

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Conocimientos y prácticas de las madres con niños de 6 a 24
meses sobre prevención de anemia ferropénica. puesto de salud
de chirinos. Sullana. agosto- noviembre 2016**

**Tesis para obtener el título profesional de licenciada en
enfermería**

Autora:

Jimenez Rodriguez, Noelia Del Pilar

Asesora:

Dra. Vicuña Vilchez, Vilma

**Sullana-Perú
2016**

Palabras clave:

Español

Tema:	Conocimiento Practica Madres de familia Anemia ferropenica
Especialidad	Enfermería

English

Theme:	Knowledge Practice Mothers of family Ferropenic anemia
Specialty	Nursing

Líneas de Investigación:

Salud Pública

DEDICATORIA

A Díos por haberme permitido llegar a este punto y haberme dado salud y sabiduría para lograr mis objetivos, a mis padres por sus consejos, valores y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien y por su amor.

A mis docentes: Dra. Vílma Vícuña y Juana Arresteguí por su apoyo ofrecido durante la formación de la carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, ser maravilloso que me dio las fuerzas y fe para terminar con mis estudios.

A mi familia por su apoyo incondicional y motivación en el cumplimiento de esta meta y por estar a mi lado en cada momento de mi vida.

A mis docentes que ayudaron con sus enseñanzas a lo largo de mi carrera.

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Noelia del Pilar Jiménez Rodríguez

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Conocimientos y prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, en donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, así como también se describe el problema en la cual se expone el planteamiento delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedente del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo exponemos material y métodos, donde se presenta el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas en este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRA CLAVE	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	x
RESUMEN	
ABSTRAC	
I. INTRODUCCION	1-41
II. MATERIAL Y METODOS	42-46
III. RESULTADOS	47-57
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58-59
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	60-62
ANEXOS	63-71

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: Edad de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud de Chirinos . Agosto - Noviembre 2016	37
TABLA N° 02: Grado de instrucción de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	38
TABLA N° 03: Ocupación de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	39
TABLA N° 04: Edad de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	40
TABLA N° 05: Sexo de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	41
TABLA N° 06: Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de Anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016.	42
TABLA N° 07: Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de Anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	43
TABLA N° 08: Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	45
TABLA N° 09: Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	46

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01: Edad de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	37
GRAFICO N° 02: Grado de instrucción de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	38
GRAFICO N° 03: Ocupación de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	39
GRAFICO N° 04: Edad de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	40
GRAFICO N° 05: Sexo de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016	41
GRAFICO N° 06: Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de Anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016.	43
GRAFICO N° 07: Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de Anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	44
GRAFICO N° 08: Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	45
GRAFICO N° 09: Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016	47

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos y prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre anemia ferropénica. Puesto de salud de Chirinos. Sullana. Agosto - Noviembre 2016.

Material y Métodos: El método de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 65 pacientes. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20.

Resultados: Los resultados permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etario de adultas jóvenes, tienen primaria completa y son amas de casa. El nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de anemia ferropénica, el 55,4% tienen conocimiento y el 44,6% no tienen conocimiento. De acuerdo a los indicadores las madres conocen la definición de anemia el 100% de las madres, formas de diagnóstico el 95,4%, tratamiento el 95,4%, causas de la anemia ferropénica el 87,7%, prevención el 73,8%, entre otras. Desconocen consecuencias de la anemia ferropénica el 93,8%, signos y síntomas de anemia ferropénica el 70,8%. Las practicas con los niños de las madres, el 86,2% inadecuadas y el 13,8% adecuadas. Referente a indicadores las madres conocen: El inicio de la alimentación Complementaria el 72,3%, higiene de los alimentos el 47,7%, cantidad de los alimentos el 33,8%. No conocen las madres: La consistencia de la alimentación complementaria el 92,2%, aporte alimentario 87,7%, tipos de alimentos el 81,2%, frecuencia de los alimentos el 75,4%, cantidad de alimentos el 66,2%.

Conclusiones. La mayoría de las madres tienen no conocen sobre alimentación complementaria y las prácticas son inadecuadas.

Recomendaciones: Que el equipo de Enfermería del centro de salud diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.

Palabras clave: conocimientos- prácticas -anemia ferropénica.

ABSTRACT

The present research was carried out with the aim of: To determine the level of knowledge and practices of mothers with children aged 6 to 24 months on ferropenic anemia. Health post of Chirinos. Sullana. August - November 2016. **Material and Methods:** The research method of quantitative approach, descriptive, correlational, cross-sectional and retrospective. The sample was constituted by 65 patients. The data were processed using the statistical program SPSS version 20. **Results:** The **results** indicate that most mothers belong to the young adult age group, have complete primary and are housewives. The highest percentage of mothers have adequate complementary feeding practices. In terms of its dimensions, definition of anemia of mothers, forms of diagnosis, treatment. They do not know the consequences of anemia, causes of iron deficiency anemia among others. They do not know the consequences of iron deficiency anemia, signs and symptoms of anemia. The practices of mothers with children are 86.2% inadequate and 13.8% adequate. They know about the beginning of complementary food, hygiene of food, quantity of food. They do not know about the consistency of the complementary feeding the food supply. The practices of the mothers with the children is 86.2% inadequate and 13.8% adequate. They know about the beginning of complementary food, hygiene of food, quantity of food. They do not know about the consistency of the complementary feeding the food supply. **Conclusions.** Most mothers do not know about complementary feeding and practices are inadequate. **Recommendations:** That the nursing team of the health center design and / or implement educational sessions exclusively addressed to mothers or caregivers on complementary feeding, in order to ensure quality nutrition and avoid nutritional problems in the child .

Key words: knowledge - practices - ferropenic anemia.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y la forma de enfrentarla es uno de los problemas nutricionales menos controlado. Esta deficiencia ocasiona series consecuencias en la salud presente y futura del niño en diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conductual, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso donde el daño es permanente. Cornejo (2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay aproximadamente un total de 2.000 millones de personas anémicas La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas de mayor magnitud y constituye un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud del niño entre 6 a 23 meses ya que la deficiencia de hierro en edad temprana tiene un efecto negativo sobre el desarrollo psicomotor, cognitivo y alteraciones psico-afectivas, debido al rápido crecimiento que se produce durante esta fase del ciclo vital, requiriéndose de una alta ingesta de hierro, la cual frecuentemente no es satisfecha por la dieta, especialmente en países con bajos ingresos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica a la deficiencia de hierro como uno de los diez riesgos más serios en los países con tasas elevadas de mortalidad general e infantil, donde la incidencia de anemia por deficiencia de hierro moderada o severa afecta el desarrollo cognitivo de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia, de manera irreversible debido a que daña mecanismos inmunológicos y se asocia con tasas de aumento de la morbilidad.

En el Perú la anemia según el ENDES 2009 en el área urbana afectó al 52.3% de los niños, en el área rural al 58.1% y a nivel nacional afectó al 47.2% de la población de 6 a 35 meses de edad. En comparación el año 2008 la cifra entre los niños de 6 a 35 meses con anemia disminuyó en 10.6 puntos porcentuales sin embargo este problema afecta a casi la mitad de la población en esta edad Otro dato importante es que solo el 14.4% de niños de 6 a 35 meses de las área urbana cubren sus recomendaciones nutricionales de hierro y el 10.9% de niños lo hacen en el área rural, lo que indicaría que sin importar el área de residencia, la anemia afecta por igual a los niños en este grupo de edad.

Se ha encontrado antecedentes relacionados con las variables del presente estudio como:

Márquez León Julia Esperanza (2008) *“Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas- UNMSM. Lima. Perú.* Cuyo propósito es proporcionar a las autoridades del centro de salud, específicamente a las enfermeras, información validada y confiable sobre conocimientos de las madres x acerca de la anemia para que en base a ello se fortalezca la ESNCREC y PREDEMI, en lo relacionado a la anemia. El diseño metodológico elegido fue: Descriptivo, aplicativo, transversal, se contó con una población de 112 madres, La técnica fue la encuesta y el instrumento, un cuestionario. Las conclusiones fueron: De 112 madres que son el 100%, 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que estaría limitando que las madres tomen una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia. De 112 (100%) de madres, 77 (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. De 112 (100%) de madres, 74 (66.07%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Del (100%) de madres, 97 (84.82%) (Suma del conocimiento medio y bajo) de madres, tienen conocimiento

medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso.

Céspedes Sotelo, Mirella (2010) *“Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín. UNMSM. Lima. Perú.* El presente estudio de investigación tuvo como objetivo “Determinar los conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín en el año 2010” El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la Encuesta, y el instrumento, el Cuestionario; siendo la muestra de este 100 madres de familia. Las conclusiones fueron: que Las madres del Centro de salud Tablada de Lurín tienen un nivel de conocimientos “Medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, las causa y consecuencia de la anemia ferropenia, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores. Los puntajes promedios sobre conocimientos de anemia ferropénica fueron iguales en todos los niveles de instrucción de la madre del Centro de salud Tablada de Lurín. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Tablada de Lurín realizan “prácticas adecuadas” para la prevención de la anemia, que consisten en brindarles en su dieta mínimo 3 veces por semana, alimentos que contengan grandes cantidades de hierro (carne, pescado, vísceras) y que a su vez reciban alimentos que permitan su absorción (Vitamina C). El puntaje promedio de las prácticas alimenticias acerca de la anemia ferropénica fue iguales en todos los niveles de instrucción de las madres del Centro de salud Tablada de Lurín. Por eso es necesario Que enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia Ferropénica a través del diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de CRED y a la comunidad en general, enfatizar en el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia través de las visitas domiciliarias, realizar más estudios sobre prácticas alimenticias

para la prevención de la anemia ferropénica debido a que no existe antecedentes al respecto, con el fin de poder disminuir la Anemia Ferropénica en nuestro país.

Unigarro, Andrea (2010) *“Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en los niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel de la Ciudad de San Gabriel, Provincia del Carchi”*. Universidad Técnica del Norte. Ecuador. La anemia ferropénica es muy frecuente en los primeros años de vida, en países en desarrollo. Sin embargo, hay pocos estudios en niños. La causa más frecuente de anemia por deficiencia de hierro es el insuficiente aporte de hierro biológicamente disponible a partir de la dieta. Se ha demostrado que la diferente biodisponibilidad del hierro alimentario es, desde el punto de vista nutricional, mucho más importante que el contenido total de hierro de la dieta. El ácido ascórbico y las proteínas de origen animal favorecen su absorción. El principal objetivo de la presente investigación fue evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del hospital san Gabriel. Aquí se encuestaron a 38 madres de familia, de las cuales un gran porcentaje de 94.7%, conocen sobre la patología pero no sabían cuánto conocen al respecto, sin embargo en los análisis de los resultados se encontró que la mayoría de ellas saben o conocen los alimentos ricos en hierro como son las verduras, vegetales y el hígado de animal, pero no lo suelen aprovechar y consumir de la forma adecuada y oportuna en sus hijos. Además manifiestan que la principal causa de adquirir anemia es la mala alimentación, también esta los bajos recursos económicos, desconocimiento de la anemia, falta de control médico y todas las anteriores. A esto se le añade las enfermedades tales como enfermedad diarreica aguda, desnutrición, parasitosis. Para este estudio se tomó en cuenta la altitud sobre el nivel del mar, en este caso de acuerdo al lugar de estudio tome el cantón Montufar, provincia del Carchi para sacar el valor normal de hemoglobina en los niños y como resultado fue 13.6 mg/dl como valor normal en este Cantón, por lo tanto a todos los niños y niñas menores de este valor se considera anémico. En los resultados de exámenes de laboratorio se encontró que un gran porcentaje presentan anemia leve con 22 individuos, de ellos

la mayor parte lo conforma las niñas, mientras que en mínimas cantidades lo conforma los niños, siguiendo los niños que no tienen anemia con 9 individuos y por ultimo 7 presentan anemia moderada, de los cuales están en riesgo o peligro.

