UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER DEL CANTÓN ZAMORA. AÑO 2015

Tesis Previa a la Obtención del Título de licenciada en Enfermería

AUTORA:

Tatiana Elizabeth Llivizaca

DIRECTORA:

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

ZAMORA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera
DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA SEDE ZAMORA

C E R T I F I C O:

Que la presente tesis titulada **PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER DEL CANTÓN ZAMORA. AÑO,** desarrollada por la señorita **Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa,** ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Zamora, 06 de mayo de 2016

Atentamente,

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa

Firma: _____

Cédula: 1600474223

Fecha: Loja, Mayo del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa, declaro ser autora de la Tesis titulada: **PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER DEL CANTÓN ZAMORA. AÑO 2015** como requisito para optar al Grado de: Licenciada en Enfermería autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de Mayo del dos mil dieciséis firma la autora.

Firma_____
Autora: Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa
Cedula: 1600474223
Dirección: Zamora, Barrio: Benjamin Carrion, Calle Av. Del Ejercito
Correo: tatys_@hotmail.es
Teléfono 0992779014

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

TRIBUNAL DE GRADO:

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez	Presidenta del Tribunal
Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz	Vocal
Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza	Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis se lo dedico primeramente a Dios quien me ha dado salud y fortaleza para seguir adelante con mi carrera universitaria,.

A mis padres Norma Grefa y Kleber Lllivizaca por su confianza, por ayudarme con los recursos necesarios para poder culminar mi carrera universitaria gracias porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mi, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí, Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos solo espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional. Gracias Dios por regalarme a los seres que mas amo, admiro y respeto mis padres.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Nuestro Señor por haber finalizado exitosamente este trabajo de investigación y hacer realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional de Loja por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de estudiar a la vez adquirir conocimientos científicos y prácticos para llegar a tener una profesión.

En forma especial a mi Directora de tesis, licenciada Irsa Flores quien con su esfuerzo, dedicación y sabía enseñanza estuvo guiándome para poder llevar a cabo la realización de este trabajo.

Al ser especial en mi vida Rogger Olaya por su apoyo y comprensión porque me enseño que siempre hay una luz al final del camino.

A mi hijo amado por ser mi motivación, inspiración y mi alegria constante

A mis sobrinos quienes llenan de alegría mi vida.

A mis tios queridos Jorge Llivizaca y Livia Grefa por estar pendientes para que pueda culminar con éxito este proyecto.

A mis hermanos para que vean en mi un ejemplo a seguir.

La Autora

1. TíTULO

PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER DEL CANTÓN ZAMORA. AÑO 2015

2. RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años en el servicio de pediatría del hopital Juluis Doepfner del canton Zamora. año 2015, la metodología utilizada fue de tipo observacional, retroespectivo transversal, descriptivo, bibliográfico, se usó la técnica de observación directa con su instrumento la guía de observación fue aplicada a 91 historias clínicas de niños ingresados en el área de pediatría. Los resultados obtenidos fueron: Que la edad predominante de anemia en niños y niñas fue de menor de un año (lactante menor) con el 53,85%, de prevalencia en el sexo masculino con el 54,95%, de etnia mestiza con el 78,02% y de residencia rural con el 53,85% también se determinó que la prevalencia de anemia fue del 25,28% y que el tipo de anemia más prevalente fue anemia leve con el 42,86%. Dentro de principales causas de anemia fueron estado nutricional con el 74,73% factor perinatal 45,05% y carencia nutritiva con el 27,47%. La autora ejecutó un plan de intervención basado en actividades educativas, capacitaciones al personal de la guardería Lucecitas del Saber y madres de familia, casas abiertas, se promocionó la suplementación con (chispaz).Se concluyó que la prevalencia de anemia es de 25,28% es un dato estadístico relevante, la edad de mayor afectación fueron los niños y niñas menores de un año (lactante menor).

Palabras Claves.*Prevalencia ,Anemia,Niñas y ñiños menores de 5 años. Servicio pediatria*

2.1 SUMMARY

The present study was designed to determine the prevalence of anemia in children under the age of 5 years in the service of pediatrics of hopital Juluis Doepfner The canton Zamora. 2015, the methodology used was observational, retroespectivo descriptive, cross-sectional, bibliografico, we used the technique of direct observation with its instrument the guide of observation was applied to 91 medical histories of children admitted in the area of pediatrics. The results obtained were: that the predominant age of anemia in children and girls was less than one year (infant) with 53.85%, prevalence in males with the 54,95%, ethnicity mestizo with 78.02% and rural residence with 53.85% also found that the prevalence of anemia was 25,28% and that the type of anemia more prevalent was mild anemia with 42.86%. Within main causes of anemia were body mass index with the 74,73%, factor perinatal 45,05% and lack nutritious with the 27,47%.This motivated the author to implement a plan of intervention on the anemia in infants and children under 5 years with the aim of providing theoretical and practical knowledge that contribute to decrease the rate of prevalence of anemia through home visits, open houses, training to the personnel of the crèche lights of knowledge and mothers of families and promote the supplementation with (chispaz), eventually concludes that boys and girls between 1 and 2 years have a higher risk to suffer from anemia caused by poor eating habits and the period of Accelerated growth.

Words Claves.Prevalencia and Anemia, children under 5 years of age.

3. INTRODUCCIÓN

La anemia se define como la concentración de hemoglobina, bajo los límites establecidos, determinados para la edad, sexo y localización geográfica, es un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico. Se estima que en el mundo existen 293 millones de niños menores cinco de años con anemia, que representan alrededor del 47% de niños en países de bajos y medianos ingresos, esta anemia es causada principalmente por deficiencia de hierro y que si bien se ha reducido en los últimos años se mantiene como un importante problema de Salud Pública a nivel mundial. (Huaman, y otros, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que podrían salvarse en el mundo más de 1 millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran a sus hijos con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. A partir de este mes con el comienzo de la lactancia artificial aumenta el riesgo de padecer anemia ferropénica y se debe a varias razones por que se agotan las reservas de hierro en el organismo por el crecimiento acelerado durante el desarrollo las consecuencias negativas de la anemia ferropénica en el desarrollo cognoscitivo y físico de los niños. (Hernández M, Abreu, Diaz, Balsa, & Abelis, s/f).La deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor dimensión en el Ecuador y en las zonas sub urbanas. Se estima que el 70% de niños y niñas menores de un año sufren de anemia, especialmente aquellos y aquellas que viven en-zonas rurales de la sierra en donde las cifras llegan hasta un 84%. Estas cifras demuestran que el Ecuador es uno de los países más afectados por esta situación en comparación con otros países de Latinoamérica.

Donde los niveles de anemia son realmente bajos en comparación a Ecuador (UNICEF Ecuador , 2010.

El Gobierno Nacional del Ecuador, a través del MIES, y su Programa Aliméntate Ecuador en trabajo conjunto y articulado con el MIES -INFA, puso en marcha durante el 2009 el Proyecto Alimentario Nutricional Infantil PANI que es una estrategia integral enfocada en la reducción de las anemias infantiles en niños menores a los 5 años de edad, el mismo que se aplicó, en una primera fase, de manera prioritaria en las cinco provincias de la sierra central más afectadas por este problema de salud: (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar y Cañar). (La Hora Nacional, 2010).

En el servicio de pediatría del Hospital Julius Doepfner se ha evidenciado un alto índice de pacientes menores de cinco años que han ingresado por patologías como EDA, IRA, Desnutrición, fracturas pero al realizar los exámenes complementarios se ha podido evidenciar como diagnóstico adicional a la enfermedad por la que son ingresados algún grado de anemia sin averiguar aspectos adicionales al problema que se detecta más que hacer una tratamiento farmacológico si el caso lo requiere o las recomendaciones nutricionales a los padres. Existen ingresos de pacientes pediátricos con diagnóstico médico de anemia pero con la dificultad que no especifican su tipología, estos antecedentes motivaron a la autora a realizar la presente investigación debido a la importancia de recalcar la necesidad urgente de combatir la anemia no solo como cuidado de segundo lugar sino como un factor de riesgo debido a los daños que se reflejan en un bajo coeficiente intelectual, alteraciones en la memoria, aprendizaje y atención. Por tal motivo es necesario, especialmente en la población pediátrica, un diagnóstico temprano de la enfermedad para así poder aplicar los medios

necesarios y emprender medidas preventivas para disminuir los índices de prevalencia de anemia infantil.

Este estudio es importante por que trata de un problema relacionado a la desnutrición que todabia afecta a las niñas y niños de bajo recursos economicos del sector rural. Es un problema de carencia de nutrientes, lo cual permitira de forma acertada conforme a los resultados planificar y ejecutar acciones de enfermeria.

El propósito del estudio fue contribuir a través de la capacitación e información educar a las madres y padres sobre los pormenores de la enfermedad, la sintomatología para que puedan acudir de forma temprana en busca de ayuda y sobre todo a prevenir mediante una alimentación adecuada en los niños.

La metodología utilizada fue de tipo observacional, retroespectivo transversal, descriptivo, bibliografico, se usó la técnica de observación directa con su instrumento la guia de observación fue aplicada a 91 historias clínicas de niños ingresados en el área de pediatría. Los resultados obtenidos fueron: Que la edad predominante de anemia en niños y niñas fue de menor de un año (lactante menor) con el 53,85%, de prevalencia en el sexo masculino con el 54,95%, de etnia mestiza con el 78,02% y de residencia rural con el 53,85% también se determinó que la prevalencia de anemia fue del 25,28% y que el tipo de anemia más prevalente fue anemia leve con el 42,86%. Dentro de principales causas de anemia fueron estado nutricional con el 74,73% factor perinatal 45,05% y carencia nutritiva con el 27,47%. La autora ejecutó un plan de intervención basado en actividades educativas, capacitaciones al personal de la guardería Lucecitas del Saber y madres de familia, casas abiertas, se promocionó la suplementación con (chispaz).

Se concluyó que la prevalencia de anemia es de 25,28% es un dato estadístico relevante, la edad de mayor afectación fueron los niños y niñas menores de un año (lactante menor).

Los objetivos propuestos para la presente investigación fueron:

Objetivos General

Determinar la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años en el servicio de pediatría del Hospital Julius Doepfner del cantón Zamora.

Objetivos Específicos

Características socio económico y demográfico de las niñas y niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia ingresados en el servicio de pediatría.

Determinar la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años del servicio de pediatría del Hospital Julius Doepfner.

Identificar las principales causas de anemia en las niñas y niños menores de 5 años del servicio de pediatría.

Elaborar un plan de acción de enfermería para disminuir los índices de prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Prevalencia

La prevalencia se define como la frecuencia de una enfermedad o condición existente, durante un lapso definido, tal como un año. Es una proporción que expresa la probabilidad de que un individuo sea un caso en cualquier momento de un determinado periodo de tiempo.

C(to,t)= número de casos incidentes o prevalentes identificados.

N= es el tamaño de la población. Su valor dependerá del tipo de población observada: población transversal, población estable. Medidias de frecuencia y medidas de estudio. (Legionelosis , s.f.)

4.2 Anemia

4.2.1 Definición.

Anemia se define como una reducción de la concentración de la hemoglobina o de la masa global de hematíes en la sangre periférica por debajo de los niveles considerados normales para una determinada edad, sexo y altura sobre el nivel del mar. En la práctica, el diagnóstico de anemia se establece tras la comprobación de la disminución de los niveles de la hemoglobina y/o el hematocrito por debajo de -2 desviaciones estándar (DE): • Hemoglobina (Hb). La concentración de este pigmento eritrocitario se expresa en gramos (g) por 100 mL (dl) de sangre completa. Hematocrito (Hcto). Es la fracción del volumen de la masa eritrocitaria respecto del volumen sanguíneo total. Se expresa como un porcentaje.

Los valores normales de la Hb y del Hcto muestran amplias variaciones fisiológicas en función de la edad, sexo, raza y altura sobre el nivel del mar. (Merino, 2012)

4.2.1.1 Valores Normales de la Hb y Hcto.

Edad: las cifras de Hb son máximas (16,5-18,5 g/dl) en el recién nacido y en los primeros días de vida, pueden descender hasta 9-10 g/dl entre los 2 y 6 meses, se mantienen en cifras de 12-13,5 g/dl entre los 2 y 6 años de edad y llegan a 14-14,5 g/dl en la pubertad.

Sexo: la influencia del sexo en las cifras de Hb se hace evidente al llegar a la pubertad. Ya que las reservas de hierro disminuyen drásticamente En esta edad, la secreción de testosterona induce un incremento de la masa eritrocitaria y, por consiguiente, las cifras normales de Hb son más elevadas en el varón que en la mujer. En los adultos se consideran normales cifras de 13- 16 g/dl en mujeres y 14-17 g/dL en varones (11,15-15,15 y 13,01- 17,13 g/dl, respectivamente.

Raza: en los niños negros pueden observarse cifras normales con aproximadamente 0,5 g/dl menos que en los de raza blanca o asiáticos de nivel socioeconómico similar. Son más propensos a padecer de anemia (Merino, 2012)

4.2.2 Clasificación Fisiología y Morfológica de la Anemia.

4.2.2.1 Clasificación Fisiológica.

4.2.2.2 Anemias Regenerativas.

Se observa una respuesta reticulocitaria elevada, lo cual indica incremento de la regeneración medular, como sucede en las anemias hemolíticas y en las anemias por hemorragia.

