



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**“¿CUÁL ES LA ALTURA DE INTELIGENCIA DE LAS MADRES DE
LA COMUNIDAD CAMPESINA DE QUISHUARPAMPA DEL
DISTRITO SAN ANTONIO CUSICANCHA - PROVINCIA DE
HUAYTARÁ DEL DEPARTAMENTO HUANCVELICA A CERCA
DE LA ANEMIA FERROPENICA EN INFANTES MENORES DE 5
AÑOS?”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

YALLICO ALFARO, EDELMIRA SILVIA

ASESOR:

ISSBETH DEL ROSARIOS RAMOS OLIVARES

CHINCHA – ICA – PERÚ, 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico, con mucho
Agradecimiento y reconocimiento, a la
Licenciada de enfermería de la universidad,
Por la labor loable como preceptoras,
De la facultad y por impartirnos sus sabios
Conocimientos del estudiante universitario.

.

A mi familia, con todo mi amor
Por ser mi soporte y mi apoyo, en todo momento,
Y durante el trayecto de mi carrera profesional
Y ser el eje de mi desarrollo y superación
profesionalmente y personalmente.

RESUMEN

La carencia de hierro y la secuela de anemia ferropenia instauran la dificultad de una buena nutrición a favor de los niños en etapa escolar, pertenecientes a la Comunidad de Quishuarpampa del Distrito San Antonio Cusicancha, Provincia Huaytará del Departamento de Huancavelica.

En nuestro país, la anemia en los niños, es a consecuencia de una mala nutrición y esto afecta generalmente a la población más vulnerable de la Comunidad Campesina de Quishuarpampa del Distrito de San Antonio de Cusicancha, siendo crítico en las zonas rurales y urbanas. La anemia afecta el desarrollo físico, mental de los niños y como consecuencia final la condición de pobreza de la sociedad, situación que debe ser considerada desde el momento del embarazo, para lo cual se requiere el trabajo mancomunado de todos los sectores con el único fin de socorrer en la disminución de este problema de salud. El estudio que se realizó es un nivel de investigación aplicada, ya que este tipo de investigación se distingue por tener propósitos de prácticas inmediatos bien definidos, el proyecto es de diseño pre experimental, el cual se realizó el año 2015, mediante exámenes de tamizaje de hemoglobina a una muestra de 131 niños de la comunidad de Quishuarpampa de los cuales el 27.48 % presento anemia por deficiencia de hierro.

También se determina el nivel de conocimiento de las madres en la anemia por deficiencia de hierro en los niños/as de la Comunidad Campesina de Quishuarpampa del Distrito de San Antonio de Cusicancha de la Provincia de Huaytará del Departamento de Huancavelica y comprobar qué porcentaje de madres conocen sobre anemia por deficiencia de hierro, signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro y alimentos ricos en hierro.

Hemos llegado a la conclusión que la anemia por deficiencia de hierro, hoy en día se ha vuelto en un problema de salud pública y es evidenciado en el rendimiento escolar de los niños/as de la Comunidad campesina de Quishuarpampa, donde se pudo evidenciar que la principal fuente de alimentación de los niños/as estaba constituido por el consumo de cereales y derivados (arroz, maíz, harinas de cebada de trigo, quinua, etc.) y leguminosas (arveja, chocho, habas, etc.), un bajo consumo de frutas y verduras (14.41%) y alimentos fuentes de proteína de origen animal (61.02%) y consumen de todo un (24.57 %).

La falta de acceso a una alimentación adecuada, durante el embarazo, la interrupción de la leche materna, el corte temprano del cordón umbilical y el inicio tardío de la alimentación complementaria, influyen en estas cifras.

De acuerdo al patrón alimentario, se pudo observar que las costumbres alimentarias de los niños son similares y no existe mucha diferencia de familia a familia. La dieta es hipercarbonatada, hipoproteica, con deficiencia de micro nutrientes.

INDICE

CARATULA.....	01
DEDICATORIA.....	02
RESUMEN	03
INDICE.....	05
I. INTRODUCCION.....	07
II.- PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION.....	09
DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	09
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	11
HIPOTESIS.....	11
VARIABLES.....	11
III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVO ESPECIFICO	13
IV.- MARCO TEORICO	14
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	14
4.1. ANEMIA...	16
4.2. HIERRO	17
4.2.1. FUNCION DEL HIERRO.....	17
4.2.2. CLASES DE HIERRO EN LA DIETA.....	17
4.2.3. METABOLISMO DE HIERRO	19
4.2.4. TRANPORTE Y CAPTACION CELULAR	22

4.2.5. REQUERIMIENTOS FISIOLÓGICOS...	23
4.2.6. ALIMENTOS FUENTES DE HIERRO	23
4.2.6.1. VITAMINA C...	24
4.2.6.1.1. CONTRIBUCION DE LA VITAMINA C... ..	24
4.2.6.1.2. RACIONES DIARIAS DE VITAMINA C... ..	25
4.3. HEMOGLOBINA.....	26
4.3.1. VALORES DE HEMOGLOBINA.....	26
4.4. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	27
4.4.1. CAUSAS...	28
4.4.2. SINTOMAS ESPECIFICOS.....	29
4.5. DIAGNOSTICO	30
4.5.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	30
4.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	31
4.5.3. EXAMENES AUXILIARES... ..	31
4.5.4. TRATAMIENTO	31
V.- METODOS O PROCEDIMIENTOS... ..	33
VI.- RESULTADOS.....	33
VII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES... ..	42
a. CONCLUSIONES.....	42
b. RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS	45

INTRODUCCION

El desarrollo de los niños presenta etapas de crucial importancia en la formación del capital humano. Este ciclo se extiende desde el mismo embarazo hasta la adolescencia, y a lo largo de él los niños presentan necesidades y características distintas.

La situación nutricional de los niños en edad pre-escolar influye directamente sobre su capacidad de aprendizaje y limita su desempeño en el ámbito escolar. Este desempeño presenta indicadores bastante críticos. Una muestra de ello es que de cada tres niños, sólo uno culmina los estudios a los 16 años, edad a la que normalmente se deberían culminar, mientras que uno de estos tres probablemente ha repetido por lo menos un año de educación y uno de ellos ha abandonado los estudios.

El crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños constituyen la base sobre la cual se sostiene el incremento del capital humano y del cual depende el avance de toda sociedad. Se entiende por crecimiento el incremento de peso y talla de los niños y por desarrollo la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales.

Hoy en día, existe suficiente evidencia científica que demuestra que somos lo que somos no sólo por los genes que heredamos sino por el ambiente que heredamos. En efecto, la nutrición, la salud y la estimulación, son factores críticos determinantes para medir la calidad del ambiente en el cual el niño se gesta, crece y despliega su potencial. Si estos factores son desfavorables, se presentaran retardos en el crecimiento y el desarrollo, y por consiguiente el niño perderá sus oportunidades para ejercitar al máximo sus posibilidades.

De acuerdo con estimaciones de la OMS/ UNICEF, la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más ampliamente extendida en el mundo. La prevalencia de la deficiencia subclínica de hierro es al menos el doble que la de la anemia.

El hierro es un elemento esencial para la vida, puesto que participa prácticamente en todos los procesos de oxidación reducción. Está presente en numerosas enzimas involucradas en el mantenimiento de la integridad celular, tales como las catalasas, peroxidasas y oxigenasas.

En la actualidad la anemia se ha visto como uno de los agentes causales de la desnutrición en la población infantil y vulnerable, de Quishuarpampa, quienes son afectados y es por la deficiencia la altura de inteligencia de sus madres, y la falta de sensibilización acerca del tema.

En el Perú existen cerca de un millón de infantes menores de 5 años que padecen anemia y 400 mil que padecen desnutrición crónica, según estadísticas arrojadas por la ENDES 2015. Pero Huancavelica es la región que más preocupa, ya que el: 42,5% de niños del rango de edad mencionado tienen anemia por deficiencia de hierro o ferropénica y un total de 34% padecen de desnutrición crónica.

Esto pone en evidencia la brecha amplia que aún existe entre lo urbano y lo rural en nuestro país. A nivel urbano, la desnutrición crónica infantil representa 9,2%, mientras que en las regiones, parte sierra se incrementa a 27,7%. La diferencia en porcentaje, en lo que se refiere a desnutrición crónica en las zonas rurales son en un 18.5 %.

Dadas estas preocupantes cifras, la Universidad Nacional de Huancavelica y el Grupo Inversión en la Infancia han firmado un acta de entendimiento cuya primera acción será la realización del Taller para Gestores de Gobiernos Locales y Municipales (multisectorial) Con el fin de combatir contra la anemia ferropénica y la desnutrición infantil en menores de 5 años de Huancavelica.

El taller será conducido por especialistas en la materia y tiene como objetivo colocar el cuidado integral de la primera infancia como prioridad en la agenda provincial, distrital y local.

Dicha etapa en la vida es de vital importancia para el correcto desarrollo físico e intelectual de las personas.

Esta iniciativa tiene como meta la erradicación de la anemia ferropénica y la desnutrición hacia el 2021, año del Bicentenario de la Independencia Nacional.

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el progreso del trabajo de investigación trataremos sobre la anemia ferropénica en infantes menores de 5 años de Quishuarpampa - Distrito san Antonio - Cusicancha de la provincia Huaytará - departamento Huancavelica que afecta indudablemente a la población vulnerable alejado de la ciudad, con deficiente acceso, por falta de vías de comunicación y por no tener una facilidad de comunicación y vivir en estancias o distintas de un casa a otra.

La directora de la DIRESA- Huancavelica, Consuelo Castro señaló que estas cifras son referenciales porque se está haciendo un esfuerzo para lograr una mayor cobertura de los micronutrientes para los niños.

Además manifestó que se tiene limitaciones en torno a la cobertura de personal en los diversos establecimientos de Salud.

“Lamentablemente no hemos podido aun remontar estas cifras y señaló que en la región existe un 53.30% es una cifra que se dio, en el año 2015 en infantes de la región.

