paciente. Sus características dependerán de la evaluación de su estado y su gravedad; aunque generalmente se dice que está orientan al monitoreo de la salud y la asistencia sanitaria del paciente. Es así que, al finalizar nuestra investigación, se llegó a la conclusión de que, “Existe relación significativa entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017”.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Referente a Intervención de enfermería en promoción de la salud en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en intervención en vacunación en 71.05% y 68.75% respectivamente; así como en promoción de lavado de manos e higiene de alimentos. La mayor dificultad de cumplimiento encontrada en ambos establecimientos fue lo relacionado a promoción de alimentación balanceada en un 31.58% en el establecimiento de Pasco; y en 34.38% en el establecimiento de Huancayo.

SEGUNDA:

Referente a Intervención de enfermería en manejo preventivo de la anemia también en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en el Control de Crecimiento y Desarrollo en un 57.89% y 68.75% respectivamente. Siendo la mayor debilidad de cumplimiento en ambos establecimientos el despistaje de parasitosis en un 44.74% y 35.94% respectivamente. En tanto que, en el establecimiento de Pasco se tuvo otra dificultad en cuanto al tamizaje y detección en un 28.95% por ser un establecimiento de nivel I-1 y no contar con un departamento de ayuda al diagnóstico.

TERCERA:

En cuanto a la Intervención de enfermería en manejo terapéutico de la anemia, en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en manejo de la dosificación en un 68.42% y 75.00% respectivamente. Así como, en el manejo de la frecuencia y duración en un 57.89% y 56.25% respectivamente; y la vigilancia de efectos secundarios en un 44.74% y 43.77% respectivamente. La mayor limitación de cumplimiento en ambos establecimientos, está determinada por dificultades en la evaluación y tamizaje durante el tratamiento en un 36.84% en el establecimiento de Pasco y 28.13% en el establecimiento de Huancayo.

CUARTA:

En cuanto a la Intervención de enfermería en consejería, en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en consejería sobre Importancia del Hierro en un 65.79% y 59.38%, respectivamente. La mayor dificultad de cumplimiento en el establecimiento de Pasco son las consejerías sobre efectos adversos en un 31.56% y la consejería en conservación de micronutrientes en un 26.32%. En tanto que, en el establecimiento de Huancayo, las dificultades son las consejerías en administración de hierro en un 31.25% y la consejería en conservación de micronutrientes en un 25.00%.

QUINTA:

Referente a Intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento de la anemia también en ambos establecimientos Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión –Pasco y Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo, se tuvieron mayor efectividad en monitoreo a través de citas al establecimiento en un 84.21% y 76.56%

respectivamente; así como el manejo preventivo a través de controles de CRED en un 47.37% y 68.75% respectivamente. La mayor dificultad de cumplimiento en ambos establecimientos, están determinados por el monitoreo y seguimiento por visitas domiciliarias en 36.84% en el establecimiento de Pasco y 31.25% en el establecimiento de Huancayo.

SEXTA:

En el establecimiento de Pasco se presentaron más niños con anemia moderada (42.11%) en tanto que en el establecimiento de Huancayo se presentaron más casos de anemia leve (43.75%). Los casos de anemia severa en el establecimiento de Pasco, fue del 21.05% y, en el de Huancayo, fue del 18.75%. Asimismo, al final del tratamiento, en el establecimiento de Pasco, el 36.84% de los casos evolucionaron favorablemente; en tanto que, en el establecimiento de Huancayo, fue en el 46.88% de los casos.

SÉPTIMA

En el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión – Pasco, en el 44.74% la intervención de enfermería fue Efectiva; el 31.56% medianamente efectiva y el 18.42% no fue efectiva. Asimismo, el manejo de la anemia fue favorable en un 36.84%; en un 42.11% fue medianamente favorable; y en el 21.05% no fue favorable. En relación a un 50.00% de la intervención de enfermería en el Centro de Salud San Jerónimo – Huancayo que fue Efectiva; un 34.38% medianamente efectiva y un 18.75% no fue efectiva. Asimismo, se evidenció que, el manejo de la anemia fue favorable en un 46.88%; un 34.38% fue medianamente favorable; y un 18.75% no fue favorable.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Actualizar a los profesionales enfermeros sobre alimentación y nutrición; a su vez, Proporcionar de los medios y condiciones favorables para mejorar sus actividades de promoción de la salud.