Cornejo Cari Cinthia (2016) “*Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015*” UNMSM. Lima. Perú. El presente estudio tuvo como Objetivo: “Determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima 2015”. Material y Método: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 146 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de CRED. La muestra fue de 84 madres de niños de 6-24 meses. Conclusiones: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan prácticas adecuadas. Por ello se concluye que la mayoría de las madres que acuden al Centro de salud no conoce el tratamiento y las consecuencias de dicha enfermedad, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años. Asimismo que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia, que consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuencia y cantidad de acuerdo a la edad de su niño; por lo cual no cubren sus requerimientos nutricionales.

Galindo Bazalar Deny (2012) “*Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011*” UNMSM. Lima. Perú. Objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado.

Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Los antecedentes analizados servirán como base para la ejecución del presente proyecto de investigación y a su vez me va a permitir diseñar y/o estructurar la base teórica, el diseño metodológico, el instrumento y las conclusiones para así comparar los resultados que se obtengan con los antecedentes presentados.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

La alimentación y la nutrición condicionan de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental en la salud y desarrollo del ser humano en especial en los primeros años de vida. (Céspedes, 2010)

La anemia visto como indicador del estado nutricional general puede advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones no solo en le plano físico como la perdida de oportunidad de una mayor talla y disminución de la capacidad estructural, sino como daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis del pensamiento y alteraciones emocionales y afectivas. (MAIS, 2009)

En el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) dirigido a grupo atareo menor de 9 años hace referencia a ciertos procedimientos que se debe realizar para la prevención de la anemia ,siendo uno de ellos la entrevista que se debe de llevar a cabo con la madre con el fin de aconsejar el cómo utilizar los productos alimenticios fuentes de hierro, otro procedimiento es la suplementación con sulfato ferroso que se administrará según el grupo objetivo y por último la detección, diagnóstico y tratamiento de la anemia y la parasitosis, se realizara 01 vez por año a partir de 6 meses de edad para el descarte de anemia y a partir de los 12 meses para descarte de parasitosis.

El profesional de Enfermería, que labora en el primer nivel de atención, en el marco de la promoción de la salud, cumple un rol importante y trascendental en la prevención de problemas de salud nutricional, a través de actividades preventivas -promocionales hacia los grupos de riesgo, principalmente en sectores donde hay limitada intervención.

Por otro lado, la madre como principal responsable del cuidado y nutrición del niño, cumple un rol predominante en su cuidado y por consecuencia en la prevención de

la anemia , de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias costumbres y prácticas, entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje. Es característico que las madres brinden pocos alimentos con carnes, vísceras y una mayor cantidad de alimentos de origen vegetal, cuyo hierro es absorbido en forma limitada, por estar condicionada a interacciones con sustancias inhibidoras o facilitadoras de su absorción. La aparición de deficiencia de hierro puede ser el resultado de un solo factor o de la combinación de varios. (Ruiz, 2002)

Por las razones indicadas, se justifica la realización de esta investigación, ante el rol importante que desempeña el profesional de enfermería, permitiendo identificar el conocimiento real que presentan las madres y las prácticas alimenticias para la prevención de la anemia con la finalidad de dirigir los esfuerzos educativos de forma permanente orientados al fomento de adopción de conocimientos que favorezcan prevenir o disminuir los casos de anemia y mejorando su calidad de vida de la población infantil. Finalmente el presente estudio servirá de marco referencial de conocimientos para futuros trabajos de investigación.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica? Puesto de salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016?

1.4 MARCO REFERENCIAL

El presente de investigación se fundamenta en las bases conceptuales: anemia ferropénica, niñez, conocimientos y madres de familia.

1.4.1. ANEMIA

Definición

La anemia se refiere a una masa eritrocitaria, cantidad de hemoglobina y /o volumen de hematíes menor del normal. Clínicamente esto se describe como un hematocrito (% de hematíes de un volumen de sangre entera) o hemoglobina (concentración medida directamente) mayor de dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad. Para los niños entre 6 meses y dos años esto representa una concentración de hemoglobina < 11 g/dL o un hematocrito < 33%. El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal, piel y orina.

Durante el primer año de vida, los lactantes sanos a término necesitan absorber aproximadamente 0,8 mg de hierro de la dieta al día (0,6 mg para el crecimiento, 0,2 mg para reemplazar las pérdidas). Al final del segundo año de vida, el ritmo de crecimiento comienza a decrecer y la dieta habitual incluye suficiente cantidad de alimentos ricos en hierro para cubrir las demandas. Los requerimientos de hierro aumentan de nuevo durante la adolescencia debido al rápido crecimiento; por otro lado, las adolescentes tienen necesidades adicionales de hierro para reemplazar las pérdidas por la menstruación y se encuentran en situación de mayor riesgo para la deficiencia de hierro. (Céspedes, 2010)

1.4.2 ANEMIA FERROPENICA

La anemia es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona.

Es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6 m.- 3 años de edad. La Academia Americana de Pediatría sostiene que para afirmar que es ferropénica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía y respuesta a la terapia con hierro.

La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos.

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

Según la OMS se clasifican en leve, moderada y grave:

Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl.

Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.

Anemia severa: hemoglobina menor de 8 g/dl.

Hierro

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

neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico.

Es posible que una menor disponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones funcionales.

Forma Química del Hierro

El hierro de la dieta se encuentra en el organismo bajo dos formas:

- ✓ **Hierro Hem o hemínico:** Presente en alimentos de origen animal, su fuente principal son las carnes rojas, blancas, sangre y productos animales (res, pollo, carnero, cabra, cerdo, pescado y mariscos) éstas se absorben en un 20 a 30%.
- ✓ **Hierro no Hem:** Presente en alimentos de origen vegetal (legumbres, hortalizas de hojas verdes, salvado de trigo, los frutos secos), sales minerales y algunos alimentos de origen animal como la leche y huevos. Alimentos fortificados que incorporen el hierro en su procesamiento como en la harina de trigo u otros alimentos de asistencia alimentaria (hierro de fortificación). Este es absorbido entre un 3 % y un 8 %.

El hierro no hemínico es convertido por medio del ácido clorhídrico del estómago a hierro ferroso y así es capaz de ser absorbido a nivel del duodeno y porción proximal del yeyuno.

El hierro hem es altamente biodisponible, ya que se absorbe como metal o porfirina intacta. (Castro,1995)

Absorción de Alimentos	%
Carne de vaca 20	20
Hígado 15	15
Pollo 12	12
Pescado 10	10
Cereales 3	3
Espinaca 2	2

Fuente: Instituto de Investigación Nutricional. "Manejo Integral de la Anemia por deficiencia de Hierro". Lima.2009

Requerimientos de hierro

Los grupos que requieren mayor necesidad de hierro, que tienden a perder mayor hierro y aquellos que no lo absorben normalmente son los siguientes:

- ✓ **Bebes prematuros o con bajo peso al nacer:** Tienen niveles bajos de hierro en comparación con un bebe en buen estado de salud ya que él bebe no logra una acumulación significativa de hierro que se da pasadas las 32 semanas de gestación.
- ✓ **Niños entre 6 meses y 2 años:** Debido a la acelerada velocidad de crecimiento y desarrollo nervioso que se produce durante esta etapa.

Aporte diario de hierro:

Grupo Poblacional	Mg./día
Lactantes 0 - 6 meses	A través de la lactancia materna
6 a 9 meses	10 - 15 mg.
9 a 12 meses	15 mg.
Niños de 1 a 3 años	15 mg.
Niños mayores de 4 años.	10 mg.
Embarazo	27 mg
Lactancia	10 mg.

Fuente: Ref. O.M.S. Series de Reportes Técnicos No. 724 Ginebra. 2011.

Los niños recién nacidos y en buen estado de salud cuentan con una reserva de hierro que dura entre 4 a 6 meses. Hasta el momento no existe evidencia disponible para establecer la dosis diaria recomendada desde nacimiento hasta los 6 meses de edad. La ingesta de hierro recomendada para bebes de hasta 6 meses se basa en la ingesta adecuada que refleja la ingesta promedio de hierro de bebes saludables que se alimentan con leche materna.

El hierro de la leche materna es bien absorbido por los infantes, pues se estima que ellos utilizan más del 50 % del hierro presente en la leche materna comparado con menos del 12 % del hierro presente en la fórmula. Se recomienda la lactancia materna durante al menos los primeros 6 meses de vida y luego la incorporación gradual de comidas sólidas con contenido de hierro desde los 6 a 12 meses de

edad. En caso contrario las fórmulas deben estar fortificadas con hierro (4 a 12 miligramos de hierro por litro).^(Castro,1995)

Los factores dietéticos que influyen sobre la absorción del hierro no hem tienen que ver con la presencia de elementos inhibidores y potenciadores.

Entre los agentes inhibidores, podemos mencionar al ácido fítico presente en los cereales y leguminosas, los taninos presentes en las hojas de té y ciertas hojas forráceas y pectinas abundantes en ciertos frutos que forman complejos insolubles con el hierro y no permiten su absorción. El huevo, la leche y el queso no permiten una absorción óptima del hierro no-hem, el primero porque forma complejos fosfatados y los segundos porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro.

Los estimuladores de la absorción del hierro no-hem son componentes alimentarios capaces de atraer a los minerales desde sus inhibidores y transferirlos a un aceptor fisiológico molecular. Los ácidos orgánicos son los estimuladores más conocidos de la absorción del hierro no-hem, de los cuales el ácido ascórbico es el más potente, debido a su efecto reductor que previene la formación de hidróxido férrico insoluble y por formar complejos solubles con iones férricos aun en el pH alcalino.

La vitamina “A” y los B-carotenos son otros estimuladores de la absorción con mecanismos parecidos al de la vitamina C. Existe otro agente potenciador como es la carne cuyo efecto se conoce como “el efecto carne”, valga la redundancia, debido a los aminoácidos libres que posee y a los lugares de unión al hierro en el medio gastrointestinal de tal manera que permanece en solución indispensable para su absorción.

Las fuentes alimentarias de hierro suelen ser clasificadas por el tipo de hierro predominante en el alimento (hierro hem y no hem). Los alimentos considerados como alimentos fuentes de hierro hem son las carnes, sangre, vísceras, pollo, pescados, mariscos; con un porcentaje de absorción en promedio de 25% como

aproximación. Los alimentos considerados como fuentes de hierro no hem son las leguminosas, hortalizas, cereales y frutas, ejemplo: espinaca, acelga, cebada tostada y molida, avena, quinua, lenteja, soya, fréjol, haba, garbanzo, pera, tamarindo; cuyo porcentaje de absorción varía según su interacción con otros agentes.

Etiología y Factores de Riesgo

1. Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil, el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem).
2. Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
3. Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años.
4. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
5. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta.
6. Niños de estratos socioeconómicos bajos.
7. Parasitosis Intestinal: uncinarias, amebas, giardias son una de las causas que ocasionan perdidas de hierro.
8. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima.

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aún de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses.

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro, hasta cerca de los dos años de edad.

En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15% por lo que se recomienda la ingestión de 7 mg. Fe/día. En vista de que muchos niños en el Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de 10% se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día.