En el caso de la desnutrición crónica señaló que se hará todos los esfuerzos y estrategias para revertir la difícil situación de la niñez.

a. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el Perú la carencia de Fe en la alimentación de los infantes es importante para su adecuado crecimiento y desarrollo. Actualmente es una de las causas, que conlleva al sub desarrollo de la comunidad Quishuarpampa, en su conjunto a la región de Huancavelica, es motivo por el cual se tomó el tema para la realización del proyecto de investigación, y así obtener información y datos correspondientes a la anemia ferropénica. Y esto se va obtener mediante la respuesta de las encuestas que se les va realizar a cada una de ellas de las madres, correspondientes al tema. Cabe decir que para la reducción de la anemia en la región Huancavelica, se debe de trabajar con el Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de la Mujer (MINEDU), Municipalidad y otras Instituciones. De manera Multisectorialmente para lograr para el año 2017 reducir la anemia al 20% y la desnutrición crónica infantil

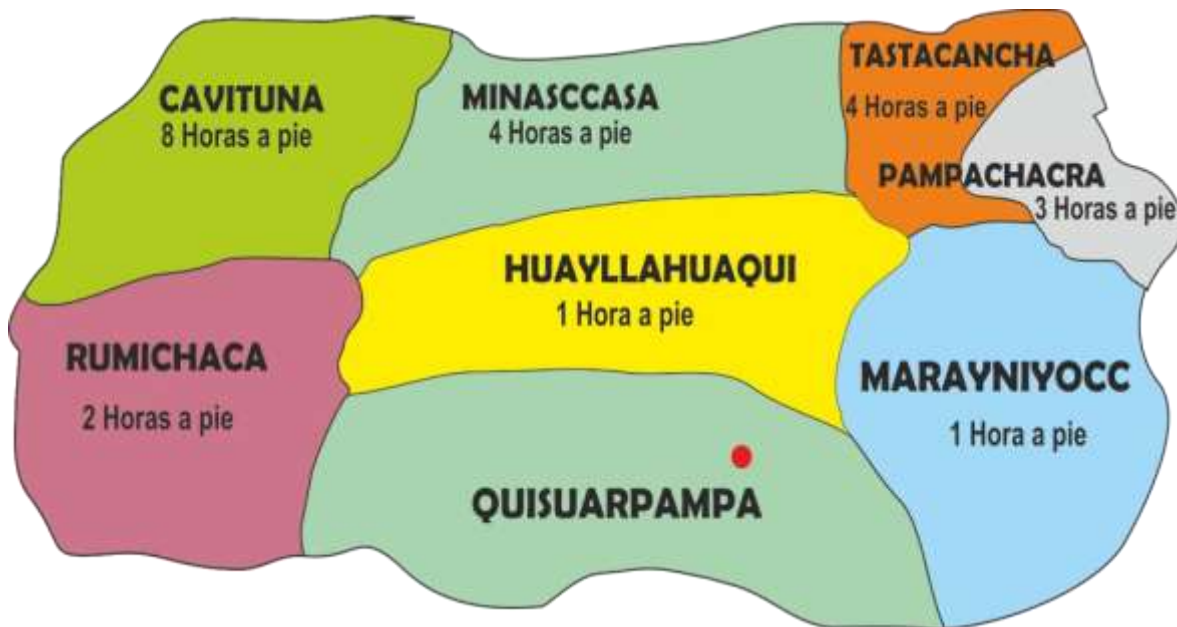
hasta un 10 % de acuerdo al Plan Nacional, de manera que los infantes de la región tengan un desarrollo pleno en su salud que repercutirá en mejor talla, peso y sobre todo, mejor rendimiento escolar en el futuro.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

Región : Huancavelica
Distrito : san Antonio de Cusi8ancha
Anexos :

- Quishuarpampa
- Minasccasa (puesto de enlace)
- Marayniyocc,
- Tastacancha
- Huayllahuaqui
- Rumichaca,
- Cavituna).

MAPA DE LA COMUNIDAD CAMPESINA DE QUISHUARPAMPA Y LA DISTANCIA DE ACCESO HACIA EL P.S



b. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la altura de inteligencia de las madres de la Comunidad Campesina de Quishuarpampa del Distrito San Antonio - Cusicancha - Provincia Huaytará - Departamento Huancavelica, sobre la anemia ferropénica en infantes menores de 5 años?

c. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La anemia es una enfermedad que afecta a los niños en etapa más vulnerable como son la etapa de vida de 0 – 5 años de la comunidad campesina de Quishuarpampa, afecta de manera que disminuye la cabida en el utilidad físico y mental del niño, produciendo resultados negativas en los infantes de Quishuarpampa como: déficit en el aprendizaje, apatía, sueño, cansancio, falta de concentración en clase, somnolencia, etc.

El MINSA y el P.S Quishuarpampa van trabajando de la mano para disminuir los niveles de anemia ferropénica y para tal se ha realizado campañas de suplementación, a pesar de ello continua perjudicando a los infantes menores de 5 años de la comunidad de Quishuarpampa.

Por tal probidad es elemental la ejecución de este trabajo en la comunidad Quishuarpampa, aplicando los pasos indicados, con el único fin de conseguir información y datos vigentes y auténticos que me permitan efectuar acciones adecuadas con el fin de disminuir los niveles de anemia ferropénica en infantes menores de 5 años y así mejorar el estado de salud de esta población

d. HIPOTESIS

No aplica en esta investigación.

e. VARIABLES

VARIABLE PENDIENTE

Anemia por deficiencia de hierro

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
V.1 Nivel de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> Proceso mental por la que las madres adquieran ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre anemia ferropénica. 	<ul style="list-style-type: none"> Madres que conocen sobre definición de anemia. Madres que conocen sobre causas de anemia. Madres que conocen signos y síntomas de la anemia. Madres que conocen sobre diagnóstico y tratamiento de anemia. Madres que conocen alimentos ricos en hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> Es toda aquella información que tiene las madres sobre la anemia ferropénica y que será medida a través de un cuestionario. 	<ul style="list-style-type: none"> Alto Medio Bajo
V.2 Anemia por deficiencia de hierro	<ul style="list-style-type: none"> Madres que conozcan cómo prevenir la anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fatiga y debilidad crónica. Uñas débiles y quebradizas. Mareo, dolor de cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> También se utiliza el cuestionario. 	<ul style="list-style-type: none"> Alto Medio Bajo.
V.3 Practicas alimentarias de las madres para la prevención de la anemia.	<ul style="list-style-type: none"> Es la aplicación de conocimientos adquiridos a través de sesiones educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de los alimentos ricos en hierro. Tipos de alimentos que se consumen que contengan hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza prevención y promoción con las madres y se medirá a través del cuestionario 	<ul style="list-style-type: none"> Adecuado No adecuado.

III.- OBJETIVO DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Establecer la altura de inteligencia de las madres acerca la anemia ferropénica en infantes de Quishuarpampa - Distrito San Antonio - Cusicancha - Provincia Huaytará del Departamento Huancavelica.

OBJETIVO ESPECIFICO

- identificar que las madres conozcan sobre que es anemia por deficiencia de hierro.
- Determinar que madres conocen el cuadro clínico de la anemia ferropénica.
- Determinar cuántas madres realmente conocen alimentos ricos en hierro.
- Definir las acciones que los establecimientos prestadores de servicios de salud realizan con la participación activa de las madres, para el cumplimiento del esquema de suplementación con multimicronutrientes y hierro en las niñas y niños.
- Contar con un documento técnico normativo adecuado a la realidad regional para su implementación y fácil aplicación en el ámbito de la región Huancavelica.

IV.- MARCO TEORICO:

4. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A continuación se presenta la revisión de la literatura, expresando la existencia de algunos trabajos de investigación relacionado con el tema de investigación:

EN EL ÁMBITO NACIONAL

Márquez León Julia Esperanza realizó el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas-2007”. El objetivo general fue determinar el Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de 14 niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas-2007. Sus objetivos específicos fueron Identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, el diagnóstico y tratamiento de la anemia y las consecuencias de la anemia en los niños. El diseño metodológico fue descriptivo, aplicativo, transversal y se contó con una población de 112 madres, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, entre las conclusiones más importantes señala:

“El nivel de conocimientos que tiene las madres sobre la Anemia Ferropénica (62.5%) es de nivel “medio”, lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro”

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Carlos Cristián Bolaños Caldera realizó la investigación titulada “Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero a Diciembre del 2009” El objetivo del presente estudio fué valorar

los factores de riesgo que se asocian a la prevalencia de anemia ferropénica en un grupo de 17 niños (1892) que ingresaron a la sala de hospitalización pediátrica en edades de dos a cinco años en el periodo correspondiente de Enero a Diciembre del 2009, Sus objetivos específicos fueron determinar la influencia de los factores biológicos en la aparición de anemia en los niños, describir los factores higiénicos sanitarios que contribuyen en la génesis de anemia, determinar los factores sociodemográficos de los padres o tutores y de los niños en estudio y conocer las patologías asociadas a la anemia. El tipo de investigación es de tipo analítico, caso control, retrospectivo. Se seleccionaron 110 casos (niños anémicos) y 220 controles (no anémicos). Los datos se recolectaron a través revisión de expedientes, cuyo instrumento consta de los siguientes acápite: factores biológicos, factores higiénicos sanitarios, factores sociodemográficos y patologías consideradas causantes de anemia, así como los resultados de laboratorio realizados a estos entre sus conclusiones tenemos:

“La prevalencia de anemia en el universo estudiado es de 18.9%, el 20% de los casos presentaba desnutrición con respecto a los controles los cuales tenían un 8.3%, el nivel de analfabetismo de la madre de los niños en ambos grupos alcanzó un 4.8%, la infección parasitaria en ambos grupos representó el 37.6%, de estos los más afectados son los niños anémicos (51.8%).”