SEGUNDA:

Dotar de materiales y equipos, así como de infraestructura adecuada para continuar con la efectividad del control CRED; así como, de recursos humanos para la realización de despistajes de parasitosis en la población susceptible.

TERCERA:

Favorecer la implementación de insumos, materiales y reactivos; así como los mecanismos para la gestión inmediata de atención en tamizajes de hemoglobina en la detección precoz y/o monitorización durante el tratamiento.

CUARTA:

Actualizar permanentemente a los profesionales enfermeros en manejo de la anemia y manejo de consejerías; así como implementar con los medios, materiales y condiciones favorables para efectivizar las consejerías a madres de familia con niños con anemia.

QUINTA:

Concientizar a los profesionales de la salud que la monitorización y seguimiento de los niños con anemia no solo es intramural a través de citas y controles en el establecimiento; sino que, se debe fortalecer las visitas domiciliarias.

SEXTA:

Fortalecer la atención integral en los establecimientos de salud a través de la implementación de profesionales en nutrición, psicología, asistencia social, servicios de ayuda al diagnóstico, pediatría y otros que contribuyan a la rápida y efectiva intervención al niño con anemia.

SÉPTIMA

Implementar estudios de investigación a partir de lo encontrado, en aras de contribuir a mejorar la intervención de enfermería en interacción con el equipo de salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. World Health Organization.com. Worldwide prevalence of anemia in 2017. [Online]. Ginebra: WHO; 2018 [cited 2019 marzo 21. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anemia_2017/en.com.
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú: ENDES. [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 21. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
3. ADRA PERÚ. Guía de estimulación Temprana. Perú; 2009.
4. Papalia D, Wendkos Olds S, Duskin Felman R. Desarrollo Humano. Décimo primera edición ed. México: Mc GRAW-HILL Interamericana S.A; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar y evaluar su gravedad. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales.. [Online].; 2011 [cited 2019 marzo 21. Available from: [Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf).
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Promoción del crecimiento y desarrollo en la Primera infancia. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 21. Available from: [Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish](https://www.unicef.org/peru/spanish).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales: Primer Semestre 2017 Lima: [Resultados Preliminares al 50% de la muestra].; Agosto 2017.

8. Ojeda Quezada C. Anemia y desarrollo psicomotriz en niños y niñas que asisten al centro infantil del buen vivir infancia universitaria, durante el periodo Junio – noviembre 2016. Universidad Nacional de Loja - Ecuador: Carrera de Medicina Humana, Facultad de Salus Humana.: [Tesis de Grado]; 2017.
9. Sanoja Valor C, Mirabal M. Desarrollo psicomotor de los preescolares con anemia ferropénica de la Unidad Educativa San Carlos, Maracay, Estado Aragua 2007-2008, Venezuela: Postgrado de Pediatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo: [Informe Médico].; 2015.
- 10 Núñez Arbildo M, Ulloa García D.. Anemia y desarrollo cognitivo en niños de 3 a 5 años de la institución educativa 06 Cuadritos, distrito de Laredo - diciembre 2010, Trujillo - Perú. Carrera de Nutrición Humana, Facultad Ciencias Médicas. UCV.: [Tesis de Grado].; 2011.
- 11 Acuña Ponce N.. Relación del Estado nutricional, nivel de hemoglobina, hematocrito y hierro dietario en preescolares de la I.E.I. N° 200 Ocuvi, provincia de Lampa – Puno. Junio-setiembre 2014, Puno - Perú. Puno: [Tesis de Grado]. Repositorio institucional Universidad Nacional del Altiplano ; 2014.
- 12 TUME FLORES Wily. Desarrollo psicomotor asociado al nivel de hemoglobina en niños y niñas de 2 a 5 años de edad, Centro de Salud Cabana – 2018” Puno - Perú. Puno: [Tesis de Grado]. Repositorio institucional Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
- 13 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Departamento de Pasco Lima-Perú: INEI; 2013.
- 14 Universidad Autónoma de Yucatán. Proceso de enfermería. Facultad de enfermería.. [Online]. [cited 2019 marzo 21. Available from: <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/desarrollodeintervenciones.html>].
- 15 PACHECO E. Administración de los servicios de enfermería. ISBN 84-7738-339-1. España: Síntesis. Madrid; 1995.