Después de cumplir un año, se asume que las dietas con buena biodisponibilidad de hierro continúan permitiendo una absorción de alrededor del 10% y que las que tienen un predominio de alimentos vegetales permiten la absorción de 7.5% del mineral. En el primer caso, la recomendación del hierro dietético es menor que antes del año de edad, ya que la expansión del volumen sanguíneo, y por ende la necesidad de hierro, disminuye al reducirse la velocidad de crecimiento del niño, cuando la biodisponibilidad es de 7.5% la recomendación dietética diaria continua siendo de 10 mg., entre uno y cinco años de edad.

Empleo de leche entera de vaca: los niños menores de un año no deben tomar leche entera de vaca u otros animales, ya que la digestión de esta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo, anemia.

9. Deficiencia de vitamina B12.
10. Intoxicación crónica por plomo.

Signos y síntomas:

Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos. En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aún más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años, de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar.

Diagnóstico

El diagnóstico de una anemia por deficiencia de hierro se hace a través de la clínica (sintomatología) así como a través de exámenes de laboratorio, buscando el descenso de las tasas de hemoglobina, junto a la presencia de hematíes microcíticos e hipocromos. (MINS.A.2009)

La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia.

Puntos de corte para el diagnóstico de anemia:

Población	Hemoglobina (< de)	Hb (mmol./ml.) (< de)	Hematocrito (< de)
Niños menores de seis años	11 gr./dl.	6.83	33 %
Niños de 6 – 12 años	12 gr./dl.	7.45	36 %
Mujeres en edad fértil no gestantes	12 gr./dl.	6.83	36 %
Mujeres gestantes	11 gr./dl.	7.45	33 %
Varones adultos	13 gr./dl.	8.07	40 %

Fuente: MINS.A. Anemias Nutricionales. Lima. 2006

Consecuencias

Las consecuencias más conocidas de la deficiencia que ocurren luego de la depleción de las reservas de hierro son:

- La disminución en la concentración de hemoglobina, la concentración corpuscular media de hemoglobina, el tamaño y el volumen de las células rojas nuevas.
- Reducción de la capacidad del organismo de mantener la temperatura adecuada cuando se expone a temperaturas climáticas bajas.
- Reducción de la producción hormonal y el metabolismo, incluyendo los neurotransmisores y hormonas tiroideas asociadas con funciones neurológicas, musculares y reguladoras de la temperatura.
- Afección del desarrollo cognoscitivo en todas las edades. Se ha reportado una disminución de 5 puntos en el coeficiente intelectual (CI) en niños con antecedentes de anemia durante el primer año de vida.
- Provoca un desarrollo psicomotor retardado, y para cuando los niños asistan a la escuela, su capacidad de lenguaje, coordinación, y capacidad motriz habrán disminuido en forma significativa e irreversible.
- Incremento de recurrencia de las infecciones.

Estudios han demostrado que el déficit psicomotor no es corregible, si la anemia ferropénica ocurre en los primeros 2 años de vida. (Nutrinet,2010)

Tratamiento de la Anemia Ferropénica

- Recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.
 - Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro).
 - Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas.
 - No darse junto con leche, pues disminuye su absorción.
 - La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días, de iniciado el tratamiento la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl ó 3% de hematocrito por mes.

- El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser re – evaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente.
- Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentada a los 15 días.

También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral.

Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con hierro.

En los casos de anemia severa y sobre todo acompañada de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrado de glóbulos rojos.

Prevención de la Anemia Ferropénica

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

Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que

los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba descontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.

Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contiene una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 Kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna.

La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino-ácidos y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes. Las deficiencias de aminoácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importante incluir producto animal a fin de asegurar un adecuado crecimiento.

La relación de energía a proteína y la composición de las vitaminas y minerales, conocidas como “la calidad” de la dieta, es especialmente crítica en esta etapa, se recomienda que un mínimo de 10% de la energía provenga de la proteína, para que haya un uso óptimo de la proteína y sea suficiente para el crecimiento. Si la cantidad

de proteína es muy alta (mayor 15% por ejemplo), el organismo lo utilizará para generar energía y no para su función proteica. La grasa es otro importante elemento en la dieta y permite aumentar el contenido de energía sin aumentar el volumen. En preparaciones caseras, la adición de una cucharadita de aceite o margarina a la porción de puré para el niño contribuye a ello.

La dieta para ablactancia debe proveer suficientes minerales y vitaminas en forma disponible para el cuerpo. En algunos casos, los productos animales, permiten una mayor biodisponibilidad de varios de estos micronutrientes que las

fuentes vegetales, por lo cual es importante incluir una pequeña porción de un producto animal. El consumo de varios micronutrientes en las dietas de los niños de nuestra población es deficiente, dentro de ellos están el hierro, calcio, zinc, yodo, y en algunos lugares, vitamina A, estas deficiencias influyen negativamente en el crecimiento, el apetito o la susceptibilidad del niño a enfermarse.

Ciertos alimentos procesados facilitan la disponibilidad de estos nutrientes al cuerpo. Los niños pequeños tienen mayor dificultad para digerir algunos granos, como por ejemplo, la quinua en grano. En estos casos es preferible la utilización de harina de quinua o de hojuelas.

Para que el niño satisfaga sus requerimientos nutricionales, es necesario que coma varias veces al día, además de las preparaciones ya mencionadas se pueden ofrecer “entre comidas” nutritivas como: pan, galletas o frutas.

Cuando se recomienda un alimento para el destete, hay que tomar en consideración las percepciones de la madre ante la alimentación de su hijo. Algunos criterios importantes son que la madre considere la preparación como nutritiva y que su hijo pequeño la pueda “pasar” con facilidad. Otro aspecto importante es la facilidad con la cual la madre la pueda preparar. En la mayoría de los casos la madre tiene poco tiempo para la preparación de alimentos especiales para su niño pequeño o para darle de comer varias veces al día, consecuentemente, es recomendable un alimento de ablactancia fácil de preparar.

A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes se le debe dar alimentos más sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

La madre debe usar los alimentos que estén al alcance económico de la familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes. En general, se puede dar a los niños los alimentos que forman parte de la dieta del resto de la familia, pero teniendo en mente las consideraciones que se hacen a continuación:

1. Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas.
2. Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores tales como el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos tales como harinas, y mezclas vegetales), que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.
3. El contenido de fibra, fitatos, taninos y otros compuestos puede interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes. El tiempo de cocción en el hogar y el procesamiento industrial como la precocción, extracción y tostado, destruyen los factores antinutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones.
4. Después de los cuatro meses de edad se puede empezar a dar productos lácteos y carnes de aves, res y cerdo. Es mejor posponer hasta los ocho meses de edad los alimentos de origen animal que son potencialmente más antigénicos, como la clara de huevo y el pescado. Sin embargo estos alimentos se pueden introducir a una edad más temprana en la dieta de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional, además de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional. Además de ser una excelente fuente de proteínas las carnes aportan hierro hémico, que es fácilmente absorbido, zinc y ácidos grasos esenciales. Además favorecen la absorción del hierro inorgánico que se encuentran en los alimentos vegetales que son ingeridos junto con la carne. Este aumento en la absorción también ocurre cuando se ingiere alimentos que contienen vitamina C junto con alimentos que contienen hierro inorgánico. Se debe evitar la administración de

remolacha y espinaca durante el primer año de vida para reducir el riesgo de metahemoglobina, como consecuencia de la producción de nitratos a partir de nitratos contenidos en esos alimentos.

- Tratamiento de las enteroparasitosis y desparasitación periódica en capas endémicas.
- Promover la ingesta de sales de hierro. En niños pre-término, a partir del segundo mes de vida: administración de sulfato ferroso a una dosis diaria de 1 mg Fe elemental/kg de peso. En el niño a término: administración de 2 mg. Fe elemental/kg de peso a partir de 3° mes si recibe leche artificial y a partir de 6° mes si recibe lactancia materna.
- Promover la suplementación con hierro en gestantes a partir del cuarto mes del embarazo hasta el segundo mes de post parto.

Las recomendaciones diarias de consumo de hierro varían según la edad, sexo, estado fisiológico (embarazo, lactancia) de las personas, y depender del tipo de alimentación. Los requerimientos de hierro absorbido son especialmente altos en los niños y en las embarazadas. Los niños menores de un año requieren 0.77 mg/día y las embarazadas hasta 6mg/día, que se cubren con consumos de 10 y 30 mg de hierro al día. Estas necesidades no pueden ser cubiertas por la alimentación debido a que el niño hasta los 6 meses de edad depende exclusivamente de la leche materna. Por ello requieren de suplementación.

- La fortificación de los alimentos con hierro es la forma más práctica de prevenir la carencia de hierro. Su principal ventaja es que el consumo de estos productos no requiere de una conducta activa del sujeto. Para su implementación se debe seleccionar un alimento. Ejm.: Harina y derivados.
- Promover buen saneamiento básico.
- Promover la participación comunitaria.

1.4.3 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

En la actualidad para definir los requerimientos se utiliza un criterio preventivo basándose en la cantidad necesaria para preservar la normalidad bioquímica y funcional, que en los niños incluye el crecimiento y maduración óptimos.

El grupo de alimentos que requiere el niño menor de 2 años son los siguientes:

- **Carbohidratos**

Constituyen la fuente de energía de la dieta, especialmente en los niños mayores de seis meses. Son importantes determinantes de sabor, textura y viscosidad del alimento. Por lo tanto, se debe proporcionar entre el 60% y el 70% del total de la energía consumida.

La lactosa es el principal hidrato de carbono de la dieta, especialmente hasta el año. Cuando se introducen los alimentos complementarios a la lactancia, los almidones son una gran fuente de energía.

Las recomendaciones se basan en mantener un balance energético adecuado cuando se cubren las necesidades de proteínas y grasas. Se debe de dar prioridad a los hidratos de carbono complejos que incluyen almidones y fibras.

La fibra aumenta el volumen de la dieta, disminuye la densidad energética en forma proporcional a su contenido y puede interferir en la absorción de minerales como el zinc y hierro, por acción del ácido fítico (lo que debe tenerse muy en cuenta en la poblaciones con ingesta marginal de estos elementos). Por esta razón en los menores de dos años la fibra dietaria no debe superar 1g/100g de alimento. UPCH (2001)

- **Proteínas**

El aporte de las proteínas debe de incluir los requerimientos necesarios para el mantenimiento y crecimiento del niño menor de años. El requerimiento de proteínas durante los primeros seis meses de vida se ha estimado usando el modelo del niño con lactancia exclusiva.

El aporte mínimo recomendable es de 1.8g/100kcal. Son ejemplos de alimentos con proteínas de alto valor biológico la leche y derivados, las carnes y la clara de huevo. El valor biológico de la proteína de origen vegetal que se ofrece en la alimentación puede mejorarse combinando diferentes fuentes (por ejemplo, lentejas y arroz).

Entre los 6 – 12 meses los niños deben de recibir un 50% de las proteínas de alto valor biológico y los mayores de un año un 20 – 40%.

• **Lípidos**

En los niños, la grasa de la dieta proporciona al niño ácidos grasos esenciales, energía y es el vehículo para las vitaminas liposolubles (ADEK). Además es el macronutriente que permite aumentar la densidad energética sin aumentar la viscosidad y tiene la propiedad de aumentar la palatabilidad de la dieta.

Durante los dos primeros años no se debe de limitar la cantidad o tipo de grasa de la dieta, ya que ésta es la determinante de la densidad energética.

Los ácidos grasos esenciales (AGE) son el 4 - 5% de la energía total. En los menores de 2 años es importante para el desarrollo cerebral que la dieta contenga ácido araquidónico y docosahexaenoico. Esto se logra con la ingesta de leche materna o incorporando alimentos como yema de huevo, hígado, carne.

