

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESINA

**CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES Y SU
RELACIÓN CON EL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO DE
EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES – JULI 2020**

PRESENTADA POR:

ELISBAN SINUHE VILCA VILCA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

BACHILLER EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2023



Repositorio Institucional ALCIRA by Universidad Privada San Carlos is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



7.1% PLAGIARISM
APPROXIMATELY

1.21% IN QUOTES

Report #14173259

ELISBAN SINUHE VILCA VILCA CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES – JULI 2020 RESUMEN Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de la anemia ferropénica en madres de niños y los nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020. En el marco teórico se present a los antecedentes relacionados al trabajo de investigación y se realiza un deslinde teórico respecto de las variables de estudio. El tipo de investigación es descriptivo de diseño correlacional con una muestra de 31 madres e hijos a quienes se aplicó una encuesta sobre el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica, consecuentemente, una evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año. Después de realizar la prueba de hipótesis estadística con R de Pearson se concluye que existe una correlación directa y positiva alta entre la frecuencia del conocimiento sobre

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESINA

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES Y SU
RELACIÓN CON EL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO DE
EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES – JULI 2020

PRESENTADA POR:

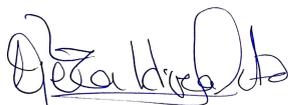
ELISBAN SINUHE VILCA VILCA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

BACHILLER EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

: 
M.Sc. GUELKI GEAN VALDIVIA PINTO

PRIMER MIEMBRO

: 
Mgtr FIORELA JEANETTE ORTIZ ORTIZ

ASESOR DE TESINA

: 
M.Sc. GIOVANA FLORES ORTEGA

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Disciplina: Enfermería

Especialidad: Cuidados de Enfermería por Ciclos de Vida

Puno, 10 de diciembre del 2021

DEDICATORIA

Quiero agradecer a nuestro creador Dios, por darme la vida y permitir que la misma, tome un rumbo positivo para la sociedad.

A mis padres, quienes con su constante apoyo moral y material supieron guiar mi camino y permitir que me forme como persona y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la casa superior de estudios de la Universidad Privada San Carlos de Puno, por acogerme en cada uno de sus ambientes y darme la oportunidad de culminar mis estudios profesionales.

A Dios todo poderoso, por haberme guiado en el camino correcto de la vida, así mismo por no dejarme en momentos más difíciles, ante todo ello cada día se hizo su voluntad.

A mi familia quienes son mis Padres y Hermanas quienes siempre confiaron en mi persona, en ello encontré mi apoyo económico y emocional fueron mi sostén en mis días más difíciles quienes no dejaron que me rindiera y por ello sigo adelante.

A mis docentes por haber compartido sus conocimientos y experiencias vividas, por impulsarme en mi desarrollo profesional, quienes nunca nos dieron la espalda , ante toda situación siempre se preocuparon por el bienestar emocional de todos nosotros y sus grandes consejos fueron sin condición .A los compañeros (as) por la amistad y apoyo en diferentes trabajos.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|-------------------|------|
| DEDICATORIA | 1 |
| AGRADECIMIENTOS | 2 |
| ÍNDICE GENERAL | 4 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 8 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 9 |
| INDICE DE ANEXOS | 10 |
| RESUMEN | 11 |
| ABSTRACT | 12 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|-----------|
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA | 22 |
| 1.2.1. Problema general | 22 |
| 1.2.2. Problemas específicos | 22 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 22 |
| 1.4. ANTECEDENTES | 24 |
| 1.4.1. Nivel Internacional | 24 |
| 1.4.2. Nivel Nacional | 26 |
| 1.4.3. Nivel Local | 31 |
| 1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 32 |
| 1.5.1. Objetivo General | 32 |
| 1.5.2. Objetivos específicos | 33 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|-----------|
| 2.1. MARCO TEÓRICO | 34 |
| 2.1.1. Conocimiento | 34 |
| 2.1.2. Anemia | 36 |
| 2.1.3. Anemia Ferropénica | 37 |
| 2.1.4. Fisiopatología | 37 |
| 2.1.5. Causas | 38 |
| 2.1.6. Signos y síntomas | 41 |
| 2.1.7. Consecuencias | 42 |
| 2.1.8. Diagnóstico de anemia | 43 |
| 2.1.9. Consecuencias | 44 |
| 2.1.10. Tratamiento | 45 |
| 2.1.11. Práctica | 45 |
| 2.1.12. Prácticas alimentarias | 46 |
| 2.1.13. Higiene de los alimentos | 47 |
| 2.1.14. En la preparación | 48 |
| 2.1.15. En la conservación | 49 |
| 2.1.16. En el uso de utensilios | 49 |
| 2.1.17. En el uso de biberones | 50 |
| 2.1.18. Comienzo de la alimentación complementaria | 51 |
| 2.1.19. Etapas de la alimentación del niño | 51 |
| 2.1.20. Consistencia de la alimentación complementaria | 52 |
| 2.1.21. Necesidades alimentarias de acuerdo a su edad | 53 |
| 2.1.22. Cantidad en la alimentación complementaria | 53 |
| 2.1.23. Tipos de alimentación para la prevención de anemia ferropénica | 54 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.24. Aporte alimentario para la prevención de la anemia | 57 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL | 62 |
| 2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN | 64 |
| 2.3.1. Hipótesis General | 64 |
| 2.3.2. Hipótesis Específicos | 64 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|-----------|
| 3.1. ZONA DE ESTUDIO | 65 |
| 3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO | 65 |
| 3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS | 66 |
| 3.4. MÉTODOS Y MATERIALES Y ANÁLISIS POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 67 |
| 3.4.1. Técnicas de Recolección de Datos | 67 |
| 3.4.2. Instrumento de conocimientos | 67 |
| 3.4.3. Instrumento de nivel de hemoglobina | 68 |
| 3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS | 68 |
| 3.6. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO | 69 |

CAPÍTULO IV

EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

| | |
|---|-----------|
| 4.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES | 72 |
| 4.1.1. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en mujeres según medidas preventivas de la anemia ferropénica | 73 |
| 4.1.2. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en madres según Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica | 75 |
| 4.1.3. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en madres, según consecuencia de la anemia ferropénica en niños | 78 |
| 4.1.4. Nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres | 80 |

| | |
|---|------------|
| 4.2. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO | 83 |
| 4.3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES | 85 |
| 4.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA DE PEARSON PARA LAS VARIABLES | 89 |
| CONCLUSIONES | 91 |
| RECOMENDACIONES | 92 |
| BIBLIOGRAFÍA | 93 |
| ANEXOS | 100 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 01: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica | 73 |
| Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica | 76 |
| Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre consecuencia de la anemia ferropénica en niños | 78 |
| Tabla 04: Nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres | 81 |
| Tabla 05: Evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año | 83 |
| Tabla 06: Grado de instrucción de la madre | 85 |
| Tabla 07: Estado civil de las madres | 87 |
| Tabla 08: Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres | 90 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Figura 01: Resumen del nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica | 74 |
| Figura 02: Resumen del nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica | 77 |
| Figura 03: Resumen del nivel de conocimiento consecuencia de la anemia ferropénica en niños | 79 |
| Figura 04: Resumen del nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres. | 82 |
| Figura 05: Evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año | 84 |
| Figura 06: Resumen del grado de instrucción de las madres que pertenecen a la población de estudio | 86 |
| Figura 07: Resumen del estado civil de las madres que pertenecen a la población de estudio. | 88 |

INDICE DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo 01: Matriz de consistencia | 101 |
| Anexo 02: Universidad Privada San Carlos | 103 |
| Anexo 03: Data | 114 |
| Anexo 04: Nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad | 115 |

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de la anemia ferropénica en madres de niños y los nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020. En el marco teórico se presenta a los antecedentes relacionados al trabajo de investigación y se realiza un deslinde teórico respecto de las variables de estudio. El tipo de investigación es descriptivo de diseño correlacional con una muestra de 31 madres e hijos a quienes se aplicó una encuesta sobre el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica, consecuentemente, una evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año. Después de realizar la prueba de hipótesis estadística con R de Pearson se concluye que existe una correlación directa y positiva alta entre la frecuencia del conocimiento sobre anemia deficiencia de hierro en madres y el grado de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital ROR Juli -2020; debido a que el coeficiente de correlación de Pearson muestra un valor de $R = 0,864$ y un valor de $P = 0.000$ que está por debajo del valor de significancia que es a 0.05.

Palabras clave: Nutrición, hemoglobina, niños y Anemia ferropénica

ABSTRACT

The present research work aims to determine the relationship that exists between the knowledge about iron deficiency anemia in mothers of children and the hemoglobin level in 1-year-old children of the ROR - Juli 2020 Hospital. the antecedents related to the research work and a theoretical demarcation is made with respect to the study variables. The type of research is descriptive of correlational design with a sample of 31 mothers and children who were administered a survey on the level of knowledge of iron deficiency anemia, consequently, an evaluation of the hemoglobin level in 1-year-old children. After performing the statistical hypothesis test with Pearson's R, it is concluded that there is a direct and high positive correlation between the frequency of knowledge about iron deficiency anemia in mothers and the hemoglobin level in 1-year-old children from the ROR Juli hospital -2020; since the Pearson correlation coefficient shows a value of $R = 0.864$ and a value of $P = 0.000$ that is below the significance value that is at 0.05.

Keywords: Iron deficiency anemia, nutrition, hemoglobin, children

INTRODUCCIÓN

En los estudios realizados, se evidencia que una tercera parte de las personas a nivel mundial, padecen de anemia. Esta afección se presenta generalmente en grupos socioeconómicos bajos, debido a que en la mayoría de las dietas que llevan, son ricas en carbohidratos y carecen de alimentos que contengan hierro. La situación se complica para los individuos que viven en áreas tropicales donde las infecciones parasitarias son comunes.

La anemia se mide haciendo uso de indicador del nivel de Hgb en sangre . La deficiencia nutricional más relevante por la deficiencia de hierro en el hematocrito. Asimismo, por ende, la anemia es la causa principal a nivel mundial, afectando el desarrollo de las habilidades como; la brecha de la atención , vigilancia y desarrollo psicomotor en etapa de infantes y púber.

El presente informe del estudio está dividido en capítulos en los cuales se da a conocer aspectos relevantes que fundamentan dicha investigación.

Para ello se empieza con el Capítulo I , ante ello se encuentra el planteamiento del problema, los trabajos anteriores a este estudio y objetivos , Por consiguiente , el Capítulo II evidencia el Marco Teórico y de concepto e Hipótesis.

Sin embargo, el Capítulo III contiene el método de estudio, donde se especifica la ubicación, la población y muestra , técnicas e instrumentos , tipificación de variables y el diseño estadístico del estudio. A su vez el capítulo IV desarrolla los datos obtenidos con tablas y figuras .

Al final se muestran las conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización de la Sanidad aprecia que la anemia afecta a la segunda parte del grupo poblacional de los niños en mundo entero por disminución de hierro, también se da por otras inferioridades como de vitaminas y minerales, infecciones de las tripas por parásitos, patologías heredadas. La anemia y la inferioridad acarrearán secuelas en el niño como la incompetencia en el desarrollo de aprendizaje, lo que delimita más el panorama porvenir, ello obstruye el avance poblacional ya sea en la sanidad o en la economía. Las recientes notas de la organización de la sanidad demostraron que la anemia daña a 800 millones de infantes y embarazadas. En 2011, un 528,7 millón de féminas y 273,2 millones de infantes menores de edad de los que tenían 5 años y tuvieron deficiencia de hierro en el organismo y también casi el promedio de los mismos tuvo inferioridad de hierro. Las patologías de desnutrición y malnutrición de micronutrientes tuvieron peligrosos efectos en la economía, con un impacto de US\$1.42.1 trillón en el universo por año (1).

La anemia es suscitada por la inferioridad de hierro en la sangre, además tienes poco más riesgo de provocar morbimortalidad siendo un problema de salud pública, en

particular en mujeres embarazadas y niños pequeños. Esta es una patología causada por muchas de las causas más comunes .

Es una patología suscitada por más veces de motivos que habitualmente se hallan, ya sean de nutrición (infección) como la insuficiencia de hierro en la ingesta de comidas con escasa cantidad de mineral y vitamina. uno de los factores más corrientes es el contenido escaso de hierro , conocido como anemia ferropénica anemia ferropénica afecta en las niñas como en los niños <3 años contrayendo daño no reversibles al transcurso de su aprendizaje psicomotor y cerebral esto se ve más en los niños < de dos años donde las consecuencias no son reversibles afectando negativamente en el desarrollo infantil temprano, siendo el principal problema de la salud pública (2).

Según la última indagación realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas, plantea una cuestión delicada en el ámbito de la sanidad pública en el país, porque el 46,8% de infantes de 3 años padecen deficiencia de hierro en el organismo. Informática (INEI) indica que 1 de cada 2 niños y niñas < de 3 años padece esta patología que lesiona la inteligencia de los niños.

El director del Departamento de Salud, refirió que, si bien la tasa de anemia sigue siendo alta, la tendencia en 2016 se ha mantenido sin cambios en relación al año 2013. Según las estadísticas, ha modificado del 46,4% en 2013 al 48,8% a finales de año 2014, esto mostró que no hubo elevación, pero aún existe (3)

Las últimas datos del INEI muestran que las zonas con más índices casos de infantes con deficiencia de hierro en el organismo (anemia) es Puno, Madre de Dios, Huancavelica, Amazonas y San Martín.

Estas cifras se relacionan con los datos proporcionados por CENAN , que indicó, en los 6 primeros meses del año 2016 , Puno encontró 6147 < de 3 años de edad con anemia

.Por ello el curso de este período, su agencia de sanidad pública también revisó a los niños de algunas zonas de norte, centro y sur, del mismo modo estuvieron con el diagnóstico de anemia ferropénica, que puede ser percibido por los papás (4).. La carencia de hierro es un problema más frecuente que causa la anemia; por ello esta se define como la deficiencia de Hgb que traslada O₂ en cuantías escasas y daña el crecimiento de las células del cerebro. El decano del Instituto Peruano de Nutrición explicó que los niños con anemia tienen problemas con los neurotransmisores relacionados con la felicidad, por lo que los niños suelen ser susceptibles a la irritación. Igualmente, debe existir un buen seguimiento de la dieta en el país.

Según funcionarios del Ministerio de Sanidad, el 54% de < de 3 años de edad renuncian a terapias con micronutrientes debido a la falta de conciencia de los papás. De enero a julio de 2016, 352,402 niños comenzaron la terapia en el curso de 18 meses, y de estos, solo 164,235 niños completaron la terapia.

En el país, la anemia daña principalmente a infantes más pequeños (6 - 24 meses), más habitualmente en áreas rurales y en el quintil más pobre. Adicionalmente, en los recientes años se ha intensificado el índice de las áreas urbanas en las importantes ciudades, lo que conlleva trabajar con más responsabilidad y compromiso en diferentes contextos para batallar esta problemática. En 2016, incrementó de modo relevante en las subsecuentes zonas: Amazonia, Ucayali, San Martín, Junín, Puno y Loreto; a su vez evidenciando también en otros territorios, este número ha disminuido: Lambayeque, , Cajamarca, Huánuco y Ayacucho y en 4 regiones se conserva este número: Ica, Cusco Lima, La Libertad, Arequipa y Piura (5)

Perú, en 2017, hay 1 350 000 de infantes de edades 6 y 36 meses ,de los cuales el (580 000) (43.6%) tienen algún grado de anemia. En cuanto a las gestantes , existen 600 000 y 168 000 (28 %). de ellas tienen anemia. En dos décadas, es decir, desde 1998, el

54,2% de los niños estaban registrados con anemia, y desde entonces cero políticos en los recientes años han podido aminorar significativamente la prevalencia de esta anemia. Por otro lado, también se dio el reporte de anemia en las áreas de zona rural, selva de Puno y Madre de Dios tienen 76% de anemia infantil. En Satipo (Junín) que es localidad extremo pobre del Vraem, el 30% de los infantes tienen anemia ferropénica y 8 de 10 niños tienen cuadros de desnutrición crónica (6).

Los niños compatibles con la colectividad Ashánincas debidamente definida en esta zona dependen de los ríos Ene y Tambo para sobrevivir, el problema se reduce enormemente con un centro sanitario y falta de médico con especialidad. El alcalde dijo: “Solo cuentan con un médico disponible, la aparición del Departamento de Sanidad en la localidad es inexistente, también necesitan personal con especialidad en este tema para poder ayudar y asesorar a las madres Ashánincas sobre las prácticas nutricionales adecuadas en sus hijos (7).

La presencia de anemia en los infantes genera bastante intranquilidad en todas las áreas y niveles de salud, preocupación en todos los ámbitos y niveles de salud, ya que los daños ocasionados afectan negativamente en el desarrollo cognitiva, motora, emocional y social.

En el 2015, el Ministerio de Sanidad ha distribuido más de 235,000,000 de chispitas por medio de EESS. En 2016, MINSA planificó distribuir 378 millones de sobres de forma gratuita; pero aún existe debate sobre la efectividad, de 2012 a 2016, las estadísticas sobre anemia infantil aumentaron, a pesar de otorgar MMN (8). estos sobres nutricionales a través de Centros y Puestos de Salud. Para el año 2016, el sector programó la entrega gratuita de 378 millones de sobres. Por ello, existe discusión sobre la efectividad de los MMN., ya que, entre el 2012 y el 2016 las estadísticas de anemia infantil se

incrementaron, a pesar de haberse realizado la entrega correspondiente de las chispitas(8).

Desde el Departamento de Sanidad se estima que el presupuesto es insuficiente para las actividades de seguimiento y control, asegurando la efectividad de las actividades impulsadas desde el nivel central.

Existen dificultades para acceder al parto institucional especialmente en zonas de la Amazonía, donde viven comunidades indígenas, por motivos geográficos o por factores de dinero. En el año 2007, se estableció el Programa Articulado Nutricional (PAN), para entregar los recursos necesarios para combatir la desnutrición infantil en todo el país (9).

El Departamento de Sanidad dio a conocer el plan gubernamental para la aminorar de la anemia 2017-2021, el propósito era reducir la proporción de esta patología en niños < de 3 años del 43% a 19%, ya que la anemia es uno de los graves problema de sanidad en territorio, causada por la reducción de la Hgb, siendo una de las esenciales causas, la preparación de alimentos bajos en hierro. Es por ello que la Dirección General de Intervención de Estrategia en Sanidad del MINSA informó, la incidencia de anemia es superior en zonas internas del territorio. Según el Instituto Nacional de Salud en los 3 primeros meses del 2016, dentro de las 5 zonas con porcentajes mayores de niños < de 3 años, las que presentan anemia lideran la región Puno con 67,3%, consecutivo del municipio de La Libertad con un 61,3%, Ucayali con un 58,1%, Junín con un 56,1% y Madre de Dios con un 55,8%, por lo que se necesita una acción inmediata, dijo Herencia S., afiliado del sector que promueve la financiación infantil.