4.2.2.3 Anemias no Regenerativas.

Son aquellas que cursan con respuesta reticulocitaria baja y traducen la existencia de una médula ósea hipo/ inactiva. Es decir no hay producción de glóbulos por ende no hay aporte necesario de oxígeno al cuerpo y son más susceptibles a enfermarse En este grupo se encuentran la gran mayoría de las anemias crónicas. Los mecanismos patogénicos en este grupo de entidades son muy variados e incluyen, principalmente, cuatro categorías: a) alteración en la síntesis de hemoglobina; b) alteración de la eritropoyesis; c) anemias secundarias a diversas enfermedades sistémicas; y d) estímulo eritropoyético ajustado a un nivel más bajo. Son las siguientes:

*a) Alteración en la síntesis de hemoglobina***.**

b) La alteración más frecuente en este grupo es la anemia por deficiencia de hierro.

b) Alteración de la eritropoyesis.

La eritropoyesis depende del estímulo adecuado de la médula ósea, de la integridad anatómica y funcional de ésta y de la disposición de los sustratos químicos necesarios para la síntesis de los componentes de los hematíes en los niños el cual permita detectar a tiempo cual tipo de anemia durante su crecimiento y desarrollo.

*c) Anemias secundarias a diversas enfermedades sistémicas***.**

*d) Estímulo eritropoyético ajustado a un nivel más bajo***.**

En este último grupo, se incluyen las anemias crónicas regenerativas secundarias que afecta a las niñas y niños menores de 5 años provocando a una alteración y disminución en el estímulo eritropoyético en que el nivel de

hemoglobina se ajusta a un nivel metabólico más bajo, como se observa en el hipotiroidismo, en la desnutrición grave y en la hipofunción de la hipófisis anterior

4.2.3 Anemia Morfológica.

4.2.3.1 Anemia Microcítica Hipocrómica.

(VCM<70 fl). En este grupo se encuentra la anemia por deficiencia de hierro, las talasemias, y las que acompañan a las infecciones crónicas.

4.2.3.2 Anemia Macrocítica Normocrómica.

(VCM >100 fl). Incluye a la anemia megaloblástica, ya sea secundaria a deficiencia de ácido fólico o vitamina B12.

4.2.3.3 Anemia Normocítica Normocrómica.

Una causa característica es la anemia secundaria a hemorragia aguda. En estos casos, los tres índices eritrocitarios mencionados se encuentran dentro de los valores normales.

4.2.4 Clasificación Según la Forma de Instauración.

4.2.4.1 Anemias Agudas y Crónicas.

En la anemia aguda, los valores de Hb y hematíes descienden en forma brusca por debajo de los niveles normales. Esta forma de anemia se presenta en dos situaciones bien definidas: hemorragia y por un aumento en la destrucción de los hematíes (hemólisis). La anemia crónica se instala de forma lenta y progresiva y es la forma de presentación de diversas enfermedades que inducen insuficiencia en la producción de hematíes por la médula ósea o limitación en la síntesis de la hemoglobina de carácter hereditario o adquirido. Los cuales se pueden presentar durante su crecimiento y desarrollo

La causa más frecuente de anemia crónica en nuestro medio globalmente

Considerada, es la patología digestiva. Esto explica que, con frecuencia, los pacientes con anemia sean remitidos al especialista de aparato digestivo para su estudio y tratamiento. En este sentido, la anemia crónica, excepto cuando acontece en el contexto de situaciones muy concretas, se debe investigar siempre porque puede ser causada por enfermedades potencialmente graves. Enfermedades digestivas cursan con anemia que repercuten muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes, pediátricos durante su crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.

Cuadro N1

morfología anemia Microcítica	**Tipos de anemia** Anemias ferropénicas, Talasemias, Enfermedad Crónica(Infección, cáncer, inflamación, enfermedad renal		
Anemias normocrómicas	Disminución de la producción	Anemia aplásica, adquirida/ congénita Aplasia eritroide pura. Síndrome de Diamond Blackfan, eritoblastenia transitoria. Sustitución de la medula ósea: leucemia, tumores y enfermedades de depósito, osteopetrosis. Mielofibrosis	
	Hemorragia		
	Secuestro		
	Hemolisis	Alteración intrínseca de los hematíes	Hemoglobinopatías Enzimopatias Trastornos de la membrana Esferocitosis hereditaria
		Alteración extrínsecas de los hematíes	Inmunitarias Toxinas Infecciones Microangiopaticas , CD Síndrome hemolítico urémico
Anemias macrocíticas	déficit de ácido fólico, vitamina B12 , hipotiroidismo		

Tipos de Anemia

(Merino, 2012)

4.2.5 Epidemiología.

La deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor dimensión en el Ecuador. Se estima que el 70% de niños y niñas menores de un año sufren de anemia, especialmente aquellos y aquellas que viven en zonas rurales de la sierra en donde las cifras llegan hasta un 84%. Estas cifras demuestran que el Ecuador es uno de los países más afectados por esta situación en comparación con otros países de Latinoamérica. (Unicef Ecuador , 2010).

Además, la prevalencia de anemia en niños menores de 2 años supera el 50% en los países en desarrollo. Asimismo, la OMS estima que 390 millones de niños menores de 12 años sufren de anemia por deficiencia de hierro en países con escaso desarrollo y 20 millones en las naciones ricas. En el caso de Honduras, se reporta deficiencia de hierro en el 60% de lactantes, y 30% de ellos presenta algún grado de anemia por deficiencia de hierro, siendo los más afectados los menores de 1 año. Se estima que 600 millones de niñas y niños menores de edad preescolar y escolar sufren anemia en todo el mundo, y se supone que al menos la mitad de estos casos pueden atribuirse a la carencia de hierro en niños esto puede ser por los niveles económicos y la falta de los servicios básicos. Carencia de conocimientos de los padres de familia y personal responsable de su cuidado sobre los alimentos que proporcionan hierro mal manejo de los alimentos durante su preparación y consumo, los niños son particularmente vulnerables a la anemia debido a sus mayores necesidades de hierro en los periodos de rápido crecimiento y debido al consumo de agua en malas condiciones en donde las

necesidades de hierro son acelerados especialmente durante los primeros cinco años de vida. La anemia en niños se ha relacionado con el aumento de la morbilidad en la infancia, y deficiencia en el desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar, peso y talla baja

(Organización Mudial de la Salud, 2011.)

Requerimientos aumentados: en ausencia de enfermedad, la necesidad de hierro en el hombre adulto varía muy poco; sin embargo, durante los periodos de lactancia, la niñez y la adolescencia, así como en la mujer desde la menarquia hasta la menopausia y sobre todo en el embarazo, los requerimientos de hierro son mayores.

Absorción defectuosa: se puede ver en gran variedad de trastornos tales como anaclorhidria, síndrome de malabsorción intestinal y resecciones gástricas. Por la pérdida sanguínea.

4.2.6 Etiología.

Cuadro N2

Principales Causas de Anemia en Menores.

I. Disminución de aportes	II. Aumento de requerimientos
a) Perinatal Ferropenia o enfermedad materna Embarazo múltiple Prematuridad RNBP b)Carencia nutritiva Lactancia materna exclusiva >6meses Fórmulas no fortificadas Leche vaca entera Dietas desequilibradas Vegetarianos Bajo nivel económico	a) Períodos de crecimiento acelerados en lactantes y niños b) Infecciones c) Enfermedades crónicas a) Embarazo Transfusión feto materna Transfusión feto-fetal Hemorragia útero-placentaria b)Perinatal Ligadura precoz del cordón Exanguinotrasnfusión Hemorragia umbilical Extracciones múltiples

a) Disminución de absorción GI Enfermedad celíaca Enteropatía alérgica Parasitosis intestinal Fármacos Alteración del transporte o metabolismo del hierro	

(Pérez López, y otros, 2011.)

4.2.7 Fisiopatología.

4.2.7.1 Hipoxia Tisular Progresiva.

Déficit progresivo de las enzimas tisulares.

Funciones y metabolismo del sistema neuromuscular.- Disminución capacidad laboral y tolerancia al ejercicio, disminución lactato sérico y Mioglobina, astenia.

Tejido epitelial. Atrofia de piel y mucosas, uñas, estomatitis angular, glositis, afectación hipo faringe y esófago (disfagia), gastritis, aclorhidria. Aparato cardiovascular. Taquicardia, soplo sistólico funcional, arritmias, insuficiencia cardiaca.

4.2.7.2 Sistema Nervioso Central.

Disminución de la capacidad cognoscitiva y del aprendizaje, atención dispersa y limitada. Disminución de la memoria, del trabajo y capacidad intelectual, trastornos de conducta, irritabilidad, cefaleas, alteración metabolismo catecolaminas centrales. Hipertensión endocraneana, edema de papila, pseudotumor cerebral.

4.2.7.3 Metabolismo Basal.

Disminución. Imposibilidad de mantener la tº en ambientes fríos. Otras manifestaciones. Esplenomegalia (10 % de los casos), déficit de la resistencia a las infecciones, pica (ingestión de tierra), alteraciones óseas. (Donato , Rossi , & Schavartzman, 2009)

- *Ferropenia latente*: se inicia el vaciamiento de los depósitos férricos del SRE, primero en hígado y bazo y, después, en médula ósea, de curso asintomático.
- *Ferropenia sin anemia:* aumenta el déficit de Fe, con mayor afectación de los datos analíticos bioquímicos, aunque sin afectación del hemograma, y

aparición de sintomatología atribuible al déficit de las enzimas tisulares que contienen Fe, pero sin clínica de anemia.

- *Anemia ferropénica:* mayor afectación de las anomalías previas y alteraciones hematológicas propias, así como sintomatología de anemia. Los síntomas iniciales de la carencia férrica afectan fundamentalmente a las funciones cerebral, digestiva e inmunológica, mejorando todas ellas cuando se corrige la FP. Algunas de las manifestaciones clínicas, sobre todo las relacionadas con el SNC, guardan relación con la función del Fe en determinadas reacciones enzimáticas, como las llevadas a cabo por la monoaminooxidasa, las catalasas, las peroxidasas y los citocromos. Algunos de los efectos a largo plazo sobre el sistema nerviosos central, en ocasiones persistentes incluso tras la corrección de la deficiencia de Fe, y sugeridos.

Por estudios experimentales en animales, tendrían relación con alteraciones en el neurometabolismo, la mielinización y la función de los neurotransmisores durante la etapa de desarrollo cerebral. Una de las consecuencias, entre otras alteraciones neurobiológicas, sería la disminución en la velocidad de conducción visual y auditiva. La fisiopatología derivada de la disminución de hemoglobina es común a otras anemias. (Pérez López, y otros, 2011).

4.2.8 Factores de Riesgo.

Entre los factores de riesgo se determinan:

4.2.8.1 Factores de Riesgo Perinatales.

Prematuros.

Recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional.

Gestaciones múltiples.

Ferropenia materna grave durante la gestación.

Hemorragias útero placentarias.

Hemorragias neonatales o múltiples

Extracciones sanguíneas.

4.2.8.2 Factores de Riesgo Entre el Mes y los 12 Meses de Edad.

Lactancia materna exclusiva por encima de los 6 meses.

Alimentación con fórmula no suplementada con hierro, más allá de los 6meses.

Lactantes que después de los 6 meses reciben lactancia materna e ingieren escasas cantidades de alimentos ricos en hierro (menos de 2 veces al día de carne y cereales enriquecidos en hierro). Implementación de alimentos antes de los 6 meses de edad.

Introducción de leche de vaca entera/de soja o de cabra antes de los 12 meses. Bajo nivel socioeconómico.

4.2.8.3 Factores de Riesgo a Partir del Año de Edad.

Alimentación incorrecta (exceso de grasa, carbohidratos y elevado consumo de lácteos: más de 600 ml de leche de vaca al día / ingesta escasa de carne magra, fruta, vegetales verdes y legumbres).Diversas enfermedades que producen: malabsorción intestinal, malnutrición, infecciones frecuentes, hemorragias frecuentes o profusas.

Ingesta de medicamentos que interfieran con la absorción de hierro (consumo prolongado de AINES o corticoides vía oral).

Riesgo de intoxicación por plomo

4.2.9 Cuadro Clínico.

El síndrome anémico lo forman un conjunto de signos y síntomas que ponen de manifiesto la disminución de la hemoglobina y el desarrollo de mecanismos de compensación. Se clasifican en 7 grandes grupos:

Palidez

Astenia

Disnea

Fatiga muscular

Uñas quebradizas

4.2.9.1 Manifestaciones Cardiocirculatorios.

Taquicardia

Palpitaciones

Soplo sistólico funcional

4.2.9.2 Trastornos Neurológicos.

Alteraciones de la visión

Cefaleas Alteraciones de la conducta Insomnio. (Amaicela , 2011.)