- 16 Kelly, L. Y., & Joel, L. A. Dimensions of professional nursing. 8th ed. New York - EE.UU.: McGraw-Hill; 1999.
- 17 Henderson V. The nature of nursing New York, EE.UU.: McMillan; 1995.
- 18 Nightingale, F. N. Notes on nursing: What it is and what it is not? Philadelphia. EE.UU.: J. B. Lippincott (documento original publicado en 1859); 1992.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar y evaluar su gravedad. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. [Online].; 2011 [cited 2019 marzo 21. Available from: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf.
- 20 Raymundo T. Tratado de la Nutrición Pediátrica. Segunda ed. Barcelona, España: Doyma S.L; 2001.
- 21 Ganong WF, McPHEE SJ. Fisiopatología de la enfermedad: una introducción a la medicina clínica. Sexta ed. México: Mc GRAW-HILL Interamericana S.A; 2010.
- 22 Ormrod Ellis J.. Aprendizaje Humano. Cuarta ed. Madrid - España: PEARSON Educación, S.A; 2005.
- 23 Stanco G. Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro. Colombia Medica. 2007 enero-marzo; 38(1).
- 24 Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica: manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas Lima-Perú.; 2017. Disponible en la web: www.isn.gob.pe.
- 25 Balarajan Y., Ramakrishnan U., Ozaltin E et al. Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011; 378: p. 2123-35.
- 26 Mahan LK, Raymond JL, Escott-Stump S. Krause's. Food & the Nutrition Care Process. Terceava ed.; 2013.

- 27 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 Syst Rev.* 2012; 8(CD003248.).
- 28 Hallberg L. Bioavailability of dietary iron in man. *AnnuRevNutr.* 1981; 1: p. 123–47.
- 29 De Andrade Cairo RC, Rodrigues Silva L, Carneiro Bustani N, Ferreira Marques. CD. Iron deficiency anemia in adolescents: A literature review. *Nutr Hosp.* 2014; 29(6): p. 1240–9.
- 30 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética” Lima -Perú: NTS N°103-MINSA/DGSP-V.01; 2016.
- 31 Comité Nacional de Hematología. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2009; 107(4): p. 353–61.
- 32 Guidelines & Protocols Advisory Committee. Iron Deficiency - Investigation and Management. British Columbia, Canada. 2010 enero.
- 33 Lichtman M, Kaushansky K, Kipps T, Pichal J, Levi M. Anemia por deficiencia de Hierro. En: *Hematology.* Octava ed. New York - EE.UU.: McGraw Hill Medical; 2014.
- 34 Ministerio de Salud Argentina. Recomendaciones para la Atención clínica del adolescente; 2012.
- 35 Muñoz M, Morón C.. Manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2005.
- 36 Clinical and Laboratory Standards Institute. Procedures and Devices for the Collection of Diagnostic Capillary Blood Specimens; Approved Standard. 6th ed. 28 V, editor. USA; 2008.

- 37 Suardiaz J, Cruz C, Colina A. Técnicas y Procedimientos de Laboratorio Clínico. Cuba: Ciencias Médicas de La Habana; 2004.
- 38 Organización Mundial de la Salud. El uso clínico de la sangre en Medicina general, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía, Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra.Suiza.; 2001.
- 39 Center for Disease Control and Prevention. Altitude hemoglobin curve and CDC anemia criteria which uses the altitude adjustment.; 1995.
- 40 Courdec R, Mary R, Veinberg F.. Marcadores de inflamación en pediatría.. Acta Bioquím Clín Latinoam. 2004; 38(4).
- 41 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Anemia por Deficiencia de Hierro en menores de 5 años de edad.. (Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica). Report N°:SS-221-09. México 2016.
- 42 Baker RD, Greer FR, Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron- deficiency anemia infants and young children (0-3years of age). Pediatrics. 2010 November; 126(5): p. 1040–50.
- 43 Breyman C, Gliga F, Bejenariu C. Comparative efficacy and safety of intervenous ferric carboxynaltose in the tretment of postpartum iron deficiency anemia. Int J Gynaecol Obstet. 2008 Abril; 101(1): p. 67-73.
- 44 Ministerio de Salud. “Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética” Lima, Perú: NTS N°103-MINSA/DGSP-V.01.
- 45 World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia.. WHO Library. 2008.
- 46 Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 062 – 2016/MINSA que aprueba modificar el literal K, del numeral 6.5, del Documento Técnico: Orientaciones

para la atención integral de salud de las y los adolescentes en el I nivel de Atención,. aprobado con RM N°917-2014/MINSA. .