También dentro de las grasas saturadas, tenemos al aceite vegetal que permite dar una viscosidad adecuada a los alimentos, además permite el fortalecimiento de la vaina de mielina de las neuronas, fortaleciendo la capacidad cognitiva del niño a partir de los 6 meses. MINSA (2011)

• **Vitaminas**

Su introducción se empezara a partir de los 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla; se deben emplear frutas variadas (papaya, manzanas, pera, uva, plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alérgicas como la fresa y el melocotón hasta el año.

Las frutas proporcionan una fuente adicional de vitaminas como la

Vitamina A presente en las frutas amarillas a rojas, Complejo Vitamínico B

y vitamina C; así también son ricas en fibras las cuales favorecen el tránsito intestinal.

En lo que respecta a las verduras, específicamente las que contienen Vit. A se van introduciendo a partir del 6º mes. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, acelgas y nabos, etc. Y también las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos). Se calcula que la ingesta dietética recomendada en lactantes de 0 a 6 meses es de 40mg/día y 50 mg/día hasta el año de edad.

- **Minerales**

Uno de los minerales más importantes dentro de la dieta del niño de 6 a 36 meses es el hierro, ya que este mineral forma parte de las moléculas de hemoglobina, mioglobina y actúa como coenzima en los procesos de óxido-reducción. El recién nacido tiene una cantidad considerable de hierro en sus reservas e incluso estas se incrementan en los primeros meses de vida a expensas de una disminución de la masa eritrocitaria. Durante los primeros 4 a 6 meses los requerimientos de hierro son cubiertos completamente por las reservas corporales y el hierro contenido en la leche materna. Aunque el contenido de hierro en leche materna es bajo su absorción es altísima. Las reservas se agotan a los 4 o 6 meses por lo que es necesario que la dieta provea los requerimientos de hierro para prevenir anemia.

La anemia afecta principalmente a los niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes; por ello, es necesario evitar el deficiente estado nutricional en las diferentes etapas de vida, facilitando el acceso y favorecer el consumo de alimentos ricos en hierro de elevada disponibilidad así como facilitadores de absorción de hierro y el uso de suplementos en etapas de incremento de requerimientos fisiológicas de hierro, puesto que, por ejemplo, la anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes condiciona partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica. UPCH (2001)

1.4.4 GENERALIDADES SOBRE PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber prácticas de tal o cual conocimientos si antes no se tiene la experiencia. Esta será evaluada objetivamente mediante la observación de la conducta psicomotriz referida por el sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza. Sin embargo no cabe duda de su existencia en la adquisición de conocimientos, cuando Mario Bunge nos habla del conocimientos científico, nos dice que un cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega además la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión y el control de los hechos a compartirse según sugerencias con la experiencia. OPS (2003)

La influencia de la madre en la alimentación del niño es decisiva, por lo que la dieta constituye una de las muchas responsabilidades que los padres tienen hacia sus hijos, sobre todo en los primeros años de la vida. Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan de un proceso complejo en el cual intervienen las recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas pero también influyen notablemente los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias. Las madres deben ser conscientes de que cuando alimentan a sus hijos no sólo se les proporcionan determinados nutrientes, sino también pautas de comportamiento

alimentario. El niño cuando come, se comunica, experimenta, aprende, juega y obtiene placer y seguridad. Así pues, deben de elegir la alimentación que más le conviene y conocer la composición nutritiva de cuanto se le ofrece a la hora de comer. Cari (2016)

1.4.5 ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE PRÁCTICAS

Prácticas alimentarias

La lactancia materna exclusiva después del sexto mes ya no satisface las necesidades nutricionales del niño, por ello debe complementarse con otros alimentos que cubran sus necesidades energéticas y de otros micronutrientes; a este proceso de incorporación gradual y paulatina de alimentos líquidos, semisólidos y sólidos a la dieta del niño, hasta integrarlo a la dieta de su familia, pero sin suspender la lactancia materna, se le llama alimentación complementaria. Cari (2016)

La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es entre los 6 y 24 meses de edad, periodo durante el cual se debe continuar con la lactancia materna. A esta edad el lactante ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas y renales, lo que le permite metabolizar y absorber todo tipo de alimentos, así como depurar metabolitos; también ha madurado neurológicamente, lo que le permite participar de la alimentación, ya sostiene la cabeza y tronco.

La alimentación complementaria es un periodo crítico para el crecimiento y desarrollo del niño dado que su capacidad gástrica a esta edad es pequeña y sus requerimientos nutricionales son mayores, sin embargo los alimentos de iniciación no son de densidad adecuada y no reúnen los requerimientos calóricos proteicos necesarios, motivo por el cual los porcentajes de desnutrición y anemia empiezan a elevarse en este periodo; así también suelen adquirir enfermedades relacionadas a hábitos de higiene y alimentación como la diarrea dado que tan pronto como el niño comienza a tomar alimentos aparte de la leche materna la posibilidad de adquirir gérmenes aumenta.

Por ello la alimentación complementaria de cumplir los siguientes criterios:

- Oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva.
- Adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- Inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica con utensilios limpios, y no biberones.
- Adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el tipo de alimentos ofrecidos al niño deben ser adecuados para su edad.

A. Higiene en la preparación y conservación de los alimentos

Para prevenir enfermedades diarreicas a causa de agua y alimentos contaminados, factor importante en la aparición de desnutrición y anemia en niños, por la pérdida de nutrientes y a la inapetencia que se presenta.

La O.M.S., Organización Mundial de la Salud, ha resumido en 10 puntos las normas básicas de higiene y manipulación de los alimentos, a fin de preservar la salud.

Reglas de la OMS:

1. Elegir alimentos tratados con fines higiénicos. Hay algunos alimentos que no necesitan tratamientos específicos para su consumo, como son las frutas y verduras, pero hay otros cuyo consumo sólo es seguro cuando han sido tratados con sistemas específicos. Así por ejemplo, la leche hay que adquirirla pasteurizada y no cruda. Las aves también son tratadas para que su consumo resulte más seguro desde el punto de vista sanitario.
2. Cocinar bien los alimentos. La temperatura mínima de seguridad es de 70 °C en toda la masa del alimento.

3. Consumir lo antes posible los alimentos cocinados. Cuando los alimentos pierden temperatura, los microorganismos empiezan a proliferar. Cuanto mayor es la espera, mayor es el riesgo de contaminación.
4. Guardar adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que éstos estén más de dos horas entre las llamadas temperaturas de riesgo, entre 70 y 5 °C.
5. Recalentar adecuadamente los alimentos cocinados. La totalidad del alimento debe llegar a los 70 °C, como medida de protección frente a los posibles microorganismos que puedan haber proliferado en el mismo.
6. Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados. Un alimento puede contaminar a otro provocando una contaminación cruzada.
7. Lavarse las manos a menudo. Antes y después de entrar en contacto con los alimentos, así como al cambiar de tarea, ir al servicio, sonarse o después de cualquier actitud que pueda ser contaminante.
8. Mantener limpias las diferentes superficies en la cocina. Esta tarea, a ser posible, debe realizarse con detergentes clorados (lejías).
9. Mantener los alimentos fuera del alcance de animales, tanto domésticos como insectos o roedores. La mejor manera de proteger los alimentos es mantenerlos aislados del suelo, bien guardados en recipientes cerrados.
10. Utilizar agua potable y clorada para la limpieza y cocción de los diferentes alimentos. Una causa importante de contaminación puede ser la insalubridad del agua utilizada. OMS(2007)

B. Inicio de la alimentación complementaria

Muchos órganos y sistemas de los niños menores de seis meses están en proceso de adquirir todas sus funciones, después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño ha adquirido la madurez para metabolizar y absorber otros tipos de alimentos diferentes a la lactancia materna, a través de enzimas.

Todo niño a término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono de la leche, en consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio las enzimas necesarias para la

digestión de hidratos de carbono más complejos (almidones), aún no están presentes en el momento del nacimiento, su actividad comienza alrededor de los cuatro meses, por ello la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a los lípidos, se observa que su absorción es deficiente durante los primeros meses de vida. Aparentemente la concentración de enzimas responsables de la digestión de las grasas en el recién nacido es ligeramente menor a la de épocas posteriores. Sin embargo las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente antes de los seis meses de edad; por lo tanto, es inconveniente incluir en la dieta del lactante menor a esta edad, alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción.

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento. No obstante, la pared intestinal del recién nacido es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio, originando reacciones alérgicas, siendo las más frecuentes aquellas que se presentan con la albumina de la leche de vaca y la clara de huevo. Esta permeabilidad persiste hasta los seis meses de edad; por ello no se recomiendan introducir cítricos antes de esa edad para disminuir el riesgo de sensibilidad frente a estos alimentos.

También a esta edad, el niño ya tiene la capacidad neuromuscular que le permite participar de la alimentación, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran; esto favorece la movilización del alimento dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad. Cari (2016)

Tipos y adición de alimentos o Cereales

A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se incluye en la dieta del lactante. Se van introduciendo a partir de los 6 meses; primero serán sin gluten para evitar sensibilizaciones (el trigo, avena y cebada contienen gluten; el arroz y el maíz, no) y a partir de los 7-8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten. Contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas (especialmente tiamina) y ácidos grasos esenciales; al tratarse de un alimento calórico, existe riesgo de sobrealimentación si se abusa de su consumo.

oFrutas

Su introducción se empezara a partir de los 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla; se deben emplear frutas variadas (papaya, manzanas, pera, uva, plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alérgicas como la fresa y el melocotón hasta el año. Suelen introducirse después de conseguida la aceptación de los cereales, aunque puede hacerse al revés. Proporcionan una fuente adicional de vitaminas como la Vitamina A presente en las frutas amarillas a rojas, Complejo Vitamínico B y vitamina C; así también son ricas en fibras las cuales favorecen el tránsito intestinal.

oVerduras

Se van introduciendo a partir del 6º mes. Al principio papa, camote, calabaza y más tarde las demás verduras. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, espinacas, acelgas y nabos, etc. Y también las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos), conviene añadir una cucharadita de aceite de oliva o mantequilla al puré, pero no sal. Son fuente de vitamina A (en las hojas verdes), Complejo B y vitaminas C, ricas en fibras y minerales.

oCarnes

Se empieza a partir del 6º mes, de preferencia por las menos grasas, como el pollo, en una cantidad de 10-15 gramos por día y aumentando hasta un máximo

de 40 a 50 gramos. Conviene darla triturada junto con verduras. Aportan proteínas de alta calidad, lípidos, sales minerales, hierro, zinc y vitaminas.

oPescado

Comenzar su introducción a la alimentación del niño pasando el 9º mes, con pescados blancos cocidos, por tener menor cantidad de grasa y ser potencialmente menos alérgico. En niños con antecedentes familiares deben esperar su introducción hasta pasado el año de vida. El contenido de aminoácidos de la carne y el pescado es similar, pero las grasas son principalmente no saturadas (Omega 3 y Omega 6) y aportan minerales, cloro, sodio, potasio, hierro (en los de carne negra) y sobre todo fósforo.

oHuevos

Al 9º mes se puede incluir la yema cocida, inicialmente un cuarto, la semana siguiente media, al mes la yema entera y el huevo entero (incluido clara) hacia el 12º mes. Se recomienda 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente grasas, ácidos grasos esenciales, vitamina A, D y hierro. La clara aporta principalmente proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, con gran capacidad alérgica.

oLegumbres

Son muy nutritivas si se combinan con cereales, proporcionan hierro y proteínas de excelente calidad similar a la de los productos de origen animal. Deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses, teniendo cuidado de quitarle la cascara cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año.

oAceites y grasas

Los aceites y grasas de origen vegetal adicionados a la dieta de lactantes y niños proporcionan buena cantidad de energía. Entre el 40 y 60% de la energía ingerida por niños alimentados con leche materna proviene de grasas. Los aceites y grasas especialmente vegetales, deben añadirse en una pequeña cantidad (1cucharadita) a la comida de los niños de 6 a 24 meses, ya que agregan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento. También son utilizados para suavizar las comidas y mejorarles el sabor. DGSP (2012)

Características de la alimentación

Para asegurar que el niño satisfaga sus necesidades nutricionales, los alimentos complementares deben ser oportunos (introducción cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasen al que la leche materna exclusiva puede ofrecer), adecuados (proporcionando energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del niño en crecimiento); inocuo (preparado y almacenado de forma higiénica, ofrecido con las manos limpias y utilizando utensilios limpios), ofrecido con técnica, frecuencia y consistencia adecuadas con la edad.