4.2.10 Medios de Diagnóstico.

4.2.10.1 Examen Físico.

La deficiencia de hierro puede provocar alteraciones a casi todos los sistemas del organismo. La palidez cutáneo-mucosa es el signo principal; también se puede observar: retardo del desarrollo pondoestatural, esplenomegalia leve,

telangiectasias, alteración de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas. Además, se ha asociado a la anemia ferropénica con el espasmo del sollozo y con elevada predisposición a desarrollar accidente cerebrovascular isquémico, aunque estas asociaciones no han sido aun plenamente establecidas.

4.2.10.2 Estudios de Laboratorio.

Hemograma: - Hemoglobina y hematócrito: disminuidos

Recuento de reticulocitos: normal. Si está aumentado, investigar pérdidas por hemorragia o posibilidad de otro diagnóstico.

Recuento de plaquetas: normal o elevado.

Recuento leucocitario: normal.

Índices hematimétricos.

Valores de Hematocrito

Volumen Corpuscular Medio (VCM): Disminuido. Los valores normales durante la infancia son variables y distintos a los del adulto, por lo que para definir microcitosis deben tomarse como referencia los valores normales

Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM), disminuida.

Amplitud de Distribución Eritrocitaria (ADE): elevada

4.2.10.3 Pruebas que Evalúan el Estado del Hierro.

Hierro del compartimiento funcional: ›Ferremia: Disminuida. ›Capacidad total de saturación de hierro (CTSH): Aumentada. ›Porcentaje de saturación de la transferrina: Disminuido. ›Protoporfirina libre eritrocitaria: Aumentada. ›Receptores solubles de transferrina: Aumentados. - Hierro del compartimiento de depósito: ›Ferritina sérica: Disminuida. Hemosiderina en médula ósea: Disminuida/Ausente.

4.2.10.4 Prueba Terapéutica.

Consiste en administrar sulfato ferroso a dosis terapéuticas (3-6 mg/ kg/día) y evaluar la respuesta eritropoyetina. La positividad de la prueba puede establecerse por un pico reticulocitario a los 5-10 días o un aumento de hemoglobina ≥1 g/dl a los 30 días, niveles de sangre hematocrito hemoglobina (Donato , Rossi , & Schavartzman, 2009)

4.2.11 Tratamiento.

El tratamiento debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria. En algunos casos puede ser necesaria una transfusión de glóbulos rojos sedimentados.

Corrección de la causa primaria Administración de la dieta adecuada, tratamiento de las parasitosis, control del reflujo gastroesofágico, manejo del síndrome de malabsorción, control de pérdidas ocultas.

4.2.11.1 Médico Farmacológico.

4.2.11.2 Tratamiento con Hierro.

Puede administrarse indistintamente por vía oral o parenteral, ya que la eficacia y el ritmo de ascenso de la hemoglobina son similares.

Vía oral: Es de elección. La dosis (calculada en miligramos de hierro elemental) es 3-6 mg/kg/día, fraccionada en 1-3 tomas diarias. El preparado de elección es el sulfato ferroso, que debe administrarse alejado de las comidas –media hora antes o dos horas después– pues muchos alimentos disminuyen la absorción de hierro hasta un 40-50% Cuando la intolerancia al sulfato impida realizar el tratamiento, debe intentarse con otros preparados; de ellos, el que mejor tolerancia presenta es el hierro poli maltosa. El tiempo de administración es

variable: una vez alcanzados valores normales de hemoglobina y hematocrito debe continuarse, a igual dosis, durante un tiempo similar al que fue necesario para alcanzar la normalización. Esta prolongación del tratamiento sirve para reponer depósitos de hierro. Las complicaciones habituales son: intolerancia digestiva (náuseas, constipación, diarrea, vómitos, dolor abdominal) y coloración negruzca de dientes (reversible con la suspensión del tratamiento).

Vía parenteral: Se utilizará en casos de intolerancia digestiva grave al hierro oral, patología digestiva que contraindique la vía oral, o presunción firme de tratamiento oral insuficiente o inadecuado. La dosis total a administrar, para corregir la anemia y reponer los depósitos. De hierro perdidos durante su crecimiento y desarrollo.

La cantidad total de miligramos de hierro resultante deberá fraccionarse en dosis que no excedan de 1,5 mg/kg/día, a administrarse cada 2-3 días. Por ejemplo, en un niño de 10 kg con hemoglobina de 9 g/dl y volemia de 690 ml: (12,0 g/dl-9,0 g/dl)/100 x 690 ml x 3,4 x 1,5= 105,6 mg de hierro. La cantidad total se deberá administrar en 7 dosis de 15 mg. El preparado recomendado para administración intramuscular es el hierro sorbitol; para administración endovenosa se puede utilizar hierro sacarato o hierro gluconato. La indicación de hierro parenteral deberá ser dada por el médico hematólogo.

4.2.11.3 Profilaxis

<u>Las dosis a administrar son:</u>

- En recién nacidos de término:

1 mg/kg/ día, comenzando antes del 4o mes de vida.

- En recién nacidos pre término

(1.500-2.500 g): 2 mg/kg/día, comenzando antes del 2o mes de vida.

- En recién nacidos pre término de muy bajo peso

(750-1.500 g): 3-4 mg/kg/día, comenzando durante el primer mes de vida.

- En recién nacidos pre término de peso extremadamente bajo. Pérez López, y otros, 2011.

4.2.11.4 Dietético.

4.2.11.5 Suplementos de Hierro.

Si se toman suplementos de hierro, es recomendable ingerirlos:

Entre comidas, ya que la absorción aumenta cuando el estómago está vacío.

Acompañados de zumo de naranja, porque la vitamina C favorece la conservación del hierro e incrementa la absorción.

4.2.11.6 Hierro de Origen Animal o Vegetal.

El hierro que ingerimos a través de la alimentación puede ser de origen animal (hemo) o vegetal (no hemo). El tipo de hierro que mejor se absorbe es el de origen animal que contienen las carnes rojas, el pavo, el conejo, hígado, el pescado (sardina, pescadilla, lubina, rape), los crustáceos (almejas, chirlas, berberechos, mejillones) y la yema de huevo.

Los alimentos de origen vegetal ricos en hierro son las verduras de hoja: espinacas, acelgas, lombarda, perejil, y las legumbres. Dentro de los frutos secos, los más ricos en hierro son los pistachos y las pipas de girasol. Este hierro de origen vegetal se absorbe en poca cantidad porque los vegetales contienen sustancias que lo dificultan: el ácido fítico (presente en lentejas, garbanzos y

cereales integrales), el ácido oxálico (contenido en espinacas, acelgas, coles, espárragos y chocolate), los taninos (se hallan en el té, el café y los vinos).

4.2.11.7 Consejos Prácticos.

- Combinar en un mismo plato una carne o pescado con un alimento vegetal rico en hierro.
- Implementar a la dieta jugos de naranja para una mejor absorción de hierro.
- Añadir perejil y limón exprimido a los aliños de las verduras, las carnes y el pescado.
- Tomar de postre frutas frescas cítricas (naranja, mandarina, kiwi, fresa) o zumos de cítricos recién exprimidos.
- Reducir la ingesta de café, té, vino y vinagre.
- No abusar del consumo de pan integral, salvado y cereales integrales. Limitar el uso de suplementos de fibra
- Realizar una dieta variada en la que no falte cualquier tipo de carne (especialmente ternera y cordero), almejas, mejillones, legumbres, frutos secos y verduras de hoja verde.
- Separar el aporte de lácteos (leche, yogur, queso) de las comidas principales ricas en hierro.
- Favorecer el consumo de alimentos enriquecidos en hierro, como los cereales de desayuno. (Fundación española del corazón , s/f)

4.2.11.8 Acciones de Enfermería.

Este plan incluye: - Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, orientado a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos y sociales y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía II de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC y desarrollo de los resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados . Las actuaciones se deberán seleccionar e individualizar en cada paciente de acuerdo con su situación de salud y la respuesta humana ante la misma. Es importante la valoración continúa del/de la paciente y su seguimiento para asegurar la continuidad de los cuidados. El plan de cuidados deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos. (Armijos, Morales, Nieto, Peréz, & Romero, s/F)

Como:

• Educar al paciente acerca de su patología.

• Suministrar oxigeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.

• Administración de medicamentos como:

• Ácido fólico

• Sulfato ferroso

• Vitamina v 12

• Explicar los efectos adversos de estos como en el caso específico del sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un negro.

• Vigilar el peso corporal diario.

• Vigilar la ingesta de líquidos administrados y eliminados

• Cuidados con la piel.

• Cuidados con la transfusión de sangre si es necesaria.

Finalmente un diagnóstico de enfermería para esta patología es:

Dx: Intolerancia A La Actividad Física

R/C: déficit de aporte de oxígeno a los tejidos.

M/P: Fatiga ya que al reducir los niveles de hemoglobina no hay adecuado aporte de oxígeno. (Marcela, s/f).

4.3 Niñas y Niños Menores de 5 Años

Un niño es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida. En su sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño: desde que es un lactante recién nacido hasta el pre adolescencia, pasando por la etapa de infante o bebé y la niñez media. En el mundo las niñas y niños tienen derechos y obligaciones, ser respetados y escuchados. (Definición de, 2008.)

Todos los niños y niñas tienen derecho al mejor comienzo posible y al mayor apoyo de su familia, el Estado y la sociedad, para desarrollar su máximo potencial. En Ecuador, invertir en la primera infancia, significa haber comprendido que el éxito temprano de niñas y niños, sin distingo alguno, afianza una revolución centrada en el desarrollo integral del ser humano y por consiguiente de la sociedad en su conjunto y ser un aporte para la sociedad en general .

4.3.1 Características.

Como primera característica del desarrollo físico del niño o niña en esta primera infancia, podemos decir que el mismo sigue o se rige por tres leyes universales: ley o principio céfalo caudal, según la cual el desarrollo se va sucediendo en un avance desde la cabeza a los pies; la ley próximo distal, que regula el desarrollo en la dirección de lo más “cercano a lo más distante”, desde lo más próximo al eje corporal a lo más alejado. La ley general_ especifico, se controlan antes los movimientos globales y amplios que los específicos.

El desarrollo físico y psicomotor ocurre siguiendo una secuencia previamente ordenada y establecida, aunque hay grandes diferencias individuales en cuanto a la edad en que ocurren algunos episodios cruciales del desarrollo.

Desarrollo mental o cognitivo.

Haciendo un seguimiento a los estudios de Piaget, en su teoría interaccionista el niño/a evoluciona en su desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia a través de cuatro etapas: la sesoriomotora (desde el nacimiento a los 2 años); la pre operacional (de los 2 a los 7 años); la operacional concreta (de los 7 a los 11 años) y la operacional formal (desde los 12 en adelante). En los cuales cada da etapa es el resultado de la interacción de factores hereditarios y ambientales y

resulta distinta de las demás personas desde el punto de vista cualitativo. Siendo de vital importancia estimular a los bebes a temprana edad para desarrollar ciertas habilidades (Ministerio de inclusión Economia y Social , 2013.)

4.4 Servicio de Pediatría

El servicio de pediatría brinda atencion a sus pacientes desde los 28 días de nacido hasta los 14 años 11 meses, utilizando avances de la madicina moderna, el cual se dedica al estudio del niño sano como enfermo del mismo modo cuenta con equipo profesional con entrenamiento especifico en el manejo de niños. Estos profesionales son respaldados por enfermeras y auxiliaes de enfermeria para brindar una atencion integral y con calidad humana, dentro de las patologías mas

frecuentes. Neumonia ,bronquioliti,gastroenteritis y asma.

El servicio de pediatria cuenta con 12 camas disponibles para los niños entre un mes de edad hasta los 15 años y con persoanal altamente capacitado medicos residentes,especialistas, personal de enfermeria y auxiliar, los cuales brindan una atención de calidad y calidez humana.

La Pediatría y sus Áreas Específicas es una especialidad vertical, diferenciada e individualizada en España desde el siglo XIX. Mantenida su personalidad y diferenciación desde los inicios del sistema MIR de formación especializada.

En el cual se trata de brindar una atención especializada y de forma humanaa todos los pacientes pediátricos.

Es una medicina cuyas peculiaridades van ligadas a las propias del sujeto de su atención que por sus características antropológicas, biológicas, anatómicas, psicológicas y sociales, reactivas, adaptativas y asistenciales, requieren de

especiales procederes preventivos de diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y reinserción familiar, escolar y social.

Es una medicina total y completa: Total en los objetivos, en el contenido, en las actividades y en la población atendida (desde la concepción hasta el final del período de crecimiento y desarrollo).

Las dos grandes áreas: a) Área Clínica. b) Área de Pediatría Social y Salud Pública están capacitadas para poder atender urgencias médicas que se presenten en el paciente pediátrico (Servicio Pediatría, 2015)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Materiales

Equipos de oficina

Pendrive

Computadora

Impresora

Cámara fotográfica

Materiales de escritorio

Esferos

Marcadores

Corrector

Resma de papel

5.2 Métodos

5.2.1 Localización del Área de Estudio.

La presente investigación se realizó en el servicio de Pediatría del hospital Julius Doepfner ubicado en las calles Sevilla de Oro entre Francisco de Orellana y Pio Jaramillo Alvarado del cantón Zamora perteneciente a la Provincia de Zamora Chinchipe ubicada en la zona sur de la Región Amazónica Ecuatoriana, limitando al norte con Morona Santiago, al sur y al este con Perú y al oeste con Loja y parte del Azuay.