- 47 Donato H, Rapetti C, Crisp R. Anemias carenciales. En: Anemias en Pediatría. Argentina: Buenos Aires: Fundasap; 2005.
- 48 Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy.. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 7(CD009997.).
- 49 Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: N° 006-MINSA-INS-V 0.1 Lineamientos de Nutrición Materna. Lima-Perú; 2004.
- 50 National Collaborating Centre for Women´s and Children´s Health (UK). Antenatal Care: Routine care for healthy pregnant women. London:. RCOG Press. 2008 marzo.
- 51 Funk F, Ryle P, Canclini C, Neiser S, Geisser P. The new generation of intravenous iron: chemistry, pharmacology, and toxicology of ferric carboxymaltose. 345-53. Arzneimittelforschung. 2010; 60(6): p. 345-53.
- 52 Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012; 58: p. 293-312.
- 53 Arlet JB, Pouchot J, Lasocki S, Beaumont C, Hermine O. Iron therapy: Indications, limitations and modality. Lareveu de medicine interne. 2013; 34: p. 26-31.
- 54 Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS. Que aprueba la Guía Técnica 001/2012-CENAN- INS:“Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante Hemoglobina Portátil”. .
- 55 Larrucea M, Guevara P, Buño A. Proteína C Reactiva: Utilidad Clínica y Recomendaciones para su medición en el laboratorio de urgencias. : Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular; 2014.

- 56 Larrucea M, Guevara P, Buño A. Proteína C Reactiva: Utilidad Clínica y Recomendaciones para su medición en el laboratorio de urgencias.; 2014.
- 57 Dale H., Schunk.. Teorías del aprendizaje: Una perspectiva educativa. 6th ed. México: Pearson Educación; 2012.
- 58 Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. 7th ed. Elseiver , editor. Madrid: Edide S.I.; 2011.
- 59 Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Estimado(a) Usuario(a):

El cuestionario forma parte de un estudio de investigación en el que Usted forma parte; por lo que, Usted debe saber que es confidencial (anónima) y, no hay respuestas verdaderas ni falsas, tampoco correctas o incorrectas; por lo que no tienen calificativos.

Los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación que busca recabar información sobre cumplimiento de responsabilidades del profesional enfermero y la percepción del usuario externo.

OBJETIVO: Evaluar la intervención de Enfermería en el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

INSTRUCCIÓN

Le presento una lista de interrogantes donde Usted debe marcar con un aspa (X) o una cruz (+) dentro de los paréntesis de acuerdo a las condiciones reales:

I. DATOS GENERALES:

DIMENSIÓN 1: SOCIO CULTURAL ECONÓMICO

1. PERSONA QUE ACOMPAÑA AL NIÑO:

- a. Madre ()
- b. Padre ()
- c. Ambos ()

2. EDAD DE LOS PADRES/APODERADOS:

- a. 18 – 25 años ()
- b. 26 – 35 años ()
- c. 36 – más años ()

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN (PADRES/APODERADOS):

- Sin Instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

4. TIPO DE SEGURO DEL NIÑO:

- SIS ()
- Ninguno ()

- Otro: (especifique)

5. OCUPACIÓN (PADRES/APODERADOS):

- Estudiante ()
- Casa ()
- Empleado ()
- Independiente ()

6. ESTADO CIVIL (PADRES/APODERADOS):

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()

7. TIPO DE USUARIO:

- Nuevo ()
- Continuador ()

8. NÚMERO DE HERMANOS DEL NIÑO(A):

- 1 () Edad:..... años
- 2 () Edad:..... años
- 3 () Edad:..... años
- 4 a más () Edad:..... años

II. DATOS ESPECIFICOS:

Le presento una lista de interrogantes donde Usted debe marcar con un aspa (X) o una cruz (+) de acuerdo a los criterios en un rango de 1 al 5; donde 1 es el menor nivel de calificación y 5 la mayor calificación:

Las categorías de la escala de la encuesta de opinión son:

(1) Nunca (2) Rara Vez (3) A Veces (4) Casi siempre (5) Siempre

N°	ITEMS	1	2	3	4	5
1	¿El personal de enfermería le brindó charlas educativas sobre consumo de agua segura?					
2	¿El personal de enfermería le brindó charlas educativas sobre lavado de manos?					
3	¿El personal de enfermería le brindó charlas educativas sobre higiene de alimentos?					
4	¿El personal de enfermería le brindó charlas educativas sobre alimentación y nutrición balanceada?					