La región Puno ocupa el primer lugar la tasa de anemia infantil: 8 de cada 10 niños < de tres años tienen la condición, sin embargo, más de 26000 niños < de cinco años (17,9 %) padecen desnutrición crónica, por lo que se creó el Programa de Nutrición, pero sin fundamento. Es alarmante los casos de anemia en niños < de tres años estén

umentando muy rápidamente en 82%; esta estadística es inquietante, por lo que se necesita acción inmediata, dijo Herencia S., afiliado del sector que promueve la financiación en la niñez (10).

La anemia es un grave problemática de salud en el Perú y el mundo y también en todo el mundo en la población infantil menores de tres años siendo deficiencia de hierro la causa principal; se ha logrado disminuir la incidencia de malnutrición, en cambio la anemia se ha incrementado descontroladamente, especialmente en zonas rurales (11).

El Programa Nacional Cuna Más ha trabajado abiertamente con varias organizaciones del sector público y privado para retar este controvertido tema social, que es un ejemplo de alocución que está dando sus frutos. Un niño en el jardín de guardería recibe 3 comidas al día; si garantizamos su estadía, nos garantizamos del resguardo de la anemia y malnutrición severa. El valor de los servicios de apoyo para las familias de Cuna Más sería para que los cuidadores puedan llevar a cabo los procedimientos de cuidado y nutrición adecuada que necesitan los niños < de tres años en varios entornos rurales. Al transcurso de las visitas a los hogares y salas de sociales, los integrantes de la familia aprenden de la correcta ingesta de micronutrientes, así como también se realiza la inspección CRED e inspección materna.

Medidas a fin evitar la anemia incluyen la ingesta diario de comidas ricas en hierro, la misma que se encuentra en la sangre, la carne roja, el higadillo y el corazón de pollo, además de garantizar la ingesta de micronutrientes por parte del niño.

Según un informe del subcomité que gestiona los programas sociales de la ciudad de Puno, el 75% de los 4.320 beneficiarios del programa Faso de Leche presentan anemia; Además, señala que el 45% de infantes que se alimentan de papilla y leche también están desnutridos, por ende se están coordinando esmeros con la DIRESA, para aminorar los casos mencionados. Adicionalmente, refirió que existe un acuerdo para

monitorear a los beneficiarios del programa y evaluar qué tan bien están aprendiendo en el sistema de movimiento físico del niño (12).

Los representantes del Gobierno Regional, provincial, distrital y organizaciones de la sociedad civil, concurrentes de socialización del plan metódico de Consejo de la Región de Sanidad, firmaron el tratado de la región para bajar los casos de la anemia y la desnutrición crónica en la infancia, este equipo multidisciplinario, los participantes se responsabilizan a firmar un plan que tiene como título: Acuerdo regional a fin de reducir la anemia y malnutrición, y trabajar conjuntamente en el persecución de los resultados para la disminución de la anemia y malnutrición severa en infantes menor a 5 años. Durante la referida conferencia se asumieron las siguientes responsabilidades: afianzar que se siga el registro nominal de los infantes de la región para que admitan las carteras prioritarias en el contexto del combate a la anemia y desnutrición crónica, libremente del lugar donde vivan, nivel educativo de la mamá y nivel económico y social del hogar. De esta forma, aumentar la suma del fondo de la función pública direccionado a desembolsos que ratifiquen la implantación efectiva de las operaciones vinculadas a la disminución de la anemia y malnutrición severa de la infancia.

En la región, la RED de Medica San Román mostró que el índice de acontecimientos de anemia ha aumentado gravemente considerando que la anemia es un padecimiento caracterizada por escasez atípico en el número o volumen de las células o glóbulos rojos que contienen el nivel de hemoglobina, que daña fundamentalmente a la edad en la infancia.

Según un experto en nutrición del Departamento de Sanidad, las incidencias de anemia en los niños de 6-35 meses se han aumentado de forma preocupante en varias regiones del país; así como también indica según datos del departamento técnico, diagnóstico y

cura de la anemia a nivel provincial Puno y Juliaca son los dos principales con altos casos de anemia.

hay 1108 casos en provincia Puno, en cambio San Román tiene 942. Así mismo, Azángaro (686) y Chucuito (516) encabezaron la lista, el distrito de Juliaca encabeza tiene 877 sucesos y con 723 sucesos en el distrito de Puno, seguido de Yunguyo (239) y (221) el Collao. Este aumento de sucesos es alarmante, ya que 8 de cada 10 infantes tienden a padecer la enfermedad. Afectará en gran medida no sólo la salud de los niños, sino también la salud mental.

El tamizaje de hemoglobina se realiza a partir de 6 meses porque a partir de esta edad los infantes inician con la ingesta adicional y es donde los infantes con mayor frecuencia tienen la presencia de déficit de hierro en la sangre; según la norma técnica del MINSA se debe realizar el tamizaje de hemoglobina cada seis meses, el mismo que debe ser realizado por personal profesional de laboratorio. Durante la realización del internado se ha observado que los resultados de Hgb de los niños están por debajo del rango normal y por lo tanto se presentan un anemia leve, moderada y severa, la anemia no se advierte, puede causar efectos de larga duración, así como en el coeficiente de la inteligencia y el bajo desempeño educativo.

Según las indagaciones realizadas en la región Puno los resultados indican que ocho de cada diez niños tienen anemia y las causas pueden ser numerosas. También se ha señalado que para precaver de la anemia por la falta de hierro. La columna fundamental es la nutrición adecuada y junto a ella se encargaron del cuidado de los niños (madres). Se puede encontrar que las mamás de los infantes dan poca o ninguna consideración a la consejería dados o no acuden a las charlas de educación y de demostración que se ejecutan para evitar la anemia y con eso se da la escasez de conocimiento y la práctica inadecuada para la prevención y/o tratar la anemia, por lo que muchos no están

coordinados en el manejo de micronutrientes y descosen que el daño a su niño puede ser no reversibles si no reciben tratamiento oportuno y una enfermera profesional es quién directamente responsable de monitorear el CRED del infante y de la orientación que se pueda brindar a la madre para evitar la anemia y ejecutar actividades para revertir la enfermedad (13).

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres con el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravinez Juli - 2020?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravinez - Juli 2020?

¿Cuál es el nivel de hemoglobina de niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravinez – Juli 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, las estadísticas sobre anemia por la falta de hierro en infantes < de 2 años son altas y Perú no es ajeno a ello. Las consecuencias de su gravedad provocan cambios en el desarrollo psicomotor, deterioro mental, coordinación física y en niños mayores conllevan cambios en los resultados de la escuela.

Este estudio se realizó para valorar y medir el conocimiento verdadero sobre la práctica alimentarios de las mamás de infantes de 3 años asistentes al Centro Médico San Martín de Porres y determinar si están asociados con la aparición de anemia en los niños anteriores, con fin que la madre se dé cuenta sobre los resultados obtenidos y encuentre

formas de corregir los costumbres de alimenticios practicados por ellas, bajar el grado de anemia en los infantes anteriores y evitar enfermedades causadas por esta causa, es importante que tengan los conocimientos suficientes sobre de la anemia y su precaución, ya que la dicha información es necesaria para la buena nutrición de sus niños, la misma que en ocasiones es insuficiente o errónea, lo que posteriormente repercute en el tipo de alimentación que le brinda a su niño causando anemia en sus bebés, que luego pueden afectar la salud física y mental del mismo, tanto en la etapa preescolar y escolar(14).

Por su importancia teórica, esta investigación trabajara como material de información bibliográfica para investigaciones posteriores beneficiando así a los estudiantes de pregrado y posgrado, personal de salud del Hospital Rafael Ortiz Ravinez – Juli, etc.

su distribución a nivel económico ayudará a las madres y miembros de la familia reducir los costos por patologías causadas por los bajos niveles de Hgb en la sangre, y también ayudará a hacer un mejor uso de los asequibles fondos públicos de atención primaria.

Para identificar esta necesidad en la comunidad estudiada, es necesario identificar primero qué conocimientos tienen las madres primíparas sobre los cuidados básicos del RN y de esta manera orientar y aplicar un programa educativo para la modificación o reforzar estos conocimientos. Por su relevancia social, la presente investigación nos permitirá determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres. En ese sentido, gracias al desarrollo de la investigación, habrá una oportunidad para advertir y prevenir el bajo coeficiente intelectual de sus niños y así mejorar el nivel de rendimiento escolar. Asimismo, será valiosa fuente informativa para diseñar métodos promocionales y preventivos de sanidad (15).

Finalmente, este estudio se justifica ya que con los resultados se puede tomar decisiones a todo nivel para implementar y/o mejorar estrategias de intervención las cuales ayudan a disminuir los índices de anemia.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. Nivel Internacional

El estudio de investigación que tiene como título: “Asistencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 localidades del estado de Chihuahua y su asociación con el estado nutricional en Juárez”, México, Noviembre 2010 con el objetivo: estudiar la incidencia de anemia en muestras no probabilísticas de preescolares en Cuauhtémoc, Delicias, Chihuahua y Ciudad de Juárez. Este estudio fue de diseño descriptivo de corte transversal tipo observacional prospectivo, se estudió a 488 niños < de 6 años. El instrumento usado fue método Hemocue, donde evaluaron el nivel de Hgb obteniéndose menor de 11 mg/dl. Los datos mostraron, el 21% de la población de la investigación tenía anemia, ocupando el primer lugar la ciudad de Delicias (37.5%), en segundo lugar la ciudad de Juárez (25.6%), en tercer lugar la ciudad de Chihuahua (16.3%) y en cuarto lugar la ciudad de Cuauhtémoc (16.0%). Con respecto al estado nutricional, el 65% de los niños con diagnóstico de anemia presentaron un estado nutricional normal, mientras que el 7, 4 y 4% tuvieron emaciación, talla baja y peso bajo respectivamente. Al final el autor llegó a concluir de que la ciudad con mayor prevalencia es la ciudad de Juárez y la frecuencia de anemia sigue presentándose en un alto grado de importancia (16).

En un estudio que tiene como título: “Relación entre el estado nutricional y anemia en niños de 6 a 59 meses, una investigación que se llevó a cabo en octubre a noviembre de 2013 en el centro médico de San Antonio Suchitepéquez, Guatemala, 2014”. Con el propósito de determinar la relación entre las variables estudiadas. El estudio fue correlacional de tipo descriptiva de corte transversal; el conjunto poblacional fue 217 niños y la técnica se realizó en 3 fases: la primera fase fue de diagnóstico donde se realizó la toma de peso y talla para emitir el diagnóstico nutricional y el tamizaje de Hb de

cada niño para efectuar el diagnóstico de anemia. La segunda fase fue de tratamiento donde se proporcionó sulfato ferroso de acuerdo a las reglas de atención integral de salud. La tercera fase realizaron sesiones de plan educativo entregándose trípticos a las madrecitas que asisten al C. S. Suchitepéquez. En cuanto a los resultados de este estudio, del total de la población, un 91.2% tuvieron estado nutricional adecuado, el 4.6% desnutrición aguda moderada, el 0.46% (1 niño) desnutrición aguda severa, el 3.2% sobrepeso y el 0.46% tuvo obesidad. El 11% tuvo anemia y el 89% no tuvo. La tasa de prevalencia fue de 11.05%; y se llegó a la conclusión de que casi el total (91.2%) de la población infantil evaluado tuvieron estado nutricional normal, y estos mismos tuvieron alta prevalencia de anemia ferropénica. Por otro lado, conforme al coeficiente de correlación de Pearson se confirmó ausencia de relación entre las variables (17).

Otro análisis que por título tiene: “nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica de las mamás de 4 a 5 años asistentes al jardín “Hojitas Verdes “de la Escuela N° 390” Ángel Vicente Peñaloza en la localidad de San Vicente Misiones, 2015 Argentina; con el propósito de evaluar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en la población estudiada; diseño y tipo de investigación que utilizaron fue observacional, de corte transversal y descriptivo, utilizaron la encuesta como técnica. Desde la población fue de 72 mujeres de edades 15 - 45 años. Se averiguó la salud y nivel de educación. Por consiguiente se obtuvo vinculado a nivel educativo y conocimientos el 27% tienen nivel primario acabado, tienen conocimiento acerca de prevención de anemia y el 16% no tiene conocimiento; con nivel secundario y superior acabado el 35% tienen conocimiento, el 22% no tiene; en relación a la edad y niveles de conocimiento, el 40% de las mamás de 15 - 35 años de existencia conocen la precaución de la anemia y el 43% no conoce; de 36 - 46 años el 11% conoce cómo evitar la anemia y el 6% no conoce; en conclusión se observa que los resultados, han evidenciado que la edad o el nivel educativo son

insignificantes con el conocimiento existente del tema de anemia con deficiencia de hierro, ni hubo correlación directa al averiguar el nivel educacional de la familia (18).

Otro estudio titulado: “incidencia de anemia con sus factores asociados en niños y niñas de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca Ecuador”, Diciembre 2015- Mayo 2016 (CEDIUC). Su propósito fue determinar la incidencia de la anemia en su comunidad de estudio relacionado a los factores agregados y instrucción a los padres en temas de conocimiento, actitudes y hábitos de alimentación en CEDIUC. Estudio orientado en diseño descriptivo de corte transversal de prevalencia, conformaron 90 participantes de infantes de 12 - 59 meses de existencia. El instrumento empleado para obtener los niveles de Hgb fue el hemoglobímetro; la técnica aplicada fue el cuestionario. Según los frutos: la prevalencia de anemia global fue 43.3%, el 30% obtuvieron anemia leve y 13.3% presentó anemia moderada. La enfermedad sostuvo relación valiosa referente a la edad, el género, el lugar donde viven, la condición socioeconómica, los factores perinatales y el estado de la nutrición real. En cuanto al grado de conocimientos y hábitos relacionados a la alimentación, al finalizar el estudio mejoraron de 31.4% a 89.9% producto de las sesiones educativas. El estudio concluyó que consiguió demostrar algunas relaciones valiosas en medio de anemia e indicadores de peligro como el déficit de hierro, el defecto de nutrición a falta de conocimiento de la prevención de anemia, por este motivo la desnutrición y la anemia lideran en las naciones en desarrollo (19).

1.4.2. Nivel Nacional

En estudio titulado: “Niveles de conocimiento sobre la anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de un año” del Hospital Eleazar Guzmán Barrón en Nuevo Chimbote Perú 2014; el propósito fue determinar el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en relación con la actitud preventiva de las mamás

que tienen hijos < de 12 meses. La metodología de esta investigación es diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; la muestra fue constituida de 78 mamás de edad joven asistentes al servicio de pediatría con sus hijos menores de un año; para la obtención de datos fue utilizado como técnica un test que valora el nivel de conocimientos de las madres sobre la anemia deficiente de hierro y escala de valoración de la actitud de prevención del mismo. Se obtuvo que el 59.0% de madres evidenciaron el conocimiento inapropiado y 41.0% conocimiento apropiado, el 70.5% presentaron alta prevalencia de actitud profiláctica menos positiva y el 29.5% presentaron una actitud profiláctica más positiva. La conclusión a la que llegó este estudio fue, existe relación considerable entre las variables nivel de conocimiento y actitud de prevención de la anemia ferropénica ($p= 0.021$); del mismo modo, se reveló que obtener conocimiento inapropiado habrá una probabilidad más alta de mostrar actitudes de prevención menos positiva (OR= 3.2), p : OR: riesgo elevado (20).

En el estudio con el título "Conocimiento materno sobre la alimentación suplementaria y su asociación con la anemia ferropénica de sus hijos de 6 Meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal "Huancavelica Perú 2014; de lo cual su propósito fue resolver el tamaño de conocimiento de los alimentos complementarios de las madres en relación con la anemia con déficit de hierro. De metodología diseño no experimental, descriptivo, de corte transeccional o transversal correlacional. El poblamiento en la investigación fue 166 infantes y 166 mamás. Como técnica se usó la encuesta cuyo test calificó nivel del conocimiento; asimismo se usó análisis de documentos registrados de infantes con anemia. Se dio a saber que el 68.89% de infantes que sufren de anemia ferropénica moderada y anemia ferropénica leve un 31.11%; las mamás presentan el 37.78% conocimiento regular sobre la ingestión complementario y el 13.33% tienen bajo conocimiento. Se finaliza que la relación de variables implicadas no es considerable, teniendo el coeficiente de correlación de Spearman Brown es igual a 0.092 (21).

En el estudio titulado ``.” Factores vinculados a anemia en bebe de 6 - 35 meses monitoreados en Nosocomio Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en transcurso del año 2011” Perú, lima cuyo fin fue determinar los factores vinculados a la anemia en la etapa de 6 a 35 meses de edad asistidos en dicho nosocomio. La metodología del estudio estuvo de diseño no experimental, correlacional de tipo descriptiva, observacional de corte transversal; el conjunto poblacional fue constituido por 186 lactantes de 6 y 35 meses con diagnósticos de anemia en el tiempo del mes de enero a diciembre del año 2011; la técnica fue verificación de H.Cl. maternas, recién nacidos y de CRED, donde se escogieron niños con Hgb < 11 g/l y elaboraron tarjeta para juntar los datos de incidencia para identificar los factores vinculados a la anemia. Se evidenciaron que un 67.2% de neonatos manifiesta anemia leve; un 28.5% manifiesta anemia moderada y un 4.3% manifiesta anemia severa; por otro lado el 73.7% son mujeres multíparas y el 21.5% son multíparas; factor diferente fue la lactancia, en ella el 61.8% de bebés son pretérminos, el 48.9% de bebés reciben LME, en cambio el 51.1% reciben lactancia combinada; en relación a la condición de la nutrición, el 61.3% de bebés muestran inapropiado condición de la nutrición; en relación al diagnóstico de anemia severa en bebés, la mitad de las mamás tienen primaria acabada; el 87.5% presentaron EG pretérmino; el 62.5% tuvieron lactancia combinada; el 87.5% tuvieron nutrición inapropiada; 75% muestran algún retardo en el bebé. Concluyó confirmando que existen bastantes factores vinculados a la incidencia de la anemia infantil (22).

En el estudio titulado: “ Conocimiento sobre la anemia de las prácticas alimentarias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 2 de 64 meses del Centro de Salud Materno Infantil de la tablada de Lurín 2010 Perú Lima, con propósito de determinar el conocimiento de la anemia y el procedimiento alimentarias que tienen la

mamás para prevenir la anemia ferropénica en población ya mencionada; la investigación fue de tipo cuantitativo aplicativo de método descriptivo de corte transversal. El poblamiento fue de 100 madres con hijos con edades ya; se usó la encuesta como técnica. Según los datos globales de la anemia con deficiencia de hierro del total de mamás, el 40% tuvo conocimiento regular con inclinación a malo; el 31% no tuvieron conocimiento, y solo el 29% tuvo conocimiento bueno. El estudio concluye que las mamás del Centro médico Tablada tiene conocimiento regular con inclinación a malo, ya que no tienen idea de que es el hierro, sus causas ni las consecuencias, que llega a ser un indicativo malo para prevenir de la anemia con déficit de hierro en infantes (23).