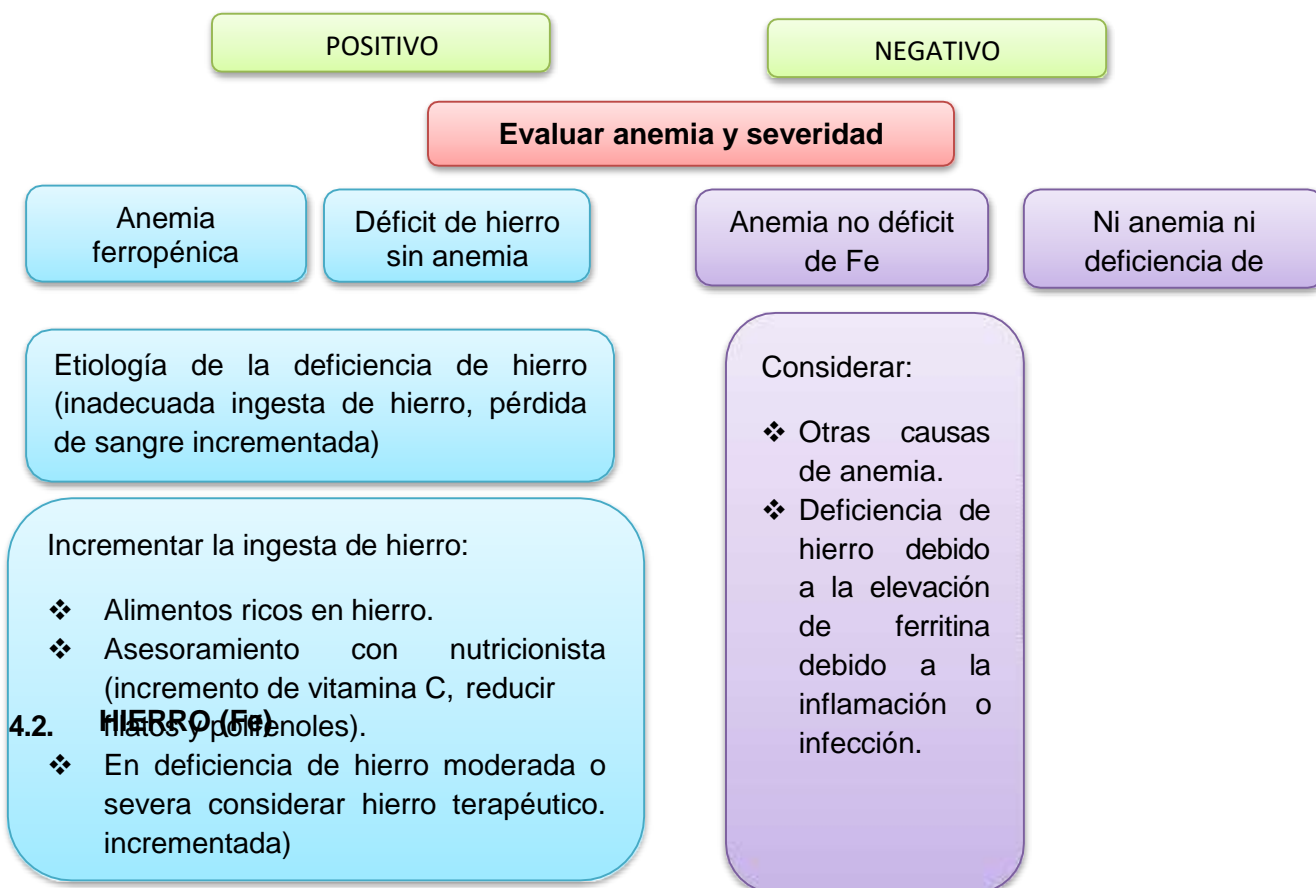
Después de recopilar los antecedentes se puede observar que varios investigadores consideran según su resultado seguir investigando sobre el porque sigue afectando a tantos niños esta enfermedad, porque a la fecha dicha problemática ataca no solo a nuestro país sino a varios países en el mundo en especial a las que están en vía de desarrollo.

4.1. ANEMIA FERROPENICA

La anemia se especifica como la depreciación de concentración de eritrocitos en sangre que es menor que el valor esperado al tomar en cuenta el grupo atareo, género del infante y ciertos factores ambientales como la altitud.

La anemia ferropénica, es una de las más comunes o la que se presenta con mayor frecuencia y esto se da generalmente por una baja de Fe, que se incluye en la alimentación diría del infante, si bien es cierto la baja o ausencia del hierro, afecta en la capacidad intelectual y física del pequeño que está dentro de los 5 años.

La carencia de hierro se observa en niños, de manera que, se observa cansados, distraídos , con sueño constantemente, poco participativo en los juegos, que los niños de su edad generalmente lo hacen, ya que están en pleno proceso y desarrollo, de la cual un niño con anemia ferropénica es poco participativo, por el bajo rendimiento físico.



4.2. HIERRO (Fe)

4.2. HIERRO:

El (fe) es un micromineral significativo en la vida del ser humano, pero si bien es cierto se encuentran en escasa cantidad, porque en la mayoría de los alimentos, se puede encontrar el Fe, pero en mínimas cantidades, que para cumplir la cantidad que requiere el organismo, e tiene que consumir dicho mineral de manera balanceada.

Se sugiere, que para una buena absorción de este mineral importante que el organismo requiere, consumir con alimentos que sean cítricos, como por ejemplo, una naranjada, limonada

4.2.1.- FUNCIONES DEL Fe.

- ✓ El hierro interviene en la transferencia de O₂ y CO₂ en la sangre.
- ✓ Generar un aumento importante de glóbulos rojos.
- ✓ Cumple un papel importante en la síntesis de ADN.
- ✓ Amplia la resistencia a los males.

4.2.2. CLASES DE HIERRO EN LA DIETA

Existen 2 formas químicas de hallar el Fe en los ultramarinos:

Fe hem.

Fe no hem.

Hierro hem.- Podemos encontrar en los ultramarinos de empuje animal, como se puede observar en la imagen.



Alimentos de origen animal que tiene hierro
Hígado de ave (pollo).
Sangre de animales.
Riñones
Pescados
Bazo de res
Hígado de res
Bofe
carnes
Charqui (carne deshidratada)

Hierro no hem.- Este tipo de Fe generalmente se concentra en alimentos de origen vegetal específicamente de color verde oscuro, como se puede observar en la imagen.



Alimentos de origen vegetal que tiene hierro
Espinaca
Brócoli
Alcachofa
Espárragos




4.2.3. METABOLISMO DEL Fe.

El hierro se metaboliza mediante 2 maneras diferentes, como es la del hierro hemo y hierro no hemo.

Cabe decir que el hierro se encuentra en los alimentos, en mínimas cantidades, que son insuficientes para el organismo del infante, que lo requiere, para el desarrollo y crecimiento del mismo,

Se considera en la tabla el consumo diario que requiere el organismo en los siguientes alimentos.

El hierro es un elemento esencial para la vida: participa en procesos vitales como la síntesis del grupo hem, constituyente de la molécula de hemoglobina que se encarga del transporte de oxígeno por el organismo; además interviene en todas las reacciones con transferencias de electrones, especialmente la fosforilación oxidativa y contribuye en otros procesos de biosíntesis, incluyendo el de los ácidos nucleicos. No obstante, el hierro también es potencialmente muy tóxico, por lo que nunca se encuentra en su estado de ion libre circulando por el organismo: a través de todo el proceso de absorción, utilización y almacenamiento el hierro siempre se encuentra ligado a proteínas, especialmente en su forma ferrosa; de lo contrario podría desencadenar la producción de radicales superóxidos muy dañinos, tanto para las proteínas como para los ácidos nucleicos. El hierro circula unido a su transportador, la transferrina; entra a la célula a través de los receptores de transferrina; sale desde los endosomas lisosomales en un proceso mediado por la proteína DMT1, que es una proteína transportadora de metales bivalentes; se almacena por medio de la ferritina y finalmente sale de las células gracias a la mediación de otra proteína de membrana, la ferroportina, que es una exportadora de membrana también llamada IREG 1 u OMTP. Todo el proceso está conducido por alguna proteína, sea transportadora o de depósito.

GRUPO DE ALIMENTOS	CANTIDAD DIARIA PARA NIÑOS DE 2 AÑOS DE EDAD	CANTIDAD DIARIA PARA NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD	AYUDA CON LAS PORCIONES
Granos 	85 g (1 onza), la mitad de alimentos con granos enteros	113-142 g (4-5 onzas), la mitad de alimentos con granos enteros	Una onza es equivalente a: 1 rebanada de pan, 1 taza de cereal pre cocido o ½ taza de arroz cocido, pasta cocida o cereal cocido
Vegetales 	1 taza	1½ tazas	Utilice una taza medidora para verificar las cantidades. Sirva vegetales suaves, cortados en trozos pequeños y bien cocinados para evitar el atragantamiento.
Frutas	1 taza	1-1½ taza	Utilice una taza medidora para verificar las cantidades.
Lácteos	2 tazas	2 tazas	Una taza equivale a: 1 taza de leche o yogur, 43 g de queso natural o 57 g de queso procesado.
Carnes y legumbres 	57 g (2 onzas)	85-113 g (3-4 onzas)	Una onza es equivalente a: 28 g de carnes, aves o pescados, ¼ taza de leguminosas secas cocinadas o 1 huevo.

ABSORCIÓN DE HIERRO INORGÁNICO

El hierro inorgánico por acción del ácido clorhídrico del estómago pasa a su forma reducida, hierro ferroso (Fe^{2+}), que es la forma química soluble capaz de atravesar la membrana de la mucosa intestinal.

Algunas sustancias como el ácido ascórbico, ciertos aminoácidos y azúcares pueden formar quelatos de hierro de bajo peso molecular que facilitan la absorción intestinal de este.

Aunque el hierro puede absorberse a lo largo de todo el intestino, su absorción es más eficiente en el duodeno y la parte alta del yeyuno. La membrana de la mucosa intestinal tiene la facilidad de atrapar el hierro y permitir su paso al interior de la célula, debido a la existencia de un receptor específico en la membrana del borde en cepillo. La apotransferrina del citosol contribuye a aumentar la velocidad y eficiencia de la absorción de hierro.

En el interior del citosol, la ceruloplasmina (endoxidasa I) oxida el hierro ferroso a férrico para que sea captado por la apotransferrina que se transforma en transferrina. El hierro que excede la capacidad de transporte intracelular es depositado como ferritina, de la cual una parte puede ser posteriormente liberada a la circulación.

ABSORCIÓN DE Fe HEMO

Este tipo de hierro atraviesa la membrana celular como una metaloporfirina intacta, una vez que las proteasas endoluminales o de la membrana del enterocito hidrolizan la globina. Los productos de esta degradación son importantes para el mantenimiento del hemo en estado soluble, con lo cual garantizan su disponibilidad para la absorción. En el citosol la hemoxigenasa libera el hierro de la estructura tetrapirrólica y pasa a la sangre como hierro inorgánico, aunque una pequeña parte del hemo puede ser transferido directamente a la sangre portal.