5	¿El personal de enfermería le brindó charlas educativas sobre vacunación y Usted está al día con sus vacunas de su niño?					
6	¿El personal de enfermería realiza el Control de Crecimiento y Desarrollo de su niño?					
7	¿El personal de enfermería le explica sobre los tamizajes de la anemia en niños y a su niño le realizaron tamizajes?					
8	¿El personal de enfermería le explica sobre los despistajes de parasitosis como medida preventiva de la anemia en niños y a su niño le realizaron despistajes?					
9	¿El personal de enfermería le explica sobre suplementación preventiva como medida preventiva de la anemia en niños y su niño está siendo suplementado?					
10	¿El personal de enfermería le explica sobre la dosis y la forma de consumir los micronutrientes e el tratamiento contra la anemia en niños?					
11	¿El personal de enfermería le explica y le recuerda sobre la frecuencia y el tiempo que dura el tratamiento con micronutrientes contra la anemia en niños?					
12	¿El personal de enfermería le explica y le recuerda sobre las evaluaciones y los tamizajes periódicos de Hemoglobina en el tratamiento de la anemia en niños?					
13	¿El personal de enfermería le explica y le recuerda sobre los inconvenientes que se pueden presentar durante las tomas de micronutrientes?					
14	¿El personal de enfermería le brindó Consejerías sobre el tratamiento adecuado de la anemia en niños?					

15	¿El personal de enfermería le brindó Consejerías sobre la importancia del consumo de alimentos con alto contenido de hierro en los niños?					
16	¿El personal de enfermería le explicó sobre la forma de conservar los micronutrientes en casa ?					
17	¿El personal de enfermería le explicó sobre los efectos que puede ocasionar los micronutrientes y que es lo que debe hacer Usted si se presentan esos casos?					
18	¿El personal de enfermería está pendiente de su niño para los controles de Crecimiento y desarrollo, los tamizajes y los despistajes de anemia?					
19	¿El personal de enfermería está pendiente de su dosis, del tiempo que está en tratamiento su niño contra la anemia?					
20	¿El personal de enfermería está pendiente de sus controles durante el tiempo de está durando el tratamiento de sus niño?					
21	¿El personal de enfermería realiza visita a su domicilio para verificar el tratamiento de su niño?					
22	¿El personal de enfermería le cita a su niño para su evaluación durante el tratamiento?					

Muchas gracias por su participación

Por ser estos ítems de escala ordinal, se agruparon las categorías

- (4) (5) Satisfactorio
- (3) Parcial satisfactorio
- (1) (2) Insatisfactorio

ANEXO 02

CONSTANCIA DE INTERNADO

CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUANCAYO



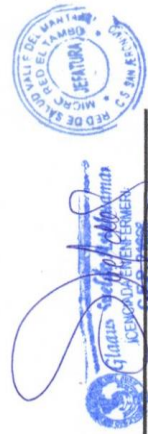
SE OTORGA A:

GUERREROS VILLANUEVA, KELY MARUJA

Estudiante de la Universidad Nacional "Daniel Alcides Carrión", Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, con Código de Matricula N° 1393103167, identificada con D.N.I N° 72883649, quien ha realizado sus Prácticas de Internado Comunitario en el Centro de Salud **SAN JERONIMO** - HUANCAYO, durante 4 meses desde 05 de junio hasta el 05 de Octubre del 2017, cumpliendo el horario establecido.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

HUANCAYO, Octubre del 2017.



DIRECTOR DEL "SAN JERONIMO"



Jefa de Enfermería de PS
"SAN JERONIMO"

ANEXO 03

CONSTANCIA DE INTERNADO

PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO



GOBIERNO REGIONAL PASCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO
MICRO RED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO "

"AÑO DE LA REFORMA E INTEGRACIÓN REGIONAL "

CONSTANCIA

JEFA DEL PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRION

Lic. Enf. Betty Eva, ESPINOZA GARCÍA

Hace Constar que:

La señorita **DEUDOR AVALOS, Karin Milagros** ; identificada con DNI N°76269894, estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – Pasco, a realizado sus prácticas Pre Profesionales (Internado Comunitario) en los diferentes servicios asistenciales del P. S. Daniel Alcides Carrión desde el 05 de junio al 05 de octubre del 2017.

Durante su permanencia ha demostrado responsabilidad y puntualidad en las funciones asignadas.

Se expide el presente a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente.

Cerro de Pasco 18 de Octubre del 2017.

Atentamente.