En la investigación titulada: “Conocimientos y prácticas sobre la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima 2015”, con el objetivo de determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en mamás de niños de 6 a 24 meses. Estudio de tipo cuantitativo, aplicativo de corte transversal, la población estaba constituida por 84 madres con sus respectivos hijos de 6 - 24 meses asistentes al servicio de CRED. Como técnica se usó el entrevistado y el instrumento fue el test; obteniéndose los siguientes resultados: el 54% conoce y el 46% no conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras el 58% de las madres tienen práctica inadecuada y sólo el 42% realizan práctica adecuada. Su conclusión la mayoría de las madres asistentes al centro de salud tienen conocimientos deficientes en cuanto al tratamiento y los resultados de la anemia, lo que representa un indicativo negativo para prevenir la anemia en infantes menores de 3 años; además casi todas las mamás asistentes al centro de salud realizaron procedimiento inapropiadas en cuanto a la prevención de la anemia (24).

Se realizó un estudio que tiene por título: “Efectos de la anemia ferropénica en el progreso motor en infantes de 6 a 24 meses en el Puesto de Salud San Juan Bautista,

Arequipa 2015”, cuyo propósito fue determinar nivel de anemia con la falta de hierro y el desarrollo psicomotor que prevalece; con metodología de nivel descriptiva correlacional y el conjunto poblacional fue conformado de 30 niños de 6 - 24 meses de existencia, el sistema fue observación clínica; llegando las subsecuentes resultados: el 53.3% tiene anemia con deficiencia de hierro moderada, el 46.7% es leve y nadie tuvo severa; sin embargo, lo social lidera con 46.7%; seguido de la motriz con 30% y al final están coordinación y lenguaje; donde el 50% de bebés tienen riesgo, el 46.7% están normales y solo el 3.3% tiene retraso lo cual indica riesgo en el desarrollo psicomotor. Se concluye, la existencia relacional entre las variables estudiadas, mientras más persista la anemia, más deficiente será el desarrollo psicomotor del bebé, así mismo el 26,9% de bebés varones tienen más incidencia de anemia y el 8,5% en bebés de 12 - 24 meses gran parte son por ingesta inapropiada a ello se incluye la enfermedad de parásitos que aminora la asimilación de hierro (25).

En el trabajo titulado: “Nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en mamás de bebés de 06 - 23 meses con anemia con deficiencia de hierro del centro médico módulo I José Gálvez 2015 Villa María del Triunfo Lima Perú”; con propósito evaluar el efecto del programa “Sálvame Mami” a nivel del cognición sobre la alimentación sano en conjunto poblacional de estudio; Con metodología en cuasi experimental descriptivo con un pre test y pos test, el conjunto poblacional fue 52 mamás con hijos que tienen anemia con deficientes de hierro de 6 - 23 meses; el instrumento en uso fue formulario que permitió evaluar las consecuencias del programa; se obtuvo los datos posteriores: en anemia afecta al 60.7% en bebés con edades de 6 - 8 meses y al 63.1% de 9 - 11 meses; en la conclusión se evidencia que la estrategia “Sálvame Mami” afectó de forma favorable el nivel de conocimiento sobre el tema de la ingesta sana, aunque el crecimiento en el conocimiento de ingesta equilibrada no fue considerable en el conjunto experimentada con respecto al conjunto de inspección (26).

1.4.3. Nivel Local

En un estudio de investigación que tiene como título : “Prácticas alimentarias que implementan las madres relacionado con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Simón Bolívar - Puno 2013”, con el propósito de determinar las prácticas alimentarias que implementan las madres relacionado con la anemia ferropénica en dicha población. Este investigación fue tipo cuantitativo, diseño correlacional, método descriptivo y de corte transversal; el conjunto poblacional fue de 213 infantes de 6 - 24 meses diagnosticadas con anemia, la información recolectada fue a través de la entrevista y análisis de documentos, el instrumento fue los apuntes de atención cotidiano de CRED y el test. Con respecto al resultado se obtuvieron los siguientes: 47 fueron diagnosticados con persistencia de anemia (73.4%), la población más afectada fue de 2 a 24 meses de edad, de estos diagnosticados el 29.7% de las madres aplicaron una adecuada práctica de la ingesta poco cumplida; el 57.4% de las madres dieron ingesta complementaria anterior o luego de 6 meses, de estos el 26.6% aplicaron una práctica alimenticio adecuada sin cumplimiento; el 89.4% de los infantes no reciben una alimentación rico en hierro. Casi la mitad (48.4%) de las madres mostraron una práctica alimentaria con el cumplimiento bajo. Según la existencia de relación, si existe significativamente de las variables y su persistencia en la población estudiada; pero no se evidencio una práctica de alimentación adecuada. Se concluye, que las mamás dejan o interrumpen el suplemento por las insignificantes reacciones adversas principales de una inapropiada manera de administrar; en relación a la ración, frecuencia y solidez de la comida brindada por las mamás es inapropiadas, por consiguiente, la contribución de hierro es impropio (27).

Se realizó un estudio que tiene como título: “Anemia y crecimiento psicomotor en infantes entre 3 - 5 años, acudientes al ambulatorio de CRED del Puesto de Salud Chucaripo

Juliaca, 2014”; con propósito de determinar la relación existente de las variables observadas en conjunto poblacional ya mencionada; con diseño no experimental de tipo descriptivo - correlacional de corte transversal. El conjunto poblacional fue 80 infantes (3-5 años); para obtener los datos para la 1ra variable sostuvo el análisis clínico y el instrumento de hemoglobímetro; para la 2da variable utilizaron la entrevista y el instrumento TEPSI. Los datos resultaron: de los infantes que presentan desarrollo psicomotor adecuado el 53.8% tuvieron Hgb adecuado, de infantes que presentan crecimiento psicomotor en riesgo el 16.3% tuvieron Hgb normal, de los infantes que presentan un desarrollo psicomotor en riesgo el 13.8% tuvieron anemia leve; el 60% de infantes manifestaron desarrollo psicomotor adecuada en relación a coordinación y Hgb adecuada, el 12.5% de infantes tuvieron coordinación en riesgo y anemia leve; el 10% tuvieron coordinación en riesgo y Hgb adecuado, el 51.3% de infantes presentan desarrollo psicomotor adecuada en relación al lenguaje y Hgb adecuada, el 12.5% de infantes tuvieron lenguaje en riesgo y Hgb adecuada, el 8.8% tuvieron lenguaje con retraso y anemia leve, el 62.5% de infantes tuvieron desarrollo psicomotor adecuado en relación a psicomotricidad y Hgb adecuada, el 11.3% de infantes tuvieron motricidad adecuada y anemia leve, asimismo se dio a saber la existencia de relación considerable entre las variables observadas con 0.05 %; se concluye que los infantes asistidos tiene dificultades en el desarrollo psicomotor, especialmente en coordinar (28).

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

Determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020 es deficiente.

Conocer el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Conocimiento

Según Mouriño, Espinoza y Moreno (1991) indican en la investigación que realizaron, que el conocimiento es una forma común de plantear el problema, como teoría del conocimiento y en las otras ramificaciones de la ideología. La explicación filosófica del transcurso de rudimentos y de sus frutos conforman la “teoría del conocimiento”; indagando descubrimos como producto integrante del suceso cognitivo, a la persona conocedor, objeto del saber y el mismo conocimiento; Por ende, el transcurso del conocimiento se da únicamente con la interrelación de la persona conocedora y el objeto del saber, produciendo los conocimientos. Mediante el conocimiento la persona aclara los eventos que ocurren en el interno psicológico o en entorno de los vínculos exteriores y para lograrlo es fundamental realizar operaciones lógicas. La persona conocedora es un ser biológico y fruto del progreso de la humanidad; además es preciso, operante de la conexión cognoscitiva e inserta de sí mismo, transformándolo en suceso subjetivo y cognitivo; así mismo cabe mencionar que la persona conocedora, instruye, ajusta y metamorfosea las percepciones del medio mas no lo anota de modo pasivo. Lo primero en el saber es la sensación por medio de los sentidos de la persona conocedora ante un objeto que puede conocer; esta sensación no funciona por sí sola por ende la persona

debe ejecutar maniobras organizadoras, codificadoras y reproductoras de los retratos almacenados en la memoria en el instante de interpretar los datos. (29).

Las autoras Nonaka y Takeuchi (1995) discrepan 2 nociones del saber. Por un lado, es la gnoseología (epistemología) occidental habitual que conceptúa al saber cómo algo que no se mueve (estático) y explícito o formal. En el círculo de la información, el conocimiento viene a ser el combustible y el motor serían, la comunicación y la tecnología en la información. La relación entre tecnología, información y conocimiento es una especie de círculo virtuoso, asimismo existe una asociación cercana entre índices, informativos y la capacidad intelectual, ante ello no se debe confundir debido a que son distintos. Por otro lado, las TIC transforman los datos en información y el conocimiento solo se puede obtener cuando se obtiene información. Para obtener mejor el procesamiento de estadísticas se necesita una guía, que facilite como una orientación para transformar las estadísticas en conocimiento intelectual. Por lo tanto, esta llegará a transformarse en una fuente de información de mayor magnitud y delimitada para cualquiera que sienta la necesidad de compartirla. Por eso la cognición se evoluciona en el motor de las secuencias nuevas (30).

Asimismo, todas las personas poseen una colectividad de ideologías, pre conocimientos y conocimientos que a partir de ello indagan y sentencian. Pero si no se puede explicar un fenómeno percatado entonces ya surge un problema; en cambio, si no se emplea para despejar dudas entonces ya surge la probabilidad de procrear un conocimiento nuevo.

En la procesión de la cognición, así como en el razonamiento lógico y metódico en conocimientos abstractos con el fin de abordar los problemas que consta en realizar preguntas, por ejemplo ¿Qué es? Y la respuesta necesariamente incluye una definición. Entonces para la pregunta, ¿Qué es el conocimiento?, debería tener una respuesta que sería una definición, según al planteamiento realizado por Platón. La definición del conocimiento y su importancia es más compleja de lo que parece, hay varias

clasificaciones en su definición (ostensiva, nominales, reales, persuasiva, etc.), consideramos primero el caso más famoso, que es el simple reemplazo de una manifestación que da información ante ello no se conoce la definición, que solo es una regla del lenguaje, en otras palabras, lo dicho anteriormente ahora es posible decir muchas palabras a unas unidas. Por eso decimos que la información es sólo una abreviatura de diferentes lenguas. Ante ello el conocimiento se sustenta en el verbo "conocer", y según Platón, el conocimiento no se puede decir porque está en constante cambio, es decir, está en constante desarrollo, por lo que debe ser algo firme (31).

2.1.2. Anemia

La anemia se describe en detalle como un decrecimiento en el tamaño de los eritrocitos, la unión de Hgb es menor que el indicador observadoa niños sanos ;valores adecuados de Hgb en umbilical es de 13,7 - 21,1 g / dl con una media de 16,8 g / d. Los bebés de dos semanas pueden tener estos valores de Hgb de 13,0 a 20,0 g / dL, o una media de 16,5; A los 3 meses, el valor es de 9,5 a 14,5 g / dL con un promedio de 12,0 g / dL; de seis meses a dos años el valor debe estar entre 10.5 y 14.0 g / dL, promedio de 12.0 g / dL y de 7 hasta los 12 años de edad el valor debe estar entre 10.0 y 16.0 g / dL con un promedio de 13.0 g / dL. La anemia se conoce cuando un infante tiene un valor de hemoglobina inferior al rango dado para su edad. Cuando la hemoglobina disminuye de 7-8 g / dL y con ello una disminución de la hemoglobina circulante, la forma de llevar de O de la sangre disminuye, esto tiene consecuencias clínicas cuando la piel y las membranas mucosas están notablemente pálidas. Funcionalmente, la anemia se recompensa incrementando el gasto del corazón, eliminando el oxígeno de los tejidos (aumentando la oxigenación arterial) y redirigiendo la sangre a todo el cuerpo.

La anemia se define como una disminución del hierro adherente a la ferritina, que se coordinará en gran medida con los niveles de regeneración de estos depósitos que

determinan el desarrollo de la anemia ferropénica. El órgano más importante que se encarga es el hígado el cual realiza el depósito de hierro más satisfactorio y se excreta a paso de tortuga. Es por eso que puede ser regulado por una red reguladora, permitiendo que se produzca suficiente hemoglobina para que no se acumule en la glándula.

Por otro lado, también se ha determinado que la anemia verdaderamente significa una cantidad baja de glóbulos rojos (glóbulos rojos) presentes en la sangre. Estos son los pigmentos rojos y trasladan el O₂ insustituible con el fin de brindar sobrevivencia de las células ante un cuerpo. Esta ocurre a través de varios mecanismos (32).

2.1.3. Anemia Ferropénica

La escasez de Fe es la manifestación más evidente en los infantes, de manera específica dentro de los pre- escolar (35%) en naciones que se encuentran en desarrollo. Las secuelas funcionales son por la limitación de hemoglobinas más un descenso de enzimas con Fe y la mioglobina; los dos son evidencian el cansancio, irritabilidad y bajo aprovechamiento académico como laboral, así como otras funciones que implican desorden de regulación de la temperatura (termorregulación) y perjuicios en algunos puntos específicos de la manifestación inmune y así incrementar la morbi-mortalidad en los niños (33).

2.1.4. Fisiopatología

La variación de la anemia ferropénica se da en 3 fases escalonadas. 1ra fase reside en la disminución de la ferritina sérica tanto en médula ósea, hígado y bazo. Por ello en 2da fase ocasiona un déficit de Fe llevado en donde resalta por la disminución de Fe sérico y un incremento del total de traslado del Fe, es decir, la transferrina tiene una capacidad alta de lugares de juntarse libre siendo así que los niveles de Fe son verídicos. En 3ra etapa se da por la ingesta de Fe inadecuada para disminuir la capacidad de Hgb para originar glóbulos rojos e incluye funciones psicológicas.

Por último, la protoporfirina está libre para formar Hgb, esto aumenta el plasma de 2 - 5 veces, lo que indica una deficiencia de hierro en los tejidos. Existe certeza de que la anemia por deficiencia de hierro se asocia con los niveles reducidos de hematocrito en células T, B y grandes digestores, función de los neutrófilos bajas. Ante la ejecución fagocítica de neutrófilos a de ser bien, la acción de necrosis dentro de las células es imperfecta. Ante ello reconoce que esto se debe a un mal en la generación de conexiones reactivas para el O a un descenso a la mieloperoxidasa con relación a la presencia de hierro (34).

2.1.5. Causas

Según MINSA (2017), los orígenes de la falta de hierro en sangre (anemia ferropénica) que señala nuestra resolución Ministerial son las siguientes:

a) El aumento de las necesidades y/o bajos depósitos de Fe.

Las asociaciones de alto riesgo son: niños que nacen antes de las 37 semanas y bebés y/o gemelares con bajo peso al nacer.

- Lactantes < de dos años.
- • Criaturas comúnmente infectadas.
- • Pinzamiento temprano del cordón umbilical (antes de 1 min.) durante el parto.
- • Baja contribución de hierro.
- • Alimentación complementaria con baja contribución en hierro hémico (>de 6 meses con o sin LM)
- • Inicio de alimentos complementarios retrasados después de los 6 meses de existencia.
- • Alimentación a base de lechita animal (vaca u otros) menores o iguales de 24 onzas por día.
- • Alimentación a base de vegetales de mayor capacidad de taninos y fitatos.

b) Disminución de la absorción

En ella se encuentran

- ❖ Factores alimentarios que prohíben el anabolismo de hierro como los taninos (té, café, mates y gaseosas) y los fitatos (fibra y calcio en productos lácteos)
- ❖ Presencia de patologías digestivas (diarrea, síndrome de malabsorción y ausencia del intestino delgado).
- ❖ Medicinas que acortan la asimilación de Fe (ranitidina, omeprazol y carbonato de sodio)

c) Pérdidas sanguíneas

- ❖ Desangramiento.
- ❖ La introducción de leche animal (vaca) en el transcurso del 1er año puede ocasionar micro sangrado.
- ❖ • Invasión por parásitos.
- ❖ Contaminación por presencia de bacteria (*Helicobacter Pylori*).
- ❖ Rinorragia reiterada.
- ❖ Uso crónico de AINES.

Cuando los niños nacen con < 2.500 kg, los persistentes desangramientos perinatales se agrupan al acortamiento de hemoglobina y del depósito de hierro en el ser del neonato. El incremento de la concentración de Hb desciende en el transcurso de los 2-3 meses, después ciertamente es repuesta y almacenada la cuantía de hierro que son autosuficientes para el origen sanguínea durante los primeros 6-9 meses de existencia en RN a término. En RN con < 2.500 kg o en los que tienen pérdidas sanguíneas durante la fase perinatal, el hierro almacenado puede consumirse anticipadamente, originando una alimentación con requerimientos del mismo. El pinzamiento tardío del cordón durante al

menos 2 min. puede bajar la prevalencia de la deficiencia de hierro en los niños del mundo en desarrollo. En los RN a término, la anemia producida únicamente por la deficiencia de hierro en la dieta es inusual antes de los 6 meses, ya que generalmente no aparece hasta los 9 y 24 meses de edad. En una etapa posterior, es relativamente inusual. Las principales causas dietéticas de la anemia ferropénica en los niños son la ingesta alargada de exceso lechita de vaca superiores a 0,7 litros al día y los alimentos sin suplementos de hierro.

Una alimentación bajo en hierro es la causa habitual del tipo de anemia en los infantes incluso en los que consumen leche de animal (vaca). Cuando una criatura crece deprisa (pubertad), requiere más hierro. La carencia de Hgb (anemia) en niños mayores, es una posible causa de anemia crónica por deficiencia de hierro asociada a patologías digestivas como el sangramiento oculto debido a una lesión del tracto gastrointestinal. En lugares como el bosque, la propagación de parásitos de lombrices intestinales conlleva que el niño tenga anemia ferropénica, por otro lado, la diarrea crónica por helicobacter pylori en los infantes, adolescentes y personas adultas puede ocasionar pérdidas de sangre considerable provocando anemia ferropénica (35).

C). La anemia por deficiencia de Fe es causada por baja concentración de hierro, son esencial para el desplazamiento del de la Hgb. Por ende la deficiencia de hierro es de diferentes aspectos del metabolismo, la nutrición y el hierro, y estos deben mantener un equilibrio bueno entre la dieta y el Fe, en la infancia el deficiencia de hierro puede deberse a deficiencia de ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C), donde estos pequeños nutrientes en principales en productividad de los hematocritos, cuando existe descenso de ellos es donde ocurre anemia severa y la carencia se debe particularmente a una alimentación deficiente de los mismos o por mala asimilación en el sistema digestivo.

Pamplona menciona en su reporte que las causas es la déficit de producir en la sangre ya que los hematíes viven aprox. 100 días y se producen continuamente en la médula de los huesos nuevas células de sangre, para ello, la médula ósea requiere hierro, proteínas, ácido fólico y diversas vitaminas; siendo el hierro más común en escasear produciendo la anemia ferropénica. También menciona que, en casos particulares, la pérdida de sangre en porciones pequeñas es descuidada como por ejemplo el sangrado al interior del estómago o al interior de la tripa(36).

2.1.6. Signos y síntomas

Los síntomas de la enfermedad dependen de una decadencia de Hgb., así como de la velocidad de su formación. Si el deterioro es lento y moderado, las células tienden a aclimatarse a la situación y las expresiones pueden ser inferiores.