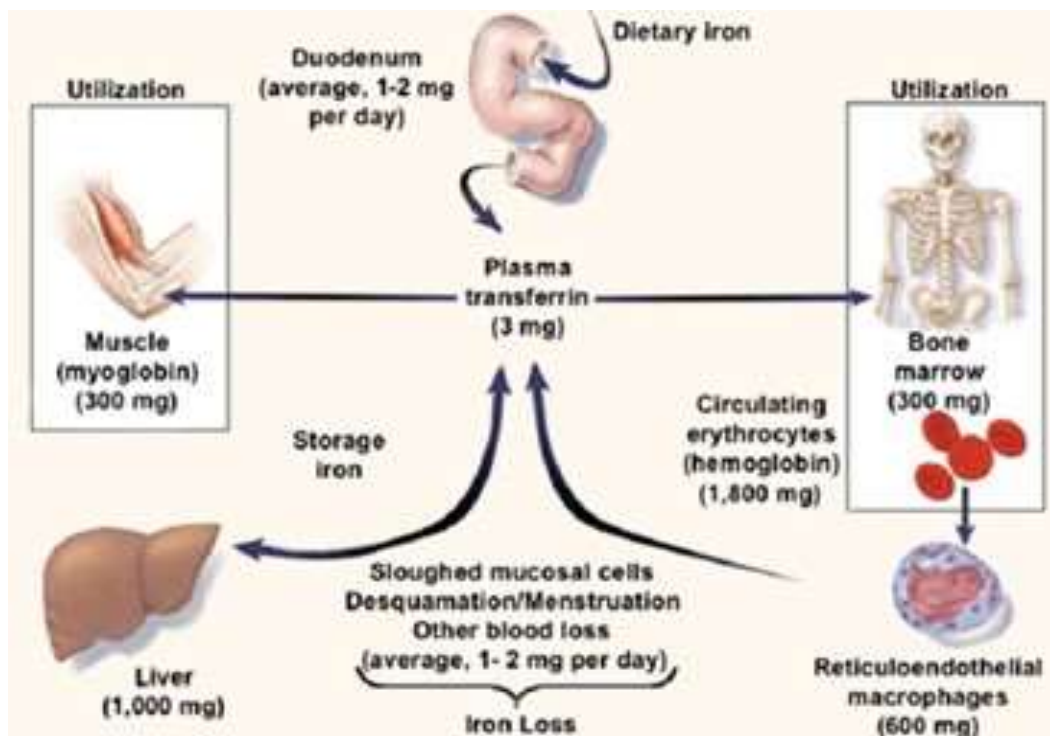
Aunque el hierro hemínico representa una pequeña proporción del hierro total de la dieta, su absorción es mucho mayor (20-30 %) y está menos afectada por los componentes de ésta. No obstante, al igual que la absorción del hierro inorgánico, la absorción del hemo es favorecida por la presencia de carne en la dieta, posiblemente por la contribución de

ciertos aminoácidos y péptidos liberados de la digestión a mantener solubles, y por lo tanto, disponibles para la absorción, ambas formas de hierro dietético. Sin embargo, el ácido ascórbico tiene poco efecto sobre la absorción del hemo, producto de la menor disponibilidad de enlaces de coordinación de este tipo de Fe. Por su parte el calcio disminuye la absorción de ambos tipos de hierro por interferir en la transferencia del metal a partir de la célula mucosa, no así en su entrada a esta.

4.2.4. TRANSPORTE Y CAPTACION CELULAR

El hierro es transportado por la transferrina, que es una glicoproteína de aproximadamente 80 k Da de peso molecular, sintetizada en el hígado, que posee 2 dominios homólogos de unión para el hierro férrico (Fe^{3+}). Esta proteína toma el hierro liberado por los macrófagos producto de la destrucción de los glóbulos rojos o el procedente de la mucosa intestinal, se ocupa de transportarlo y hacerlo disponible a todos los tejidos que lo requieren.

La vida media normal de la molécula de transferrina es de 8 a 10 días, aunque el hierro que transporta tiene un ciclo más rápido, con un recambio de 60 a 90 minutos como promedio.





4.2.5. REQUERIMIENTO FISIOLÓGICOS

Los requerimientos de hierro para el organismo humano, de acuerdo a la OMS, es como se especifica en el cuadro siguiente.

4.2.6.- ALIMENTOS FUENTES DE HIERRO.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO (mg /100g de porción comestible).			
CEREALES	mg/100gr	CARNES Y DERIVADOS	mg/100gr
Cereal integral	12	Morcilla	14
Maíz tostado	6.7	Hígado de cerdo	13
Pan integral	2.5	Hígado de cordero	10
Avena integral	15.9	Hígado de pollo	7.9
LEGUMBRES		Hígado de ternera	5

Soya en grano	8	Riñón de ternera	4
Lentejas	7.1	Pavo	2.5
Garbanzos	6.7	PESCADOS Y MARISCOS	
VERDURAS		Almejas	2.4
Espinacas	4.1	Sardinas en conserva	3.2
Acelgas	3	Caracoles	10.6
Habas	1.7	Langostinos	2
FRUTAS			
Uvas pasas	3.8		
Almendras	4.2		
Ciruelas secas	2.4		
Nueces	2.8		
Cocos frescos 2.1			

4.2.6.1.- VITAMINA C

La vitamina C, es un aporte muy importante para el ser humano, porque interviene en la buena absorción del hierro en el organismo, también previene la oxidación de las vitaminas A y E.

- La vitamina C, antioxidante por excelencia.
- Mejora la salud de la vista, porque previene las cataratas.
- Previene la arterioesclerosis y el colesterol.
- Incrementar cuando hay enfermedades respiratorias.
- En las articulaciones y huesos (ayuda a formar colágeno)
- Ayuda a formar neurotransmisores en la depresión.

4.2.6.1.1.- CONTRIBUCIÓN DE LA VITAMINA C

Los alimentos que contribuyen o aportan vitamina C, son generalmente de alimentos origen vegetal, ya que hasta la actualidad no se reporta, algún alimento de origen animal que contenga dicha vitamina.

La vitamina C es beneficiosa para la salud y protección de contra infecciones respiratorias en las personas, son:

ALIMENTOS QUE CONTIENE VITAMINA C
Kiwi
Pimiento verde y rojo
Tomates
Zumos de guayaba
Zumos de toronja
Naranja
Limón
Mandarina
Fresas
Coles
Coliflor
Espinacas
Papas
Plátano
Mangos
Piña
Manzana
Melón

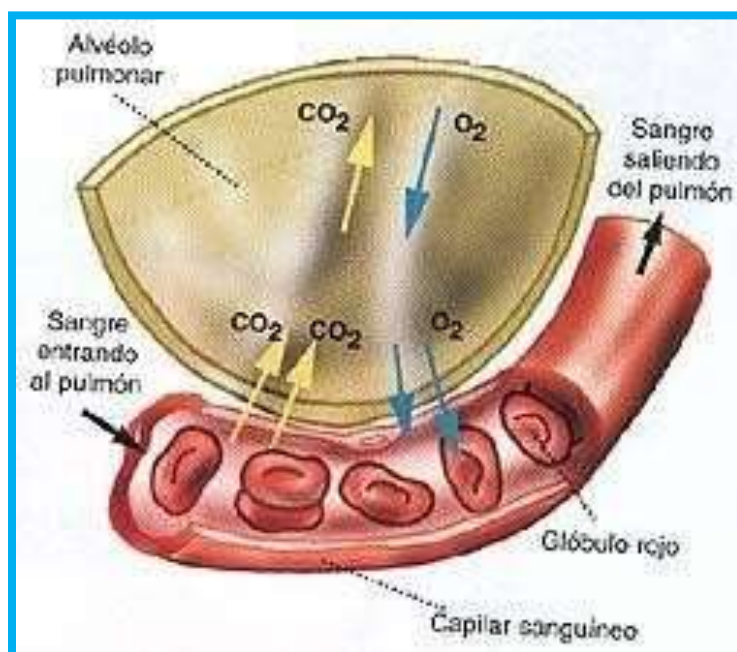
4.2.6.1.2.- RACIONES DIARIAS DE VITAMINA C

Las raciones va fraccionarse de acuerdo a la edad del infante.

EDAD	HOMBRES (MG./DÍA)	MUJERES (MG.DÍA)
7 – 11 meses	20	20
1 – 3 años	20	20
4 – 6 años	30	30
7 – 10 años	45	45
11 – 14 años	70	70
15 – 17 años	100	90
> de 18 años	100	95

4.3. HEMOGLOBINA

Es una proteína globular que contiene hierro y se encuentra en grandes cantidades dentro de los glóbulos rojos y de vital importancia fisiológica, pues se encarga del transporte del oxígeno desde el aparato respiratorio hacia los tejidos periféricos; y del transporte del dióxido de carbono y protones (H+) y de los tejidos periféricos hasta los pulmones para ser excretados.



4.3.1. VALORES DE HEMOGLOBINA

EDAD/SEXO	Valor norma de la hemoglobina (g/dl)	Anemia si la hemoglobina es < de: (g/dl)	Anemia Leve (g/dl)	Anemia Moderada (g/dl)	Anemia Severa (g/dl)
Al nacer (a término)	13.5 – 18.5	13.5 g/dl			
0-3 días	115.1 – 20.0				
1-2 semanas	112.5 – 18.5				
1-6 meses	10.0 – 13.0				
2-6 meses	9.5 – 13.5	9.5 g/dl			

6 meses- 59 meses		-	11.0 g/dl	10.0-10.9 g/dl	7.0 – 7.9 g/dl	< 7.0 g/dl
5 años- 11 años		-	11.5 g/dl	10.0-11.4 g/dl	7.0 – 9.9 g/dl	< 7.0 g/dl
6 años- 12 años		11.5 – 15.5	11.5 g/dl			
12- 14 años		-	12.0 g/dl	10 -11.9	7.0 – 9.9	< 7.0 g/dl
Hombres adultos(>15años)		13.0 – 17.0	13.0 g/dl	12 – 12.9 g/dl	9.0 – 11.9	< 9.0 g/dl
Mujer adulta no embarazadas (>15años)		12.0 – 15.0	12.0 g/dl	10.0 -11.9	7.0 – 9.9	< 7.0
Mujer adulta embarazadas (>15años)	Primer trimestre 0-2 semanas	11.0 – 14.0 g/dl	11.0 g/dl	10.0-10.9 g/dl	7.0- 9.9 g/dl	< 7.0 g/dl
	segundo trimestre	10.5 – 14.0 g/dl	10.5 g/dl			
	tercer trimestre	11.0 – 14.0 g/dl	11.0 g/dl			

Fuente: Norma técnica de Ministerio de salud

4.4. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO





La ferritina.- la ferritina sérica es un reflejo exacto de los depósitos totales de hierro en el organismo después de los seis meses de edad.

La ferritina puede aparecer falsamente elevada, estos casos se dan cuando se presenta infección o inflamación.

La deficiencia de hierro se produce por un balance negativo que compromete la síntesis de hemoglobina y/o hematíes.

Etapas de deficiencia de hierro que termina en anemia.

Normal		Primera Etapa		Segunda Etapa		Tercera Etapa
				Eritropoyesis con deficiencia de		

Reservas adecuadas de Fe	Depresión de los depósitos de Fe	hierro incremento en la concentración receptora de transferrina	Anemia ferropriva
Ferritina > 12 ug/dl Hemoglobina con valores normales	Ferritina < 12 ug/dl Ferropenia latente Hemoglobina con valores normales	Ferropenia sin anemia Hemoglobina con valores normales	Ferropenia latente Hemoglobina con valores debajo de lo normal
Ferropenia sin anemia 	Ferropenia latente  Deplección de Fe.	Ferropenia sin anemia  Eritropoyesis deficiente de Fe.	Anemia por deficiencia de Fe 

4.4.1. CAUSAS

Las principales causas por deficiencia de hierro son:

- ✓ Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de Fe.
- ✓ Ingesta de leche de vaca en menores de 1 año.
- ✓ Disminución de la absorción de Fe, por procesos inflamatorios intestinales.