_ Consistencia

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamorra o purés, con una densidad energética no menor de 08 Kcal/g.

Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de alimentos que se ofrecen, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, aguítas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base y combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas, alimentos de origen animal, verduras, lácteos y derivados y frutas.

A los seis meses, se inicia con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorra o purés; entre los 7 y 8 meses se inician los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente al año deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

_ Cantidad

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las necesidades energéticas del organismo y mantener así su equilibrio, previniendo una alimentación

insuficiente o excesiva, asumiendo que la capacidad gástrica del niño guarda relación directa con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos que puede tolerar el niño en cada comida.

A partir de los seis meses empezara con 2 a 3 cucharadas de comida; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a $\frac{1}{2}$ taza que equivale de 3 a 5 cucharadas; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a $\frac{3}{4}$ de taza, equivalente de 5 a 7 cucharadas aproximadamente; y finalmente entre los 12 y 24 meses, el niño deberá comer 1 taza que es equivalente a 7 a 10 cucharadas por toma.

A partir de los seis meses, edad en que el niño empieza a comer, este debe tener su propio platito y cucharitas, a fin de que la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta.

— Frecuencia

La frecuencia de comidas está en función de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si al niño se le suspende la lactancia materna

requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación diaria del niño sano y amamantado con frecuencia se dará de la siguiente manera: a los seis meses empezara con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 3 comidas diarias y continua con su leche materna; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales recibirá una adicional entre comida; y finalmente entre los 12 y 24 meses, el niño comerá tres comidas principales más dos adicionales y continua con su lactancia materna hasta los dos años de edad.

Los niños con bajo peso y/o anemia necesitan consumir alimentos con mayor frecuencia, en ellos es necesario el consumo de alimentos adicionales a los principales, es decir entre comidas a media mañana y a media tarde, de tal manera que consuma sus tres comidas principales más dos entre comidas, completando un total de cinco comidas al día.

Cuando el niño está enfermo debe darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos del niño, hasta dos semanas después de la convalecencia, también se le debe dar más líquidos: jugos de fruta, agua hervida. Hernández (2006)

1.4.6 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

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

- Educadora de salud: Enseña a las familias de manera formal e informal, aspecto de la salud y enfermedad y actúa como principal comunicadora de información de salud.
- Motiva y facilita la adopción de actividades y estilo de vida saludable que promueven el bienestar.
- Brinda cuidados domiciliarios: realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.
- Defensora de la familia: Trabaja para ayudar a las familias y brinda orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- Desarrolla actividades de prevención y detección precoz de enfermedad: desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Ejecuta actividades de promoción de la salud: ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante su autocuidado.
- Asesora: Desarrolla una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos
- Investigadora: Identifica problemas que surjan en el ejercicio de la profesión, busca respuesta y soluciones mediante la investigación cuantitativa disciplinada o interdisciplinaria.

En la operativización de actividades del Componente Etapa Vida Niño se desarrolla estrategias en forma conjunta con el equipo de salud.

La enfermera en el consultorio de CRED realiza las siguientes actividades:

- Realiza un interrogatorio a la madre sobre el estado del niño.
- Pesa, talla y si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico con el fin de calcular la valoración nutricional.
- Realiza el examen físico encéfalo-caudal y a la vez explicar a la madre cada acción que se realice.
- Aplica el “Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” y orienta la importancia de estimular al niño.
- Solicita a todo niño mayor de 6 meses exámenes de hemoglobina y hematocrito, donde el cual la madre deberá recoger el resultado después de 3 días.
- Si los resultados están por debajo 11g/dl, la enfermera deriva la historia a medicina donde el pediatra iniciara el tratamiento con sulfato ferroso.
- Orienta sobre la alimentación según los grupos de edad y explica sobre los alimentos ricos en hierro
- Realiza visitas domiciliarias para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.
- Los resultados de estas evaluaciones así como otros datos son registrados en formatos: La Historia Clínica del niño, un Cuaderno de Registro diario, y el HIS.MINSA (2004)

1.4.7 CONOCIMIENTOS

Definición

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que se descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que tenga. Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto. Desde el punto de vista

filosófico, Salazar Bondy lo define como el acto y contenido, dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico. (Céspedes, 2010)

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación.

Niveles de conocimiento

Conocimiento Vulgar: los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

Conocimiento Científico: se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

Conocimiento Filosófico: esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida. (Céspedes, 2010)

Proceso del conocimiento

En el proceso que describe Lenin; los teóricos distinguen tres momentos:

- El primer momento; la observación viva, consiste en la exposición de los órganos sensoriales al mundo externo para obtener sensaciones y percepciones.
- El segundo momento; en el proceso de abstracción se ordenan los datos obtenidos; organizándose en base a experiencias, se realizan en el pensamiento, en donde se analizan y sintetizan a través de un proceso de abstracción.
- El tercer momento; la práctica científica implica la confrontación del pensamiento abstracto con la realidad a través de la práctica científica, para enriquecer q si es preciso cambiar el conocimiento de acuerdo con la realidad concreta. (Céspedes, 2010)

1.5 TEORIA DE ENFERMERIA

TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES DE MADELEINE LEININGER. Cari (2016)

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Leininger define la enfermería transcultural como un estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados; la expresión, las creencias de la salud, la enfermedad y el modelo de conducta.

El propósito de su teoría es descubrir ciertas particularidades y universalidades; es decir, lo común de los cuidados que ejercen las personas sobre sus descendientes, según la concepción que tienen del mundo, la perspectiva social y otras dimensiones, para después optar por cuidados culturalmente congruentes con determinadas concepciones culturales, creencias, costumbres, ideologías, etc.

Y por ende mantener o recuperar el bienestar de su salud de manera adecuada. Leininger menciona en su teoría, que la enfermería transcultural tiene la capacidad para desarrollar el saber y la práctica en el cuidado de enfermería realizando acciones basados en los estilos de vida y según la cultura de cada persona, familia o comunidad; de manera que la atención sea más efectiva, satisfactoria y coherente. Así, los pacientes se sienten satisfechos porque reciben una buena atención, lo que se transforma en una fuerza de recuperación de la calidad de la salud.

En su teoría Leininger formula cuatro principios, uno de ellos propone tres modos de acción y decisión con base cultural; el primero corresponde a la preservación y mantenimiento de los cuidados culturales; el segundo es la acomodación o negociación de los cuidados culturales y el tercero es la reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

Estos modos, para la teórica, son factores clave para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo.

Modelo del Sol naciente de Leininger

Este modelo representa los componentes que debe abordar los cuidados culturales de enfermería, en el cual los patrones y prácticas sobre la salud y enfermedad están influenciados por los factores religiosos, sociales, políticos, económicos, culturales, educativos, etc., mediante el contexto del entorno lengua y etnohistoria en el que se desarrolla la persona. Estos componen la mitad del sol que a su vez ejercen influencia sobre los cuidados genéricos, profesionales y enfermeros, actuando este último, como puente entre los dos anteriores; a partir de ahí se toman decisiones y acciones para brindar cuidados transculturales para así poder aplicar los tres modos (preservación, adaptación y reorientación), lo que va significar que la enfermera va a realizar un cuidado coherente con la cultura para la salud, el bienestar o la muerte. Leininger, resalta en el modelo del sol naciente que los seres humanos, como entes, no pueden separar su procedencia cultural y estructura social de la concepción del mundo, trayectoria vital y el contexto de su entorno; esto viene a ser un principio fundamental para la teórica.

La importancia de aplicar la teoría de Madeleine Leininger en la consejería nutricional que brinda la enfermera a la madre, radica en que inicialmente se valoren los patrones culturales de la madre, luego se incorporen los tres modos de acción sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, para mantener un cuidado culturalmente asertivo, completo y de calidad.

Respecto a las propuestas del cuidado transcultural que plantean Bárbara Kozier en un capítulo de su libro y la teórica Madeline Leininger, mantienen una concordancia en el hecho de incorporar las costumbres y hábitos, que son producto del bagaje cultural de la persona, familia y comunidad, para formar parte de la atención de enfermería orientado al mantenimiento, la negociación y reestructuración de los cuidados culturales. De esta manera se logrará asegurar una atención de calidad y un trabajo culturalmente diverso. Marriner(2007)

1.6 DEFINICION DE VARIABLES

Conocimientos: Información que refieren poseer las madres que acuden del centro de salud Villa San Luis acerca la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad.

Prácticas: Actividades que refieren realizar las madres para la prevención de la anemia ferropénica.

Madres de niños de 6 a 24 meses: Persona que se encarga del cuidado del niño y acude al Centro de Salud para la atención del mismo.

Anemia ferropénica: Es la disminución de la hemoglobina menor a 11 g/dl en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al centro de Sayo.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Anemia ferropénica

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento y prácticas de las madres con niños 6 a 24 meses de edad

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
conocimientos de las madres con niños menores de 3 años sobre anemia	Es la suma de hechos y principios que adquieren las madres a lo largo de la vida de manera formal e informal sobre Anemia en los aspectos de: definición de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento de la Anemia y Consecuencias en el niño.	Medidas preventivas de la anemia ferropénica Diagnóstico y tratamiento de la anemia Consecuencia de la anemia en niños menores de 3 años	Definición de la Anemia Lactancia materna: importancia Ablactancia: inicio y termino. Consumo de alimentos ricos en hierro. Fortificación de Alimentos con hierro Signos y síntomas Medios de diagnóstico: Dosaje de hemoglobina y hematocrito. Control de las causas Suplementación con hierro. Efectos colaterales del sulfato ferroso. Ingesta de fuentes alimentarias de hierro Física Psicomotriz intelectual	Conoce desconoce

Elaborado por la autora Márquez (2008) adaptada por la autora

1.5 HIPÒTESIS

Las madres no conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses y las prácticas son inadecuadas

1.7 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos y prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre anemia ferropénica. Puesto de salud de Chirinos. Sullana. Agosto - Noviembre 2016

Objetivos Específicos

- ✓ Describir las características demográficas de las madres de niños 6 a 24 meses de edad.
- ✓ Identificar los conocimientos de las madres de niños de 6 a 24 meses. sobre prevención de la anemia ferropénica
- ✓ Identificar las prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre prevención de la anemia ferropénica

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo; así mismo la investigación fue de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

Estuvo constituida por un total 59 madres con niños menores de 3 años, sujeta a criterios de inclusión y exclusión.

Muestra

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

N: es el tamaño de la población.

α: es el valor del error 5% = 0.05.

Z = 1.96

P= probabilidad del éxito= 0.5.

q= probabilidad de éxito= 0.5

n: es el tamaño de la muestra.

El valor que para el error alfa, es del 5% (0.05) con un nivel de confianza de 95% (0.95) lo que equivale a un valor de Z de 1.959963985 (a nivel práctico 1.96).