La población de Zamora Chinchipe, está constituida por grupos de indígenas, como los Shuaras, que han conservado su cultura a través de los tiempos, al igual

que los otros pueblos orientales y para su administración, se divide en ocho cantones, la Centinela del Cóndor, Chinchipe, Nangaritza, Palanda, El Pangui, Yacuambi, Yanzatza, Zamora. Cuenta con nueve parroquias urbanas y veintidós rurales.

El servicio de pediatría cuenta con 12 camas disponibles para los niños entre un mes de edad hasta los 15 años. Laboratorio, rayos x. Cuenta con un stop de medicación en caso de urgencias médicas. Además de personal alta mente capacitado en cada una de sus especialidades. Como encargada del área de pediatría esta la licenciada en enfermería Miriam Pineda. 3 Personal auxiliar. Médicos en general. Brindando así una atención de calidad y calidez humana.

Hospital Julius Doepfner

Grafico 1. Ubicación del Hospital Julius Doepfner

5.2.2 Técnicas, Instrumentos y Materiales.

5.2.2.1 Metodología del Objetivo 1.

Para el cumplimiento del primer objetivo que fue características socio económico demográfico de las niñas y niños menores de 5 años del servicio de pediatría la autora aplicó la técnica de observación directa con su instrumento la guía de observación por medio de la revisión de las historias clínicas, para conocer la edad, etnia, sexo, residencia, luego la información fue analizada y procesada con la ayuda de programas como Excel y Word obteniendo las conclusiones debidas.

5.2.2.2 Metodología del Objetivo 2.

Para efectuar el segundo objetivo que es determinar la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años la autora utilizó la técnica de la observación directa con su instrumento la guía de observación a través de la revisión de historias clínicas para conocer el número total de niñas y niños que fueron diagnosticados con anemia en los meses de Enero a Junio del 2015, posteriormente con la recolección de los datos se aplicó la fórmula de prevalencia, luego toda la información fue procesada con la ayuda de paquetes informáticos, para sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

5.2.2.3 Metodología del Objetivo 3.

Para el cumplimiento del tercer objetivo que es identificar las principales causas de la anemia en las niñas y niños menores de 5 años se utilizó la misma técnica de observación directa con su instrumento la guía de observación a través de la revisión de historias clínicas posterior mente se recolecto información de las causas

Predominantes de la anemia luego toda la información fue procesada con la ayuda de paquetes informáticos

5.2.2.4 Metodología Del Objetivo 4.

Para dar cumplimiento al objetivo 4 la autora elaboró un plan de acción de enfermería para disminuir los índices de prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años, a través de la ejecución de un plan educativo mediante la realización de visitas domiciliarias, casas abiertas con información sobre la anemia, tipos de anemia, cuadro clínico, tratamiento preventivo, consumo de alimentos de la zona ricos en hierro además de la preparación de papillas y purés además se realizó la promoción de suplementos alimenticios proporcionados por el MSP como son las (chispas, hierro), del mismo modo la autora motivó e informó a las madres sobre la necesidad de realizar a los menores de cincos años el control médico en forma semestral y además se realizó la entrega de trípticos informativos.

5.2.3 Población y Muestra.

5.2.3.1 Población.

La población determinada para el presente estudio estuvo conformada de 360 niños y niñas menores de 5 años que presentaron diagnóstico de anemia

N = 91 niñas y niños.

5.2.3.2 Muestra.

Para determinar la muestra del estudio se tomó toda la población de estudio por ser pequeña.

N= 91

6. RESULTADOS

6.1 Características socio económico y demográfico de las niñas y niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia ingresados en el servicio de pediatría

Tabla 1

Edad

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Lactante menor de un año	49	53,85
Lactante mayor 1 a 2 años	30	32,97
Preescolar de 3 a 5 años	12	13.19
TOTAL	**91**	**100**

Interpretación

De los 91 pacientes que ingresaron al servicio de pediatría del Hospital Julios Doepfner, se han identificado 49 lactantes menores equivalentes al 53,85 %, seguido de 30 niños con el 32,97% que corresponden a lactante mayor y por último en menor cantidad se han identificado a 12 niños en edad preescolar de 3 a 5 años con un porcentaje del 13,19%.

Análisis

En la tabla se pudo determinar que existe un alto porcentaje de niños diagnosticados con anemia que pertenecen al rango de menor de un año denominado lactante menor con el 53,85% la causas de este problema pueden ser de origen multifactoriales como es la baja ingestión de alimentos con fuentes inadecuadas de hierro, lactancia materna no exclusiva, incorporación de

alimentos antes de los 6 meses de edad, alimentos con poco aporte nutricional síndrome de mala absorción, infecciones recurrentes fundamental mente tracto gastrointestinal y parasitosis que ocasionan deficiencia de hierro. En las niñas y niños menores de 5 años provocando falta de concentración al realizar ciertas actividades peso y talla baja durante su crecimiento y desarrollo

Tabla 2

Género

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	54,95
Femenino	41	45,05
TOTAL	**91**	**100**

Interpretacion

En la tabla sobre el género se ha identificado a 50 niños de sexo masculino con un porcentaje de 54,95% seguido de 41 pacientes del sexo femenino corresondientes al 45,05%

Analisis

En el servicio de pediatria del Hospital Julius Doepfner se ha evidenciado un alto indice de pacientes menores de cinco años con anemia perteneciente al sexo masculino con 54,95% este resultado no define la afectacion por sexo ya que esta enfermedad no distingue su afectación en el hombre o mujer, sin embargo se puede presentar deficit de hierro por el desarrollo y crecimiento acelerado los cuale disminuye las reservas de hierro almacenados antes del nacimiento

Tabla 3

Grupo Cultural

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	71	78,02
Shuar	13	7,69
Indígena	7	14,29
TOTAL	**91**	**100**

Interpretación

En el grupo cultural se identificó a 71 pacientes pediátricos atendidos en el servicio de pediatría del hospital Julius Doepfner los cuales pertenecen a la etnia mestiza con el 78,02% seguido de la etnia shuar con 13 pacientes que corresponden al 7,69% y en menor cantidad se pudo identificar a 7 niños indígenas con un equivalente del 14,29%.

Análisis

Con respecto al grupo cultural se pudo determinar que la mayor parte de los pacientes pediátricos atendidos en el servicio de pediatría son mestizos con un total de 71 pacientes y un porcentaje del 78,02% debido a diferentes causas como el nivel socio económico la mala manipulación de los alimentos e ingesta, las nuevas costumbres alimentarias como el consumo de víveres que no facilitan la absorción de nutrientes esenciales para un buen crecimiento y desarrollo, incorporación de alimentos con alto contenido de grasa saturada que no aportan los nutrientes

Necesarios para poder reducir los índices de anemia en las niñas y niños

Tabla 4

Residencia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Rural	49	53,85
Urbana	42	46,15
TOTAL	**91**	**100**

Interpretación

Se determinó que la mayoría de los niños menores de 5 años con anemia son 49 niños que pertenecen a las zonas rurales con el 53,85% a diferencia de 42 pediátricos que son de la zona urbana con el 46,15%.

Análisis

Mediante el estudio realizado en el servicio de pediatría del Hospital Julius Doepfner se pudo determinar un alto índice de pacientes que viven en zonas rurales con el 53,85%% el incremento de anemia en niños(as) se ve más afectado en países sub desarrollados como en zonas suburbanas del Ecuador así como también el consumo inadecuado de productos con alto porcentaje de hierro, servicios básicos, pobreza e implementos para prevenir la deficiencia de hierro en los niños menores de 5 años. Consumo de agua directamente de la llave, Implementación de alimentos de fácil preparación a la vida diaria disminuyen la posibilidad de fomentar una alimentación saludable, controles periódicos del niño durante su crecimiento y desarrollo. Poder detectar a tiempo y tomar las medidas necesarias, y combatir las enfermedades que se presenten, informar sobre las

posibles consecuencias que puede presentar un niño con diagnóstico de anemia. Fomentar el consumo de alimentos con alto contenido nutritivo, manipulación y preparación de alimentos en buen estado que proporciones los nutrientes necesarios para el consumo.

6.2 Prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años del servicio de pediatría del Hospital Julius Doepfner

Tabla 5

Prevalencia anemia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Niños con diagnóstico de anemia.	91	25.28
Niños ingresados por otras patologias	269	74.72
TOTAL	**360**	**100**

Fórmula de prevalencia

$$P = \frac{\text{Número de casos de anemia}}{\text{Población de niños que ingresaron a pediatría en los meses de enero a julio del 2015}} \times 100$$

$$\frac{P=91}{360} \times 100$$

P= 25.28%

Interpretación

En la tabla se identificó 91 niñas y niños con diagnóstico de anemia con el 25,28% a diferencia de 269 pediátricos ingresados al hospital Julius Doepfner del servicio de pediatría por diferentes patologías con el 74,72%.

Análisis

Con relación sobre prevalencia de anemia existe el 74,72% de pacientes pediátricos ingresados al servicio de pediatría del hospital Julius Doepfner por diferentes patologías. Los cuales se pueden presentar en la etapa de crecimiento en las niñas y niños menores de 5 años. Enfermedades como EDA, IRA y anemia son unas de las principales causas que se diagnostican en el servicio de pediatría además la presente patología alcanza las primeras causas de morbilidad. Causando un millón de muertes al año, según estudios realizados por el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología estima que la anemia en el Ecuador está ubicado en el tercer puesto con el 39% de la población afectada por lo que es considerado un problema de salud pública generalizada en varios lugares de la provincia y a nivel mundial con una prevalencia del 51,3% en las provincias es más evidente el problema por la falta de consumo de alimentos ricos en hierro mal manejo de los alimentos antes de su consumo los cuales no aportan los nutrientes necesarios para crecer y desarrollarse adecuadamente.

Tabla 6

Diagnóstico

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
Anemia sin espeficación	29	31,87
Anemia leve	39	42,86
Anemia moderada	15	16,48
Anemia ferropenica	2	2,20
Anemia macrocitica hipocromica	2	2,20
Anemia drepanocitica moderada	1	1,10
Anemia del lactante	2	2,20
Anemia severa	1	1,10
Total	**91**	100

Interpretación

De los 91 pacientes atendidos en el área de pediatría 39 fueron diagnosticados con anemia leve con un porcentaje del 42,86%, mientras que se identificó en segundo lugar a 29 niños con anemia con un porcentaje de 31,87%, a diferencia de 15 pacientes que presentaron anemia moderada equivalente a 16,48%, en cambio 2 niños fueron detectados con anemia ferropénica que corresponde al 2,20%, del mismo modo 2 fueron diagnosticados con anemia macrocítica hipo crómica equivalente al 2,20, de modo similar se identificó a 2 pacientes con anemia del lactante que representan a un 2.20% sin embargo 1 fue

detectado con anemia drepanocítica moderada con un porcentaje del 1,10%, y por ultimo con 1 paciente que presento anemia severa con un equivalente del 1,10%.

Análisis

El 42.86% de los niños menores de 5 años fueron diagnosticados con anemia leve los cuales presentaron una hemoglobina mayor de 10g/dl, esto se debe a una ingestión inadecuada, mala manipulación de los alimentos, en ocasiones por parásitos que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal, enfermedades agudas o crónicas que ocasionan disminución de los valores de hemoglobina en el niño. Interrupción de la lactancia materna. Y la falta de volumen en el sistema circulatorio, con disminución de la concentración de hemoglobina. El feto va acumulando hierro sobre todo en el tercer trimestre vida para los cuales le permitirán tener un buen crecimiento especial mente durante los primeros años de vida, perdida sanguínea durante el embarazo

6.3 Causas de anemia en las niñas y niños menores de cinco años del servicio de pediatría

Tabla 7

Causas de anemia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Factor perinatal mutiltiparidad	41	45,05
Carencia nutritiva	25	27,47
Estado nutricional	19	20,88

Interpretación

En la tabla sobre causas de anemia el factor perinatal se presentó en 41 pediátricos con el 45,05% seguido de carencia nutritiva 25 que representan el 27,47%, final mente el estado nutricional con 19 y un porcentaje del 20,88%

Análisis

Mediante la tabla sobre causas de anemia el factor perinatal tiene un total de 41 mujeres multíparas con un porcentaje del 45,05 % por tal motivo las mujeres son consideradas de alto riesgo por el alto requerimiento de hierro durante su embarazo donde ninguna otra situación genera tanta demanda de hierro, globalmente la deficiencia de hierro y la anemia por deficiencia de hierro son los trastornos de deficiencia nutricional más prevalentes en las mujeres de edad reproductiva El Recién Nacido la deficiencia de hierro puede tener consecuencias serias para el desarrollo de las funciones cerebrales. Incrementa la prevalencia de nacimientos prematuros y la frecuencia de peso bajo al nacer, así como la mortalidad perinatal,

de los pediátricos.