- ✓ No se cubre los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado (menor de dos años).
- ✓ Pérdida de sangre (enteroparasitosis, gastritis entre otros).
- ✓ Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas.
- ✓ Corte inmediato del cordón umbilical al disminuir la transferencia de Fe durante el parto.

Distinción de las causas comunes de anemia

	Déficit De Fe	Rasgo hereditario de β -talasemia	Inflamación crónica.	Intoxicación por plomo.
Recuento de reticulositos	Bajo	Bajo	Normal	Bajo
ADE	↑		Normal	↓
Ferritina	↓	Normal a	Normal a ↑	↓ a normal
PEL	↑	Normal	↑	↑
Hierro	↓	Normal	↓	↓ a normal
TIBC	↑	Normal	↓	
Electroforesis	Normal	↑ Hb _{a2} o F	Normal	Normal
VSG	Normal	Normal	↑	Normal
Frotis	Hipocronica, células diana, microcitico.	Normocítica, en microcitica	Variable	Punteado basofilo

4.4.2. SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

El cuadro clínico de la anemia ferropénica o por déficit de Fe en los infantes menores de 5 años, se ha asociado con los siguientes:

Cuadro clínico en generales	Fatiga y debilidad crónica. Disminución del apetito (especialmente en infantes), irritabilidad, dificultad para respirar, dolor de cabeza y lengua, frío en miembros inferiores y superiores, uñas débiles y quebradizas, antojos alimentarios inusuales, palidez, dolor en el pecho, color azulado en la parte blanca de los ojos.
Alteraciones digestivas	Lesión inflamatoria de la comisura labial, angular, inflamación de la lengua, entre otros.
Alteración en piel y faneras	Piel y mucosas pálidas y uñas quebradizas.
Alteración de conducta alimentaria	Pica, Geofagia o (pagofagia).
Síntomas cardiopulmonares	Se sienten débiles o cansados más a menudo que de costumbre, o con el ejercicio. Esto generalmente sucede cuando la hemoglobina es < 5g/dl.
Alteraciones inmunológicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ciertas sustancias químicas, drogas y toxinas ➤ Infecciones ➤ Transfusión sanguínea de un donante con un tipo de sangre que no es compatible ➤ Ciertos cánceres
Síntomas neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas de concentración ➤ Si tiene niveles bajos vitamina B12 por un largo tiempo, puede presentar daño al sistema nervioso. Los síntomas pueden abarcar: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Confusión ➤ Depresión ➤ Pérdida del equilibrio ➤ Entumecimiento y hormigueo en las manos y los pies

4.5.- DIAGNÓSTICO

4.5.1.- CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

a. Clínico.

b. Laboratorio.

- ✓ Análisis de sangre.
 - Hematocrito y hemoglobina (para ver el número y cantidad de glóbulos rojos en la sangre).
 - Índices de glóbulos rojos.

4.5.2.- DIAGNOSTICO.

Para observar los niveles de Fe, se realizara los siguientes pasos.

- ✓ Biopsia de médula ósea (rara vez se hace)
- ✓ Capacidad de fijación del hierro (CFH) en la sangre
- ✓ Ferritina sérica
- ✓ Nivel de hierro sérico

Para observar la deficiencia de Fe, se realizara los siguientes pasos.

- ✓ Colonoscopia
- ✓ Examen de sangre oculta en heces
- ✓ Endoscopia de vías digestivas altas

4.5.4.- TRATAMIENTO

Esquemas de terapia con Fe en niños(as) menores de 6 m.		
DOSIS	PRODUCTO A UTILIZAR	TIEMPO
3mg/kg/día	Sulfato ferroso en gotas o' Hierro polimaltosado en gotas	Administrar hasta que la niña o niño comience a consumir alimentos (6 meses).

Esquemas de terapia con MMN y Fe para infantes de 6 a 35 m. con anemia leve y moderado

TIPOS DE ANEMIA		PRODUCTO A ESGRIMIR	TURNO	INFORMACIÓN
ANEMIA LEVE Hb.: 10-10,9 mg		MMN en polvo.	Dar a diario por el lapso de 12 m.	El MMN tiene los siguientes: Fe elemental 12,5mg Vit. A: 300 ug. Vit. C: 30 mg. Zinc 5 mg. Ácido fólico 160 ug.
ANEMIA MODERADA	Hb. 9-9.9 mg	MMN en polvo	Dar a diario por el lapso de 12 m	El MMN tiene los siguientes: Fe elemental 12,5mg Vit. A: 300 ug. Vit. C: 30 mg. Zinc 5 mg. Ácido fólico 160 ug.
	Hb: 7-8.9 mg	MMN en polvo	Dar a diario por el lapso de 12 m	Adicionar una medida suplementaria de 15 a 25 mg de Fe elemental. <ul style="list-style-type: none"> • 15 a 25 gtas de vitriolo de hierro (1mg Fe elemental/gota). • 7 – 12 gotas de Fe polimaltosado (2 mg de hierro elemental/gota). • 5ml-7.5ml (1-1.5 cdta) de sulfato ferroso en jarabe (15mg hierro elemental/cdta 5ml) • 2.5ml (1/2 cdta) de Fe polimaltosado en jarabe (50mg) de hierro elemental/cdta de 5ml.
Cuadro de terapia con Fe en infantes de 6 a 36 m. con anemia leve, moderado, en caso que no se cuente con micronutrientes				
ANEMIA	DOSIS	CANTIDAD A UTILIZARSE		TURNO
ANEMIA LEVE Y ANEMIA MODERADA		sumo 39 gotas de vitriolo de hierro (1mg hierro elemental/gota) sumo 19 gotas de Fe polimaltosado (2mg hierro elemental/gota)		Hasta que la Hb sea > 11g/dl

Cuadro de terapia con Fe en niños y adolescentes - 3 a 17 años con anemia leve moderado			
ANEMIA	DOSIS	CANTIDAD A UTILIZARSE	TURNO
ANEMIA LEVE Y ANEMIA MODERADA	La dosis máxima tolerable en niñas y niños de 3 a 5 años se debe dar 15 mg .de Fe elemental / día. En infantes de 5 años y adolescentes no superar los 30 mg. de Fe elemental / día.	Jarabe vitriolo de hierro : 15 mg. Hierro elemental /5 ml, en contenido de frasco por 180 ml. Jarabe Fe polimaltosado 50 mg. hierro elemental, en contenido 5 ml frasco.	Hasta que la hemoglobina alcance valores normales para la edad.

V.- METODOS O PROCEDIMIENTOS

En este trabajo se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, y se llevó a cabo en la Comunidad Campesina de Quishuarpampa, y se pudo ejecutar, también gracias al apoyo del personal de salud de Huaytará, que labora con ahínco y amor al pueblo.

- ❖ Los infantes, considerados en la población de análisis, pertenecen a la Comunidad Campesina de Quishuarpampa.
- ❖ De la población total, se cogió como muestra de 131 niños.
- ❖ Se tomó como muestra a la población de forma aleatoria simple.
- ❖ Se escogió exclusivamente a las madres que se les dio el consentimiento informado.

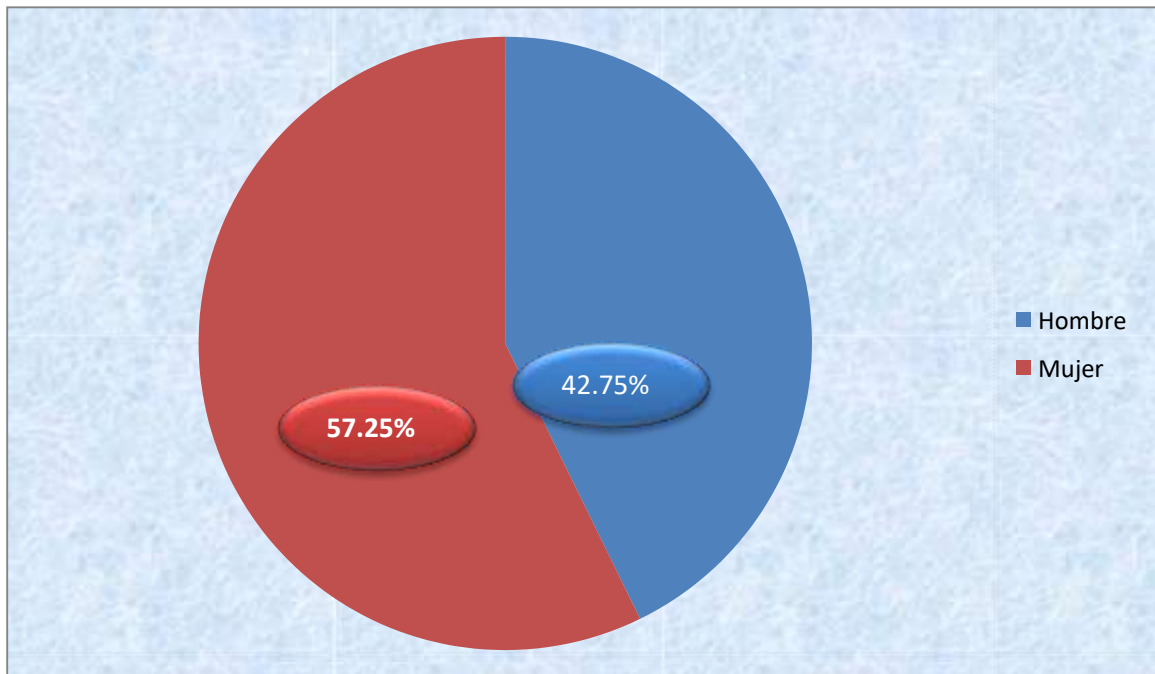
VI.- RESULTADOS

La población participante estuvo constituida por 131 que es el 100 % de la población muestra, de los cuales 36 niños (27.48 %) fueron diagnosticados con anemia ferropénica en los infantes, menores de 5 años como sigue: <1 año 2 (1.52%), 1 año 8 (6.11 %), 2años 8 (6.11 %), 3 años 5 (3.82 %), de 4 años 4 (3.05 %) y de 5 años 9 (6.87 %).

Tabla N° 1:
Sexo de los infantes de la Comunidad campesina Quishuarpampa.

