



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**“VISITA DOMICILIARIA Y LA RECUPERACIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS
DE SEIS A TREINTA Y SEIS MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD
CHIRIACO-AMAZONAS”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Bach. Gilberto Pérez Efus

ASESORA:

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACION:

Calidad de las prestaciones asistenciales
y gestión del riesgo en salud

CHICLAYO PERÚ

2019



DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS TITULADA:

"VISITA DOMICILIARIA Y LA RECUPERACIÓN DE LA ANEMIA
EN NIÑOS DE SEIS A TREINTA Y SEIS MESES DE EDAD
DEL CENTRO DE SALUD CHIRIACO- AMAZONAS"

QUE HA SUSTENTADO DON (DOÑA):

Gilberto Pérez Epus
NOMBRES Y APELLIDOS

ACUERDA:

Aprobar por Unanimidad

RECOMIENDA:

Pimentel, 19 de enero de 2019

MIEMBRO DEL JURADO

PRESIDENTE: Dra. Mercedes Alejandrina Collazos Alarcón

SECRETARIO: MBA. Tonis Yasely Mendoza Banda

VOCAL: Dra. Norma del Carmen Galvez Diaz

DEDICATORIA

A Dios por concederme la vida, por iluminar mi camino, por estar conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza para Continuar, vencer los obstáculos, mis padres Por su gran amor y sacrificio, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y mi formación profesional siendo mi apoyo en Todo momento.

Gilberto

AGRADECIMIENTO

A las madres mestizas y awajunes que
Participaron y por permitirme entrar a
Sus vidas privadas y el tiempo brindado
Durante el proceso de recolección de datos.
Al jefe del Centro de Salud de Chiriaco

Por brindar las facilidades para hacer
Posible la presente investigación proyecto
de tesis, ejecución y elaboración del
informe.

Para todas aquellas personas que aportaron
directa e indirectamente en la realización
del presente estudio.

Gilberto

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Gilberto Pérez Efus, estudiante del Programa de maestría gestión de los servicios de salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 43023758; con la tesis “visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en niños de seis a treinta y seis meses de edad del centro de salud Chiriaco-amazonas”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo tanto la tesis no ha sido plagiada total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados, y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la faltas de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, enero 2019



Gilberto Pérez Efus
DNI N° 43023758

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada: “visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en niños de seis a treinta y seis meses de edad del centro de salud Chiriaco, Amazonas”; realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de Postgrado vigente, para obtener el grado académico de Maestro en salud con mención en ciencias médicas y gestión en salud.

El informe está conformado por seis capítulos: capítulo I, introducción; capítulo II, método; capítulo III, resultados; capítulo IV, discusión; capítulo V, conclusiones y capítulo VI, recomendaciones; además se incluye las referencias y el anexo correspondiente.

Se espera, que esta investigación concuerde con las exigencias establecidas por nuestra Universidad y merezca su aprobación.

Gilberto

ÍNDICE

Dictamen de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad problemática	11
1.2. Trabajos previos	13
1.3. Teorías relacionadas con el tema	16
1.4. Formulación del problema	39
1.5. Justificación del estudio	39
1.6. Hipótesis	40
1.7. Objetivos	40
II. MÉTODO	41
2.1. Diseño de investigación	41
2.2. Variables, operacionalización	42
2.3. Población y muestra	45
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad	46
2.5. Métodos de análisis de datos	46
2.6. Aspectos éticos	46
III. RESULTADOS	48
IV. DISCUSIÓN	55
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES	59
VII. REFERENCIAS	60
ANEXOS	63
Cuestionario	66

Validez del cuestionario	68
Autorización de publicación	71
Acta de originalidad	72
Reporte de Turniting	73
Autorización de la versión final del trabajo de Investigación	74

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se determinó la efectividad de las visitas domiciliarias en la recuperación de anemia, del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas, la población y la muestra estuvo conformada por 100 niños menores de 6 A 36 meses con anemia, la información se recogió mediante un cuestionario que fue validado por juicio de expertos, y la prueba estadística de fiabilidad utilizada fue la de Alfa de Cronbach (0.873), fueron procesados con la ayuda del software estadístico SPSS versión 21, obteniéndose que, que, el valor de la prueba t estudent para muestras relacionadas es altamente significativo ($p < 0,01$). Llegando a la conclusión; que, la “visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en niños de seis a treinta y seis meses de edad del centro de salud Chiriaco, amazonas” es efectiva en su recuperación de anemia.