Tabla 10

Carencia nutritiva

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
No lactancia materna exclusiva hasta > 6 meses	20	21,98
Desnutrición	19	20,88
Nivel socioeconómico	2	2,20
Micronutrientes	64	70,33

Interpretación

En la tabla sobre carencia nutritiva se pudo evidenciar a 20 pediátricos con el 89,01% que no fueron alimentados con lactancia materna exclusiva > 6 meses, seguido de 19 que presentaron desnutrición con el 20,88% y en mínimo porcentaje 2 de bajo nivel económico que representan el 2,20%.

Análisis

Se presentaron 20 pediátricos que no fueron alimentados con leche materna exclusiva > 6 con el 89,01%, frente a la lactancia materna es que no tiene propiedades inmunológicas. Su digestión es más pesada y los bebés suelen sufrir más cólicos de gases o estreñimiento por tal motivo aumentan las posibilidades que los niños sean más propenso a contraer enfermedades, la leche materna es una suspensión acuosa de nutrientes, células, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas, enzimas, que ejercen una compleja interrelación entre la madre y su bebé. , la madre produce el calostro una sustancia acuosa y amarillenta rica en minerales y vitaminas A, E, K y B12. Es muy fácil de digerir y cumple una acción laxante que ayuda a eliminar las heces producidas en el intestino del niño durante la gestación. Está compuesto de leucocitos y anticuerpos encargados de proteger al bebé de posibles infecciones intestinales y respiratorias y cubrir las necesidades de hierro, evitando la anemia ferropénica hasta que su sistema inmunológico se desarrolle .Esta suspensión no es uniforme sino que tiene una composición variable. La leche materna es la primera comida natural para los lactantes, aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, fomentando el desarrollo sensorial y cognitivo. Los cuales le permitirán desarrollarse de una manera adecuada permitiendo un rápido crecimiento y maduración del sistema nervioso.

Tabla 8

Factor Perinatal

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Multípara	41	45,05
Primigesta	18	19,78
Prematuridad	2	2,20
no presentan	30	32,97
TOTAL	**91**	**100**

Interpretación

En la tabla perinatal se identificaron a 41 multíparas con el 45,05% seguido de las primigestas con 18 pacientes con el 19,78% y en mínima cantidad tenemos a 2 prematuros con el 2,20%., 30 pacientes de los cuales no se obtuvo información con el 32,97%.

Análisis

Mediante la tabla se pudo identificar a 41 multíparas con el 45,05% .Durante el embarazo existe un aumento fisiológico drástico en los requerimientos de hierro. Ninguna otra situación fisiológica durante la vida genera tantas demandas en el suministro de hierro. El requerimiento promedio durante toda la gestación es aproximadamente 4,4 mg/ día. Por tal motivo las madres multíparas son consideradas de alto riesgo. La deficiencia de hierro y la anemia poseen consecuencias severas en las mujeres gestantes, estando asociadas con una menor capacidad para trabajar, fatiga, debilidad y disturbios psíquicos,

condiciones que en su totalidad afectan la calidad de vida tanto a nivel físico como psíquico.

Tabla 11

Enfermedades crónicas

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Crónicas Leucemia	1	1,10
No presentan	90	98,90
TOTAL	**91**	**100**

Interpretación

De acuerdo a tabla 1 paciente presento enfermedades crónicas con el 1,67%

Análisis

Mediante los resultados obtenidos 1 paciente presento enfermedades crónicas con el 1,67%. La anemia es uno de los signos más comunes encontrado en pacientes con enfermedades crónicas, inflamatorias y neoplásicas; esta suele ser un indicador del grado de actividad de la enfermedad. El término anemia de los procesos crónicos se refiere a un síndrome que involucra el crecimiento acelerado de las células las cuales pueden propagarse rápidamente a otras partes del cuerpo ocasionando disminución de los valores de hemoglobina, y produce el acortamiento de la vida media de los glóbulos rojos y blancos ocasionando que sea propenso a sufrir otro tipo de enfermedades durante su crecimiento y desarrollo por ende las infecciones serán más frecuentes ya que no combaten bien como los glóbulos blancos, de los cuales el sistema inmune produce anticuerpos anormales que atacan a las células sanguíneas normales a lo que se

denomina autoinmunidad, lo que puede derivar bajo recuento sanguíneo. Ocasionando anemia en los niños

Menores de 5 años.

6.4 Plan de acción de enfermería para disminuir los índices de prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años

La autora realizó.

Actividades educativas
Casas abiertas
Visitas domiciliarias

Plan Educativo

Tema: Zamora sin anemia.

Grupo dirigido:
Madres y padres de familia de los niños menores de 5 años, niños del CIVB Lucecitas del Saber.

Objetivo:

Realizar actividades educactivas a los padres y madres de familia de niños menores de cinco años sobre la anemia ,medidas de prevención , factores descencadenantes y complicaciones, con el propósito de mejorar el nivel de conocimiento sobre esta patologia y contribuir a disminuir los casos de anemia.

Definición Anemia.

Se denomina anemia a la falta de hemoglobina o de glóbulos rojos en el cuerpo. La hemoglobina es la proteína rica en hierro presente en los glóbulos rojos que permite el transporte de oxígeno a los tejidos.

Fechas: 18 de marzo del 2016 hasta 30/03/2016

Cronograma General De Actividades.

Fecha	Actividades	Técnicas	Recursos Materiales
18/03/2016	. Capacitación Prevención de la Anemia. Promoción alimentos de la zona ricos en hierro. Entrega de vitamina C.	Conferencia Talleres nutricionales	Trípticos Carteles Esferos Listado a asistencia Cámara fotográfica Frutas
23/03/2016	Promoción prevención de la anemia	Casa abierta	Trípticos Diapositivas Esferos Listado a asistencia Cámara fotográfica Frutas
25/03/2016 30/03/2016	Capacitación sobre: prevención de la Anemia Preparación de papillas ricas en hierro. Promoción alimentos de la zona ricos en hierro.	Talleres de nutrición Talleres	Trípticos Esferos Listado a asistencia Cámara fotográfica Frutas

7. DISCUSIÓN

La anemia es considerada un problema de salud mundial que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico, siendo más afectados los niños ya que pueden presentar problemas en el crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la edad el grupo etario que sobre sale fue el lactante menor de 1 año con un total de 49 pediátricos que corresponde al 53,85% datos parecidos se encontraron con el estudio realizado por Cajamarca ,en la ciudad de Cuenca en el año 2015 , sobre Características de la anemia en los niños entre los 6 y 59 meses que acuden al centro de salud de Biblian durante el periodo 2012- 2013 determinó que existe un alto número de niños de 6 a 23 meses con anemia de los cuales 75 pediátricos representan un porcentaje del 90.4%, es diferente la cantidad estudiada pero existe semejanza con respecto a la edad más afectada, esto se debe ya que los bebés nacen con hierro almacenado en sus cuerpos pero que conforme van creciendo rápidamente necesitan absorber más cantidad de hierro cada día la misma que en muchas ocasiones no es suplementada adecamente ya se por la por la integración de fórmulas a temprana edad.

De acuerdo al género se encontró que el predominante fue el masculino con un total de 50 niños que corresponde al 54,95% haciendo un análisis comparativo con el estudio realizado por Artieda y Ortiz ,en la ciudad de Ibarra en el año 2011, sobre Prevalencia de anemia ferropénica y consumo de alimentos fuentes de hierro en los niños escolares especiales de la ciudad de Ibarra, en el periodo de Enero a Noviembre del 2010 determino que el 7% de los pacientes con anemia son de sexo masculino, dato que relacionándolo con la investigación presente es diferente en la cantidad encontrada ya que notablemente la población más

afectada fueron los menores de 5 años esto en muchas ocasiones se debe a la falta de acceso a una alimentación adecuada, problemas durante el embarazo, la interrupción de la leche materna exclusiva , el corte temprano del cordón umbilical y el inicio tardío de la alimentación complementaria, pueden afectar tanto a niños(a), menores de cinco años.

Con respecto al grupo cultural se determinó que 71 niños y niñas pediátricos son mestizos con el 78,02% representando un alto porcentaje de anemia dato que se relacionada según estudios realizados por ENSANUT,en el año 2013 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) sobre situación nutricional de la población del Ecuador donde se determinó que existe un alto porcentaje de niños indígenas con el 41.6% con anemia. Haciendo un análisis comparativo se puede determinar que existe una diferencia en cuanto al grupo cultural más predisponente ya que estudios realizados a nivel nacional determinan que la población más afectada son indígenas por el bajo nivel económico, y costumbres que hacen que sean más propensos a padecer de anemia, ya sea por el nivel económico o por los malos hábitos alimenticios, mala manipulación de alimentos y la falta de servicios básicos y poca higiene al consumir los alimentos.

En cuanto a la residencia se determinó que 49 niños con el 53,85% presentaron un alto porcentaje de anemia en las zonas rurales datos parecidos se encontraron con el estudio realizado por Román Morillo, y otros,en el año 2015 Instituto nacional de salud en Perú, sobre Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte el cual determino que existe mayor porcentaje de niños entre los 6 a 59 meses que viven en zonas rurales con el 39.8% son más predisponentes a sufrir a anemia, haciendo un análisis comparativo los niños que viven en zonas desfavorecidas, esto puede ser por los malos hábitos alimenticios

que se presentan como la implementación de la comida chatarra y la mala manipulación de alimentos.

En cuanto a prevalencia de anemia se determinó que el 25,28% presentaron anemia y según datos obtenidos por la Organización mundial de la salud determino que la población más afectada es la preescolar con el 47,4% del mismo modo ENSANUT . Salud publica de México,en el año 2013.De México indica mayor porcentaje de anemia en preescolares. Al realizar un análisis comparativo con la presente información se determina que existe una diferencia con respecto a la edad ya que en el presente estudio se determinó que la población más afectada fue lactante menor y no la preescolar esto puede deberse a la integración precoz de leche de vaca o formulas antes de los 6 meses el cual disminuye el sistema inmunológico y provoca un déficit de proteínas carbohidratos, grasas, vitaminas y hierro que se encuentran en la leche materna. Por malos hábitos alimenticios durante su crecimiento y desarrollo

En cuanto al diagnóstico 39 pediátricos presentaron anemia leve con el 42,86% haciendo un análisis comparativo con el estudio realizado por Spasski,en el año 2011en la ciudad de Lima, sobre Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, determinó que existe 125 niños con el 67,2% con alto porcentaje de anemia leve, dato que relacionado con el presente estudio son similares ya que la población más afectada fueron los niños con anemia leve, ya sea por los malos hábitos alimenticios o por la mala combinación de los alimentos el cual puede llegar empeorar la anemia.

En cuanto a las causas de anemia se determinaron las siguientes:

El factor perinatal donde 41 madres de familia que representan el 45,05% son multíparas haciendo un análisis comparativo con el estudio realizado por Spasski, en el año 2011 ,en la ciudad de lima sobre Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se determinó que existe un alto porcentaje de madres multíparas con un total de 137 que representan un porcentaje del 73,7% , datos que relacionados con la presente investigación son diferentes pero presentan porcentajes considerables con respecto al índice de prevalencia de niños con anemia. Esto puede deberse por el corto tiempo que existe entre un embarazo u otro, también por la mala alimentación de la madre durante etapa gestacional, la inadecuada ingesta de hierro durante el embarazo puede ocasionar niños con bajo peso al nacer y posterior mente anemia.

En cuanto a carencia nutritiva 20 pediátricos no obtuvieron lactancia materna exclusiva los cuales representan el 21,98% haciendo un análisis comparativo con el estudio realizado por Cajamarca, en la ciudad de Cuenca en el año 2015, sobre Características de la anemia en los niños entre los 6 y 59 meses que acuden al centro de salud de Biblian durante el periodo 2012- 2013 determinó que 88 de los pediátricos representan un porcentaje total del 88.89%, dato que relacionado con la presente investigación es mucho mayor por el gran número de pediátricos que acuden al centro de salud , esto también se puede dar por la interrupción temprana de la leche materna sin que este pueda ayudar a adquirir todos los nutrientes necesarios para poder crecer adecuadamente.