NIÑOS/AS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre.	56	42.75 %
Mujer.	75	57.25 %
Total	131	100 %

Grafico N°1
Sexo de los infantes de la Comunidad campesina Quishuarpampa



Análisis:

De un total de 131 infantes de Quishuarpampa nos permitió conocer que en su mayoría de infantes son mujeres 75 (57.25%) y tan solo un (42.75%) de infantes son varones

Tabla N° 2
Dominio del idioma quechua y español de las madres de la comunidad de Quishuarpampa

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Idioma castellano	73	61.86 %
Idioma quechua.	45	38.14 %
Total.	118	100 %

Gráfico N° 2

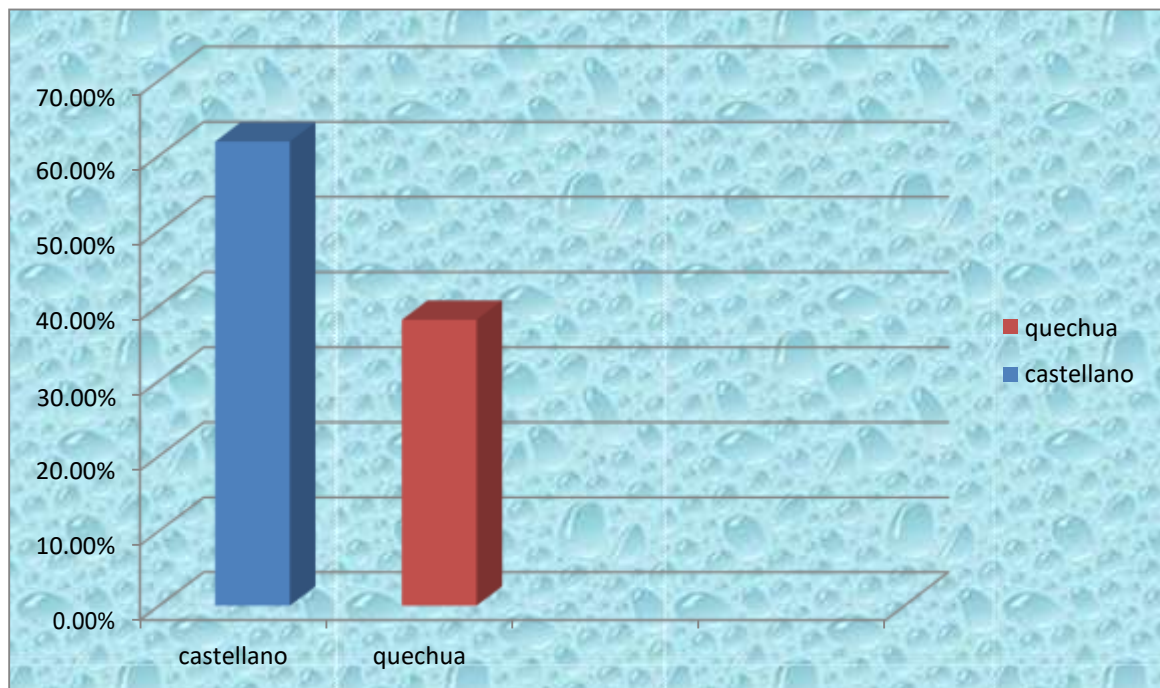


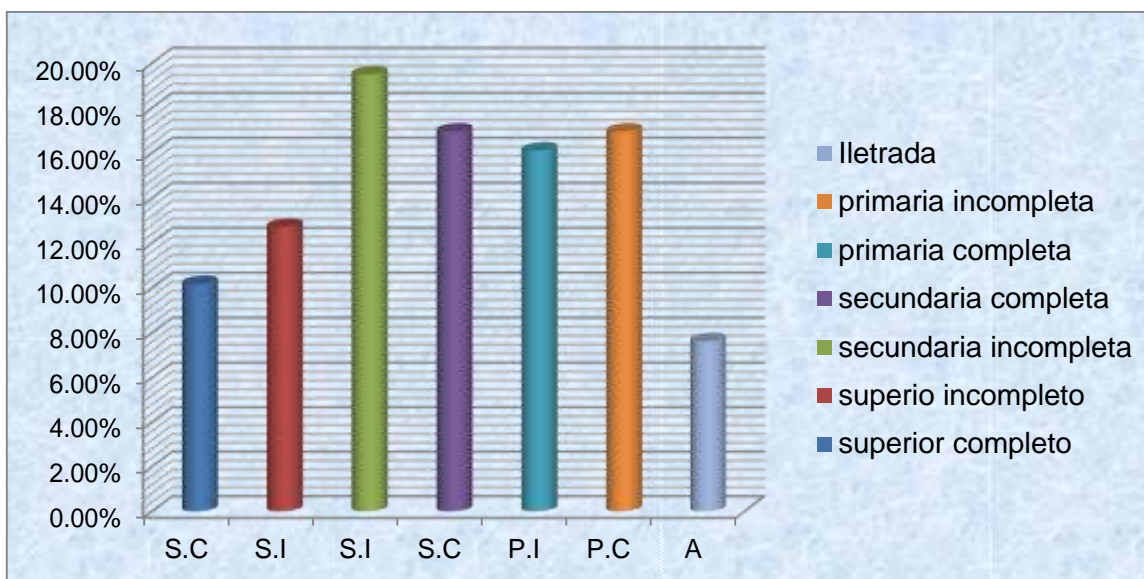
Tabla N° 3:

Nivel de educación de las mamás de Quishuarpampa.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sup. completo	12	10.17 %
Sup. Incompleto.	15	12.71 %
Sec. Completa.	20	16.95 %
Sec. Incompleta.	23	19.49 %
Prim. completa	19	16.10 %
Prim. Incompleta.	20	16.95 %
iletrada	09	07.63 %
Total	118	100%

Grafico N° 3

Nivel de educación de las mamás de la comunidad de Quishuarpampa.



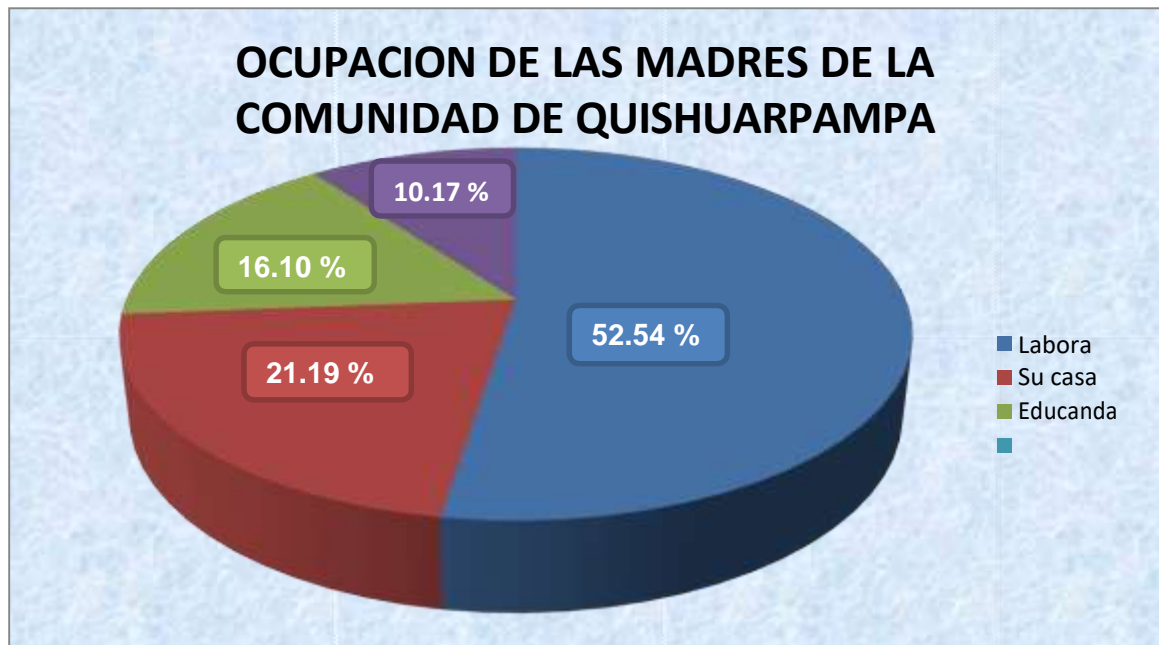
Análisis:

Se sabe que de 118 mamás de Quishuarpampa, tiene sec. Incompleta (19.49 %), secundaria completo (16.95 %), primaria incompleta en un (16.95%), primaria completa (16.10 %), superior incompleto (12.71 %) y superior completo (10.17 %) y (7.63 %) de mamás son incultas o no tiene ningún grado de estudios.

**Lista N° 4:
Labor de las mamás**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Labora.	62	52.54 %
Su casa.	25	21.19 %
Educada.	19	16.10 %
Otros	12	10.17 %
Total	118	100%

**Descriptivo N° 4
Labor de las mamás de la comunidad de Quishuarpampa**



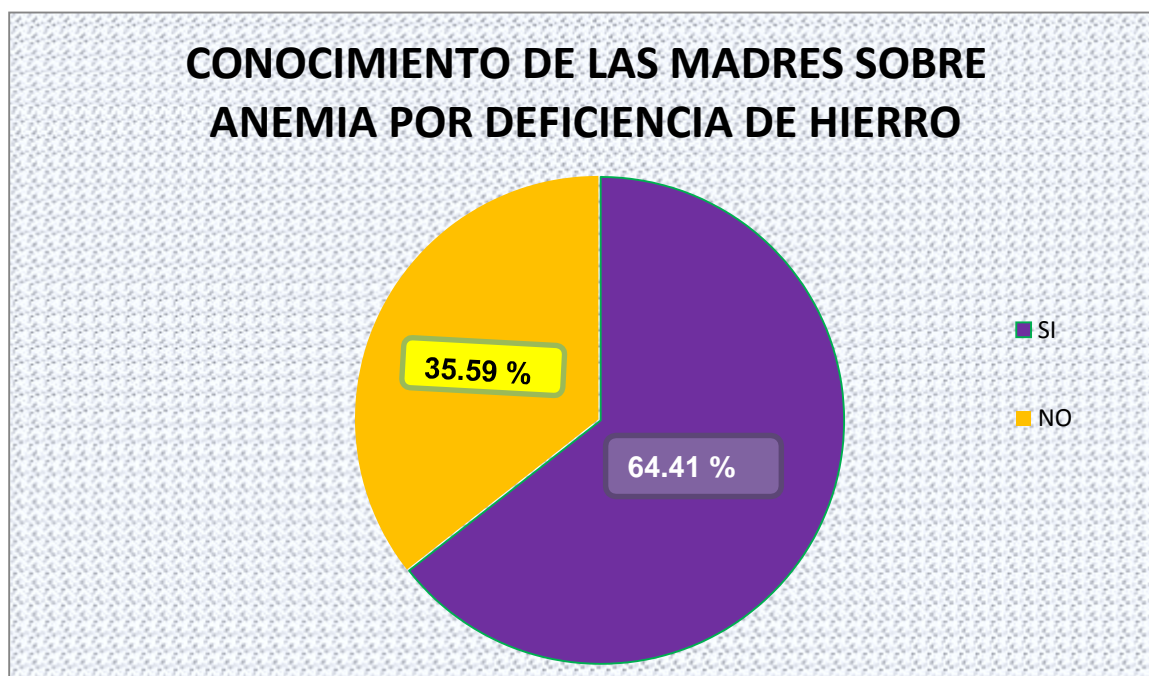
Análisis :

Del grupo de 118 mamás de Quishuarpampa se supo en su mayoría labora en alguna oficio (52.54 %), son ama de casa en un (16.10 %), en un (21.19 %) son estudiantes y hay una mínima de (10.17 %) que se ocupan en otras actividades.