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 59}{58 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{56,64}{1.105}$$

$$n = 51,25$$

La muestra estará constituida por 51 madres con niños de 6 a 24 meses del Puesto de salud de Chirinos; tomando en consideración criterios principales, tales como:

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Madres con niños de 6 a 24 meses de edad
- Madres que voluntariamente a participar en el estudio.

Exclusión:

- Madres con niños mayores de 24 meses de edad
- Madres que no deseen participar en el estudio

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica a utilizar será la Entrevista, y el instrumento el Cuestionario elaborado por la autora Cornejo (2016) adaptada por la autora del presente estudio; la cual permitirá recolectar información para determinar los conocimientos sobre la anemia que tienen las madres con niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia del puesto de salud Santa Ana de Quiroz. Sullana.

El cuestionario consta de 3 partes: la primera parte viene a ser la introducción donde se menciona los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento.

La segunda parte corresponde a los datos generales del informante.

La tercera parte consta de 14 preguntas, con respuesta cerradas y con alternativas múltiples acerca de los conocimientos que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al puesto de Salud de Chirinos sobre la prevención de anemia Ferropénica.

Para cada respuesta correcta = 1 punto y para respuesta incorrecta = 0 punto. El Cuestionario que mide Conocimientos se valorará de acuerdo a los siguientes puntajes:

Conocimientos

Conocen = 11 a 14 puntos

No conocen = 0 a 10 puntos

Prácticas:

Adecuadas = 15 – 24 puntos

Inadecuadas = 0 – 14 puntos

La autora Cornejo (2016) validó el instrumento realizó mediante la Prueba de Laushe de Juicio de Expertos; en la cual participaron ocho profesionales, entre ellos seis Licenciadas en Enfermería, una Médico Pediatra y una Licenciada en Nutrición; siendo tomadas sus consideraciones en el mejoramiento del instrumento, ya que se solicitó una revisión de ítem por ítem, analizando los jueces su pertinencia y no 67 pertinencia. Los resultados que se obtuvo de la prueba piloto conformado por 20 madres sirvió para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de alfa crombach

2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La entrevista se realizó durante el tiempo que ellas esperaban para ser atendidas por el personal de enfermería en el consultorio de Control y Crecimiento del Niño Sano del centro de salud de Chirinos

La recolección se ejecutó en el mes de Mayo del presente año de lunes a sábado en el turno de las mañanas.

2.5 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Para ejecutar el presente estudio se contará con la autorización de la institución, así como el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio, (Anexo C), expresándole que la información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía

2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procederá a la medición de las variables se utilizará la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente los resultados serán presentados en tablas de una y doble entrada y gráfico estadísticos en base a los objetivos formuladas, y comprobar la hipótesis establecida. Complementándose con representaciones gráficas; para ello se empleará el programa SPSS versión 20

Para su análisis e interpretación se considerará el marco teórico del presente estudio.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Tabla N° 1
Edad de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos
. Agosto - Noviembre 2016

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
de 15 - 19 años	4	6,2	6,2	-,1	2,9	1,5	12,3
de 20 a 25 años	22	33,8	40,0	,2	5,7	23,1	44,6
de 26 a 30 años	17	26,2	66,2	-,1	5,4	16,9	36,9
de 31 a 35 años	11	16,9	83,1	,0	4,8	7,7	26,2
Mayor de 36 años	11	16,9	100,0	,0	4,9	9,2	26,2
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

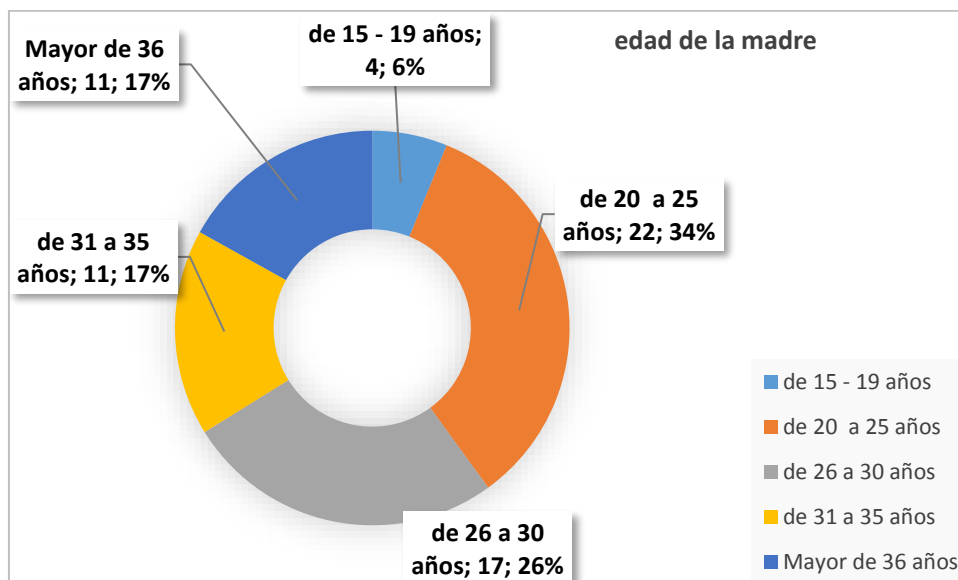


Gráfico N° 1
Edad de las madres de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos
. Agosto - Noviembre 2016

Tabla N° 2
Grado de instrucción de las madres de los niños de 6 a 24 meses.
Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Sin instrucción	1	1,5	1,5	-,1	1,5	0,0	4,6
Primaria completa	25	38,5	40,0	,3	6,1	26,2	50,8
Secundaria incompleta	16	24,6	64,6	-,3	5,4	13,8	35,4
Secundaria completa	19	29,2	93,8	,2	5,6	18,5	40,0
Superior o técnico	4	6,2	100,0	,0	2,9	1,5	12,3
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

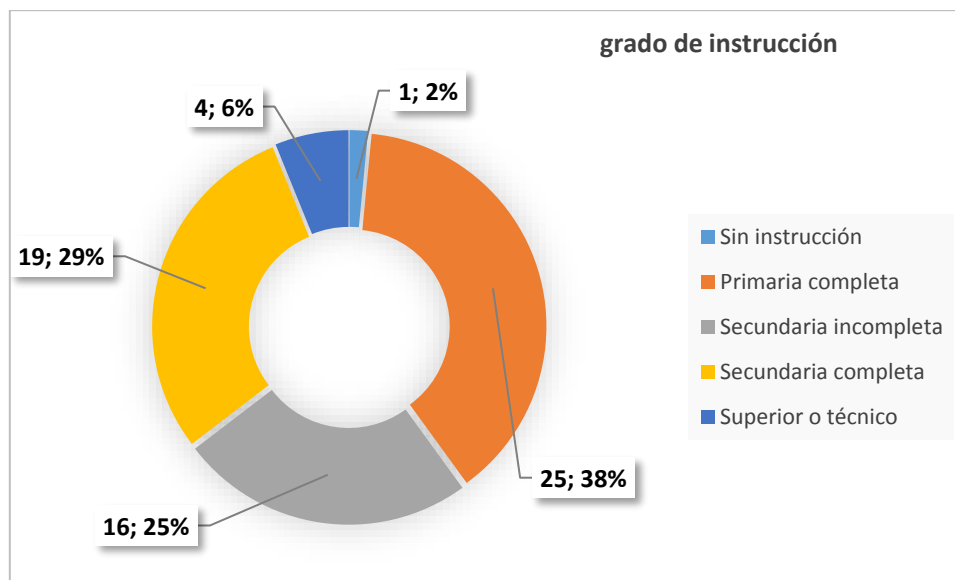


Gráfico N° 2
Grado de instrucción de las madres de los niños de 6 a 24 meses.
Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016

Tabla N° 3
Ocupación de las madres de los niños de 6 a 24 meses.
Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016

ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Ama de casa	65	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio



Gráfico N° 3
Ocupación de las madres de los niños de 6 a 24 meses.
Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016

Tabla N° 4
Edad de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos.
Agosto - Noviembre 2016

Edad de los niños	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
de 6 a 9 meses	5	7,7	7,7	-,1	3,3	1,5	13,8
de 10 a 13 meses	11	16,9	24,6	-,3	4,7	7,7	26,2
de 14 a 17 meses	9	13,8	38,5	,1	4,4	6,2	23,1
de 18 a 20 meses	6	9,2	47,7	-,2	3,5	3,1	16,9
de 21 a 24 meses	34	52,3	100,0	,4	6,1	40,0	64,6
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

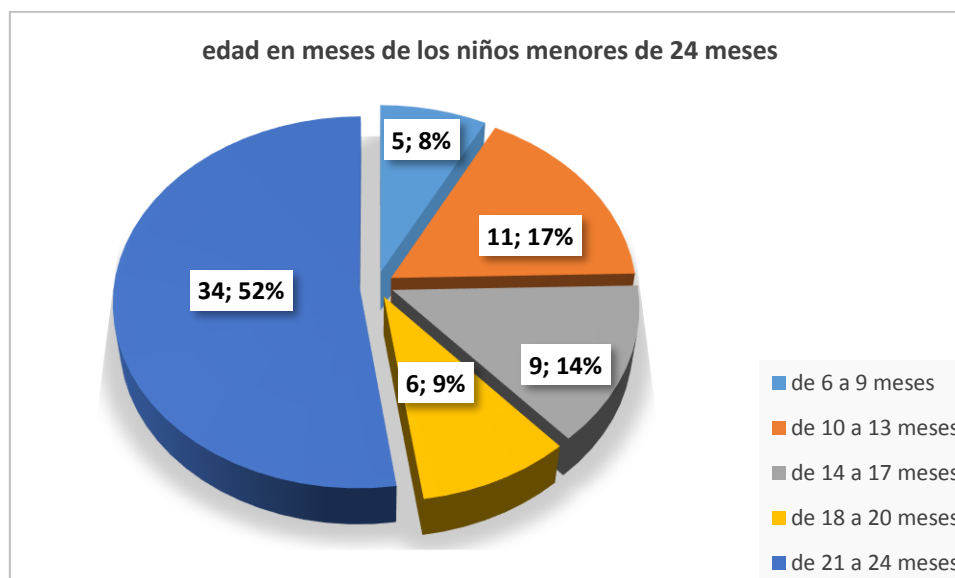


Gráfico N° 4
Edad de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos.
Agosto - Noviembre 2016

Tabla N° 5
Sexo de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos.
Agosto - Noviembre 2016

sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Masculino	40	61,5	61,5	,2	6,2	49,2	73,8
Femenino	25	38,5	100,0	-,2	6,2	26,2	50,8
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

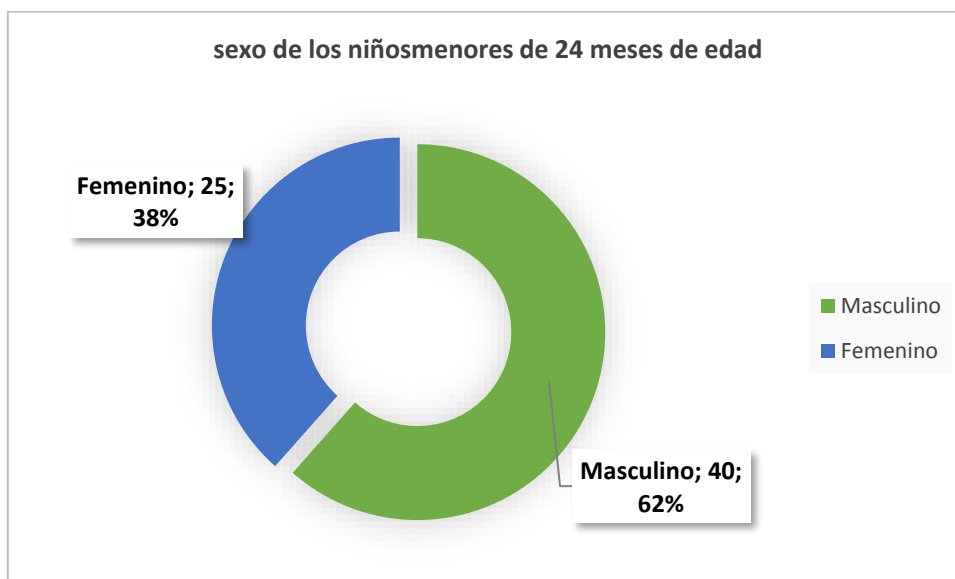


Gráfico N° 5
Sexo de los niños de 6 a 24 meses. Puesto de Salud de Chirinos.
Agosto - Noviembre 2016