Con respecto a enfermedades crónicas el 1,10% presento problemas crónicos durante su desarrollo según estudios realizados por Barja en la ciudad de Chile en el año 2013, sobre Anemia y déficit de hierro en niños con enfermedades

respiratorias crónicas, determinaron que 40 niños que presentaron enfermedades crónicas el 12,5% presento bajos depósitos de hierro y el 20% presento anemia, datos que comparados con el presente estudio son muy altos ya que la población estudiada fue directamente niños y niñas con enfermedades crónicas los cuales por la enfermedad presentan mayor predisposición a presentar bajas reservas de hierro lo que produce anemia anemia. Entre ellos se encuentran los pacientes de cáncer que por la realización de quimioterapias presentan una disminución de hemoglobina. Y son más propensos a padecer infecciones por la disminución de glóbulos blancos

Para prevenir y tratar la anemia en las niñas y niños menores de cinco años de edad la autora ejecutó un plan de acción de enfermería encaminado a la educación sobre la prevención y tratamiento de anemia así como también de la promoción de las chispaz que entrega el MSP(Ministerio de salud Pública) ,la misma que fue dirigido a los padres y madres de familia de niños menores de cinco años a través de una casa abierta y visitas domiciliarias , así como también la autora concentro su atención en brindar capacitación sobre el tema antes mencionado a madres comunitarias, personal coordinador y proveedor de alimentos encargados del CVB Lucecitas del Saber ya que estos lugares existe mayor concentración de niños menores de cinco años por tal motivo se preparó y se dio a conocer los alimentos de la zona que contienen alto contenido de hierro, preparación de alimentos como purés para los niños mayores de 6 meses actividad que se relaciona Según estudio realizado por RuÍz en el año 2010 sobre la Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chispaz en los niveles de hemoglobina en menores de 5 años, provincia de Chimborazo, donde manifiesta que para contribuir con una herramienta de prevención de

anemias en niños menores de 5 años se realizó la evaluación del programa de suplementación con hierro chispaz como una intervención terapéutica preventiva de la anemia así como también indica que el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) a través del programa aliméntate Ecuador y del instituto del niño y la familia (INFA) implementaron un programa de fortificación cacera de los alimentos para contribuir a reducir la elevada prevalencia de anemia en niñas y niños menores de cinco años. Datos que se relaciona con actividades realizadas por la autora en la que se basó a la prevención e información de productos de la zona ricos en hierro especialmente a los padres, familiares y encargados del cuidado de los niños menores de cinco años para poder disminuir los índices de prevalencia de anemia.

8. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación la autora concluye:

Que la prevalencia de anemia general en niños menores de 5 años fue del 25,28% de ellos el 54,95% corresponde a la población masculina y el 45,05% en niñas.

Que la edad predominante de anemia en niños y niñas fue de menor de un año (lactante menor) con el 53,85%, de prevalencia en el sexo masculino con el 54,95%, de etnia mestiza con el 78,02% y de residencia rural con el 53,85%.

Que el tipo de anemia más prevalente fue anemia leve con el 42,86%.

Que las principales causas de anemia en las niñas y niños menores de cinco años del servicio de pediatría fueron el estado nutricional con el 74,73%, factor perinatal 45,05% y carencia nutritiva con el 27,47%.

Que fue necesario ejecutar un plan de acción de enfermería encaminado a la prevención de anemia en niños menores de cinco años.

9. RECOMENDACIONES

A continuación la autora se permitió realizar las siguientes recomendaciones:

Al personal médico y de enfermería del Hospital Julius Doepfner de Zamora Chinchipe:

Que continúen brindando la información dirigido a las madres de los niños menores de 5 años sobre el consumo y beneficios de las Chispaz.

Que promoción en la mujer embarazada el consumo de hierro más ácido fólico para así prevenir anemia en sus hijos.

A las madres de familia:

Proporción de lactancia materna exclusiva y que en el momento de iniciar la alimentación suplementaria brinden alimentos ricos en hierro conforme les indico la autora a través de las capacitaciones y visitas domiciliarias realizadas.

Que continúen con la administración de chispas a sus otros hijos que no tengan anemia como método preventivo.

Fomentar a las madres de familia el lavado de manos antes durante y después de manipular los alimentos y después de ingerirlos, alimentación complementaria de alimentos según la edad

Al personal de la guardería Lucecitas del Saber**:**

Que continúen brindando capacitación a los padres de familia con la ayuda de información teórica obtenida de trípticos entregados por la autora sobre los alimentos ricos en hierro.

10. BIBLIOGRAFíA

Amaicela , A. (2011). " Incidencia de anemia ferropénica en realción al tipo de alimentación, en niños menores de 5 años que acuden al subcentro de salud de Zumbi . Loja , Ecuador : Universidad Nacional de Loja . Obtenido de http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4111/1/IMAICELA%20ACARO%20ANJHY%20CISIBEL.pdf

Armijos, R., Morales, B., Nieto, M., Peréz, E., & Romero, I. (s/F). *Procesos.* Obtenido deAnemia: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/anemia/anemias_plan_cuidados.pdf

Artieda , P., & Ortiz , P. (2011). “Prevalencia de anemia ferropenica y consumo de alimentosfuentes de hierro en los niños escolares especiales del instituto de educacion especial (IEE), . Ibarra , Ecuador : Repositorio Universidad Técnica del Norte. Obtenido de Repositorio Universidad Técnica del Norte: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2704/1/06%20NUT%20108%20TESIS.pdf

Barja , S., Capo , E., Briceño , L., Jakubson , L., Méndez , M., & Becker, A. (2013). *Amenia y deficit de hierro en niños con enfermedades crónicas.* Obtenido de Nutricion Hospitalaria : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000300034&script=sci_arttext

Cajamarca , L. C. (2015). Caracterísiticas de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses que acuden al centro de salud de Biblián . Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Obtenido decaracteristicas de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22485/1/TESIS%20LIA%20CRISTINA%20CAJAMARCA%20SACTA%20COMPLETA%20ESTA%20YA%20ESTA%20CALIFICADA.pdf

Definición de. (2008). Obtenido de Definición de niño: http://definicion.de/nino/

Donato , H., Rossi , N., & Schavartzman, G. (2009). *Sociedad Argentina de Pediatría.* Obtenido de Anemia ferropénica, Guía de diagnóstico y tratamiento: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v107n4a13.pdf

ENSANUT . Salud publica de México. (2013). *Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo en tres encuestas nacionles.* Obtenido de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a15.pdf

ENSANUT. (2013). *Encuenta nacional de salud y nutrición.* Obtenido de http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/

Fundacion española del corazón . (s/f). *Dieta para la anemia .* Obtenido de http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1296-dieta-anemia.html

Hermandez M, A., Abreu, Y., Diaz, J., Balsa, A., & Abelis, A. (s/f). Anemia y factores de riesgo en el menor de 5 años. *facultad de ciciencias medicas*.

Huaman, L., Aparco, J., Nuñez, E., Gonzales, E., Pillaca, J., & Percy, M. (2012). Consumo se suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervencion poblacional en Apurimak, Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 22.

INFA, Organizacion de las Naciones Unidas, Organizacion Internacional del Trabajo. (Martes de Diciembre de 2011). *Codigo de la Nilñez y la Adolescencia Ecuador.* Obtenido de El trabajo Infantil Ecuador.: http://trabajoinfantilecuador.blogspot.com/2011/12/codigo-de-la-ninez-y-adolescencia.html

La Hora Nacional. (Jueves de Junio de 2010). Noticias Cotopaxi. pág. s/p.

Marcela, D. (s/f). *Cuidados de enfermeria* . Obtenido de http://tipodeanemias.blogspot.com/2008/10/cuidados-de-enfermeria-con-pacientes.html

Medidias de frecuencia y medidas de estudio. Legionelosis . (s.f.). Obtenido de Prevalencia puntual y de periodo : http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm

Merino, A. (2012). *Pediatría Integral.* Secretaria Virtual . Obtenido de Anemias en la Infancia y adolescencia. Clasificacion y diagnistico.:

http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/anemias-en-la-infancia-y-adolescencia-clasificacion-y-diagnostico/

MInisterio de inclusión Economia y Social . (2013). *Agenda para la igualdad de niñas , niños y adolescentes* . Obtenido de Instituto de la niñez y la familia INFA : http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/master-agenda-ni%C3%B1ez-2da-edicion.pdf

Ocaña, D. (Enero_ Junio de 2013). “Impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar la enamia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua. Ambato, Ecuador : Universidad Técnica de Ambato, facultad de ciencias de la salud.

Organización Mudial de la Salud. (2011). *Biblioteca electronica de documentacion científica sobre medidas nutricionales.* Obtenido de Administracion intermitente de suplementos de hierro a niños en edad preescolar o escolar.: http://www.who.int/elena/titles/iron_infants/es/

Pérez López, B., García Mauriño, L., González , C., Malillos , G. P., Miranda Cid , C., & Salcedo Lobato , E. (2011). Ferropenia en lactantes y niños pequeños . *Nutrición Infantil .Guías de actuación conjunta pediatrica primaria*, 7.

Román Morillo, Y., Rodríguez Tanta , Y., Gutierrez Inzunga , E., Aparco , J. P., Sánchez Gómez , I., & Fiestas , F. (2015). *Anemia en la población infantil del Perú: aspectos claves para su afronte.* Perú: Instituto nacional de salud .

Serrano Arias , G., & Abril Orellana , X. (2011). Prevalencia de anemia ferropenica en niños de 1 mes a 4 años 11 meses y factores de riesgo asociados fundacion Pabla Jaramillo Crespo. Cuenca , Azuay , Ecuador : Universidad del Azuay. Obtenido de http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4151/1/08718.pdf

Spasski, V. B. (2011). Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .

Unicef Ecuador . (2010). *Nueva alternativa para combatir la anemia en niñas y niños Ecuatorianos*. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/media_9895.htm

11. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

NUMERO DE PTE	NUMERO HCL	EDAD	SEXO		ETNIA			RESIDENCIA		DIAGNOSTICO	FACTORES DESCENCADENANTES DE ANEMIA	CAUSAS DE ANEMIA
			M	F	MESTIZO	SHUAR	INDIJENA	URBANA	RURAL			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Anexo 2.Confiabilidad: Pearson y Cronbach

PROCESAMIENTO				EVENTO A										EVENTO B									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
GENERO edad	recien nacido 0 a 28 dias		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	lactante menor 0 a 1 año		2	0	0	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	0
	lactante mayor 1 a 2 años		3	3	3	0	3	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	3	3	0	0
GENERO	Masculino		1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1
	Femenino		2	2	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0
ETNIA O GRUPO CULTURAL	Mestizo		1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
	Indigena		2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Shuar		3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3
RESIDENCIA	Urbana		1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Rural		2	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2
DISMINUCION DE APORTES	perinatal	ferropenia o enfermedad materna	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		embarazo multiple	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		prematuridad	3	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		primigesta	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	4	0	0	0	0
		multipara	5	0	5	5	5	5	0	5	5	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	5	5
		RNBP	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	carencia nutritiva	lactancia materna exclusiva > 6 meses	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
		formula no fortificada	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
		leche de vaca < 12 meses	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Dietas desequilibradas	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		vegetarianos	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	disminucion de absorcion gastro intestinal	desnutricion	6	0	0	0	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0
		Bajo nivel socioeconomico	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Enfermedad celiaca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Enteropatia alergica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Parasitosis intestinal	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		peso y talla baja	4	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	4	4	0	0
AUMENTO DE REQUERIMIENTOS	Periodos de crecimiento acelerados en lactantes y niños	Farmacos	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Alteracion del transporte o metabolismo	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		infcciones	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		enfermedades cronicas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		transfucion feto materna	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		transfucion feto fetal	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		hemorragia utero placentario	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAGNOSTICO		anemia	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		anemia leve	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2
		anemia moderada	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
		anemia ferropenica	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
		anemia macrocitica hipocromica	5	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		anemia depranocitica moderada	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		anemia del lactante	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
IMC		anemia severa	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0
		Peso normal	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
		bajo peso	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
		sobrepeso	3	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		obeso	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
total				16	29	15	17	35	12	25	14	15	10	20	22	10	20	30	14	17	16	14	19

CONFIABILIDAD DE PEARSON

SE PROCEDE A DETERMINAR Y CARCULAR LAS VARIABLES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS

4

N		X	Y	XY	X^2	Y^2
1		16	20	320	256	400
2		29	22	638	841	484
3		15	10	150	225	100
4		17	20	340	289	400
5		35	30	1050	1225	900
6		12	14	168	144	196
7		25	17	425	625	289
8		14	16	224	196	256
9		15	14	210	225	196
10		10	19	190	100	361
Σ		**188**	**182**	**3715**	**4126**	**3582**

n = 20

$$r = \frac{n * \Sigma XY - (\Sigma X) * (\Sigma Y)}{\sqrt{(n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2) * (n \Sigma y^2 - (\Sigma Y)^2)}}$$

$$r = \frac{20 * 3.715 - 188 * 182}{\sqrt{82.520 - 35.344 * 71.640 - 33.124}}$$

$$r = \frac{74.300 - 34.216}{\sqrt{47.176 * 38.516}}$$

$$r = \frac{40.084}{\sqrt{\#\#\#\#\#}}$$

$$r = \frac{40.084}{\sqrt{42.627}}$$

r = 0,94

SE APLICA LA FORMULA DE CONFIABILIDAD

5 SE DETERMINAN LA CONFIABILIDAD APLICANDO LA PRUEBA DE INTEMS - TEST "r DE PEARSON

6

FACTOR	RESULTADOS		
NINGUNA CONFIABILIDAD	0	-	0,20
BAJA CONFIABILIDAD	0,21	-	0,40
MODERADA CONFIABILIDAD	0,41	-	0,60
ALTA CONFIABILIDAD	0,61	-	0,80
MUY ALTA CONFIABILIDAD	0,81	-	1,00

Anexo 3.