Por otro lado, si se enfatiza, determina el grado de hipoxia en el pasado asociado a muchos trastornos y casos severos es incompatible con el ser, y los síntomas vienen dados por la astenia, palidez de la piel y membranas (conjuntiva), dificultad para respirar con el esfuerzo, mareos, aturdimiento, dolor de cabeza, irritabilidad y dificultad para concentrarse, taquicardia, palpitaciones, hipotensión ortostática, cabello quebradizo; anemia por deficiencia de Fe avanzada incluye úlceras bucales, uñas quebradizas, glositis y disfagia.

La manifestación más importante de la anemia por deficiencia de Fe es la palidez (polidización) recomendada por la Organización Mundial como prueba selectiva para la anemia. Por ello existe una alta incidencia de negativos positivos y no verídicos negativos para la palidez de la palma, conjuntiva o uñas, ya que varía con el nivel de anemia. En el caso de anemia leve o moderada (6 – 10 g/dl), los síntomas no son evidentes, pero pueden mostrarse irritables o indicar un deseo de ingerir sustancias inusuales como hielo o barro. En algunos niños, la ingestión de sustancias que contienen plomo puede resultar

intoxicante. Cuando el nivel de hemoglobina cae debajo de <5 g/dl, la anorexia y la irritabilidad son pronunciadas y pueden manifestarse como pulsos mayores a 100 latidos por minuto, ruidos sistólicos frecuentes y dilatación del corazón.

Los infantes que tienen anemia con deficiencia de hierro pueden tener bajo peso o sobrepeso u otros signos de desnutrición. Por otro lado, no se reflejan las características notables deficiencia de hierro, la irritabilidad y anorexia en los tejidos, porque cuando se inicia la cura, el comportamiento tranquilo mejora con el restablecimiento y se puede ver sangre significativa incluso antes de que se note la mejoría. De manera similar, se dice que la deficiencia de hierro afecta las funciones neurológicas e intelectuales de los infantes. La anemia por deficiencia de Fe o incluso la escasez de hierro sin una anemia evidente pueden afectar el estado de alarma, el grado de interés y el grado de aprendizaje de los niños y adolescentes. En niñas con niveles de ferritina sérica menores o iguales a 12 mg / L pero sin anemia, tomar Fe en 8 semanas puede mejorar el desarrollo intelectual del lenguaje y la mente.

2.1.7. Consecuencias

Los “boletín Médico Del Hospital Infantil Mexicano” presenta el problema de la en la etapa pre- anemia relacionado con el desarrollo de los primeros años de vida, así como ciertos factores que pueden afectar este fenómeno, como la tasa de crecimiento del infante. En las últimas 2 décadas, un aspecto de la insuficiencia de Fe ha suscitado grandes intereses. También se indica que la escasez de hierro afecta a las funciones neurológicas e intelectuales de los niños. Muchos estudios recalcan que la anemia por deficiencia de hierro perjudica la concentración, el interés, la lucidez y la capacidad de aprender en los niños y adolescentes; la falta de hierro puede provocar esclerosis de los glóbulos rojos causando probablemente accidentes cerebrovasculares en los infantes menores. En el ensayo detenido, se percibió que, en púber sin anemia, pero con un nivel de ferritina

sérica inferior a 13 mg / l, el aprendizaje del lenguaje y lo intelectual mejoraron después de tomar hierro durante 8 semanas. La suplementación con hierro puede reducir la crisis de apnea de los niños, lo que indica el papel de la deficiencia de hierro y la anemia en los niños.

Los niños con anemia por insuficiencia de Fe, la aglutinación inapropiada de hierro aumenta el riesgo en desarrollar y retrasos en la educación, desarrollo del sistema nervioso central ha prolongado termino (37).

El hierro adherente a esta proteína la ferritina y es trasladado al polo de la base del enterocito para ser más adelante traspasado a la transferrina. Por ello la mobilferrina se le ha adjudicado un nivel de efecto modulador en la nivelación de la asimilación del Fe, inspeccionando uno de los primeros pasos de la homeostasis en biotransformación del hierro. El sistema nervioso central guarda hierro hasta la edad adulta, y por deficiencia de Fe afecta el proceso neuropsiquiátrico porque ocurren períodos críticos con mayor compromiso en bebés y niños, cuando los defectos no se pueden tratar. El hierro se reparte a células de eritrocitos mayormente al encéfalo y otros órganos, por lo que los defectos de ello pueden acontecer en el encéfalo sin la presencia de la anemia. Los infantes con bajos niveles de hierro y con diagnósticos de anemia presentan además de la atención retrasada y la memoria perceptiva deteriorada, la producción de conductas de búsqueda de retribución, aislamiento con la sociedad (38).

2.1.8. Diagnóstico de anemia

La Anemia es la presencia de Hgb. por debajo de los valores límite sustituidos, es un problema de sanidad pública unánime con secuelas de gran seguimiento para la salud, desarrollo social y económico de la humanidad, según la Organización mundial existe 2.000 millones de personas anémicas más o menos, y cerca del 50% pueden ser por la escasez de hierro.

Comer alimentos ricos en hierro, micronutrientes, sulfato ferroso y polimaltosado en gotas o jarabe, previenen y eliminan la anemia por deficiencia de hierro, siempre cuando siga el tratamiento prescrito por el médico o personal de salud, según envío por el programa de anemia pediátrica del hospital I Nacional Arzobispo Loayza del Ministerio de Salud (Minsa).

La deficiencia de hierro en el hematocrito se evidencia por el nivel de Hgb por abajo de lo normal de acuerdo a la sexo y edad, conjuntamente de otros parámetros alterados, siendo los más comunes los grados de ferritina sérica, protoporfirinas elevadas y más recientemente aumento de receptores solubles de transferrina.

Para diagnosticar anemia urge tener básicamente una adecuada Hcl., desarrollando una buena anamnesis, teniendo en cuenta situaciones anteriores de la persona, factores de riesgo, además de la evaluación de laboratorio.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO :

a) Clínico donde se identifican signos ,síntomas y un examen físico detallado por medio de la Hcl. Depende de qué tan concentrada y qué tan rápido se recupere la anemia. Puede haber casos de deficiencia de hierro (leve o moderada), puede ser asintomática.

b) Laboratorio donde realizará pruebas de espectrofotometría usando los equipos e insumos como: cianometahemoglobina el hemoglobinometro, y el azidametahemoglobina, que determinará el nivel de Hgb ((39).

2.1.9.Consecuencias

La anemia por deficiencia de hierro es un problema más común que afecta a los niños menores de 5 años, especialmente a los menores de edad de entre 6 y 24 meses , porque durante este periodo los infantes se evidencian en un período rápido crecimiento, desarrollo. Las secuelas no solo afectan el presente sino también el futuro, afectando

exclusivamente a la inmunidad de la célula, el funcionamiento de los intestinos, desarrollo de inteligencia y rendimiento del cuerpo, tanto en la biotransformación de catecolaminas como en las termogénesis. El ribonucleótido reductasa (RNR) o ribonucleósido difosfato reductasa (rNDP) necesita el hierro del mismo modo que la hidrógeno- peroxidasa del fagocito. Cabe mencionar que insuficiencia de hierro baja el aporte de O₂ a las células, como en el caso del músculo esquelético observándose debilidad (40)

2.1.10. Tratamiento

Promover el suplemento con hierro comenzando desde el 4to mes del embarazo hasta el 2do mes después del alumbramiento. De acuerdo a las normas establecidas, el tratamiento se lleva a cabo 3 meses después de la restauración de la hemoglobina, para aumentar las reservas en el cuerpo. Los infantes con Dx de anemia deben ser revisados periódicamente, motivando a la madre continuamente a que den alimentos ricos en hierro para que respondan de manera positiva en la terapia en un tiempo determinado y si no responden favorablemente deberán ser referidos a un especialista (41).

2.1.11. Práctica

Según la OPS, la malnutrición a menudo se sigue un proceso durante el el estadio en brindar leche materna e ingesta complementaria. La mayor parte de mamás en América Latina dan de mamar durante un tiempo relativamente largo y los métodos de amamantamiento están lejos de ser ideales. La OMS recomienda el periodo de la LME hasta los seis meses. Sin embargo, datos de México y Perú indican que las dietas de los niños no aportan suficiente energía, hierro y zinc.

De acuerdo con las prácticas nutricionales, los diferentes patrones de alimentación son principalmente la alimentación complementaria, es decir, el de proporcionar alimentos líquidos o sólidos con lactancia materna o alimentación artificial; el suministro oportuno de alimentos complementarios, incluidos alimentos líquidos o sólidos, para complementar la

lactancia materna y satisfacer las necesidades nutricionales, ya que no deben administrarse antes de que el niño cumpla los 6 meses; la ingesta complementaria precoz, cuando es necesario, se administra una mezcla de alimentos líquidos o sólidos a los lactantes del 4to al 6to mes, y alimentación complementaria muy precoz comenzando la alimentación de tipo líquido semi líquidos y así pasando a sólidos.

En cuanto a la alimentación artificial, se diferencia de la lactancia materna para niños menores de 2 años, que es leche de vaca, leche de oveja, leche de cabra, leche de iniciación, o leche de seguimiento modificada o que no satisface las necesidades del lactante. Estas expresiones se utilizan cuando el bebé no es amamantado. La lactancia materna continua cada año corresponde a la cantidad de leche materna consumida entre los 12 y los 15 meses. Igualmente, la lactancia materna continua hasta los 2 años corresponde a la alimentación con leche materna entre los 20 y 23 meses, y por el contrario, los menores de 6 meses complementan la lactancia materna exclusiva. Para ello, se menciona que la lactancia materna parcial incluye a los bebés < de 2 años que son amamantados y cuya alimentación no se revela cuando se consumen más de 250 cc de otros tipos de leche.

2.1.12. Prácticas alimentarias

Durante los primeros 6 meses de vida el lactante se debe alimentar exclusivamente con leche materna y sus necesidades nutricionales están totalmente cubiertas. Sin embargo, a cambio a partir de los 6 meses, la leche materna ya no es suficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales.

La edad conveniente para empezar la alimentación complementaria (AC) es a partir de los 6 meses de edad, y la leche materna ya no satisface los requerimientos nutricionales del bebé, por lo que el bebé corre riesgo de desnutrición. Los alimentos complementarios son alimentos que complementan la cantidad de leche materna que recibe un bebé; en

este punto, cuando comienzan los hábitos ingestas complementarios, se forman más tarde en los primeros dos o tres meses de vida y son difíciles de modificar. Por lo tanto, los alimentos complementarios deben proporcionarse en la cantidad y calidad necesarias según la edad del niño.

2.1.13. Higiene de los alimentos

La descontaminación de los microorganismos patógenos en los alimentos, es una colección de medicinas inevitables al instante de preparar y administrar.

Los datos con mayor incidencia de EDA se dan al transcurso de la 2da mitad del 1er año de existencia, ya que la causa fundamental es la contaminación de microbios, por ende, es básico la descontaminación al momento de preparar la comida para así evitar patologías del tracto intestino. Para una alimentación saludable, libre de contaminantes existen cinco claves que vienen a ser, la higiene de las manos, equipos y de la superficie antes de hacer los alimentos, selección de los alimentos entre cocidos y crudos, tener los alimentos a temperaturas adecuadas, lavado de los alimentos y realizar una cocción adecuada y completa de los alimentos provenientes de origen animal (42).

Las enfermedades de transmisión de alimentos (ETA) son patologías netamente infecciosas o tóxicas, originadas por microorganismos biológicos químicos y físicos que entran al cuerpo. El consumo de un alimento contaminado que contiene gérmenes como, las bacterias (salmonella), larvas y parásitos que tienen capacidad de producir una enfermedad que genera una infección. Una intoxicación es producto de consumir alimentos que fueron ensuciados con ciertos productos químicos que son tóxicos. El dolor del estómago puede ser uno de los síntomas más frecuente de las patologías relacionadas con los alimentos contaminados, también la diarrea y vómito pueden estar presente.

2.1.14. En la preparación

Respecto a la preparación de alimentos, el Ministerio de Sanidad indica que se debe realizar lo más pronto posible, la temperatura debe ser la adecuada para asegurar la cocción completa del alimento y se debe cocinar en trozos no muy grandes. Si es necesario se debe utilizar una olla a presión para destruir la resistencia y esporas de los alimentos. Se debe descongelar los alimentos que se consiguen en ese estado para que el calor ingrese en ellos y logre la desnutrición de microorganismos. Para el consumo de alimentos crudos como, por ejemplo, las frutas y verduras se deben lavar con suficiente agua, además se tiene que sumergir en una solución de agua con tres gotas de clorox concentrada por litro durante un tiempo de 10 minutos, luego ponerlos bajo el chorro de agua para eliminar el cloro de los alimentos y escurrirlos. Los momentos de higiene que se utiliza para la correcta preparación de los alimentos:

- Utilizar agua potable.
- Lavar correctamente los alimentos, y desinfectar los que se consumen crudos.
- Realizar el lavado de manos antes, en transcurso y luego de la preparación de los alimentos e desinfectar los utensilios y equipo que se utilizan en la preparación.
- Preservar los alimentos y las zonas de la cocina de bacterias, que son traídos por animales y se encuentran en aguas y suelos contaminados.
- Descartar y desechar alimentos que tienen la fecha de vencimiento pasado y/o malogrados con hongos.
- Realizar la cocción completa de los alimentos debido a que, asesina gran parte de las bacterias dañinas. Según estudios la cocción de alimentos al 70° asegura la inocuidad para consumirlos.

2.1.15. En la conservación

La conservación de los alimentos como las frutas, verduras, carnes, lácteos etc., se logra con la refrigeración y almacenamiento considerando el material y tipo de envase que los contiene. Necesariamente se debe verificar el interior de los refrigeradores para constatar que no existan acumulaciones de líquidos que pueden formarse y contaminar el ambiente. Para los alimentos sobre congelados, el proceso de congelamiento debe ser apresurado hasta llegar a los 18°C. Algunos datos que se debe tener en cuenta respecto a la preservación de alimentos:

- ★ La comida cocida no debe estar mayor a dos horas a temperatura ambiental.
- ★ Entibiar rápidamente la comida cocinada.
- ★ Las comidas listas para comer no deben almacenarse durante bastante tiempo, ni siquiera en el frigorífico.
- ★ Los alimentos que se congelan o almacenan a temperaturas inferiores a 5 ° C o superiores a 60 ° C deben manipularse bien porque ciertas bacterias pueden propagarse tan rápidamente que el crecimiento bacteriano se ralentiza o se detiene. Algunas bacterias dañinas pueden aumentar a temperaturas inferiores a 5 ° C.
- ★ Dividir los alimentos cocidos de los crudos para consumirlos.
- ★ Utilizar los equipos y utensilios muy apartes en la manipulación de los alimentos.
- ★ Preservar los alimentos en envases diferentes para prevenir el contagio entre los crudos que probablemente estén contaminados de los cocidos y listos para consumir.

2.1.16. En el uso de utensilios

Mala condiciones de higiene puede tener consecuencias graves , como una limpieza fallida que puede provocar la contaminación de grandes cantidades de alimentos, por lo que manipular los alimentos sobre superficies limpias, sin mugre ni gérmenes es fundamental. Por eso es importante tener cuidado al limpiar los utensilios que se utilizan

para manipular alimentos. Las condiciones húmedas y las temperaturas de moderadas a altas promueven el desarrollo bacteriano. Si esto conduce a un aumento de los residuos superficiales frecuentes y la hacinación de polvareda, la seguridad alimentaria está en riesgo, por lo que el equipo y los utensilios deben mantenerse limpios, secos y libres de materiales tóxicas; debe ser resistente a la intemperie, resistente al desgaste, capaz de resistir la limpieza y desinfecciones frecuentes, y también debe conservarse en buenas condiciones, y cuando comience a mostrar signos de daño o desgaste, debe ser reemplazado por uno nuevo; Los equipos y utensilios para la manipulación, preparación y almacenamiento de alimentos deben estar diseñados y utilizados de tal manera que el producto esté protegido de cualquier contaminación externa o interna que pueda ocurrir debido a él. El uso de detergente y esterilizantes es fundamental a la hora de limpiar, pero si los detergentes o esterilizantes no pueden penetrar total de los puntos del equipo o los utensilios para descartar los restos de comida, las bacterias protegidas de los esterilizantes pueden revivir y reproducirse. Por esta razón, el equipo y los utensilios deben usarse limpios y esterilizados antes de su uso y también deben conservarse durante los períodos de inactividad. No comparta utensilios y equipos (cuchillos, bebederos, etc.) para diferentes usos, para evitar la contaminación cruzada. Cuando se utilizan en varias etapas de la línea de producción, se lavan y esterilizan antes de un nuevo uso (43).

2.1.17. En el uso de biberones

Los utensilios de uso y la preparación de comidas (biberones, chupetes, tapas, cucharas) deben ser limpios y esterilizarse minuciosamente antes de usarlo. El equipo de limpieza y desinfección elimina las bacterias dañinas que pueden crecer en los alimentos y causar patologías en los infantes. Para ello, puede seguir estos pasos:

- Limpia y desinfecta el espacio de preparación..
- Lave con agua y jabón las manos y séquese con una toalla limpia.

- Lave bien todos los utensilios que se utilizarán para preparar y suministrar alimentos con agua caliente y jabón; con un cepillo especial limpio para biberones, frote lo interno y externo percatándose de eliminar cualquier residuo de las áreas de difícil acceso.
- Los utensilios deben desinfectarse con agua hirviendo a alta temperatura para garantizar una esterilización adecuada después de cada alimentación.

2.1.18. Comienzo de la alimentación complementaria

Luego de los seis meses la leche de la madre ya no es suficiente para un adecuado crecimiento y desarrollo por lo que es necesario el inicio con alimentos complementarios a partir de los 6 meses porque a esa edad el niño consigue la maduración neuronal, gastrointestinal, inmunitario y renal. Entonces captemos: la madurez neurológica es el desarrollo psicológico del niño al masticar y tragar, se pierde el reflejo de expulsión de alimentos espesos, y se apoya en una sustancia que también le permite al niño comer alimentos nutritivos. Del mismo modo, el proceso de maduración digestiva fabrica enzimas digestivas, amilasa pancreática, la mucosa de las tripas tiene una permeabilidad mínima, por otro parte, un bebé de cuatro meses alcanza la madurez renal, la filtración glomerular facilita una mejor paciencia al agua y solutos, y por último a la edad de seis meses los riñones maduran para utilizar metabolitos que a su vez producen nutrientes, en especial proteínas y minerales.

2.1.19. Etapas de la alimentación del niño

La alimentación en un infante se fracciona en 3 etapas:

1ro esta la etapa de la lactancia materna: incluye desde el nacimiento hasta los 6 meses, que es el período durante el cual los bebés son amamantados únicamente.

2do la transicional: abarca de 6-12 meses incluye el CA.

3ro el adulto modificado: da comienzo en 1 año de existencia aprox., donde el desarrollo del sistema nervioso, sistema digestivo y riñones logran alcanzar parecido al del adulto y la alimentación también.