Lista N° 5:

¿Conoce Ud. que es anemia por deficiencia de hierro?		
CONOCE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	76	64.41 %
No	42	35.59 %
Total	118	100%

Grafico N° 5:



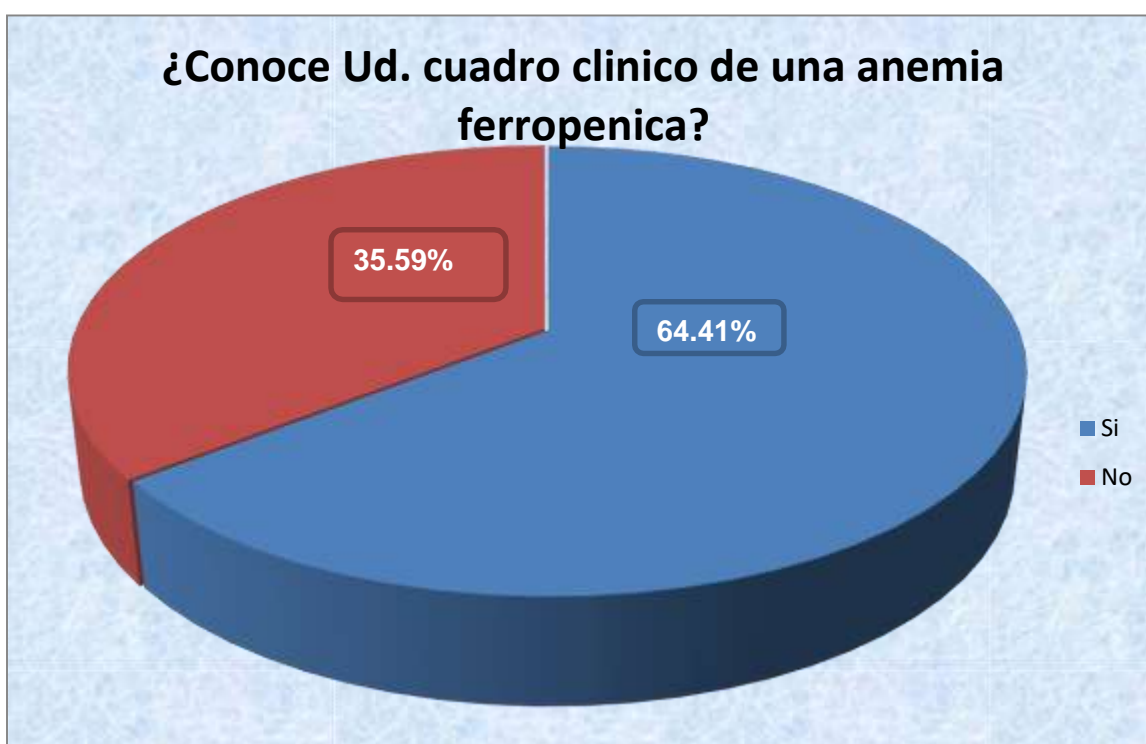
Análisis:

De la muestra de 118 mamás de Quishuarpampa se formuló la pregunta, si conoce que es la anemia ferropénica, se conoció, la mayor parte de madres de familia conocen (64.41 %) y las madres que desconocen del tema son un (35.59 %).

Lista N° 6:

¿Conoce Ud. El cuadro clínico de una anemia ferropénica?		
CONOCE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	76	64.41 %
No	42	35.59 %
Total	118	100%

Grafico N° 6:



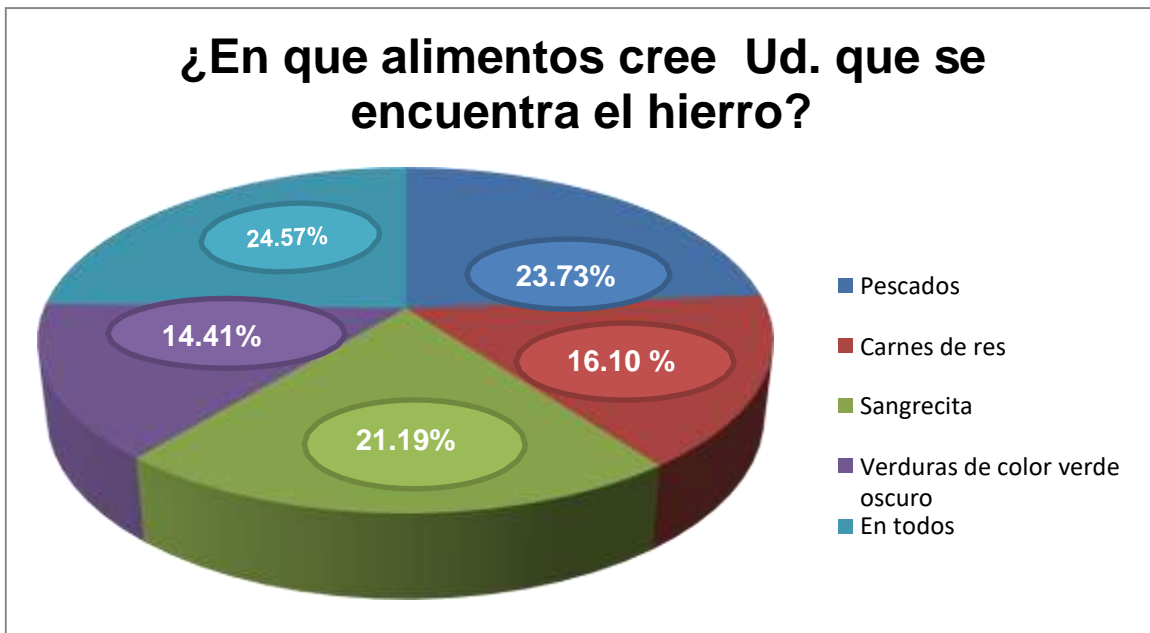
Análisis:

Del grupo de 118 mamás de Quishuarpampa, a la pregunta ¿conoce el cuadro clínico de la anemia por deficiencia de hierro?, la mayor parte conoce del tema (64.41 %) y desconocen los cuadros clínicos (35.59 %).

Lista N°7:

¿Conoce Ud. En que alimentos se encuentra el hierro?		
QUÉ CREE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pescados	28	23.73 %
Carnes de res	19	16.10 %
Sangrecita	25	21.19 %
Verduras de color verde oscuro	17	14.41 %
En todos	29	24.57 %
Total	118	100%

Grafico N° 7:

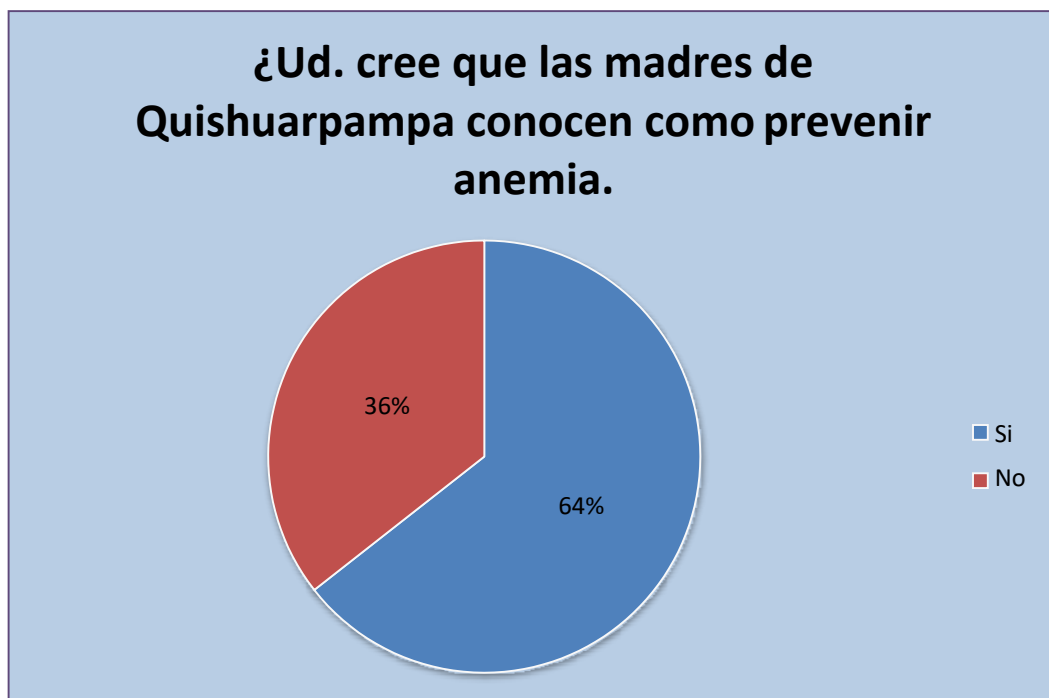


Análisis:

De la muestra o grupo de 118 mamás de Quishuarpampa, se le realizó la interrogante ¿en qué alimentos se encuentra el hierro? Y en su mayoría cree que el hierro se encuentra en todos (24.57 %) (Como en el pescado, carne de res, sangrecita, verduras de color verde oscuro), y el (23.73 %) cree que el hierro se encuentra en el pescado, el (21.19 %) de madres cree que se encuentra en la sangrecita y una cantidad mínima de madres cree que el hierro se encuentra en las verduras verdes oscuras.

Lista N°8:

¿Ud. Cree que Las madres de Quishuarpampa conocen como prevenir anemia?		
QUÉ CREE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	76	64.41 %
No	42	35.59 %
Total	118	100%



Análisis:

Del grupo de 118 mamás de Quishuarpampa, a la pregunta ¿conocen como prevenir anemia por deficiencia de hierro?, la mayor parte conoce y sabe cómo prevenir la anemia (64.41 %) y desconocen algunas como prevenir la anemia (35.59 %). Pero en años anteriores desconocían todos que era un alto porcentaje en la actualidad esta mejorando debido a que se trabaja con las madres en sesiones educativas, en instituciones educativas, con la comunidad también se trabaja para así disminuir el porcentaje de niños con anemia para el año 2021.

a. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

No aplica para este trabajo de investigación.