Betty E. Espinoza Garcia
EN ENFERMERIA
C.E.P. 40382



ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma en el presente documento, de manera completamente voluntaria, doy por consentido mi participación de la investigación “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN-PASCO Y CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO-HUNCAYO, 2017”, que tiene relación con la atención de mi menor hijo(a).

Doy mi consentimiento a la participación voluntaria y consiste en responder algunas preguntas del cuestionario, los mismos que no ponen en riesgo mi integridad Física ni emocional. Así mismo, se me informó de los objetivos de la investigación. Los datos que proporcione serán enteramente confidenciales. Además, puedo determinar la no participación de este estudio en el momento que mi persona así lo determine.

Las internas de Enfermería DEUDOR AVALOS, Karin Milagros y GUERREROS VILLANUEVA, Kely Maruja, me explicaron sobre las particularidades como responsables de la investigación que vienen realizando.

- Firma del padre y/o apoderado

Firma de la investigadora

Cerro de Pasco, 2017

ANEXO 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO Y CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - HUANCAYO, 2017"

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS											
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre la intervención de enfermería y el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>V1: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>I. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</p> <p>A. PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> Consumo de agua segura Lavado de manos Higiene de alimentos Alimentación balanceada Vacunación <p>B. MANEJO PREVENTIVO</p> <ol style="list-style-type: none"> Control CRED Tamizaje y detección precoz Despistaje parasitosis Suplementación preventiva <p>C. MANEJO TERAPÉUTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> Dosificación Frecuencia/duración Evaluación/tamizaje Efectos colaterales o adversos <p>D. CONSEJERÍA</p> <ol style="list-style-type: none"> Tratamiento adecuado Importancia del hierro Conservación Efectos adversos <p>E. MONITOREO Y SEGUIMIENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> Manejo preventivo Tratamiento Controles 	<p>TIPO de Estudio:</p> <p>Investigación Básica - Cuantitativa</p> <p>MÉTODO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descriptivo correlacional-comparativo <p>Diseño:</p> <p>Tipo: no experimental de corte transversal</p> <table border="1" data-bbox="1727 965 2045 1131"> <tr> <td></td> <td colspan="3">VARIABLE D</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">VI_G</td> <td>T₁</td> <td>T₂</td> <td>T_n</td> </tr> <tr> <td>E₁</td> <td>E₂</td> <td>E_N</td> </tr> </table> <p>Población</p> <p>La población está conformada por todos los niños del programa de crecimiento y desarrollo de los establecimientos en estudio</p> <p>Muestra</p>		VARIABLE D			VI _G	T ₁	T ₂	T _n	E ₁	E ₂	E _N
	VARIABLE D															
VI _G	T ₁	T ₂	T _n													
	E ₁	E ₂	E _N													

				4. Visita domiciliaria	El presente estudio lo conforman los 38 niños del puesto de salud Daniel Alcides Carrión y los 64 niños de 6 a 35 meses del Centro de salud San Jerónimo de Huancayo.
<p>Problemas Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en promoción de la salud en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017? • ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en manejo preventivo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017? • ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en manejo terapéutico en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en promoción de la salud en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 • Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en manejo preventivo en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 • Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en manejo terapéutico en relación 	<p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, la intervención de enfermería en promoción de la salud es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable. • Si, la intervención de enfermería en manejo preventivo es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable. • Si, la intervención de enfermería en manejo terapéutico es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo 	<p>DEPENDIENTE</p> <p>V2:</p> <p>MANEJO DE LA ANEMIA</p>	<p>1. LEVE 2. MODERADA 3. SEVERA</p> <p>1. Favorable 2. Medianamente favorable 3. No Favorable</p>	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Registro <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Ficha de registro <p>Métodos De Análisis De Investigación:</p> <p>Estadística descriptiva y Estadística inferencial (X²)</p>

<p>Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en consejería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017? • ¿Cuál es la efectividad de la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017? 	<p>al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en consejería en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 • Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento en relación al manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 	<p>Huancayo, 2017 será favorable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, la intervención de enfermería en consejería es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable. • Si, la intervención de enfermería en monitoreo y seguimiento es efectiva; entonces el manejo de la anemia en niños de 6 a 35 meses, puesto de salud Daniel Alcides Carrión Pasco y Centro de Salud San Jerónimo Huancayo, 2017 será favorable. 			
---	--	---	--	--	--