PROCESAMIENTO			EVENTO A										EVENTO B										total																									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
edad	recien nacido 0 a 28 dias																																															
	lactante menor 0 a 1 año				X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X		X	x	x	x	x			x			x		x			X	X	X	X				X		X
	lacte mayor 1 a 2 años	X	X		X	X							X						X	X									x		x	x		x		x	x								X		
	preescolar de 3 a 5 años																					X						x														X	X	X				
GENE	Masculino				X	X	X		X	X	X	X		X	X		X	X				X	X		x		x		x		x		x	x	x	x	x	X							X		X
	Femenino	X	X	X				X						X			X			X	X			x		x		x		x		x							X	X	X	X	X	X		X		
ETNIA O C	Mestizo	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	X	X			X	X			X	X	X
	Indigena									X																								x										X				
	Shuar					X											X		X			X		x																X	X							
RESID	Urbana	X			X		X	X	X				X								X					x	x	x	x	x	x			x					X					X		X		
	Rural		X	X		X				X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	x	x							x	x		x	x	x	X		X	X	X		X			X	X
DISMINUCION DE APORTES	perinatal	ferropenia o enfermedad materna																																														
		embarazo multiple																																														
		prematuridad					X		X																																							
		primigesta	X										X			X		X					X				X			X					X									X		X		X
		multipara		X	X	X	X		X	X				X			X				X	X		X		X		X	X		X	X		X			X	X	X	X	X	X			X			
		RNBP																																														
	carencia nutritiva	lactancia materna exclusiva > 6 meses		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		formula no fortificada	X											X		X									X																							
		leche de vaca < 12 meses																																														
		Dietas desequilibradas																																														
		vegetarianos																																														
		desnutricion					X		X								X																								X							
		Bajo nivel socioeconomico																					X																									
	disminucion de absorcion de GI	Enfermedad celiaca																																														
		Enteropatia alergica																																														
		Parasitosis intestinal					X	X																																				X		X		
		peso y talla baja		X							X			X					X	X						x		x				x		x	x					X			X	X				
		Farmacos																																														
		Alteracion del transporte o metabolismo		X																																												
AUMENTO DE REQUERIMIENTOS	Periodos de crecimiento acelerados en lactantes y niños	infecciones																																														
		enfermedades cronicas																																														
		transfucion feto materna																																														
		transfucion feto fetal																																														
		hemorragia utero placentaria																																														
diagnostico	anemia																																															
	anemia leve	X			X		X		X		X							X	X	X	X	X			X	X	X		X		X		X				X	X	X		X			X				
	anemia moderada							X						X										X						X									X							X		
	anemia ferropenica		X																																													X
	anemia macrocitica hipocromica					X																																							X			
	anemia depranocitica moderada												X																																			
	anemia del lactante															X							X																									
	anemia severa																X																															
IMC	Peso normal	X	X	X	0	0	X	X	X	X	X	X	0	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X		X			X	X	X	X				X			X	X	X
	bajo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0			X		X				X		X	X					X	X		X	X				
	sobrepeso	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																									
	obeso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																									

		0	49	30	13	50	44	71	7	13	47	49	0	0	2	58	44	0	84	30	0	0	0	5	2	0	0	6	77	0	1	0	1	0	0	0	20	39	15	2	2	1	2	1	68	59	4	0
	13																																																
	50			x			x	x				x					x			x									x										x						x				
	88			x		x		x				x					x		x																			x								x				
	88		x				x	x				x				x			x																				x							x				
	88			x		x		x				x					x		x										x										x							x				
	19				x		x	x				x					x		x						x				x																	x				
	88		x			x		x				x				x			x																			x								x				
	53		x				x	x				x					x		x										x										x							x				
	85		x			x				x		x					x		x																				x							x				
	53			x		x		x				x																	x																		x			
	52		x			x		x				x							x																											x				
	19		x				x	x					x			x			x																											x				
	58			x			x	x				x							x																											x				
	73			x		x		x				x								x									x										x							x				
	18				x		x	x				x							x																											x				
	71			x		x		x				x							x																					x							x				
	10		x			x				x		x							x																					x							x				
	5				x		x	x				x							x										x																	x				
	74		x			x		x				x							x														x						x							x				
	73			x			x	x				x					x			x				x															x							x				
	7		x			x			x			x				x			x																				x							x				
	71		x			x		x				x					x		x																					x							x				
	72			x			x			x		x					x		x																				x							x				
	69		x				x	x				x							x																				x								x			
	88			x		x		x				x				x				x									x																	x				
	15		x			x		x				x					x		x																											x				
	68		x				x		x			x					x		x																					x							x			
	63			x			x			x		x					x		x										x										x								x		
	25		x				x	x				x				x			x																											x				
	69				x	x		x				x				x			x																											x				
	52		x			x		x				x					x		x																											x				
	13			x		x		x					x				x			x																				x							x			
	58		x			x		x				x					x		x																					x								x		
	53		x			x		x		x		x					x		x																												x			
	83				x	x		x				x																											x							x				
	15				x	x		x					x				x		x									x	x																	x				
	58			x		x		x				x																											x									x		
	53		x			x		x				x					x		x										x																	x				
	25			x			x	x				x					x		x									x																		x				
	53		x			x		x		x		x				x			x																											x				
	24		x			x		x				x					x		x										x																	x				
	53				x		x			x		x					x		x										x										x								x			
	58		x				x	x				x					x		x									x																		x				
	59			x			x	x				x							x										x																		x			
	67			x		x		x				x					x		x									x	x																	x				
	59		x			x		x		x		x					x		x																				x							x				

Anexo 4. Certificado sobre la recolección de datos en el servicio de pediatría

HOSPITAL PROVINCIAL JULIUS DOEPFNER

CERTIFICA

Que la Srta. TATIANA ELIZABETH LLIVIZACA GREFA con numero de cedula 1600474223, estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora, se hizo presente en el área de pediatría para la revisión del libro y recaudación de los números de historias clínicas de los niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia, de las cuales obtuvo la información requerida En el mes de Septiembre del 2015. Para la realización de su tesis que corresponden a su trabajo de titulación.

Es todo cuanto puedo manifestar en honor a la verdad, facultado a la Srta. Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa hacer uso en lo que este crea conveniente.

Zamora 18 de Marzo de 2016

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER
EMERGENCIA
ZAMORA CH. - ECUADOR

Sr. Guido cueva 1900513589

LICENCIADO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER

Anexo 5.Certificado sobre la revisión de historias clínicas

HOSPITAL PROVINCIAL JULIUS DOEPFNER

UNIDAD DE ADMISIONES

CERTIFICA:

Que la egresada TATIANA ELIZABETH LLIVIZACA GREFA con cédula de ciudadanía Nro. 1600474223, se hizo presente en la Institución los días 18/11/2015, 22/11/2015 y 23/12/2015, para la revisión de historias clínicas que corresponden a su trabajo de tesis. Durante las fechas indicadas realizó la revisión de historias clínicas y de las cuales obtuvo la información requerida para su tesis.

Es todo cuanto puedo manifestar en honor a la verdad, facultando a la Srta. Tatiana Elizabeth Llivizaca Grefa hacer uso en lo que este conveniente.

Zamora, 17 de marzo del 2016

HOSPITAL PROV. "JULIUS DOEPFNER" ESTADISTICA Zamora - Ecuador

Sra. Tanya Álvarez Jaramillo
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ADMISIONES

Anexo 6. Plan de acción presentado al abogado director distrital del Mies Zamora

PLAN DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LOS ÍNDICES DE PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

PLAN EDUCATIVO

Tema: Elaborar un plan de acción de enfermería para disminuir los índices de prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 5 años.

Grupo dirigido: madres de niños menores de 5 años y personal del **CIBV LUCECITAS DEL SABER** del cantón Zamora.

Objetivo: Capacitar a las madres de los niños y al personal que labora en CIBV LUCECITAS DEL SABER del cantón Zamora sobre medidas preventivas, factores descencadenantes y complicaciones de la anemia, con el propisito de mejorar el nivel de conocimiento sobre esta patologia y contribuir a disminuir los casos de anemia.

Fechas: 24/03/2015 (13h30) 30/03/2015 (19h00)

Descripción de la Temática Abordada

- Definición de anemia
- Factores de riesgo
- Causas
- Complicaciones
- Signos y síntomas
- Prevención
- Consecuencias
- Inportancia de la lactancia materna exclusiva
- Alimentación complementaria y saludable

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
DIRECCIÓN DISTRITAL ZAMORA
MIES SECRETARIA
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Zamora: 22 de Marzo del 2016 Hora: 16H30
Sucesos: No Trámite:
Nombre: Lucy Lapo

Anexo 7.

Ministerio de Inclusión Económica y Social

Construyendo juntos una vida de oportunidades

Dra. Janet González Pullaguari, TÉCNICA DE DESARROLLO INFANTIL INETGRAL DEL MIES, COORDINADORA DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR "LUCECITAS DEL SABER"

Zamora, 11 de abril de 2016

CERTIFICA:

Que la señorita **TATIANA ELIZABETH LLIVIZACA GREFA**, portadora de cédula de ciudadanía número 1600474223, Interna de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado charlas de capacitación sobre "Anemia en niños y niñas menores de 5 años" dirigida a las Educadoras de Desarrollo Infantil Integral y familias de los niños y niñas del Centro Infantil del Buen Vivir "Lucecitas del Saber" de la ciudad de Zamora, los días viernes 25 y miércoles 30 de marzo de 2016, la misma que ha demostrado dominio del tema y mucha responsabilidad en el trabajo realizado, razón por la cual expresamos nuestro sincero agradecimiento y felicitaciones a la señorita en mención.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que considere necesario.

Dra. Janet González Pullaguari
COORDINADORA DEL CIBV DIRECTO
"LUCECITAS DEL SABER"

Anexo 8.CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES.

Fecha	Lugar	Actividades	Recursos Materiales
25/03/2016 **30/03/2016**	**CIBV Lucecitas del saber.**	Capacitación sobre: prevención de la Anemia **Definición de anemia** La anemia se define como la concentración de hemoglobina, bajo los límites establecidos, determinados para la edad, sexo y localización geográfica **Signos y síntomas** ➢ Palidez ➢ Astenia ➢ Disnea ➢ Fatiga muscular **Manifestaciones cardiocirculatorios** ➢ Taquicardia ➢ Palpitaciones ➢ Soplo sistólico funcional **Trastornos neurológicos** ➢ Alteraciones de la visión ➢ Cefaleas Alteraciones de la conducta Insomnio. **Causas** ➢ Embarazo multiple ➢ Prematuridad ➢ Recien nacido con bajo peso ➢ Enfemedad celiaca	Trípticos Carteles Esferos Listado a asistencia Cámara fotográfica Frutas uvas, mangos, fresas, peras, manzanas, naranja, mandarina

		➢ Parasitosis ➢ Farmacos **Complicaciones** Fatiga física y mental, disminución del rendimiento escolar o del trabajo intelectual, insuficiencia cardíaca y mayor riesgo de mortalidad en caso de infecciones respiratorias importantes. **Factores de riesgo** Alimentación incorrecta (exceso de grasa, carbohidratos y elevado consumo de lácteos: más de 600 ml de leche de vaca al día / ingesta escasa de carne magra, fruta, vegetales verdes y legumbres. **Prevención** ➢ Correcto lavado de manos ➢ Alimentacion equilibrada ➢ Lactancia materna exclusiva ➢ Manejo adecuado de los alimentos **Alimentación complementaria según la edad** Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses complementar con papillas , implantación de frutas y verduras acode a la edad **Preparación de papillas ricas en hierro.** ➢ Puré de banana con manzana ➢ Puré de sumo zanahoria con banana y manzana **Promoción alimentos de la zona ricos en hierro.**	
18/03/2016	**Visitas domiciliarias.**	Capacitación Prevención de la Anemia. Promoción alimentos de la zona ricos en hierro.	Trípticos Esferos

		Preparación de papillas ricas en hierro. Entrega de vitamina C.	Listado a asistencia Cámara fotográfica Frutas
		Casa abierta promoción prevención de la anemia.	Alimentos con alto contenido de hierro Trípticos Carteles Lista de personas Cámara

Anexo 9. Firmas de los asistentes de la casa abierta

1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PLAN DE CONTINGENCIA

SEDE ZAMORA

CARRERA DE ENFERMERÍA

NÓMINA DE ASISTENTENTES A LA CASA ABIERTA SOBRE EL TEMA

"ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS"

Fecha: 23 de Marzo del 2016

Lugar: Patios del Mercado.

Responsable: Tatiana Elizabeth Llivizaca.

Nº	NOMBRES	APELLIDOS	CÈDULA	FIRMA
1	Guido	Namicela	1103769673	[illegible]
2	Carmen	Quizhpi	1103769673	Carmen Quizhpi
3	Rosario	Gonzalez	1102984661	[illegible]
4	Maria	Sarango C	1900742744	[illegible]
5	Wilson	Cucua	1900424290	[illegible]
6	Esperanza	González	1103184105	Esperanza González
7	Margarita Rivera	Rivera	1900225028	Margarita Rivera
8	Kennedy C.	Camposerde.	1102461702	Kennedy
9	[illegible]	Pinolo	0700690944	[illegible]
10	Rosibel	Cabrera	1900442086	[illegible]
11	Daniela	Gómez	1900591270	[illegible]
12	Martha	Morocho	1900811868	[illegible]
13	Anita	Curipoma	1900082866	[illegible]
14	Nancy	Guaillas	1900789692	[illegible]
15	Levison	Cartuche	1900801505.	[illegible]
16				
17				

29	Jenny	Eurita	1803007770	
30	Nancy	Guaillo	190078969-2.	
31	Levison	Cartuche	1900801505	
32	Elena	Guaman	0907661385	
33	Ginger	Masa	1900377779	
34	Maira	Macas	55 años	
35	Beatriz	Mijas	190035557-7	
36	Karolay	Castro	190088477-4	
37	Cecilia	Acosta	1900829285	
38	Carmen	Taisha	1900730506	
39	Lizeth	Diaz	1900417690	
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

SEDE ZAMORA

CARRERA DE ENFERMERIA

NOMIMA DEL PERSONAL CIVB LUCECITAS DEL SABER

Fecha: 24 de Marzo del 2016

Lugar: C.I.B. Lucecitas del Saber

Responsable: Tatiana Elizabeth Llivizaca.