VII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

a. CONCLUSIONES

1. Se ha llegado a la conclusión que la anemia ferropénica, hoy en día es un problema que aqueja a la población infantil vulnerable y todo ello se evidencia claramente en bajo nivel intelectual de los infantes de la Comunidad campesina Quishuarpampa, se ha podido observar que el alimentación de sus infantes, es a base de productos de la zona como (quinua, trigo, cebada, quiwicha, cañihua, etc.) (14.41%) y se utiliza los alimentos de origen animal como las carnes deshidratadas (charqui de res, ovino, alpaca y otros) (61.02%) y consumen de todo un (24.57 %).
2. La deficiencia de una alimentación balanceada en la olla familiar, es por la falta de conocimiento de las mamás con referencia a los valores nutritivo de los alimentos y la combinación de ellos.
3. Es importante priorizar una alimentación balanceada desde el embarazo de la madre hasta después del parto, para la producción adecuada de la leche materna, para el beneficio del infante y su desarrollo adecuado.
4. Brindar al infante lactancia materna exclusiva, desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses de vida.
5. La anemia ferropénica es un problema latente, que afecta en la actualidad no solo a los infantes como población vulnerable, sino también a la población en general, específicamente en niños y niñas en etapa de desarrollo y para ello se debe de trabajar multisectorialmente en beneficio y desarrollo de la Comunidad Quishuarpampa.
6. Se tiene que priorizar en los establecimiento de salud en realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos y así las madres aprendan a combinar los alimentos de la zona en forma adecuada, según las necesidades nutricionales del infante menor de 5 años, gestantes y la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal y todo ello en beneficio de la población materno infantil.

b. RECOMENDACIONES

1. Realizar sesiones educativas a en el Puesto de salud Quishuarpampa sobre Anemia, en beneficio de la comunidad.
2. Organizar talleres con las instituciones y población en general, para dar a conocer sobre el tema, causas, consecuencias, que esto conlleva en los infantes.
3. Realizar sesiones demostrativas con las madres de niños menores de 5 años, con la participación activa individual y grupal de ellas.
4. Dar a conocer a las madres el valor nutritivo y la importancia de los alimentos de la región en la preparación de los platos para los infantes menores 5 años de la comunidad Quishuarpampa que concurren al P.S. de Quishuarpampa.
5. El las instituciones educativas se debería enfatizar sobre el consumo adecuado de alimentos que el estado provee (Qali Warma), y en caso no tuviera, solicitar dicho apoyo.
6. Concientizar a las madres sobre importancia de la nutrición balanceada para el buen desarrollo del infante.
7. Promocionar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Norma técnica de anemia – N° 028 – 2015 /MINSa.
2. <http://www.minsa.gob.pe/?gob=51-a=15941>
3. Anemia – Wikipedia
4. Hierro Wikipedia- Hemoglobina <http://es.wikipedia.org/wiki/hemoglobina-islá>.
5. Guía técnica N° 001 / 2012 – CENAN – INS.
6. Guía de nutrición y dieta [www.webconsultas.com/Inicio/Dieta y Nutrición>Minerales](http://www.webconsultas.com/Inicio/Dieta_y_Nutricion/Minerales)
7. Libro de guía de Naturasan www.naturasan.net/Inicio/Minerales.
8. Perú – MINSa 2009- implementación de MMN en las regiones más vulnerables.
9. MINSa, INS (2005).
10. OMS (2001), uso clínico de la sangre.
11. INS – anemia en la población infantil del Perú.
12. Red Peruana de alimentación y nutrición (r-pan) 2005.
13. Manual de pediatría hospitalaria Madrid – España 1998.
14. Organización mundial de la salud (OMS)
15. MINSa. Lineamientos de política de promoción de la salud. Lima – Perú, 2005.
16. Patología estructural y funcional – sexta edición (tomo I) _ impreso en España - 1999.
17. Patología estructural y funcional – sexta edición (tomo II) – impreso en España - 1999.
18. Directiva sanitaria N°050 – MINSa/ DGSP – V. 01.
19. Directiva sanitaria N° 005 – 2013. GOB. REG. HVCA / GRDS – DIRESA – DESP-DAIS.
20. Directiva sanitaria N°056 – MINSa /DGSP – V. 01.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

N Y A:	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	HISTORIA CLINICA
--------	---------------------	------	------------------

<p>1) Grado de instrucción de la madre.</p> <p style="padding-left: 40px;">1. Primaria:</p> <p style="padding-left: 80px;">a. Completa.</p> <p style="padding-left: 80px;">b. Incompleta.</p> <p style="padding-left: 40px;">2. Secundaria:</p> <p style="padding-left: 80px;">a. Completa.</p> <p style="padding-left: 80px;">b. Incompleta.</p> <p style="padding-left: 40px;">3. Superior tecnica:</p> <p style="padding-left: 80px;">a. Completa.</p> <p style="padding-left: 80px;">b. Incompleta.</p> <p style="padding-left: 40px;">4. Universitaria:</p> <p style="padding-left: 80px;">a. Completa</p> <p style="padding-left: 80px;">b. Incompleta.</p>	<p>2) Severidad Anemia en lactantes</p> <p>1.- Severa: < a 7 g/dL</p> <p>2.- Moderada de 7 a 9 g/dL</p> <p>3.- Leve: de 9 a menos de 11g/dL</p> <p>4.- > 11g/dL normal</p>
<p>1) Ocupación:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Dependiente.</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Independiente.</p>	<p>¿Qué es la anemia?</p>
<p>1) N° DE HIJOS.</p>	<p>¿Cuáles son los signos y síntomas de anemia?</p>
<p>1) Estado civil:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Soltero.</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Casado.</p> <p style="padding-left: 40px;">c. Separado.</p>	<p>¿Por qué tiene anemia un niño?</p>

ACCIONES REALIZADAS:

SE TRABAJA CON LAS GESTANTES PARA PREVENIR ANEMIA EN EL
RECIEN NACIDO



SESIONES EDUCATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES PARA PREVENIR LA ANEMIA Y LA DESNUTRICION INFANTIL.



SE REALIZO SESIONES EDUCATIVAS A LAS MADRES DE FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE QUISHUARPAMPA SOBRE ALMIENTOS QUE CONTENGAN HIERRO PARA PREVENIR ANEMIA.



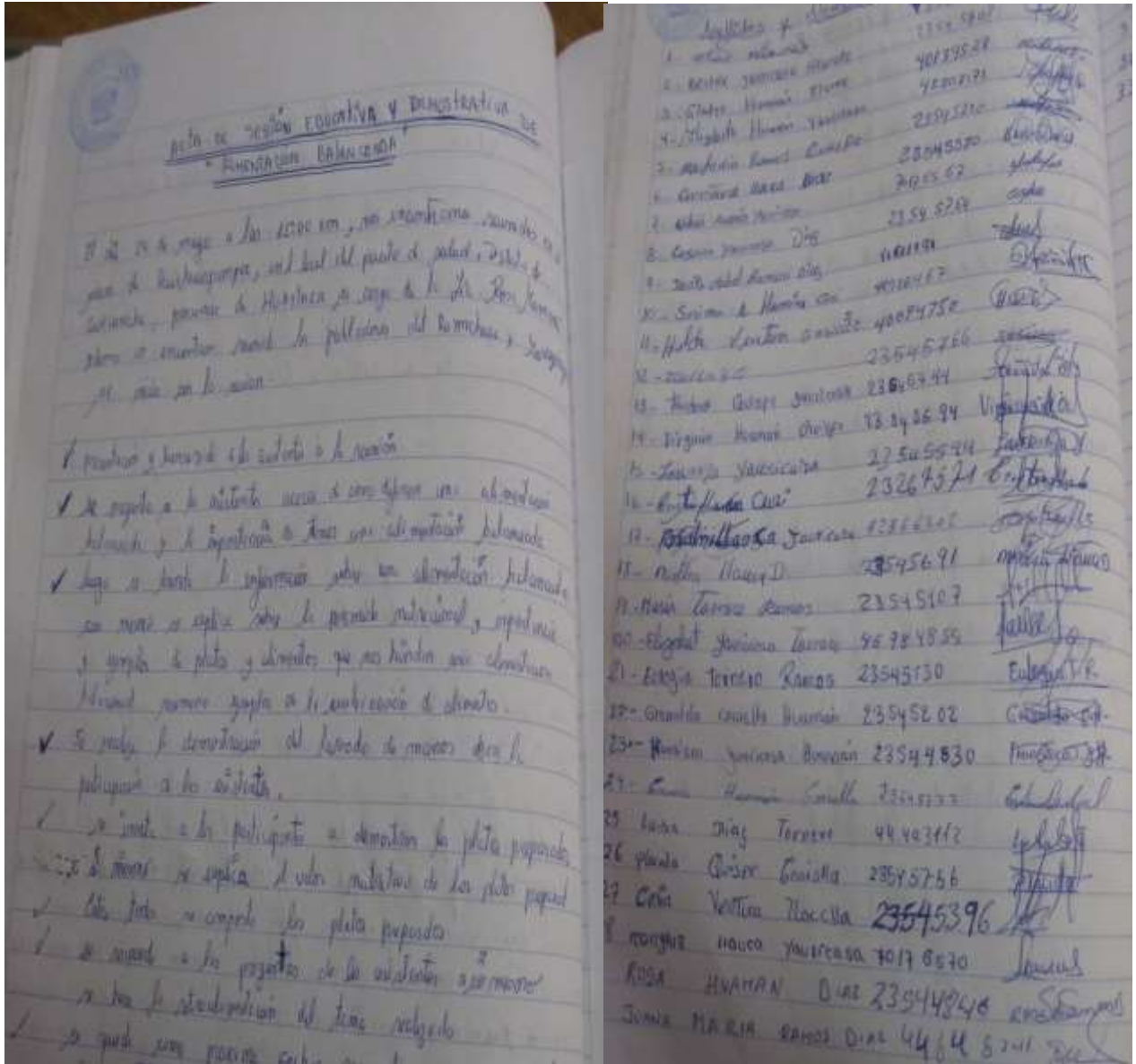
SE REALIZO SESIONES Y ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTES PARA PREVENIR ANEMIA EN LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD DE QISHUARPAMPA.



SE TOMA LAS MUESTRAS DE HEMOGLOBINA EN LOS NIÑOS DE QUISHUARPAMPA.



SESIONES REALIZADAS:



SESIONES EDUCATIVAS