La alimentación complementaria (AC) se comienza con frutas más no cítricos ni azúcares, el consumo demasiado de ellos puede originar alteraciones en la nutrición y ocasionar Edas. Todas las frutas cítricas se deben administrar después de 1 año. Se recomienda administrar alimentos que puedan provocar alergias: huevos, pescado, mariscos, cerdo y frutos secos, después de los 9 meses menos en aquellos con alergia demostrada.

La OMS y la OPS recomienda el inicio de la AC de forma escalonada teniendo en cuenta la textura, consistencia y la cuantía de los alimentos que deben proveer energía, proteínas y micronutrientes adecuados para reparar en requerimientos nutricionales del infante en crecimiento.

2.1.20. Consistencia de la alimentación complementaria

Al empezar la ingesta complementaria después de que el niño cumple los seis meses, el niño recibe las primeras comidas que no son apropiadas en su edad, lo que incrementa el riesgo de desnutrición y anemia por deficiencia de hierro. Comenzamos dándole 1 o 2 cucharadas de avena o una sopa espesa de granos integrales, puré de verduras y frutas. La densidad de comida de los infantes de 6 - 7 meses debe ser consistente con papilla o puré para comenzar a suplementar. Además, es necesario monitorear el crecimiento, en esta etapa comienzan a percibir los diferentes sabores, aromas y texturas que se preparan con verduras, cereales y al menos pollo picado, cuando se sirva la ración al infante añadir $\frac{1}{2}$ cucharadita de aceite vegetal 2.5 - 3 ml, no se agregan sal y azúcar a sus comidas, los alimentos triturados deben ser frutas. A la edad de 8 - 9 meses, las legumbres deben introducirse gradualmente, reemplazando las verduras trituradas con carne 1 o 2 veces por semana con 1 porción. La textura de la comida será sólida como una masa espesa y triturada. De los 10 a los 11 meses, los niños ya pueden comer

alimentos triturados, se pueden combinar pescado y huevos, prestando siempre vigilancia a las probables reacciones alérgicas, especialmente a los hijos de padres alérgicos. Para cuando tengan 1 año completo, su dieta puede volverse densa porque pueden masticar fácilmente la comida del tazón familiar, a menos que la comida tenga mucho ají.

2.1.21. Necesidades alimentarias de acuerdo a su edad

- De 6 a 8 meses: se debe iniciar con papillas densas, la comida debe estar desmenuzada de 2 a 3 veces durante 24 horas, se debe seguir con el amamantamiento de acuerdo a la necesidad de hambre del infante, se puede ofrecer 1 a 2 refrigerios, según la cantidad de alimento a ofrecer en cada alimentación empezar de 2 a 3 cucharadas por comida, aumentando paulatinamente a 4 onza.
- De 9 a 11 meses: En caso de contextura de alimentos debe ser muy picados y que el niño pueda sostener en la mano, el niño ingiere de 3 a 4 comidas al día más la leche materna según el gusto del niño y se le puede dar de 1 a 2 comidas.
- De 12 a 23 meses: A esta edad ya debes incluir en la comida de la familia de 3 a 4 comidas con 4 onzas al día, incluida la leche de la madre, debe tomar 1 o 2 refrigerios.

2.1.22. Cantidad en la alimentación complementaria

- Cuando su bebé tenga entre 6 y 7 meses, debe comenzar con 1 o 2 cucharas pequeñas de avena o una sopa densa de cereales y verduras y aumentar gradualmente en cantidad hasta aproximadamente media taza.
- De 8-9 meses, los bebés deben consumir 150 gr. Que $\frac{3}{4}$ de taza aprox. Siendo 100 gr. de fruta todos los días.
- De 9-11 meses deben consumir 200 gr. Que es una taza y 100 gr. de fruta al día.
- Al año ya deben comer junto con los adultos un plato lleno de comida y más de 100 gr. en fruta todos los días.

- Después de iniciar la ingesta complementaria de 6 meses, continuará amamantando si es posible hasta que el niño tenga dos años.
- La alimentación se debe hacer sin forzar, pero se debe asistir hasta que el niño se sacie.
- Al principio no ofrecer alimentos mezclados, brindando un tipo de alimento a su vez evaluando la tolerancia del niño.
- Ofrecer cantidades pequeñas para que el niño no rechace el alimento y añadir la cantidad, consistencia y variedad acorde crece el niño.
- Evite distracciones durante las comidas (televisión, juegos). Encontrar el horario y el lugar adecuado y eludir los lugares que el hijo no pueda controlar, como el automóvil.
- Realizar con anterioridad a la manipulación de los alimentos el lavado de manos del que asiste y el asistido.
- Ya cocida los alimentos, servir de inmediato. Usar utensilios limpios y seguros que pueda manejar con facilidad el niño. No usar biberones.
- No adicionar sal ni azúcar, el azúcar en todas sus variedades está enlazado a caries dental.
- Para evitar la asfixia por deglución, no se debe dar uvas, frutos secos, maní, nueces, avellanas, maní, confites, caramelos en bolitas. Se aconseja usar aceites de maíz, girasol, soja, oliva, canola y en pequeñas cantidades para cocinar las comidas. Disminuir la ingesta de grasas saturadas, productos de mantequilla, sebo, queso procesado y no usar grasas trans (margarina y productos de panadería industrial).

2.1.23. Tipos de alimentación para la prevención de anemia ferropénica

- Menestras o legumbres

Es aconsejable acompañar con verduras para que tenga mayor valor en proteínas y el inicio a partir de los 10-11 meses de edad ya que contiene bastante nitrato. Se

proporcionará sin la piel, por lo que hay que triturarlo antes de una batidora para quitar la piel indigerible y se le puede añadir el arroz. Su uso debe ser gradual y paulatino, una o dos veces a la semana, favoreciendo un aumento de movimientos enzimáticos y evitando la hinchazón.

- Cereales

A menudo es un manjar elegido para comenzar la alimentación complementaria en forma de papillas ya que contienen: proteínas, minerales, ácidos grasos y vitaminas en principal la tiamina que ayuda al cuerpo a generar energía, los cereales contienen principalmente almidón e hidratos de carbonos bastantes (80 kcal/100 g) que son tolerados por el niño. La primera harina debe ser sin azúcar y sin harina, su asimilación tarda y alarga mantener el azúcar en sangre durante mucho tiempo, por lo que retrasa la aparición del hambre, en cambio, si se vuelve excesiva la alimentación, los niños se vuelven obesos.

- Verduras

Las verduras contienen básicamente agua, celulosa, vitaminas, minerales y se dan después de los 6 meses en puré. Se comienza con caldo de verduras para probar la resistencia y comenzar a variar los sabores y luego servir en puré. Se recomienda verduras blandas y combinar para tener como resultado una óptima partición de distintos aminoácidos. En el caso de verduras succulentas como repollo, coliflor, rábano (que puede causar bocio); los ricos en azufre (cebollas, ajos, espárragos, etc.). y por su potencial resultado metabolizante, asimismo debe esquivarse la remolacha y las hojas anchas de color verde: la espinaca y acelga por tener nitratos, etc. Asimismo, se debe tener cuidado con las verduras que hayan sido preparadas y almacenadas en el frigorífico; cuando se deja en el refrigerador por más de 48 horas, la formación de nitritos puede aumentar. Puede agregar una cucharadita de aceite de oliva crudo al puré.

- Frutas

Este es el alimento recomendado para niños amamantados. La fruta en forma de puré contribuye a la celulosa que ayuda al tránsito normal del intestino, también contribuye carbohidratos (sacarosa), vitaminas (principalmente vitamina C) y minerales. Normalmente se administra en extractos y se usa las cucharaditas para evitar las caries del biberón. Se prefieren las frutas maduras o cocidas, ya que son fáciles de digerir. No agregue leche, azúcar, galletas, leche condensada y cereales.

- Carnes

Es aportante de proteínas valiosas biológicas, así como también lípidos, sales, minerales, hierro y vitaminas. Es aconsejable contribuir de 10 a 15 gramos aprox. al día luego aumentar 10 gramos cada mes hasta 40 a 50 gramos como máximo en 24 horas, combinada con las verduras. Por lo general, comienza con pollo (sin piel) porque es fácil de moler e hipoalergénico, luego más adelante con carne de ternero, pavo, vaca, chanco y borrego. Las vísceras (hígado, sesos), tienen vitaminas y hierro. Las carnes rojas se recomiendan alimentar desde los 18 meses para facilitar la digestión cada 7 o 10 días.

- Huevos

La introducción de huevos debe retrasarse al menos 10 meses, comenzando con la yema rayada o maduro (duro) dos o tres días a la semana. Debe darle a medida que avanza, un cuarto, mitad y finalmente todo el huevo. Los huevos pueden reemplazar la carne porque la yema contiene muchos ácidos grasos invariable, vitaminas y hierro, mientras que la clara incluye proteínas albúminas con alto inmunógeno; los huevos no se dan antes de los 12 meses. No debe consumirse crudo, sino cocido, porque menos del 50% del mismo se digiere, además, limitamos su capacidad de sensibilización.

- Pescados

Por lo común se debe alimentar desde los 9 meses, empezando por el pescado suave cocido (merluza, lenguado), por ser menos graso y menos susceptible de provocar reacciones alérgicas, prestando atención a las espinas. No se da antes de 12 meses en casos de presentar alergias anteriormente y también porque puede tener sustancias nocivas como el ácido bórico y el mercurio. El pescado tiene grasas no saturadas como la omega 3 y 6, así mismo contiene minerales, Cl, Na, K y principalmente el P. El pescado fresco tiene mismos nutrientes que el congelado. La entrada del pescado azul se retrasa hasta los 15 - 18 meses.

- Grasas

No solamente generan energía, ya que también ayudan a desarrollar nuevos tejidos en el cuerpo. La composición de aceite de oliva virgen extra es excepcional (por el aporte de ácidos grasos poliinsaturados), lo que le confiere un sabor más puro a los purés y aumenta su valor nutricional.

2.1.24. Aporte alimentario para la prevención de la anemia

- Concepto de hierro

El hierro es un metal incontable en el mundo. Se sitúa en gran número considerable en el Sol en diversas estrellas. El núcleo de la Tierra está formado por un gran número de hierro, y este mineral constituye el 4,7% de la corteza terrestre. La hematita es un mineral que se encuentra en el hierro. La taconina tiene una importancia cada vez mayor como mineral de importancia comercial porque el hierro no está fácilmente disponible. El hierro se ha utilizado durante siglos como tónico, por lo que, irónicamente, aunque se ha descubierto desde hace mucho tiempo la necesidad de hierro, también es la forma más

común y barata del mineral, pero la escasez de hierro es quizás el tipo más común en el planeta y esencial defecto de la nutrición en Europa.

- Asimilación, transporte y distribución tisular

El cuerpo contiene solo tres mecanismos para conservar el equilibrio del hierro para evitar la carencia y la sobrecarga: primero, el almacenamiento de hierro, la ferritina es un proteína de almacenamiento de hierro; En segundo lugar, la reutilización del hierro, especialmente el hierro de los eritrocitos; finalmente el mecanismo de regulación y absorción del hierro, cuando el cuerpo requiere más hierro, la capacidad de absorción aumenta y cuando hay suficiente hierro, el cuerpo puede limitar la solución. El hierro se absorbe de los alimentos esencialmente en el duodeno. Cuando el cuerpo necesita hierro, el hierro pasa directamente de las células intestinales a los vasos sanguíneos, donde es transferido por la transferrina con el hierro secretado por las células sanguíneas senescentes a la médula ósea (80%) y otros tejidos. (20%), si no se requiere hierro, se excreta en las heces.

En caso de que el hierro se asimila más de lo necesitado se guarda como ferritina y hemosiderina en los órganos (hígado, bazo, médula ósea). El hierro puede liberarse de estos depósitos. El hierro hemo se absorbe mediante un mecanismo diferente al del hierro no hemo. La molécula es absorbida intacta por las células intestinales, ya que el hierro es liberado por la enzima hemo oxigenasa. El hierro hemo simboliza solamente el 10-15% de la ingesta dietética, y en las personas que comen mucha carne llega a aportar hasta con un 40% o más del hierro total absorbido. La absorción de hierro no hemo puede variar mucho desde menos del 1% hasta el 90%, aun cuando suele estar entre menos de 1% hasta un 90% aunque normalmente está en el intervalo del 1 al 20%.

- Requerimientos y fuentes dietéticas

Las demandas diarias de hierro (absorbidos o fisiológicos) se calculan a partir de la cantidad de hierro dietético necesaria para reemplazar el hierro base, la pérdida de hierro menstrual y los requerimientos de crecimiento. Las necesidades se modifican según la edad, el sexo y el peso, siendo los niños las más altas. Un varón adulto pierde alrededor de 1 mg de hierro por día, primordialmente del tracto gastrointestinal (las células intestinales se desprenden y excretan), la piel y vías urinarias. Por lo tanto, para tener reservas adecuadas de hierro, un varón adulto necesita absorber 1 mg de su alimentación por día. La pérdida de hierro en mujeres es de 0,8 mg / día. En cambio, las mujeres adultas experimentan deficiencia de hierro y amenorrea, por lo que la ingesta diaria promedio de hierro requiere 1,4 mg (esto es bastante para el 90% de las mujeres en edad fértil; el 10% sobrante lo requiere 2,4 mg debido a una pérdida menstrual excesiva). El embarazo significa una necesidad adicional de hierro, específicamente al transcurso del 2do y 3er trimestre, aumentando el requerimiento diario de 4 a 6 mg / día. Los niños y adolescentes en crecimiento necesitan un 0,5 mg / día más de lo que pierden para conservar el crecimiento. Los requerimientos fisiológicos de hierro se pueden traducir en necesidades nutricionales considerando la eficiencia de la absorción dietética de este mineral. Las reales RDA de hierro; (según las recomendaciones de la Junta de Alimentos y Nutrición de 2001) son: bebés 0,27 mg (durante los primeros 6 meses es suficiente), 11 mg (7 - 12 meses), niños 7 y 10 mg (1 - 3 y 4 - 8 años, correspondientemente) , adolescentes Hombres 8 y 11 mg (9 - 13 y 14 - 18 años, correspondientemente), hombres adultos 8 mg (19 años a más), adolescentes niñas 8 y 15 mg (9 - 13 y 14 18 años, correspondientemente), mujeres Adultos 18 y 8 mg (19 - 50 años y 51 años y mayores, correspondientemente), 27 mg para mujeres embarazadas y mujeres con lactancia materna de 10 y 9 mg, menores de 18 años y de 19 - 50 años, correspondientemente.

- Interacciones con los micronutrientes

El hecho de que el cobre esté presente en la sangre en concentraciones bajas en algunos casos de anemia ferropénica indica que los grados de hierro afectan sobre la biotransformación del cobre. La escasez del Cu perjudica la biotransformación del hierro, causando anemia que no contesta al suplemento con hierro. La reacción del hierro y el Cu parece ocasionar un debilitamiento del uso de uno en carencia del otro. Como se mencionó antes, el calcio puede impedir la asimilación de hierro en ciertas condiciones. El hierro altera la absorción de zinc en solución acuosa, pero esta reacción no ocurrió cuando se agregó hierro de la dieta a la proteína animal, lo que sugiere diferentes dispositivos de asimilación para las comidas líquidas y sólidas.

- Alimentos ricos en hierro

Estos alimentos son provenientes de 2 fuentes principales: hierro hémico y hierro no hémico (alimentos de origen vegetal y animal), el primero lo podemos encontrar en las vísceras y peces.

El hierro se distribuye suficientemente en la carne, los huevos, las verduras y los cereales, pero se encuentra en bajas concentraciones en la leche, las frutas y algunas verduras. El contenido de hierro en sí mismo varía mucho. Hay 2 tipos de hierro en la dieta: el hierro no hemo que se halla en los tejidos vegetales y ganados, y el hierro hemo que proviene de la Hgb y la mioglobina en las comidas de orígenes animales. El hierro no hemo de la carne y las verduras perteneciente de la reserva general de hierro no hemo en el jugo gástrico, ya que la cuantía de hierro consumido depende en gran parte de la asistencia de estimulantes e inhibidores en alimentos de la persona.

Buena parte del hierro en la dieta se halla en sales férricas, hierro no hemo y proviene de frutas, granos, soja y derivados vegetales (espinaca, remolacha, alfalfa y mantequilla),

granos (trigo, arroz) y frutas. (Uva, albaricoque, maracuyá, melaza). En cambio, esta forma química de hierro se asimila poco en la tripa. El hierro de la carne y peces, llamado hierro hemo, se asimila mejor.

El hierro también podemos encontrar en la moronga, charqui de res, carnes rojas, huevos y mariscos. En las legumbres, se puede hallar frijoles, lentejas, habas, garbanzos secos, guisantes y soja. En hortalizas, se puede encontrar en la calabaza, acelga, espinaca, tomate, hongos, repollo. En los cereales, productos de harina de trigo enriquecidos / añadidos también se encuentran en frutos secos, cacahuetes y nueces.

- Alimentos que permiten la absorción del hierro

Varios ensayos han evidenciado que el ácido ascórbico, principalmente de jugo de citrón y naranja, puede ser 2 veces o 3 veces más la asimilación de hierro no hemático en la tripa. De este modo, es posible recompensar el resultado negativo que tienen los fitatos y polifenoles sobre la asimilación de hierro. La mayoría de los sucesos de anemia son provocados por la escasez de hierro, que se mezcla con ácido fólico y cianocobalamina, para que el cuerpo forme glóbulos rojos. Por lo tanto, usar limón o naranja con alimentos ricos en hierro se absorberá bien. Por lo general, cada porción debe contener al menos 25 mg de ácido ascórbico para tener un efecto positivo en la asimilación de hierro, y el jugo de cualquier alimento que contenga ácido ascórbico es esencial para crear la sangre y colabora a mejorar la calidad de la sangre. El hábito común es que condimentar platos con limón (como verduras y legumbres) es doblemente beneficioso porque promueve un mejor uso del hierro en las comidas y efectúa la utilización de sal para que sea menos necesario. Para potenciar el sabor de la comida, se recomienda ingerir 30 gramos de ácido ascórbico al día, debido a su resultado positivo sobre la asimilación de hierro (44).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Anemia

Es un trastorno donde se reducen los eritrocitos circulantes y no son suficientes para reparar las necesidades del cuerpo(45). Así mismo la anemia en la sanidad generales un descenso de los niveles de Hb en los vasos sanguíneos por género, edad y altura sobre el nivel del mar; siendo anemia leve: 10.0 a 10.9 g / dL, anemia moderada: 7.0 a 9.9 g / dL y anemia severa: inferior a 7.0 g / dl (46).

Anemia ferropénica

Es el descenso de la concentración de Hb por falta de hierro, donde se da la disminución de Hb circulante, la enzima que tienen hierro y mioglobina. Estos factores pueden ocasionar cansancio, irritabilidad y rendimiento menor en el trabajo, incluso pueden ocasionar otras alteraciones funcionales como una termorregulación anormal, daños en la respuesta de la inmunidad y alterar el desarrollo psicomotor de los infantes (47).