NOMBRES	APELLIDO	CEDULA	FIRMA
Jessenia	Villagómez	190057736-0	
Tannia	Sinchire	1104620933	
Jhuliana	Quizhpe	1900758432	
Nidia Liviapoma	Liviapoma	1900502657	
Gloria Pacheco	Pacheco	1900389485	
Janet	González P.	1103969588	
Gina Stefania	Iniguez Luna	1900797877	
Mariuxi Didiana	Ideovo Iniguez	1104163280	
Patricia Maria	Quishpe Jimenez	1900323905	
Betty Loreno	Pinchopó Acacho	1900387703	
María Sinche		1103802854	
Rosa Ines	Sabala Delgado	1104890874	

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Evento: Escuelas de Familias "Prevenir la desnutrición infantil es responsabilidad de todos y todas"

INFORME DE ACTIVIDADES

REGISTRO DE ASISTENCIA

Zona: Siete

Distrito: 19D01 Yacuambi-Zamora-MIES

Evento: Socialización del módulo 1 "Prevenir la desnutrición infantil es responsabilidad de todos y todas"; Medidas de prevención contra el Zica

Fecha: Miércoles 30 de marco de 2015

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
1	Katherin Gissela Cajas Soto	20		X	X						X		1900805771	0990012386	
2	María Jhulisa Lavanda Jumbo	18		X	X						X		1900980915		
3	Ana Goalán	21		X	X						X		1900903884	0981101846	
4	Frans Herrera	29	X		X						X		1900286194	0987223825	
5	Estefania V.	21		X	X						X				
6	Karina Campos	37		X	X						X		1103720026		
7	Crisanto Benavides	35	X		X						X		1900884175-9	0986853905	
8	Vinicio Alvarado	34	X		X						X		1103920524	0980861293	

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
9	Yandry Moreno	21		X	X						X		1900608967	606609	
10	Skarlet Pando	33	X		X						X		1900518455	2415148	
11	Jéssica Jaramillo	29		X	X						X		1900764596	2605163	
12	Michelle Astudillo	19		X	X						X		1900714856	0995169393	
13	Laura Cango	38		X	X						X		1104554603	0991002653	
14	Diana Ortiz	33		X	X						X		190045754-8	0992371251	
15	Jéssica Calderón	21		X	X						X		1105826653	0939634081	Jessica Calderón
16	Rosa Japón	19		X	X						X		1900651716	0959228498	
17	Katy Macas	21		X	X						X		1900560697	607-278	
18	Jatt et Gonzalez	34		X	X						X		1103969508	0986098539	

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
19	Tania Pejas Villa	32		X	X						X		1900411750	0989196 89	
20	Fernanda Izquierdo Valladarez	34		X	X						X		1900390293	2607697	
21	Lorena Stalinaya Toledo Erraez.	23		X	X						X		1900542497	2605492	
22	Samanta Rodas Villavicencio	22		X	X						X		1900458934	2605302	
23	Viviana Maribel Quevedo Sánchez	20		X	X						X		1900797893	605806	
24	Karina Ordoñez	31		X	X						X			605806	
25	Carmen González	27		X	X						X		1900576412	0990325183	
26	Elsi Ocampo	35		X	X						X		1900430271	0985761033	
27	Marilyn Ocampo	38		X	X						X		1900340603	0985468629	

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
28	Carmen Anguamarca	33			X						X		1900494723	0995539[illegible]	[illegible]
29	Ximena Villalta	21		X	X						X		190086894[illegible]	2606-43[illegible]	[illegible]
30	Damian Yaguar	25		X	X						X		1900613251	315392	[illegible]
31	Estefania Lalanda	29		X	X						X		1900938109	0968937094	[illegible]
32	Rosmelt Palacio	32			X						X		1900342927		[illegible]
33	Mailyn Reyes	32		X	X						X		1722826685		[illegible]
34	Jessenia Jarro	22		X	X						X		1900302438	2606-492	[illegible]
35	Angel Villa	45			X						X		1900302868	0993207719	[illegible]
36	Rosalia Chambo	30		X	X						X		0704888478	0985111834	[illegible]
37	Luz Guachizaca	26		X	X						X		1104990302	0979713670	[illegible]

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
38	Jhomara Mero	27		X	X						X		1205287194	0989781826	[signature]
39	Diana Japón	24		X	X						X		1900738376	0987713408	[signature]
40	Beatriz Berni	46			X						X		1900256429	3040482	[signature]
41	Jhoimmy Pobóz	29			X						X		1900415346	0991182069	[signature]
42	Vanesso Quezada	29	X		X						X		1900404292	0967923193	[signature]
43	Nelly Martin	29		X	X						X		1900397472	0993130961	[signature]
44	Charles Pardo S	30	X		X						X		1900436043	0996837[illegible]	[signature]
45	Marieta Bacacela	23		X	X						X		1400800325		[signature]
46	Erika Martillo C.	29		X	X						X		0919289314	0979041216	[signature]

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
47	Mona Chuncho	38		x	X						x		0703512921	0984853637	
48	Lucy Iñiguez	17		X	X						X		1900781194	0997180662	
49	Sandra Salazar	29		x	x						x		1900442102	0992943633	
50	Joan Castro	28	X		X		X				X		1103843213	2607020	
51	Geovany Torres	30	x		X						x		1900344696	2605887	
52	Julio Guamán	36	x			x						x	1103733117	2115184	
53	Jhuliano Quilpe	24		x	x						X		1900758432	0988153114	
54	Betty Pinchopo	36		x		x						x	1900387703	0985994479	
55	Nidia Liviapoma	30		x	X		X				x		1900502657	0983738402	

N°	Nombre y Apellido	Edad	Género		Sector		AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA						N° de cédula	Telefono	Firma
			H	M	urbano	rural	Blanco	Afroecuatoriano	Mulato	Montubio	Mestizo	Indígena			
56	Gloria Pacheco	37		X	X						X		1900389485	0999493536	
57	Tania Sinchire	30		X	X						X		1104620933	0939400509	
58	Jessenia Villagómez	22		X	X						X		1900577360	0967006632	
59	Maria Sinche	33		X	X						X		1105802954	0982288852	
60	Leidy Cabrera	33		X	X						X		1900418722	0989999060	
61	Tania López	43		X	X						X		1900247634	0991131230	
62	Emily Alvarado	19		X	X						X		1105882334		

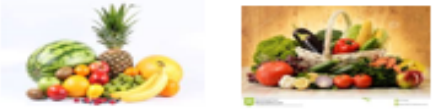
Anexo 10. Tríptico sobre la anemia en niños y niñas menores de 5 años

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

ALIEMENTOS ENERGETICOS = FUERZA

ALIMENTOS CONSTRUCTORES = CRECIMIENTO Y CAPACIAD DE APREDISAJE

ALIMENTO COMPLEMENTARIO = PROTECCION



Síntomas

Si la anemia es leve, es posible que su hijo no tenga ningún síntoma. Si el problema se desarrolla lentamente, los síntomas que pueden producirse primero abarcan:

- Irritabilidad
- Pérdida de apetito, piel amarillenta
- Sentirse débil o cansado
- Problemas para concentrarse si la anemia empeora, los síntomas pueden abarcar:
- Color azul en la esclerótica de los ojos
- Uñas quebradizas
- Mareo al ponerse de pie

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

SEDE ZAMORA

TEMA: ANEMIA

Autora: Tatiana Llivizaca G

Zamora_ Ecuador

QUE ES LA ANEMIA

Es la disminución de la hemoglobina, el cual está presente en los glóbulos rojos de la sangre los cuales se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo. La anemia puede durar un período breve o prolongado. En los casos leves, el tratamiento consiste simplemente en un cambio de la dieta. En los casos más graves, se necesita un tratamiento médico.

CAUSAS DE LA ANEMIA

- Una alimentación pobre en alimentos ricos en hierro
- Piel pálida
- Enfermedad parasitaria intestinal
- Ingestión de leche entera de vaca
- Exposición diaria a la contaminación
- Algunos antibióticos
- La deficiencia en vitamina B12

TIPOS DE ANEMIA

Anemia ferropénica: ausencia de hierro para producir hemoglobina, afecta a los lactantes durante el primer año de vida.

Anemia drepanocítica. Enfermedad sanguínea crónica hereditaria en la cual los glóbulos rojos presentan forma de media luna.

Anemia megaloblastica. También llamada anemia perniciosa, es un tipo de anemia caracterizada por glóbulos rojos muy grandes, esta malformación provoca que la medula ósea produzca menos glóbulos y mueran antes de la expectativa de vida 120 días.

Anemia hemolítica

Es un trastorno en la cual los glóbulos rojos de la sangre se destruyen más rápido de lo que la medula ósea pueda producirlos. Existen dos tipos de anemia hemolítica.

Intrínseca. Destrucción de los glóbulos debido a un defecto en los mismos, hereditarias.

Extrínseca. Se producen sanos pero son destruidos al quedar atrapados en el bazo, u por una infección.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La leche materna es el alimento ideal del bebé. Es nutritivamente equilibrada y proporciona al bebé las cantidades perfectas de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y hierro. Además, cambia su composición para satisfacer las necesidades del bebé según va creciendo. Previene enfermedades como la anemia.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Es aquella que complementa a la lactancia materna pero sin anular esta alimentación, la cual se inicia a los 6 meses, cuando se veden cubrir las necesidades nutricionales y se alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas renal y la maduración neurológica.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

Entre los alimentos ricos en hierro encontramos los cereales, lentejas, garbanzos, yema de huevo, carnes rojas, frutos secos, leche

ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA C

Los cítricos como la naranja, el limón las fresas, guayaba, zapote

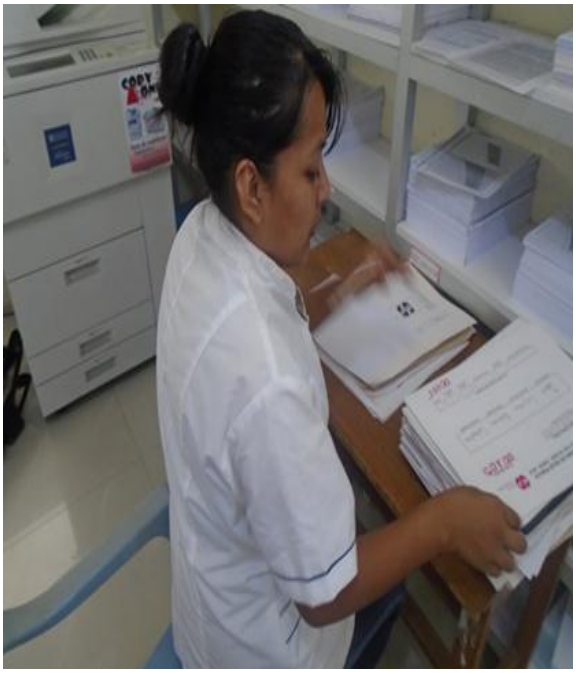
ALIMENTOS RICOS EN FOLATOS

Algunos alimentos ricos en folatos, lechuga, coliflor

Zanahorias, tomate, perejil, espinacas y salvado de trigo.

Anexo 11 Revisión de historias clínicas

Recolección de datos de la historia clínica



Anexo 12. Visitas domiciliarias

Información de los alimentos ricos en hierro

Anexo 13. Casa abierta prevención de la anemia en niños, alimentos ricos en hierro

Promoción de alimentos de la zona

Anexo 14

Entrega de trípticos a la población

Recolección de firmas a los asistentes

Anexo 15. Actividades educativa al pesonal del CIBV sobre anemia

Promocion y manejo de alimentos

Anexo 16

Demostración de la pirámide alimenticia

Preparación de alimentos nutricionales

Anexo 17. Actividades educativas a los padres del CIBV

Socialización de alimentos con alto contenido de hierro

Entrega de aperitivos referente a los alimentos con alto contenido nutricional

ÍNDICE

PORTADA i

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA.....iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN.....iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

1. TÍTULO 1

2. RESUMEN.....2

SUMMARY 3

3. INTRODUCCIÓN 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA.....8

5. MATERIALES Y MÉTODOS 29

6. RESULTADOS.....33

7 DISCUSIÓN 46

8. CONCLUSIONES 52

9. RECOMENDACIONES.....53

10. BIBLIOGRAFÍA 54

11. ANEXOS 57

INDICE 89