Palabras clave: visitas domiciliarias, anemia, recuperación de anemia.

ABSTRACT

In this research work, the effectiveness of home visits in the recovery of anemia was determined, the Chiriaco-Amazonas Health Center 2018, the population and the sample consisted of 100 children under 6 to 36 months with anemia, the information was collected by means of a questionnaire that was validated by expert judgment, and the statistical reliability test used was that of Cronbach's Alpha (0.873), they were processed with the help of statistical software SPSS version 21, obtaining, that, the value of The estudent t test for related samples is highly significant ($p < 0.01$). Concluding; that home visits to children aged 6 to 36 months with anemia at the Chiriaco - Amazonas Health Center 2018 is effective in recovering from anemia.

Keywords: home visits, anemia, recovery from anemia.

CAPITULO I

I INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La OMS (2017), define la disminución o falta de hierro como el principal factor causante del síndrome de anemia, asimismo manifiestan que la proporción de individuos puede llegar a un factor de 2.5 de anemia informada. Este mal de anemia se detecta por la insuficiencia de hierro en la sangre, que es evaluada al solicitar un examen de hemoglobina. En todo el mundo cerca de un mil ochocientos millones de personas se cuentan con anemia siendo el factor más común la deficiencia de hierro. El banco mundial afirma que en todo Latinoamérica y el Caribe, se encuentran más de siete millones de niños, cuya edad promedio de cinco años de edad presentan un crecimiento desacelerado, también manifiestan que 22,5 millones de personas se encuentran en estado de anemia principalmente en los siguientes países de Bolivia, Ecuador y Haití

Unicef (2017) señala, que en el Perú, en los últimos años, existe una línea en decadencia respecto a la anemia, en el año 2017 un aproximado de cerca de un millón entre niños y niñas con edad promedio de tres años, contaban con este síndrome de anemia, siendo el principal problema para contener este mal la falta de hierro, cabe señalar que los niños hasta los dos años de edad se encuentran con mayor vulnerabilidad, por su crecimiento acelerado que presentan, siendo un gran problema por el tipo de alimentación recibida no es considerada la adecuada por no contener los nutrientes necesarios incluyendo el hierro, se considera que dentro del año de edad, el niño triplica su masa muscular, y el hierro recepcionado en el estado de gestación solo le provee hasta los cuatro meses de nacido, y por último mientras que va evolucionando respecto a su crecimiento, existen una cantidad de bichos intestinales que favorecen a desarrollar la anemia.

Comité Nacional de Expertos para la Reducción de la Desnutrición Crónica y Anemia, manifestó un integrante que en la localidad de Amazonas que pertenece a la selva peruana, la mitad de los niños que se encuentran en el intervalo de edad de 0 a 3 años tienen esta afección de la anemia, este problema se da por el no conocimiento o ignorancia de los padres en general, respecto a los alimentos que contengan la máxima potencia de hierro. Los niños que se encuentran con anemia es de suma importancia que las madres tengan los conocimientos básicos necesarios para suministrar estos alimentos ricos en hierro a nuestros hijos y de esta manera revertir este estado no deseado de la anemia en nuestra localidad.

Amazonas es el departamento donde la tercera parte de la totalidad de los niños, con edad hasta los tres años ingieren los nutrientes necesarios para combatir la anemia, motivo de desconocimiento por parte de las madres referente a unas vitaminas en polvo que contienen gran cantidad de hierro son repartidos en forma gratuita por el estado mediante los diversos locales de salud, con el fin de mitigar la desnutrición crónica infantil y la anemia. En esta investigación permitirá evaluar el impacto de la visita domiciliaria sobre la recuperación de niños con anemia en infantes hasta de 3 años de edad en la medida que realiza una medición antes de aplicar la visita domiciliaria integral y otra medición después de la culminación de las visitas programadas.

Con la visita domiciliaria se logrará fortalecer la convivencia y el conocimiento respecto a la anemia por parte de las mamás de los chicos con edad hasta los tres años del centro de salud Chiriaco, así también proceder a identificar los componentes de alarma y diferentes mecanismos sociales que afecten al progreso del desarrollo, así también, reconocer o determinar los puntos favorables para el desarrollo infantil.