Madres

Las madres en el trabajo reproductivo familiar son responsables de la maternidad, la educación, la preparación de alimentos, la dispensación y la limpieza. En este factor, la distribución de roles hace una función importantísimo; la mamá, en el rol de ama de casa, es responsable de administrar y repartir la comida en la casa, con un rol fundamental en la alimentación de la familia y los niños, así como la presencia constante del padre responsable, con estabilidad que favorece y perfecciona las cualidades alimentarias de la parentela y la entrada económica admite consumir alimentos de manera más diversa en cuanto a cuantía y calidad, esto es visible en los infantes ya que conducen un adecuado estado nutricional o a un cierto grado de aumento de peso.

Niños

El niño significa la totalidad de personas inferiores a 18 años. La convención internacional establece que los niños son los beneficiarios del amparo y atención de las personas adultas en la totalidad de los sentidos de la vida diaria. Igualmente, estas personas tienen derechos básicos a la parentela, adoctrinamiento, domicilio, la nutrición y la salubridad, y es compromiso de personas adultas garantizar que se respeten (48).

Nivel de hemoglobina

La Hgb es una proteína que tiene hierro y que define el color rojo a la sangre. Se localiza en los glóbulos rojos, traslada O₂ desde los pulmones a los tejidos del organismo, así como el CO₂ que lo devuelve a los pulmones. El tamizaje de Hgb se ejecuta generalmente en un estudio completo llamado hematimetría. Un nivel de Hgb elevado señala una densidad de Hgb más elevada que la media. La hemoglobina (Hgb o Hg) es el ingrediente esencial de los glóbulos rojos. El nivel de hemoglobina, también conocido como hemoglobina, indica la facultad de la sangre para transportar O₂. Un nivel alto de Hgb es ligeramente diferente de un recuento alto de glóbulos rojos porque es posible que cada célula no contenga la misma cantidad de la proteína hemoglobina. Por lo tanto, puede tener una Hgb alta incluso si su recuento de glóbulos rojos está dentro de los límites normales. El umbral para aumentar la concentración de Hgb varía ligeramente entre los centros de atención médica. Normalmente es mayor de 17,5 g/dL en varones y 15,5 g/dL en mujeres. La definición de hemoglobina alta en niños varía según la edad y el sexo(49).

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. Hipótesis General

El conocimiento sobre anemia ferropénica en madres se relaciona con el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli – 2020.

2.3.2. Hipótesis Específicos

- El conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines– Juli 2020 es deficiente.
- El nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020 es bajo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el consultorio de atención integral del niño del Hospital Rafael Ortiz Ravines - Juli, correspondiente a la Red de Salud Chucuito – Juli, el mismo que se encuentra ubicado en el Jr. Juli N° 470 del distrito de Juli, provincia de Chucuito, departamento de Puno.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio de la presente investigación estuvo conformada por 31 madres y sus respectivos niños de 1 año de edad, que son atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a) sano del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli.

Muestra

La muestra de estudio estuvo constituida por el 100% de la población, ya que si se obtiene una muestra no se obtendría un número significativo para el análisis de los resultados.

Criterios de Inclusión:

- Mamás de niños de 1 año de edad.
- Mamás de niños que asisten regularmente a sus controles de CRED.

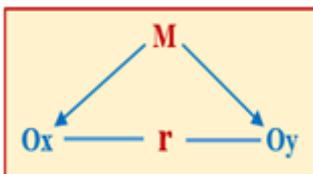
- Mamás que quisieron participar libremente en este estudio.

Criterios de Exclusión:

- Madres de niños menores y mayores de un año de edad.
- Madres de niños prematuros.
- Madres de niños que asisten de forma irregular a los controles de CRED.
- Madres que no deseen participar en el estudio

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Este estudio es un diseño no experimental de tipo descriptivo, donde no se realiza la manipulación deliberada de variables, además de sólo observar los fenómenos en su ambiente natural para después ser analizado. El diseño es correlacional puesto que asocia dos variables: Conocimiento de la Anemia Ferropénica (X) y los niveles de hemoglobina en niños de un año (Y) mediante un patrón predecible.



Donde:

- M = Representa la muestra de estudio
- Ox = Conocimiento de Anemia Ferropénico por madres
- Oy = Nivel de hemoglobina en niños de un año
- r = Indica el grado de correlación entre ambas variables.

3.4. MÉTODOS Y MATERIALES Y ANÁLISIS POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.4.1. Técnicas de Recolección de Datos

La técnica utilizada para medir la variable conocimiento fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario de recolección de datos para determinar el conocimiento de la anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del consultorio de CRED del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli.

La técnica que se utilizó para medir el nivel de hemoglobina fue la revisión de la Historia Clínica del niño, ya que ahí es donde se encuentra registrado el resultado del análisis de hemoglobina.

3.4.2. Instrumento de conocimientos

El test cubre el aspecto del conocimiento e indica indicaciones de definición, causas, signos y síntomas, consecuencias, diagnóstico, tratamiento y prevención. La herramienta compone tres partes: En la 1ra se encuentran, una introducción que menciona el propósito, la confidencialidad, la importancia de la participación y finalmente el agradecimiento; en la 2da están los datos generales del informante; en la 3ra se encuentran las preguntas que mide la variable conocimiento. Consta de 14 ítems cerradas con varias alternativas, en general, se asignará a cada respuesta:

- 01 pto = correcta
- 0 pto =incorrecta

Lo cual se midió la variable de conocimientos y se categorizó de la siguiente manera:

- 11 -14 puntos: conocen.
- 0 -10 puntos: no conocen.

3.4.3. Instrumento de nivel de hemoglobina

Del mismo modo, la técnica utilizada para medir la variable Nivel de Hemoglobina fue la revisión de la Historia Clínica del Niño y el instrumento fue una ficha de recolección de datos.

| N° | CÓDIGO | H. CL. | F. NAC. | EDAD | RESULTADO DE HEMOGLOBINA | OBSERVACIÓN |
|----|--------|-----------|---------|------|-----------------------------|-------------|
| 1 | 001 | | | | | |
| 2 | 002 | | | | | |
| 3 | 003 | | | | | |
| 4 | 004 | | | | | |
| 5 | 005 | | | | | |

Esto nos permitió medir la variable nivel de hemoglobina.

3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en el consultorio de CRED del Hospital Rafael Ortiz Ravines - Juli, para la presente investigación la población objetivo fueron las madres de niños de 1 año de edad, que asisten regularmente a los controles de Crecimiento y Desarrollo del niño (a) sano, del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli.

Para la ejecución de la presente investigación se solicitó la autorización del director del Hospital, así mismo se informó a las madres de los niños de 1 año de edad sobre el propósito, objetivos y el anonimato de la información.

TÉCNICA: Encuesta

INSTRUMENTO: El instrumento que se utilizó fue un cuestionario debidamente estructurado e impreso.

3.6. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO

El procesamiento de datos se realizó en computadora con ayuda del Software Estadístico SPSS Inc. Ver 22, y en la hoja electrónica Excel 2013.

Análisis e Interpretación de Datos.

El procesamiento de datos se siguió de la siguiente manera:

Distribución porcentual de los datos en cuadros estadísticos:

Los datos se dividieron en tablas de distribución de frecuencia de doble entrada, que se utilizan para determinar el porcentaje en cada categoría generado en los medidores (instrumentos).

Interpolación de gráficos:

Se realizó la interpolación de los datos en gráficos de barra o histograma de frecuencias, lo que facilita la comprensión y sencillez para el entendimiento de la naturaleza de los resultados.

Estadística descriptiva:

Las estadísticas más famosas se han utilizado para comprender mejor los resultados que contienen las siguientes fórmulas:

Media aritmética:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

Dónde: Σ = Sumatoria de los datos a considerarse

X_i = dato considerado

n = número de datos a considerarse

Prueba de hipótesis estadística

Se utilizó la correlación de Pearson, tal como se detalla a continuación:

$$r = \frac{N \Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{[N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][N \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

Dónde:

N = Número de valores o elementos

Σxy = la suma de los productos de las puntuaciones emparejadas

Σx = la suma de puntuaciones x

Σy = la suma de puntuaciones y

Σx^2 = Suma de cuadrados Puntuación x

Σy^2 = Suma de cuadrados Puntuación y

Niveles de correlación de R de Pearson

| Valor | Criterio |
|----------------------|---|
| $R = 1,00$ | Correlación grande, perfecta y positiva |
| $0,90 \leq r < 1,00$ | Correlación muy alta |
| $0,70 \leq r < 0,90$ | Correlación alta |
| $0,40 \leq r < 0,70$ | Correlación moderada |
| $0,20 \leq r < 0,40$ | Correlación muy baja |
| $r = 0,00$ | Correlación nula |
| $r = -1,00$ | Correlación grande, perfecta y negativa |

CAPÍTULO IV

EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y a continuación presentados en gráficos con su respectivo interpretación y análisis, sobre el nivel de conocimiento de la Anemia Ferropénica en madres y su relación con el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020; el cual está estructurado en partes. Primero se presenta los resultados de la encuesta sobre el nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en madres, tomando en cuenta las dimensiones de: Medidas preventivas de la Anemia Ferropénica, diagnóstico y tratamiento de la Anemia Ferropénica, y las consecuencias de la anemia Ferropénica en niños. Segundo, se tiene los resultados de la evaluación del nivel de hemoglobina considerando las características de: Sin anemia, Anemia Leve, Anemia Moderada y Anemia Severa. Tercero la población de estudio respecto de la variable considerando , grado de instrucción y estado civil, En cuarto lugar, como resultado de las variables de la investigación se da conocer el grado de correlación de variables a través de la prueba de hipótesis estadística para la contrastación de hipótesis.

4.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES

A continuación, se muestran los resultados de las dimensiones sobre anemia ferropénica considerando que es la suma de conocimientos y actitudes que adquieren las madres a

lo largo de la vida de manera formal e informal tales como medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento.

4.1.1. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en mujeres según medidas preventivas de la anemia ferropénica

Las medidas preventivas están referidas a la definición, importancia, ablactancia, consumo de alimentos y fortificación de los mismos.

Tabla 01. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica

| Escala de Medición | | Medidas preventivas de la anemia ferropénica | |
|---------------------------|-----------|--|------------|
| Valoración | Intervalo | fi | % |
| Conocen en un nivel alto | [5 - 6] | 27 | 87,1 |
| Conocen en un nivel medio | [3 - 4] | 4 | 12,9 |
| Conocen en un nivel bajo | [0 - 2] | 0 | 0,0 |
| Total | | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

En la siguiente figura se muestra el resumen y análisis de los resultados sobre el nivel de conocimiento de las medidas preventivas de la anemia ferropénica:

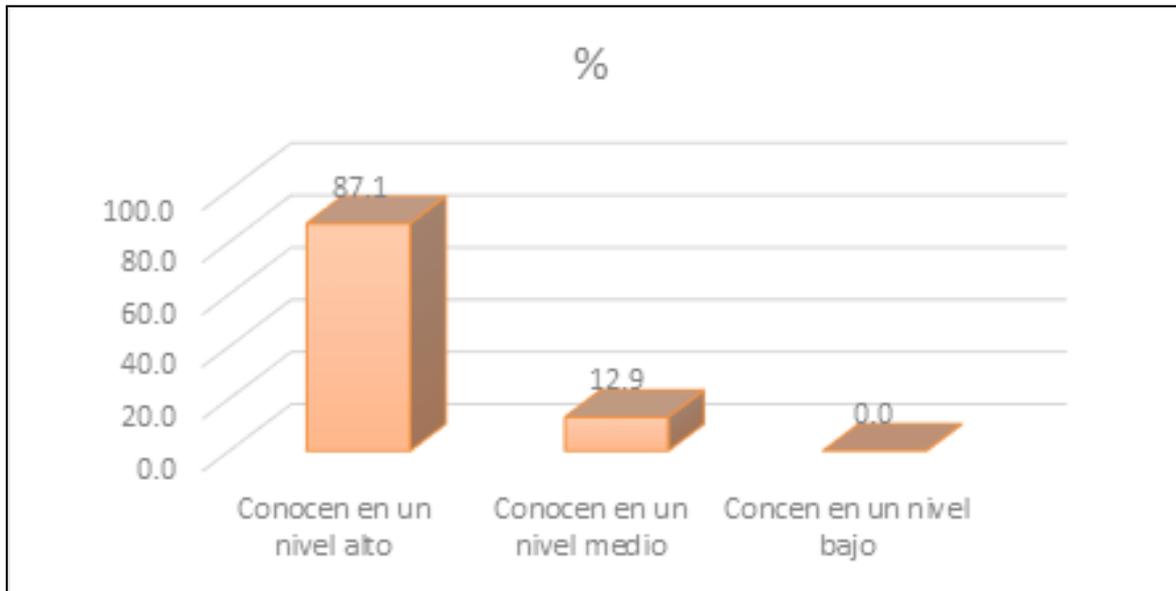


Figura 01: Resumen del nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la anemia ferropénica

La tabla 1 muestra los resultados de la dimensión medidas preventivas de la anemia ferropénica el cual evidencia que 27 madres representan el 87,1% conocen en un nivel alto las medidas preventivas de la anemia ferropénica. 4 madres que representan el 12,9% consideran conocer en un nivel medio dichas medidas preventivas.

Estos resultados indican que las madres pueden definir la anemia y la importancia de la lactancia materna. Además, consideran lo importante que es la lactancia, el consumo de alimentos ricos en hierro y la fortificación de alimentos con hierro. El nivel de conocimiento, en general es de nivel alto,

Comparando estos resultados obtenidos son similares al estudio realizado por Márquez L. (2008) Lima, en su estudio nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica, obtuvo que del 100 % de madres el 62,5 % (70) tenían un conocimiento medio, el 22,32% (25) conocimiento bajo y sólo 15,18% (17) conocimiento alto, Morales y Silva (17) han reportado un buen nivel de conocimiento de las madres peruanas sobre la prevención de anemia ferropénica, discordante con lo reportado en este estudio

En relación al nivel de conocimiento que puedan tener las madres con respecto a la anemia ferropénica es de vital importancia porque la enfermera que trabaja en el primer nivel de atención asume el liderazgo de las actividades preventivos promocionales, brindando un cuidado integral al niño a través del paquete de atención integral por etapas de vida, siendo ella responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y del componente de CRED, en tal sentido la labor de la enfermera está centrado en la importancia de la educación alimentaria, nutricional y prevención de la anemia ferropénica; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo como el hierro, de fácil accesibilidad.(50).

4.1.2. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en madres según

Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica

El diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica tiene carácter de importante considerando que identificar las causas que provocan la anemia, avisará a la madre a implantar medidas preventivas y el tratamiento respectivo en centros de salud. En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica

| Escala de Medición | | Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica | |
|---------------------------|-----------|--|------|
| Valoración | Intervalo | fi | % |
| Conocen en un nivel alto | [7 - 9] | 28 | 90,3 |
| Conocen en un nivel medio | [4 - 6] | 3 | 9,7 |
| Conocen en un nivel bajo | [0 - 3] | 0 | 0 |
| Total | | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

En la siguiente figura se muestra el resumen y análisis de los resultados sobre el nivel de conocimiento del diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica:

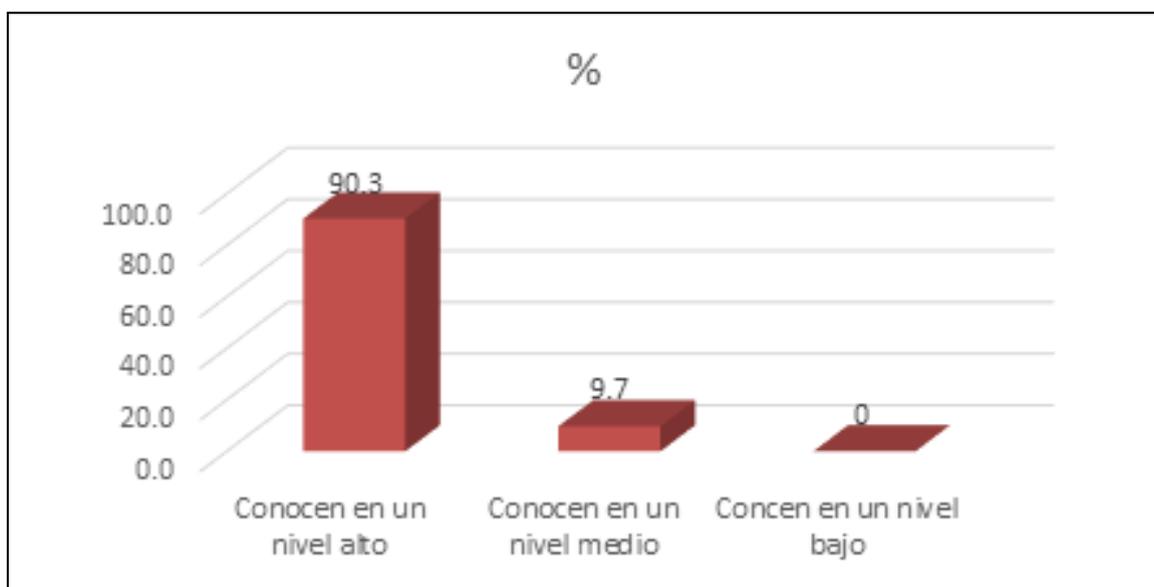


Figura 02: Resumen del nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica

En la tabla 2, nos muestra los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento del diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica de 31 madres. 28 madres que representan el 90,3% conocen bien los procesos de diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica. 3 madres que representan el 9,7% consideran conocer en un nivel medio el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica.

Estos resultados indican que las madres identificar signos y síntomas, conocen medios de diagnóstico tales como el dosaje de hemoglobina y hematocrito, comprenden el control de las causas, conocen la suplementación con hierro, identifican los efectos colaterales del sulfato ferroso, y comprenden la ingesta de fuentes alimentarias de hierro. El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica, en lo general es de nivel alto.

El análisis realizado por Márquez L. Lima – Perú 2008 Donde indica que los conocimientos de las madres referente al Diagnóstico y Tratamiento de la anemia es medio debido a la orientación e intervención que brinda el personal de salud cuando acuden al consultorio CRED, pero influido por el conocimiento vulgar.(51).