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	Conjunto de obligaciones a cumplir dentro de las áreas asistencial, administrativa, educativa e investigación	Cumplimiento de labores asignadas, evaluadas a través de la efectividad, mediana efectividad y no efectividad	A. PROMOCIÓN DE LA SALUD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de agua segura 2. Lavado de manos 3. Higiene de alimentos 4. Alimentación balanceada 5. Vacunación 	Nominal
			B. MANEJO PREVENTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control CRED 2. Tamizaje y detección precoz 3. Despistaje parasitosis 4. Suplementación preventiva 	Nominal
			C. MANEJO TERAPÉUTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dosificación 2. Frecuencia/duración 3. Evaluación/tamizaje 4. Efectos colaterales o adversos 	Nominal
			D. CONSEJERÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento adecuado 2. Importancia del hierro 3. Conservación 4. Efectos adversos 	Nominal
			E. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo preventivo 2. Tratamiento 3. Controles 4. Visita domiciliaria 	Nominal
MANEJO DE LA ANEMIA	Conjunto de acciones de prevención y tratamiento de la anemia en la	Respuestas del profesional de Enfermería a través de promoción de la salud, manejo preventivo,	<ol style="list-style-type: none"> 1. LEVE 2. MODERADA 3. SEVERA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorable 2. Medianamente Favorable 3. No Favorable 	Ordinal

	población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, según el nivel de atención correspondiente	manejo terapéutico, consejería y monitorización de niños de 6 a 35 meses de vida con anemia			
--	---	---	--	--	--

ANEXO 7

CUADRO N° 02 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONSUMO DE AGUA SEGURA	2	5.26	8	21.05	12	31.58	10	26.32	6	15.79	38	100.00
LAVADO DE MANOS	12	31.58	7	18.42	14	36.84	3	7.89	2	5.26	38	100.00
HIGIENE DE ALIMENTOS	8	21.05	9	23.68	13	34.21	4	10.53	4	10.53	38	100.00
ALIMENTACIÓN BALANCEADA	4	10.53	8	21.05	14	36.84	7	18.42	5	13.16	38	100.00
VACUNACIÓN	14	36.84	13	34.21	7	18.42	2	5.26	2	5.26	38	100.00
TOTAL	8	21.05	9	23.68	12	31.58	5.2	13.68	3.8	10.00	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 02 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONSUMO DE AGUA SEGURA	12	18.75	18	28.13	22	34.38	8	12.50	4	6.25	64	100.00
LAVADO DE MANOS	22	34.38	14	21.88	18	28.13	6	9.38	4	6.25	64	100.00
HIGIENE DE ALIMENTOS	16	25.00	18	28.13	17	26.56	9	14.06	4	6.25	64	100.00
ALIMENTACIÓN BALANCEADA	4	6.25	12	18.75	26	40.63	13	20.31	9	14.06	64	100.00
VACUNACIÓN	26	40.63	18	28.13	12	18.75	4	6.25	4	6.25	64	100.00
TOTAL	16	25.00	16	25.00	19	29.69	8	12.50	5	7.81	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

ANEXO 8

CUADRO N° 03 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO PREVENTIVO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL CRED	12	31.58	10	26.32	10	26.32	6	15.79	0	0.00	38	100.00
TAMIZAJE Y DETECCIÓN	6	15.79	6	15.79	15	39.47	8	21.05	3	7.89	38	100.00
DESPISTAJE PARASITOSIS	4	10.53	5	13.16	12	31.58	10	26.32	7	18.42	38	100.00
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA	6	15.79	7	18.42	15	39.47	8	21.05	2	5.26	38	100.00
TOTAL	7	18.42	7	18.42	13	34.21	8	21.05	3	7.89	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 03 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO PREVENTIVO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO PREVENTIVO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL CRED	24	37.50	20	31.25	14	21.88	6	9.38	0	0.00	64	100.00
TAMIZAJE Y DETECCIÓN	9	14.06	14	21.88	21	32.81	12	18.75	8	12.50	64	100.00
DESPISTAJE PARASITOSIS	7	10.94	10	15.63	24	37.50	12	18.75	11	17.19	64	100.00
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA	8	12.50	12	18.75	25	39.06	14	21.88	5	7.81	64	100.00
TOTAL	12	18.75	14	21.88	21	32.81	11	17.19	6	9.38	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