Tabla N° 6
Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
Anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana.
Agosto- Noviembre 2016.

conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
no conocen (0-10 puntos)	29	44,6	44,6	,2	6,3	32,3	58,4
conoce (11-14puntos)	36	55,4	100,0	-,2	6,3	41,6	67,7
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

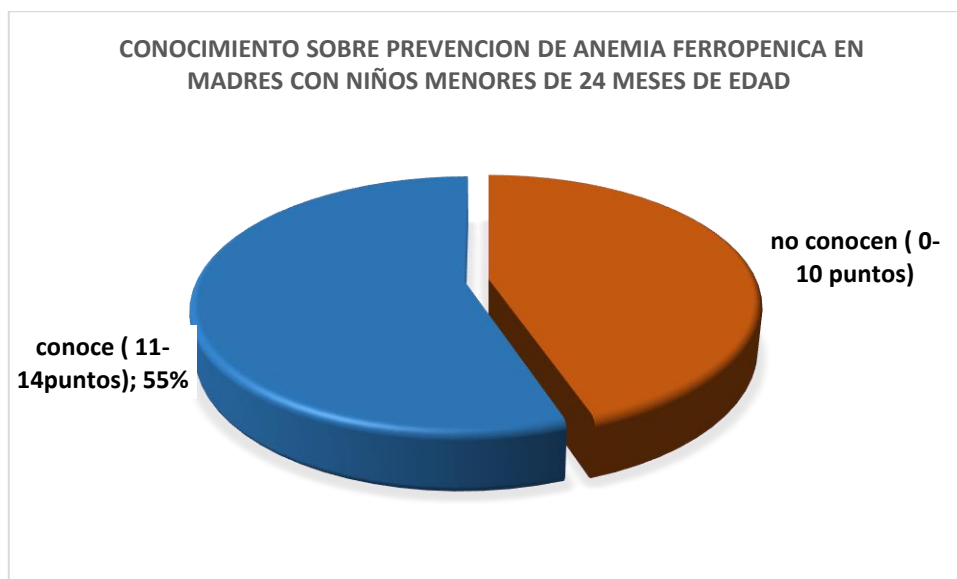


Gráfico N° 6
Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
Anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana.
Agosto- Noviembre 2016.

Tabla N° 7
Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos.
Sullana. Agosto- Noviembre 2016.

INDICADORES	CONOCIMIENTO				TOTAL	
	CONOCE		NO CONOCE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Definición	65	100	0	0	65	100,0
causas de la anemia ferropénica	57	87,7	8	12,2	65	100,0
signos y síntomas de anemia ferropénica	19	29,2	46	70,8	65	100,0
consecuencia de la anemia ferropénica	4	6,2	61	93,8	65	100,0
Diagnóstico	62	95,4	3	4,6	65	100,0
Tratamiento	62	95,4	3	4,6	65	100,0
Prevención	48	73,8	17	26,2	65	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

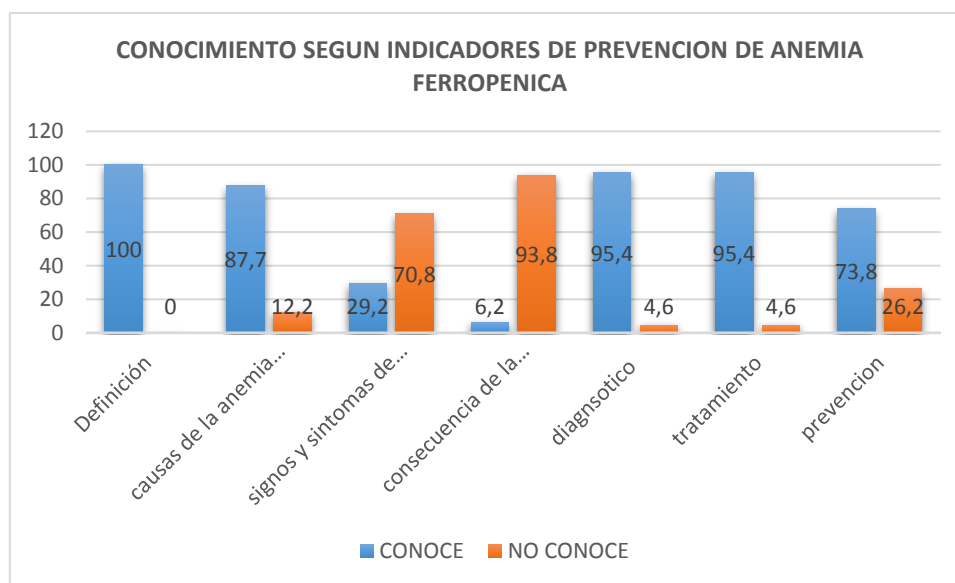


Gráfico N° 7
Conocimientos de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos.
Sullana. Agosto- Noviembre 2016

Tabla N° 8
Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016

prácticas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
inadecuadas (0-14 puntos)	56	86,2	86,2	,2	4,3	76,9	93,8
adecuadas (15-24 puntos)	9	13,8	100,0	-,2	4,3	6,2	23,1
Total	65	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

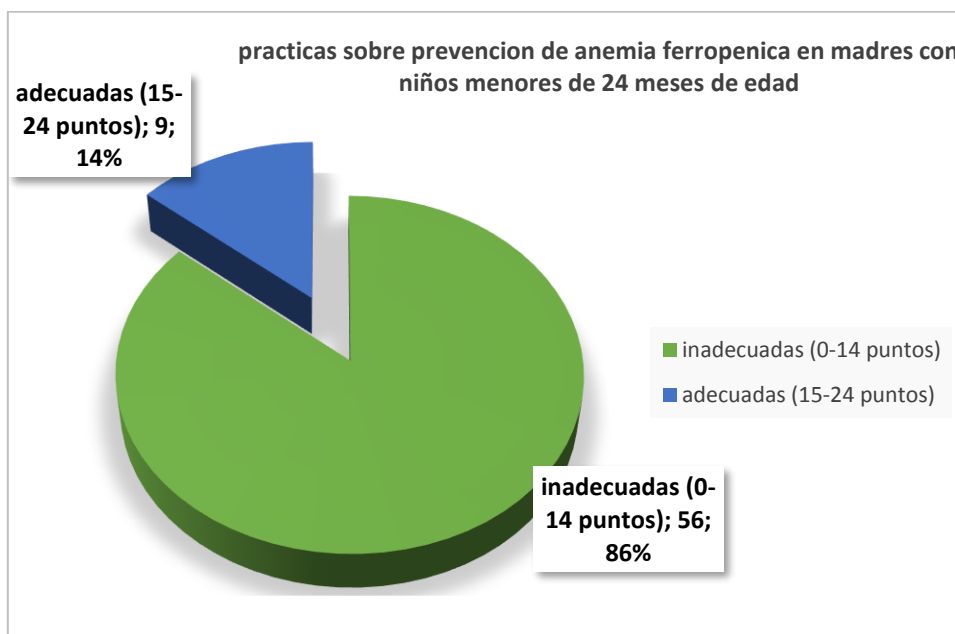


Gráfico N° 8
Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Sullana. Agosto- Noviembre 2016

Tabla N° 9
Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos.
Sullana. Agosto- Noviembre 2016

INDICADORES	PRACTICAS				TOTAL	
	CONOCE		NO CONOCE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
higiene de los alimentos	31	47,7	34	52,3	65	100,0
Inicio de la alimentación. Complementaria	47	72,3	18	27,7	65	100,0
consistencia de la alimentación c.	5	7,7	60	92,2	65	100,0
cantidad de los alimentos	22	33,8	43	66,2	65	100,0
frecuencia de los alimentos	16	24,6	49	75,4	65	100,0
aporte alimentario	8	12,3	57	87,7	65	100,0
tipo de alimentos	7	10,8	58	81,2	65	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la población en estudio

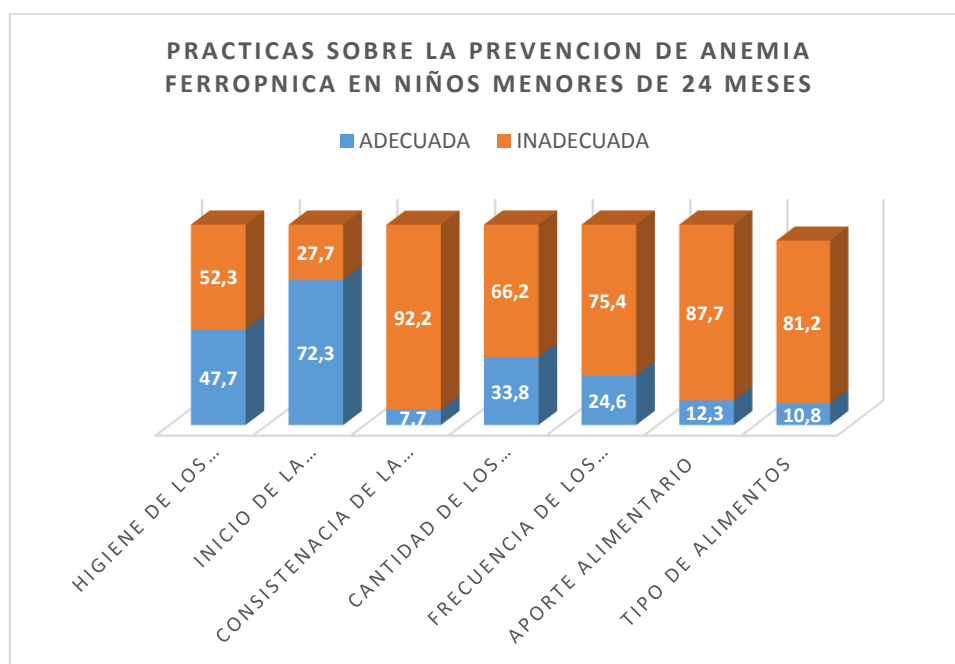


Gráfico N° 9
Prácticas de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de
anemia ferropénica según indicadores. Puesto de Salud de Chirinos.
Sullana. Agosto- Noviembre 2016

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de las características demográficas, tenemos en las tablas del 1 al 5 , que la edad de las madres de los niños de 6 a 24 meses, el 33,8% corresponde al grupo etario de 20 a 25 años, 26,2% de 26 a 30 años, el 16,9% de 31 a 35 años, el 16,9% más de 36 años y el 6,2% entre 15 a 19 años. Según el grado de instrucción el 38,5% tiene estudios de primaria completa, el 29,2% secundaria completa, el 24,6% secundaria incompleta, el 6,2% superior o estudios técnicos y el 1,5% sin instrucción. La ocupación son amas de casa el 100%. La edad de los niños, de 6 a 24 meses el 52,3% de 21 a 24 meses, el 16,9% de 10 a 13 meses, el 9,2% de 18 a 20 meses y el 7,7% de 6 a 9 meses. De acuerdo al sexo de los niños el 61,5% masculino y el 38,5% femenino.