4.1.3. Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica en madres, según consecuencia de la anemia ferropénica en niños

Las consecuencias de la anemia ferropénica en niños son vistas desde el aspecto físico, psicomotriz e intelectual. A continuación, se muestra los resultados obtenidos en la siguiente tabla:

Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre consecuencia de la anemia ferropénica en niños

| Escala de Medición | | Consecuencia de la anemia ferropénica en niños | |
|---------------------------|------------------|---|----------|
| Valoración | Intervalo | fi | % |
| Conocen en un nivel alto | [5 - 6] | 12 | 38,7 |
| Conocen en un nivel medio | [3 - 4] | 13 | 41,9 |
| Conocen en un nivel bajo | [0 - 2] | 6 | 19,4 |
| Total | | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

En seguida se muestra el resumen y análisis de los resultados sobre el nivel de conocimiento de las consecuencias de la anemia ferropénica en niños:

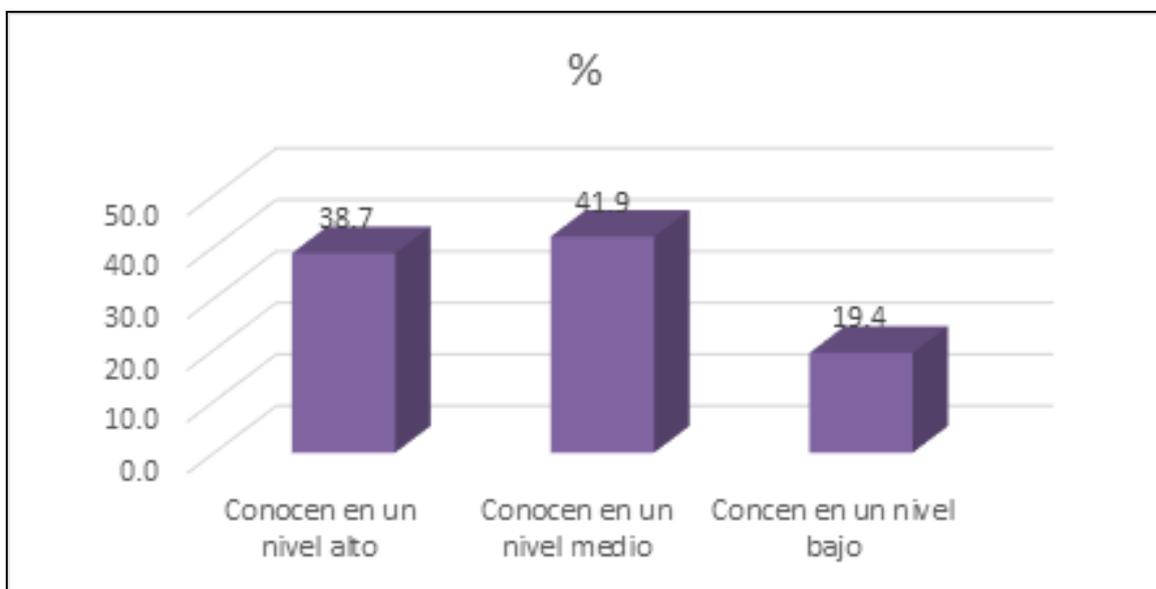


Figura 03: Resumen del nivel de conocimiento consecuencia de la anemia ferropénica en niños

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento de las consecuencias de la anemia ferropénica en niños, muestran que 13 madres que representan el 41,9% consideran conocer en un nivel medio, las consecuencias de la anemia ferropénica en niños. 12 madres que representan al 38,7% consideran conocer en un nivel alto las consecuencias de la anemia ferropénica en niños. Y 6 madres que representan al 19,4% consideran conocer en un nivel bajo dichas consecuencias.

Estos resultados indican que las madres conocen en un nivel medio, con tendencia a un nivel alto, las consecuencias de la anemia ferropénica en niños considerando los aspectos físicos, psicomotrices e intelectuales. Consecuentemente, las madres muestran estar prevenidas para enfrentar las consecuencias de la anemia ferropénica en caso de que su hijo pueda enfrentar este problema de salud.

Nuestros resultados obtenidos son similares al de Márquez Por lo tanto se concluye que existe un alto porcentaje (86.61%) (97) madres de niños de 1 a 12 meses con conocimiento medio a alto sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños en diferentes áreas, sobre todo al daño permanente en el sistema nervioso, limitando el desarrollo intelectual, importante para el desarrollo de su vida futura(52).

4.1.4. Nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres

La anemia ferropénica suele presentarse en bebés debido a una reducción de la hemoglobina circulante con una baja de las enzimas que contienen hierro y de la mioglobina. Causan fatiga, irritabilidad y bajo rendimiento académico y laboral, además de generar efectos desfavorables sobre el desarrollo psicomotor y mental de los niños y, consecuentemente, aumentar la mortalidad.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 04: Nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres

| Escala de Medición | | Conocimiento sobre Anemia Ferropénica | |
|---------------------------|-------------|--|------|
| Valoración | Intervalo | fi | % |
| Conocen en un nivel alto | [15 - 21] | 28 | 90,3 |
| Conocen en un nivel medio | [8 - 14] | 3 | 9,7 |
| Conocen en un nivel bajo | [0 - 7] | 0 | 0,0 |
| Total | | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

En el siguiente gráfico se muestra el resumen y análisis de los resultados de la variable anemia ferropénica:

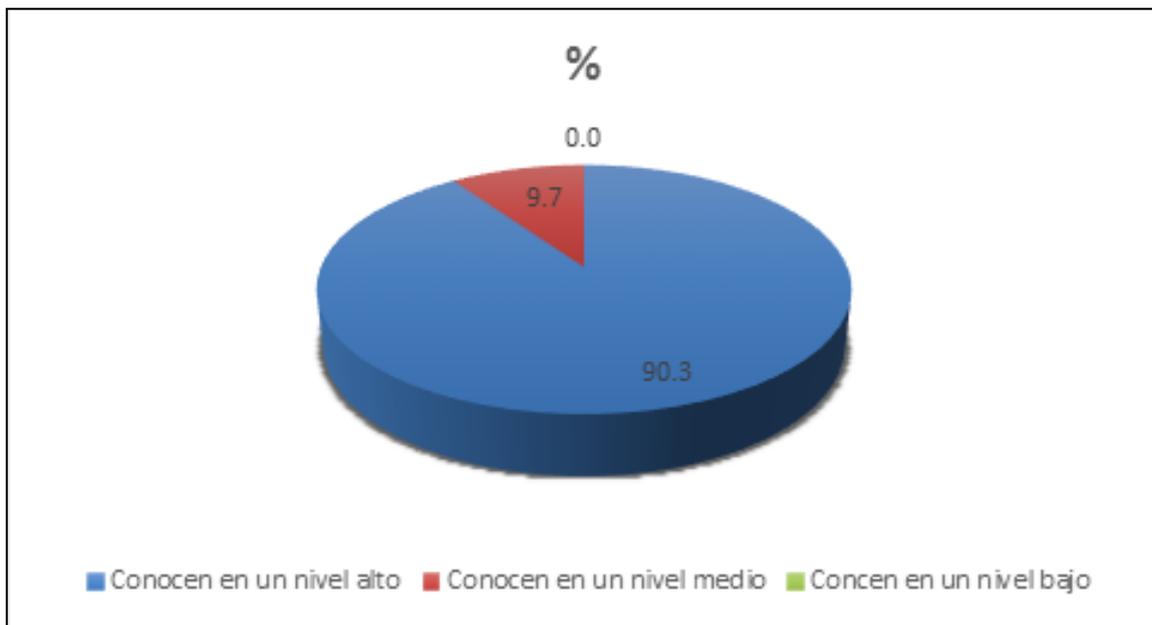


Figura 04: Resumen del nivel de conocimiento de la variable Anemia Ferropénica en madres.

La tabla 4, muestra los resultados de la dimensión anemia ferropénica de 31 madres encuestadas. Dichos resultados indican que 28 madres que representan el 90% consideran conocer en un nivel alto la anemia ferropénica. 3 madres que representan al 9,7% consideran conocer en un nivel medio la anemia ferropénica y ninguna madre presenta bajo nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica.

Los datos obtenidos indican que las madres conocen en un nivel alto la variable anemia ferropénica delimitada en las medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y consecuencias. el grado de instrucción que en su mayoría indican haber concluido la secundaria (58,1%) y son profesionales (25,8%) han favorecido dicho conocimiento y experiencia sobre la anemia ferropénica. Además, el estado civil que en su mayoría son convivientes (61,3%), garantizan el buen desarrollo psicomotor de sus hijos,

brindándoles facilidades para acceder a un establecimiento de salud en caso que requieran.

los resultados obtenidos son similares a la de trujillo , donde menciona que 65% de su población saben acerca del tema, además que el mayor porcentaje de las madres encuestadas saben que se puede encontrar una mayor concentración de hierro en las carnes y tienen el conocimiento que esta afección se ve influenciada por una mala alimentación(53).

4.2. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO

La hemoglobina es una proteína de los eritrocitos y es el principal transporte de O₂ de todo el organismo.

A continuación, se presenta los resultados de la evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año:

Tabla 05: Evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año

| Escala de Valoración | | Nivel de Hemoglobina | |
|----------------------|-----------------|----------------------|-------------|
| Literal | Intervalo | Fi | % |
| Normal | [11 - más] | 17 | 53% |
| Leve | [10,0 - 10,9] | 6 | 19% |
| Moderada | [07 - 9,9] | 8 | 28% |
| Severa | [Menos - 6,9] | 0 | 0% |
| Total | | 31 | 100% |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

A continuación, se presenta el resumen y análisis de los resultados del nivel de hemoglobina que presentan los niños de 1 año del distrito de Juli en el año 2020.

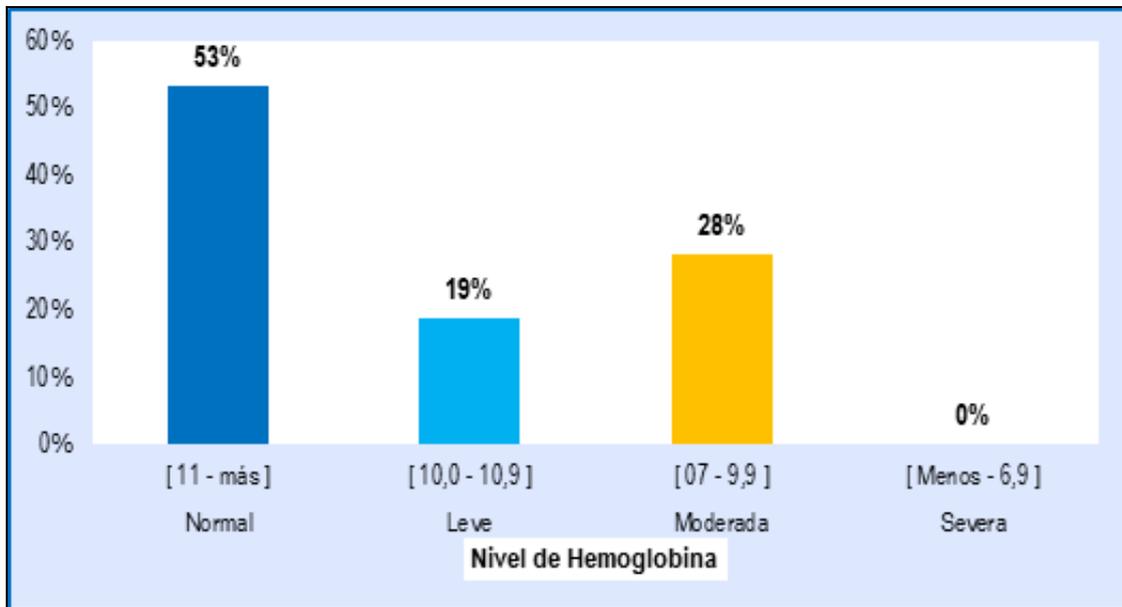


Figura 05: Evaluación del nivel de hemoglobina en niños de 1 año

En la tabla y figura 5, nos muestra los resultados de la variable nivel de hemoglobina en 31 niños de un año de edad. 17 niños que representan el 53% que se encuentran en el nivel normal de hemoglobina. 8 niños que representan al 28% que se ubican en el nivel moderado de hemoglobina y 6 niños que representan al 19% que se ubican en el nivel leve de hemoglobina. No existen niños que se encuentren en el nivel severo de hemoglobina.

En general, el nivel de hemoglobina de los niños es Normal en un 53% considerando que al ser evaluados presentan un valor mayor o igual a 11 g/dl, es decir, que la proteína compleja constituida por grupos hem que contiene hierro y una porción de proteína, la globina, se encuentran en promedios normales. Existe una tendencia al nivel de hemoglobina moderada, lo que indica que está presente la anemia moderada en los niños en un 28%.

Nuestros resultados obtenidos son similares al de Anfamed vol.6 no.2 Montevideo dic. 2019 Epub 01-Dic-2019 Se demostró en estos niños que el cumplimiento de la suplementación con hierro fue un factor protector para la prevención de anemia ferropénica. Hubo una diferencia significativa en la prevalencia de anemia entre los niños que recibían esta suplementación en forma adecuada y aquellos que la recibían insuficientemente o no lo hacían(54).

4.3.GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES

Tabla 06: Grado de instrucción de la madre

| GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | fi | % |
|----------------------------------|----|------|
| Sin estudio | 0 | 0,0 |
| Primaria | 5 | 16,1 |
| Secundaria | 18 | 58,1 |
| Superior | 8 | 25,8 |
| TOTAL | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

En la siguiente figura se muestra el resumen análisis de los porcentajes de grado de instrucción de las madres.

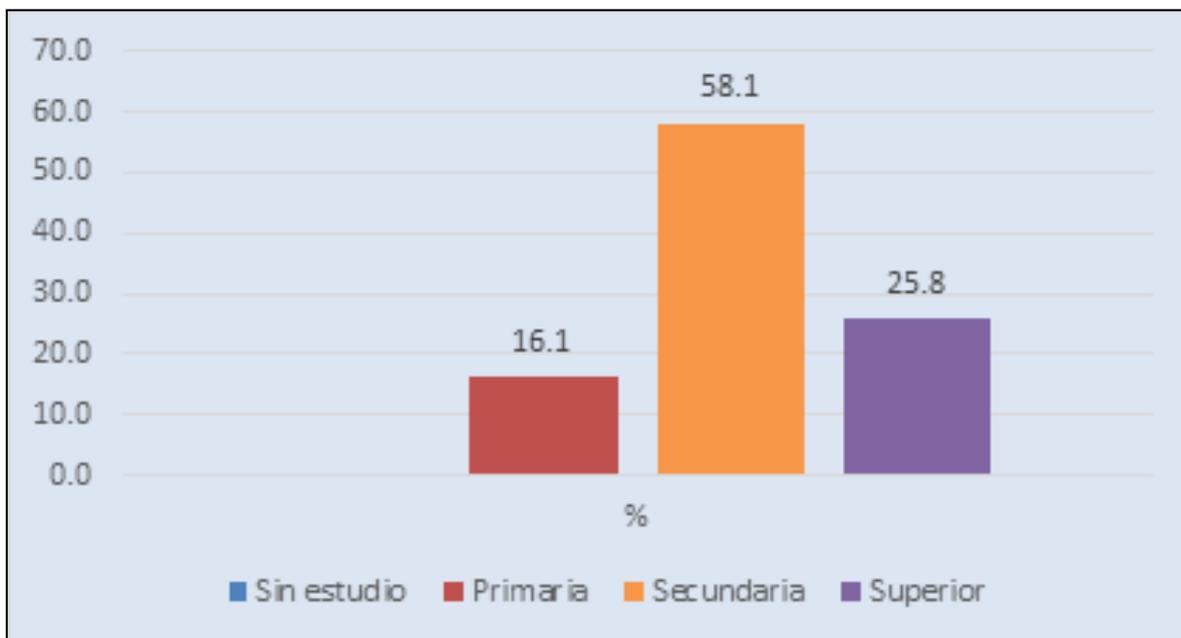


Figura 06: Resumen del grado de instrucción de las madres que pertenecen a la población de estudio

En la tabla 6 y figura 6, se muestran los resultados respecto al grado de instrucción de las madres que pertenecen a la población de estudio. 18 madres que representan al 58,1% consideran que han terminado sus estudios secundarios. 8 madres que representan el 25,8% consideran tener estudios superiores. Y, 5 madres que representan al 16,1% consideran que solo cuentan con estudios del nivel de educación primaria.

Estos resultados muestran que la gran mayoría de madres de familia por lo menos cuenta con una educación básica que le permita adaptar la buena crianza de sus hijos, considerando las enfermedades que pueden acarrear y las maneras mínimas de prevenir. Además, con la adecuada comunicación, puede acercarse a cualquier establecimiento de salud para informar a los profesionales de la salud, las dolencias y los comportamientos de sus hijos durante el crecimiento.

Los resultados obtenidos son similares a la de Céspedes s. lima Perú 2010 El promedio de conocimiento que tienen las madres sobre la anemia ferropénica según los niveles de

instrucción son similares con el conocimiento de madres que presentan primaria completa y universitaria incompleta, las que tienen nivel universitaria completo, es decir que el nivel de instrucción no influye en las madres acerca de conocimiento de anemia ferropénica (55).

4.3.1. Estado civil de la madre

El estado civil de las madres evidencia claramente la garantía que poseen en la crianza de sus hijos, brinda el soporte emocional y la seguridad de que sus hijos se vayan desarrollando de buena manera.

A continuación se muestran los resultados del estado civil de las madres que pertenecen a la población de estudios.

Tabla 07: Estado civil de las madres

| ESTADO CIVIL DE LA MADRE | fi | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Soltera | 0 | 0,0 |
| Casada | 12 | 38,7 |
| Conviviente | 19 | 61,3 |
| Divorciada | 0 | 0,0 |
| Viuda | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 31 | 100 |

ELABORADO POR ELISBAN S. VILCA VILCA

A continuación se muestran los resultados en resumen y análisis sobre el estado civil de las madres.

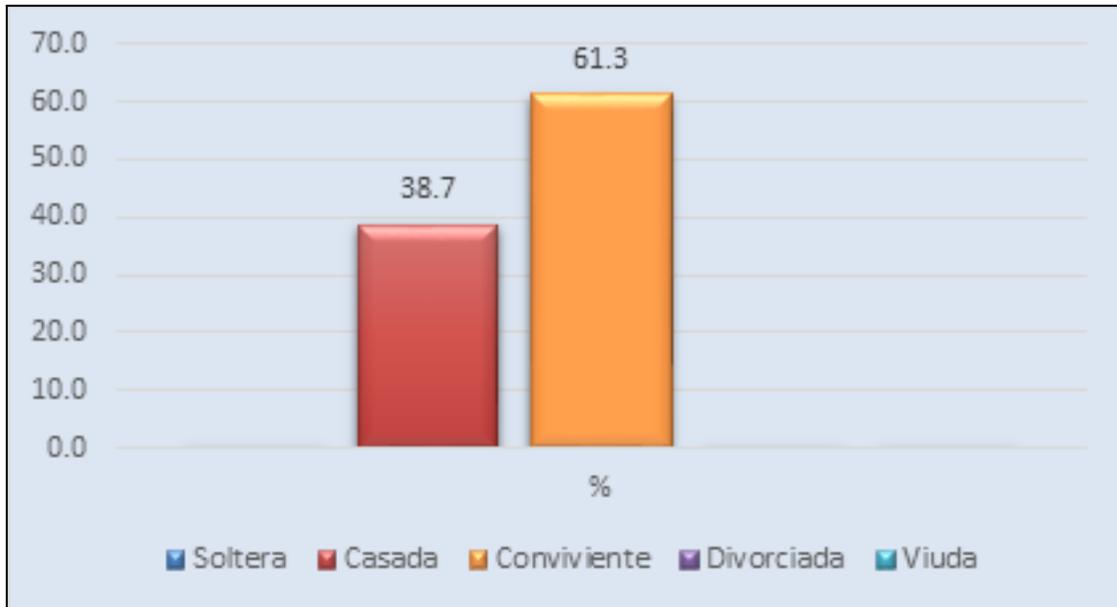


Figura 07: Resumen del estado civil de las madres que pertenecen a la población de estudio.

La tabla 7 y figura 7, muestran resultados sobre el estado civil de las 31 madres que han sido estudiados. 19 madres que representan el 61,3% indican que son convivientes. 12 madres que representan el 38,7% manifiestan ser casadas. Ninguna madre es soltera, divorciada y viuda.