ANEXO 9

CUADRO N° 04 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPÉUTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO TERAPÉUTICO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DOSIFICACIÓN	14	36.84	12	31.58	9	23.68	3	7.89	0	0.00	38	100.00
FRECUENCIA/DURACIÓN	12	31.58	10	26.32	10	26.32	4	10.53	2	5.26	38	100.00
EVALUACIÓN/TAMIZAJE	6	15.79	5	13.16	13	34.21	9	23.68	5	13.16	38	100.00
EFFECTOS SECUNDARIOS	8	21.05	9	23.68	16	42.11	4	10.53	1	2.63	38	100.00
TOTAL	10	26.32	9	23.68	12	31.58	5	13.16	2	5.26	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 04 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO TERAPÉUTICO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MANEJO TERAPÉUTICO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL CRED	26	40.63	22	34.38	12	18.75	4	6.25	0	0.00	64	100.00
TAMIZAJE Y DETECCIÓN	20	31.25	16	25.00	18	28.13	6	9.38	4	6.25	64	100.00
DESPISTAJE PARASITOSIS	12	18.75	12	18.75	22	34.38	12	18.75	6	9.38	64	100.00
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA	14	21.88	14	21.88	20	31.25	10	15.63	6	9.38	64	100.00
TOTAL	18	28.13	16	25.00	18	28.13	8	12.50	4	6.25	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

ANEXO 10

CUADRO N° 05 – A

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN
RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A
35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES
CARRIÓN -PASCO, 2017**

INTERVENCIÓN EN CONSEJERÍA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADMINISTRACIÓN HIERRO	8	21.05	6	15.79	16	42.11	4	10.53	4	10.53	38	100.00
IMPORTANCIA DEL HIERRO	14	36.84	11	28.95	7	18.42	4	10.53	2	5.26	38	100.00
CONSERVACIÓN	6	15.79	9	23.68	13	34.21	7	18.42	3	7.89	38	100.00
EFFECTOS ADVERSOS	8	21.05	6	15.79	12	31.58	9	23.68	3	7.89	38	100.00
TOTAL	9	23.68	8	21.05	12	31.58	6	15.79	3	7.89	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 05 – B

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA EN
RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A
35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO –
HUANCAYO, 2017**

INTERVENCIÓN EN CONSEJERÍA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADMINISTRACIÓN HIERRO	14	21.88	14	21.88	16	25.00	14	21.88	6	9.38	64	100.00
IMPORTANCIA DEL HIERRO	22	34.38	16	25.00	14	21.88	10	15.63	2	3.13	64	100.00
CONSERVACIÓN	16	25.00	14	21.88	18	28.13	12	18.75	4	6.25	64	100.00
EFFECTOS ADVERSOS	16	25.00	20	31.25	12	18.75	12	18.75	4	6.25	64	100.00
TOTAL	17	26.56	16	25.00	15	23.44	12	18.75	4	6.25	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

ANEXO 11

CUADRO N° 06 – A

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, PUESTO DE SALUD DANIEL ALCIDES CARRIÓN -PASCO, 2017

INTERVENCIÓN EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
MANEJO PREVENTIVO	6	15.79	12	31.58	10	26.32	7	18.42	3	7.89	38	100.00
TRATAMIENTO	5	13.16	8	21.05	14	36.84	9	23.68	2	5.26	38	100.00
CONTROLES	9	23.68	6	15.79	15	39.47	6	15.79	2	5.26	38	100.00
VISITA DOMICILIARIA	3	7.89	9	23.68	12	31.58	11	28.95	3	7.89	38	100.00
CITAS INTEGRALES	27	71.05	5	13.16	4	10.53	2	5.26	0	0.00	38	100.00
TOTAL	10	26.32	8	21.05	11	28.95	7	18.42	2	5.26	38	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

CUADRO N° 06 – B

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN AL MANEJO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – HUANCAYO, 2017

INTERVENCIÓN EN MONITOREO Y SEGUIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO										TOTAL	
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		A VECES		RARA VEZ		NUNCA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
MANEJO PREVENTIVO	14	21.88	12	18.75	21	32.81	12	18.75	5	7.81	64	100.00
TRATAMIENTO	18	28.13	16	25.00	18	28.13	9	14.06	3	4.69	64	100.00
CONTROLES	24	37.50	20	31.25	14	21.88	6	9.38	0	0.00	64	100.00
VISITA DOMICILIARIA	10	15.63	12	18.75	22	34.38	14	21.88	6	9.38	64	100.00
CITAS INTEGRALES	34	53.13	15	23.44	10	15.63	4	6.25	1	1.56	64	100.00

FUENTE: Cuestionario - Ficha de recolección de datos