La tabla 6 y 7, muestran el nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre prevención de anemia ferropénica, el 55,4% tienen conocimiento y el 44,6% no tienen conocimiento. De acuerdo a los indicadores las madres conocen la definición de anemia el 100% de las madres, formas de diagnóstico el 95,4%, tratamiento el 95,4%, causas de la anemia ferropénica el 87,7%, prevención el 73,8%, entre otras. Desconocen consecuencias de la anemia ferropénica el 93,8%, signos y síntomas de anemia ferropénica el 70,8%.

La tabla 8 y 9, muestran las practicas con los niños de las madres, el 86,2% inadecuadas y el 13,8% adecuadas. Referente a indicadores las madres conocen: El inicio de la alimentación Complementaria el 72,3%, higiene de los alimentos el 47,7%, cantidad de los alimentos el 33,8%. No conocen las madres: La consistencia de la alimentación complementaria el 92,2%, aporte alimentario 87,7%, tipos de alimentos el 81,2%, frecuencia de los alimentos el 75,4%, cantidad de alimentos el 66,2%.

Los resultados del presente estudio guardan relación con Márquez León Julia Esperanza el trabajo realizado el 2008 titulado “Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas de Lima. Perú, llegando a la conclusión que las madres tienen un conocimiento medio, sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia,

lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Al respecto Cornejo Cari Cinthia el 2016, concluye que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia, que consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuencia y cantidad de acuerdo a la edad de su niño; por lo cual no cubren sus requerimientos nutricionales.

El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa. Es imprescindible incorporar en la alimentación del niño productos que contengan biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje.

Además de los conocimientos en la alimentación complementaria es importante las buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos para evitar infecciones gastrointestinales contraídas por agua, alimentos y utensilios de cocina contaminados.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Los resultados permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etario de adulta jóvenes, tienen primaria completa y son amas de casa.

El nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de anemia ferropénica, el 55,4% tienen conocimiento y el 44,6% no tienen conocimiento. De acuerdo a los indicadores las madres conocen la definición de anemia el 100% de las madres, formas de diagnóstico el 95,4%, tratamiento el 95,4%, causas de la anemia ferropénica el 87,7%, prevención el 73,8%, entre otras. Desconocen consecuencias de la anemia ferropénica el 93,8%, signos y síntomas de anemia ferropénica el 70,8%.

Las practicas con los niños de las madres, el 86,2% inadecuadas y el 13,8% adecuadas. Referente a indicadores las madres conocen: El inicio de la alimentación Complementaria el 72,3%, higiene de los alimentos el 47,7%, cantidad de los alimentos el 33,8%. No conocen las madres: La consistencia de la alimentación complementaria el 92,2%, aporte alimentario 87,7%, tipos de alimentos el 81,2%, frecuencia de los alimentos el 75,4%, cantidad de alimentos el 66,2%.

4.2 RECOMENDACIONES

Que el equipo de Enfermería del centro de salud diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, Patricia. (2001) *“Prevención de la anemia en niños y embarazadas”*. Argentina. . pág.5.

Céspedes Sotelo, Mirella (2010) *“Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín. UNMSM. Lima. Perú.*

Cornejo Cari Cinthia (2016) *“Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015”* UNMSM. Lima. Perú.

Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud (2012) *“Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)”*. Barcelona – Madrid.

Hernández, A. Gil. (2006) *“Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad”* Revista anales de pediatría. Vol. 65 Núm.5

Galindo BazalarDeny (2012) *“Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”, 2011”*UNMSM. Lima. Perú

UPCH (2001), *“Requerimientos nutricionales en el niño: micronutrientes”* Clases de nutrición por el Dr. J Santisteban. Lima – Perú.

Márquez León Julia Esperanza (2007) *“Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas- Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Nutrición. Escuela Profesional de Nutrición. Facultad Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú.*

Manrique Carbonel, Jasmín M. (2011) “*Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana”* Lima-Cercado. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Facultad Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

MarrinerTomey Ann, RaileAlligood Martha. (2007)*Modelos y teorías en Enfermería*. 6° edición. Elsevier España S. A. 2007. Págs. 472-492.

MINSA (2004)*Lineamientos de nutrición Materno Infantil*. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima 2004. MINSA, Unicef, OPS. [Versión pdf]

MINSA.(2006) “*Alimentación complementaria. Prevención de Anemia*”. Perú. Pág. 1-3

MINSA. (2008) Prevención de la anemia ferropénica.

MINSA (2009) “*Manual para la alimentación de infantes y niños pequeños*” Perú. pág.13.

MINSA (2011) “*Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable*”, Lima –Perú.

NUTRINET. Peru. www.nutrinet.org.pe 2010

OMS. (2001) “*La anemia por deficiencia de hierro. Evaluación, prevención y control. Una guía para los directores de programas*. 2001. Pág. 1- 4
http://www.who.int/ut/documents/ida_assessment_prevention_control.pdf).

OPS (2003)*Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, [Versión pdf]

OMS (2007), Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria “*Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos*”. Paris – Francia.

Reboso Pérez, José; Cabrera Núñez, Elixandra; Pita Rodríguez, Gisela y Jiménez Acosta, Santa (2005) *Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad*. Cuba.

Ruiz Gonzales, Marlen (2002) “*El factor alimentario en la presencia de la deficiencia del hierro*” – Cuba

Solano, Liset; Barón, María; Sánchez Armando y Páez María (2008) *Anemia y deficiencia de hierro en niños menores de cuatro años de una localidad en Valencia*. Venezuela

Unigarro, Andrea (2010) “*Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en los niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel de la Ciudad de San Gabriel, Provincia del Carchi*”. Universidad Técnica del Norte. Ecuador.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES SOBRE PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA. PUESTO DE SALUD DE CHIRINOS. SULLANA. AGOSTO- NOVIEMBRE 2016

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Noelia del Pilar Jiménez Rodríguez, soy estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro SAD Sullana, estoy ejecutando un estudio en el programa CRED, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: “Conocimientos y prácticas de las madres de niños 6 a 24 meses sobre anemia ferropénica Puesto de salud de Chirinos; por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y **CONFIDENCIAL**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Gracias.

II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta que usted crea correcta según su opinión.

DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre: _____ años
2. Grado de instrucción de la madre:
 - a. Sin instrucción ()
 - b. Primaria completa ()
 - c. Secundaria incompleta ()
 - d. Secundaria completa () . Superior o técnico ()
3. Ocupación de la madre _____
4. Edad del niño: _____ años _____ meses
5. Sexo del niño (a) :
 - a. Masculino ()
 - b. Femenino ()

II. INFORMACION ESPECÍFICA

Conocimientos

1. Ud. Considera que la anemia es:

- a. La disminución de la hemoglobina
- b. La disminución de la glucosa
- c. El aumento de la hemoglobina
- d. La disminución del colesterol

2. Ud. Considera que el hierro es:

- a. Una vitamina presente en los alimentos
- b. Un mineral necesario en la alimentación del niño
- c. Un nutriente presente en los alimentos
- d. Un suplemento necesario en la alimentación del niño.

3. La anemia ferropénica para Ud. es causada por la deficiencia de un mineral llamado:

- a. Calcio
- b. Fosforo
- c. Hierro
- d. Vitamina C

4. ¿Para Ud. en qué caso el niño está en más riesgo de sufrir de anemia?

- a. Un niño sin parásitos
- b. Un niño de 12 meses
- c. Un niño prematuro y bajo peso al nacer
- d. Un niño alimentado con leche materna

5. Para Ud. un niño con anemia presenta las siguientes características:

- a. Aumento de apetito, fiebre, cansancio
- b. Disminución del apetito, palidez y mucho sueño
- c. Fiebre, palidez y dolor de cabeza
- d. Dolor de huesos, fiebre y cansancio.

6. Una de las consecuencias que puede ocasionar en el niño la anemia es:

- a. El aumento de peso
- b. La diarrea
- c. El dolor muscular
- d. El bajo rendimiento escolar

7. ¿Qué tipo de prueba conoce usted para diagnosticar la anemia en su niño?

- a. Colesterol
- b. Glucosa
- c. Hemoglobina y Hematocrito
- d. Parasitosis

8. ¿A partir de qué edad se debe de realizar la prueba de hemoglobina para descartar anemia en su niño?

- a. 6 meses
- b. 8 meses
- c. 7 meses
- d. 12 meses

9. Un niño con anemia tendrá una hemoglobina:

- a. menor a 11g/dl
- b. mayor a 11g/dl
- c. menor a 12g/dl
- d. mayor a 12g/dl

10. ¿Qué medicamento utiliza para el tratamiento de la anemia?

- a. calcio
- b. vitaminas
- c. paracetamol
- d. sulfato ferroso

11. ¿Qué alimentos daría Ud. a un niño después de los seis meses de edad para prevenir la anemia?

- a. Papillas y sopas
- b. Leche materna y alimento rico en hierro
- c. sopas y sangrecita
- d. Solo leche materna

12. ¿Qué alimentos conoce UD. que contenga gran cantidad de hierro?

- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
- b. Beterraga, huevo, carnes y papas
- c. Frutas, verduras, arroz y menestras
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

13. ¿Cuáles son los alimentos que favorecen la absorción del hierro en nuestro organismo?

- a. café, infusiones
- b. Jugo de naranja, limonada
- c. chicha morada, agua
- d. Leche, yogur

14. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?

- a. Trigo, papa, café
- b. Café, té, infusiones
- c. Limonada, agua, verduras
- d. Frutas secas, té, infusiones

Practicas

1. Marque con un aspa las actividades que realiza para preparar los alimentos de su niño.

ACTIVIDADES	SI	NO
Me lavo las manos antes y después de darle de comer a mi niño.		
Reviso que los alimentos estén frescos y en buen estado de conservación		
Cuento con los utensilios (plato, cuchara) propios para mi niño		
A mi niño le doy agua o leche en biberón		
Limpio el biberón en agua caliente después de cada uso.		

2. ¿A qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?

- a. 5 meses o menos
- b. 6 meses
- c. 7 meses o mas

3. ¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?

- a. Si
- b. No
- c. A veces

4. ¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?

- a. Solo toma pecho
- b. De 1 a 2 veces
- c. Más de 2 veces

5. ¿Cómo le da los alimentos a su niño?

- a. Aplastados
- b. Triturados
- c. Picados
- d. Olla familiar

6. ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?

- a. De 2 a 3 cucharadas o $\frac{1}{4}$ de taza
- b. De 3 a 5 cucharadas o $\frac{1}{2}$ taza
- c. De 5 a 7 cucharadas o $\frac{3}{4}$ de taza
- d. De 7 a 10 cucharadas o 1 taza

7. ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?

- a. 2 veces
- b. 3 veces
- c. 4 veces
- d. 5 veces

8. ¿A su niño le brinda multimicronutrientes?

- a. Si
- b. No

¿Como lo prepara? _____

9. ¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?

- a. Leche materna, agua, manzanilla
- b. Jugo de naranja, limonada, jugo de piña
- c. chicha morada, infusiones, agua
- d. Solo agua

10. ¿Con que frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?

ALIMENTOS	TODOS LOS DIAS	1 VEZ A LA SEMANA	2 VECES A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	MENSUAL	NUNCA
Carne de res						
Pollo						
Pescado						
Hígado						
Sangrecita						
Bazo						
Lentejas						
Garbanzo						
Espinacas						
Brócoli						
Zanahoria						
Papa						
Arroz						

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada " Conocimientos y prácticas de las madres de niños 6 a 24 meses sobre anemia ferropénica. Puesto de Salud de Chirinos. Agosto - Noviembre 2016

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre de familia:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Noelia del Pilar Jiménez Rodríguez

Autora del estudio