Estos resultados indican que al ser convivientes y casados, mantienen una relación afectiva de pareja, dándole una seguridad al desarrollo de sus hijos. En la relación de pareja se mantiene una comunicación fluida, se comparten responsabilidades y se establece una planificación sobre el proyecto de vida, lo cual garantiza el pleno desarrollo biopsicosocial de los menores de edad, incluido la pareja.

Este estudio realizado es similar a la de Cornejo C. Lima Peru 2016 Los datos permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etáreo de adultas jóvenes, son convivientes, tienen secundaria completa, son amas de casa y tienen entre 1-2 hijos.(56)

4.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICA DE PEARSON PARA LAS VARIABLES

Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año.

Se utilizó el estadístico de Prueba de Pearson puesto que los datos recolectados de los instrumentos son numerales y de intervalos.

a) Planteamiento de la Hipótesis:

H₀: No existe correlación entre los valores obtenidos del conocimiento sobre anemia ferropénica en madres y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital Rafael Ortiz Rabines Juli -2020.

H₁: Existe correlación entre los valores obtenidos del conocimiento sobre anemia ferropénica en madres y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital Rafael Ortiz Ravines Juli -2020.

b) Establecer un nivel de significancia

$\alpha = 0,05$ = 5% margen de error.

c) Estadístico de prueba y toma de decisión

Se asumió la correlación Pearson.

Valor de "R" Calculado y Valor de P

Tabla 08: Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres

| | Conocimiento sobre anemia ferropénica en madres | sobre nivel de hemoglobina en niños de 1 año |
|-------------|---|--|
| Rde Pearson | Coefficiente de correlación | ,864** |
| | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | N | 31 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

d) Interpretación.

El valor de $P = 0.000$ está por debajo del valor de significancia es igual a 0.05, por tanto, se acepta la hipótesis alterna (H_1) que afirma que existe correlación positiva alta entre los valores obtenidos del conocimiento sobre anemia ferropénica en madres y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital Rafael Ortiz Ravines Juli -2020.

CONCLUSIONES

PRIMERO.- Existe una correlación directa y positiva alta entre la frecuencia del conocimiento sobre anemia ferropénica en madres y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del hospital Rafael Ortiz Ravines Juli -2020; puesto que el coeficiente de correlación de Pearson muestra un valor de $R = 0,864$ y un valor de $P = 0.000$ que está por debajo del valor de significancia que es a 0.05 .

SEGUNDO.- El nivel de hemoglobina de los niños es normal en un 53% considerando que al ser evaluados presentan un valor mayor o igual a 11 g/dl, es decir, que la proteína compleja constituida por grupos hem que contiene hierro y una porción de proteína, la globina, se encuentran en promedios normales.

TERCERO.- Las madres tienen un alto nivel de conocimiento en la variable anemia ferropénica así como en las medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y consecuencias. Las edades que oscilan entre 26 y 42 años y el grado de instrucción que en su mayoría indican haber concluido la secundaria (58,1%) y (25,8%) favorecen dicho conocimiento y experiencia sobre la anemia ferropénica. Además, el estado civil que en su mayoría son convivientes (61,3%) .

RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Coordinar con los barrios y urbanizaciones de distrito de Juli ,AIS NIÑO del hospital de la jurisdicción para la implementación de programas educativos orientados a disminuir el nivel de anemia , para determinar los niveles de anemia y contrastar con los resultados de los niños de áreas urbanas.

SEGUNDO.- Realizar campañas de promoción de buena alimentación donde se eduque a madres de familia y a estudiantes del nivel secundario acerca de los alimentos que benefician a la buena nutrición de los niños, evitando el consumo de alimentos chatarra, bebidas con colorantes, etc, con el fin de evitar la anemia infantil

TERCERO.- Enfermería fortalezca las acciones acerca de la prevención y las consecuencias de la anemia ferropénica a través de programas de promoción y prevención orientadas a las madres que asistan al consultorio de CRED y a la comunidad en lo general.

BIBLIOGRAFÍA

Debe de estar de acuerdo a la norma APA o Vancouver (en caso de Enfermería) y generado por un gestor bibliográfico (Ejem. Zotero)

1. Organización Mundial de la Salud. (2015) Organización Mundial de la Salud (OMS).

Obtenido de <http://www>

2. paho.org/hq/index.php?option=_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-ane-mia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solution&catid=6601%Acase-studies&Itemid=40275%lang=es.

3. Velásquez A., Minaya, P., & Giusti, M. (2014). Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país. Lima – Perú. Recuperado el 20 de agosto del 2017.

4. Ministerio de Salud – MINSa (17 de Mayo del 2015). Nutriwawa. Obtenido de Nutriwawa: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/situacion.html>.

5. Ministerio de Salud – MINSa (12 de Abril del 2017). Resolución Ministerial. (D. G. Salud, Ed.) Perú. Obtenido de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normas-legales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF.

6. Guisti, M. (21 de Agosto del 2016). El Comercio. Recuperado el 29 de Agosto del 2017, Día del Niño: el 43.5% de menores de 3 años padece de anemia: <http://elcomercio.pe/sociedad/peru/dia-niño-435-menores-3-años-padece-anemia-noticia-1925820>.

7. : Reporte- anemia-Peru-CRIII.pdf :En el Perú, para el año 2017, se estima existen 1 350 000 niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad.

8:Ministerio de Salud – MINSA (10 del 2014). Documento técnico: Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016.

9.<http://bvs.minsa.gob.pe> › local › MINSA

<http://www.minsa.gob.pe/> Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA .

10.<https://www.mimp.gob.pe> › mimp › pnaia › pdf › iv..

11.Inquilla, A. (7 de Marzo del 2017). Diario los Andes. Obtenido del 75% de los niños del vaso de Leche tienen anemia:
<http://www.losandes.com.pe/Regional/20170307/103775.html>.

12: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica

Rev. Perú. med. exp. Salud pública vol.34 no.4 Lima oct./dic. 2017
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251> .

13. Consejo Regional de Puno. (17 de Marzo del 2017). Diario los Andes. Obtenido de Firman pacto regional para reducir la anemia y desnutrición infantil:
<http://www.losandes.com.pe/Regional/20170317/104208.html>.

14.Rosa A. (2018)Trujillo - Perú, Esta investigación se realiza a fin de evaluar y medir el conocimiento real sobre hábitos alimentarios.

15.Inga C.2016) lima Perú,Para identificar esta necesidad en la población de estudio,

16.Villa, F. (2010). Presencia de anemia en niños menores de 6 años en cuatro ciudades del estado de Chihuahua y su relación con el estado nutricional. Tesis. Universidad Autónoma de la ciudad de Juárez.

17. Alonso, S. (2014). Relación del estado nutricional y anemia en niños y niñas menores de 6 a 59 meses de edad. Estudio realizado de Octubre a Noviembre del 2013 en el centro de salud de San Antonio Suchitepéquez. Guatemala.
18. Aguirre, M., Bustos M., y Miño, S. (2015) Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 4 a 5 años de edad que asisten al Jardín “Hojitas Verdes” de la escuela N° 390 “Angel Vicente Peñaloza” en San Vicente – Misiones. Tesis. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, San Vicente.
19. Coronel, L., y Trujillo, M. (2015-2016). Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca.
20. Gutiérrez, L. (2013). Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote 2013. Tesis Universidad de Santa, Chimbote.
21. Suárez, Y., y Yarrow, K. (2013). Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al centro de salud San Cristóbal 2013. Tesis Universidad Nacional de Huancavelica.
22. Bocanegra, S. (2014). Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos. Tesis Especialista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
23. Céspedes, M. (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 en el centro de salud infantil Tablada de Lurín. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Lurín.

24. Cornejo, C. (2015). Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un centro de salud de Lima 2015. Tesis Universidad Mayor de San Marcos.
25. Vela, G., y Coloma, A. (2016). Influencia de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses en el puesto de salud San Juan Bautista Arequipa 2015. Universidad Católica Santa María.
26. Choquemamani, L. y Mariluz, S. (2016) Efecto del Programa “Sálvame Mami” en el nivel de conocimientos sobre alimentación saludable en madres de niños de 06 a 23 meses con anemia ferropénica del puesto de salud módulo 1 “Jorge Chávez”, 2015. Tesis, Lima.
27. Quispe, P. (2013). Prácticas alimentarias que implementan las madres relacionadas con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Simón Bolívar. Puno. Tesis Universidad Nacional del Altiplano.
28. Ccaza, K. y Choquehuanca, T. (2014). Anemia y desarrollo psicomotor en niños de 3 a 5 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Chucaripo – Juliaca 2014. Tesis Universidad Peruana Unión.
29. Mouriño, R., Espinoza, P. y Moreno, L. (1991). El conocimiento científico. UNAM. México.
- 30..universidad de san martín de porres unidad académica de estudios generales manual publicado con fines académicos 2019.
31. Giner, F. y Gil, M. (2004). Los sistemas de información en la sociedad del conocimiento (primera Ed.). Madrid, España: ESIC.

32. Pamplona, R. (2013). El poder medicinal de los alimentos (Primera Ed.). Buenos Aires. Argentina.
33. Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional y Comité Nacional de Nutrición <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.s68>
34. Gidney, M., Vorster, H. y Kok, F. (2002). Introducción a la nutrición humana. Zaragoza, España. Blackwell Science Ltd.
35. Enciclopedia médica <https://medlineplus.gov> » Enciclopedia médica
36. Grupo Océano. (2009). Nuevo Manual de Enfermería. Barcelona, España. Editorial Océano.
37. Boletín médico del Hospital Infantil de México Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.61 no.1 México feb. 2004 Dr. Abel Bello Jefe de Servicio de Hematología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D. F., México
38. chivos Latinoamericanos de Nutrición ALAN v.53 n.2 Caracas jun. 2003 Jose Boccio, Jimena Salgueiro, Alexis Lysionek, Marcela Zubillaga, Cinthia Goldman, Ricardo Weill y Ricardo Caro
39. Quispe C. Prevalencia y su relación con el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 5 años atendidos en la micro red molino - juli enero a marzo 2019.
40. Cano S. arequipa - Perú 2016 es una de las enfermedades que afecta más a los niños menores de 5 años, pero en especial a los 6 a 24 meses de edad.

41. Quispe C. Prevalencia y su relación con el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 5 años atendidos en la microrred molino - juli enero a marzo 2019.
42. Dra. Marta Gómez Fernández-Vegue Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Fecha del documento: 9 de noviembre de 2018.
43. el Ministerio de Salud (2011). Manipulación de alimentos. Buenos Aires, Argentina.
44. www.nutriciondietetica.com › alimentacion-complementaria-6-meses Alimentación Complementaria 6 Meses, Alimentos permitidos .
45. Gidney, M., Vorster, H. y Kok, F. (2002). Introducción a la nutrición humana. Zaragoza, España. Blackwell Science Ltd.
46. Marriner, A., y Raile, M. (2007). Modelos y teorías de enfermería (Sexta Edic.). Madrid, España.
47. Grupo Océano. (2009). Nuevo Manual de Enfermería. Barcelona, España. Editorial Océano.
48. Gidney, M., Vorster, H. y Kok, F. (2002). Introducción a la nutrición humana. Zaragoza, España. Blackwell Science Ltd.
49. Grupo Océano. (2009). Nuevo Manual de Enfermería. Barcelona, España. Editorial Océano.
50. Márquez L. (2008) Lima, en su estudio nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica, Morales y Silva (2017).

51. Márquez L. Lima – Perú 2008 Lo cual indica que los conocimientos de las madres referente al Diagnóstico y Tratamiento de la anemia.

52. Márquez Por lo tanto se concluye que existe un alto porcentaje (86.61%) (97) madres de niños de 1 a 12 meses.

53. Gonzales. Conocimientos de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 meses a 5 años que acuden a la atención médica en el Subcentro de Salud “ Tachina ” de la provincia de Esmeraldas [tesis para licenciatura]. Ecuador: Universidad Católica [Internet]. Disponible en: [https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/628/1/GONZALEZ PERLAZA TAMARA.pdf](https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/628/1/GONZALEZ%20PERLAZA%20TAMARA.pdf).

54. Anfamed vol.6 no.2 Montevideo dic. 2019 Epub 01-Dic-2019

<http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2019v6n2a2>

55. Céspedes s. Lima Perú 2010 El promedio de conocimiento que tienen las madres sobre la anemia ferropénica según los niveles de instrucción son similares con el conocimiento de las madres .

56. Cornejo C. Lima Perú 2016 Los datos permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etáreo de adultas jóvenes, son convivientes,

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

TÍTULO: Conocimiento de anemia Ferropénica y Nivel de Hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital de Rafael Ortiz Raines Juli - 2020.

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | VARIABLE | MÉTODO |
|---|--|---|---|--|
| <p>Problema General:</p> <p>¿Existe relación entre el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres con el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Raines Juli - 2020?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del Hospital</p> | <p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación entre conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños y el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Raines – Juli 2020.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar el conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año</p> | <p>Hipótesis General:</p> <p>El conocimiento sobre anemia ferropénica en madres se relaciona con el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Raines Juli - 2020?</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>El conocimiento sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1 año de edad del Hospital</p> | <p>VARIABLE</p> <p>conocimiento sobre anemia ferropénica</p> | <p>Tipo:</p> <p>Descriptivo</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Rafael Ortiz Ravines - Juli 2020?</p> <p>¿Cuál es el nivel de hemoglobina de niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020?</p> | <p>de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020 es deficiente.</p> <p>Conocer el nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020.</p> | <p>Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020 es deficiente.</p> <p>El nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad del Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli 2020 es bajo.</p> | <p>Diseño: Correlacional</p> |
|---|---|--|---|

Elaborado por: Elisbán Sinuhe Vilca Vilca

Anexo 02: Universidad Privada San Carlos

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Cuestionario sobre Conocimientos

III. Presentación

Buen día, mi nombre es Elisban Sinuhe Vilca Vilca, soy estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Carlos, en esta oportunidad solicito su valiosa colaboración en el presente estudio de investigación que tiene por objetivo; identificar los conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica, para lo cual le pido a Ud. Responder con toda sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. Muchas gracias por su valioso tiempo y colaboración.

II. Instrucciones

A continuación, se presentan 14 preguntas que usted responderá, para lo cual deberá leer determinadamente cada pregunta y luego marcar con un aspa (X) o encierre con un círculo (O) la respuesta que usted crea conveniente.

DATOS GENERALES:

Edad: **Años**

Estado Civil:

a) Soltera

b) Casada

- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

Grado de Instrucción:

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Ocupación:

- a) Comerciante
- b) Ama de casa
- c) Profesional

CONOCIMIENTO DE ANEMIA

1. 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. 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 es causada por la deficiencia de un mineral llamado:

- a) Calcio
- b) Fósforo
- c) Hierro
- d) Vitamina C

4. ¿En qué caso el niño tiene mayor 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. 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 la anemia en el niño es:

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

7. ¿Qué tipo de prueba se realiza para diagnosticar la anemia?

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

8. ¿A partir de qué edad se debe 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 se utiliza para el tratamiento de la anemia?

- a) Calcio
- b) Vitaminas
- c) Paracetamol
- d) Sulfato ferroso

11. ¿Qué alimento daría Ud. A un niño después de los 6 meses de edad para prevenir la anemia?

- a) Papillas y sopas
- b) Leche materna y alimentos ricos en hierro
- c) Sopas y sangrecitas
- d) Solo leche materna

12. ¿Qué alimentos conoce Ud, que contengan gran cantidad de hierro?

- a) Leche y derivados, lentejas y verduras
- b) Betarraga, 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, te, infusiones

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
Cuestionario sobre Conocimientos

II. Instrucciones

A continuación, se presentan 14 preguntas que usted responderá, para lo cual deberá leer determinadamente cada pregunta y luego marcar con un aspa (X) o encierre con un círculo (O) la respuesta que usted crea por conveniente.

DATOS GENERALES: *Mariluz Useca*

Edad: *21*..... Años

Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

Grado de Instrucción:

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Ocupación:

- a) Comerciante
- b) Ama de casa
- c) Profesional

CONOCIMIENTO DE ANEMIA

1. 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. 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 es causada por la deficiencia de un mineral llamado:

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

4. ¿En qué caso el niño tiene mayor 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. 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 la anemia en el niño es:
- a) El aumento de peso
- b) La diarrea
- c) El dolor muscular
- d) El bajo rendimiento escolar
7. ¿Qué tipo de prueba se realiza para diagnosticar la anemia?
- a) Colesterol
- b) Glucosa
- c) Hemoglobina y Hematocrito
- d) Parasitosis
8. ¿A partir de qué edad se debe 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 se utiliza para el tratamiento de la anemia?
- a) Calcio
- b) Vitaminas
- c) Paracetamol

- d) Sulfato ferroso
11. ¿Qué alimento daría Ud. A un niño después de los 6 meses de edad para prevenir la anemia?
- a) Papillas y sopas
- b) Leche materna y alimentos ricos en hierro
- c) Sopas y sangrecitas
- 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, te, infusiones

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 03: Data

| VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICA EN MADRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|----|
| SUJET | preg | total | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 18 |
| 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 15 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 19 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 14 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 20 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 20 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 19 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 13 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 13 | |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 18 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 18 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 19 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 13 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 19 |
| 19 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 20 |
| 20 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 18 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 17 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 19 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 20 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 16 |
| 25 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 16 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 21 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 16 |
| 28 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 15 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 15 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 19 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 19 |

Anexo 04: Nivel de hemoglobina en niños de 1 año de edad

NIVEL DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD

| SUJETOS | NORMAL | LEVE | MODERADO | SEVERA | RESULTADO |
|---------|--------|------|----------|--------|-----------|
| 1 | | | 1 | | 9,5 |
| 2 | 1 | | | | 14,9 |
| 3 | 1 | | | | 11,9 |
| 4 | | | 1 | | 8.9 |
| 5 | | | 1 | | 9.4 |
| 6 | | | 1 | | 9.7 |
| 7 | | | 1 | | 9.4 |
| 8 | | 1 | | | 10.1 |
| 9 | | | 1 | | 9,5 |
| 10 | 1 | | | | 15,2 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|--|------|
| 11 | 1 | | | | 12 |
| 12 | 1 | | | | 11,2 |
| 13 | 1 | | | | 11,1 |
| 14 | | | 1 | | 9,7 |
| 15 | 1 | | | | 13 |
| 16 | | | 1 | | 9,6 |
| 17 | | 1 | | | 10,6 |
| 18 | 1 | | | | 12 |
| 19 | 1 | | | | 11 |
| 20 | | 1 | | | 10,8 |
| 21 | 1 | | | | 12,1 |
| 22 | | 1 | | | 10,2 |
| 23 | | 1 | | | 10,7 |
| 24 | | | 1 | | 9 |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|------|
| 25 | | 1 | | | 10 |
| 26 | 1 | | | | 12,9 |
| 27 | 1 | | | | 12,2 |
| 28 | 1 | | | | 13,4 |
| 29 | 1 | | | | 13,9 |
| 30 | 1 | | | | 13,4 |
| 31 | 1 | | | | 13,9 |