Con la visita domiciliaria como herramienta de apoyo para enfermería se buscará lograr recuperar a todos los niños que presenten el estado de anemia, permitiendo complementar la orientación realizada respecto a su proceso de crecimiento y desarrollo, asimismo contribuir a disminuir signos clínicos de disminución de hemoglobina, presentados en centro de salud Chiriaco.

Para finalizar, es de suma importancia la interacción directa que realiza los trabajadores del centro de salud y los hogares donde encontramos las familias de Chiriaco, este procedimiento nos permite conocer más a fondo y de cerca sus costumbres, estilos de vida, modo de crianza, forma de pensar, asimismo estas familias tuvieron un comportamiento de lo más sencillo y natural.

1.2. Trabajos previos:

Unigarro (2013- 2014) en Ecuador, se realizó una investigación “Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del hospital básico San Gabriel de la ciudad de San Gabriel, provincia del Carchi, periodo 2009-2010”. Se tuvo como objetivo: Evaluar el conocimiento de las madres acerca de la anemia por carencia de hierro en pequeños entre cinco a doce años de edad que asisten al consultas externas que pertenecen al hospital Básico San Gabriel ubicada en la provincia del Carchi, en los años de 2013-2014. En los resultados hubieron: que un 94.7% tienen conocimiento básico respecto a la anemia, asimismo el 60% de las madres revelan que la pésima alimentación en los niños, es el causal principal para la adquirir la anemia, asimismo manifiestan que otros factores que se presentan son la escasas del recurso económico, la falta de control médico y por la ignorancia respecto al tema de la anemia. Se concluye que existen gran cantidad de vegetales, verduras y el hígado de pollo siendo nutrientes muy potenciales y ricos en hierro, que ayudan a disminuir a contraer la anemia.

Céspedes (2010) en Perú, se realizó una investigación “Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemiaferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurin 2010”, donde el objetivo fue: establecer el nivel de conocimiento respecto la anemia y las experiencias nutritivas que realizan las madres y poder prevenir la anemia ferropénica en bebés entre 6 a 24 meses del Centro de Salud Materno Infantil de Lurín. Los resultados fueron que cuarenta madres manifiestan tener idea referente a la anemia ferropénica, así también treinta y un madres, indicaron tener un bajo conocimiento y veintinueve madres demuestran tener un alto conocimiento.

Respecto a los motivos o razones de la anemia, el 42 % indican que al ingerir alimentos en abundancia en hierro reducen el contraer anemia, y por ende el resto no saben.

Márquez (2008) en Perú, se realizó una investigación “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007”, El objetivo fue establecer el conocimiento referente la anemia ferropénica que adquieren las mamás de infantes entre 1-12 meses que asisten al Centro de Salud de Micaela Bastidas 2013. Se obtuvieron los resultados de 68.75% de las progenitoras, manifiestan tener un conocimiento nivel medio respecto a medidas de prevención sobre la anemia, siendo un riesgo para para poder prevenir esta afección en sus hijos y sus familiares. El 84.82% manifiestan poseer conocimiento e información medio a bajo respecto al tema de la anemia, siendo un peligro latente en sus niños, causando un posible daño en su sistema nervioso. Como conclusiones se tuvieron: que 62.5% de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que indica que las progenitoras no se encuentran bien informadas ni preparadas para combatir la anemia que afectaría la salud de sus hijos.

Sedano (2017) realizó en Perú, la investigación “Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionadas con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud Cocharcas – Huancayo 2018”. Se utilizó una muestra representada por veintiséis madres, información fue recogida en el año 2018. Se obtuvo los siguientes resultados veintidós madres tienen noción respecto a la anemia ferropénica, asimismo siete progenitoras manifiestan tener hijos con una leve anemia también se observó que quince muestran anemia moderada; también cuatro madres se encuentran desinformadas y poco conocimiento que corresponde a la anemia ferropénica y del total existe uno que su menor hijo contiene anemia leve y tres muestran anemia moderada, referentes a los hábitos alimenticios veinte madres realizan hábitos alimenticios inadecuados, donde siete madres manifiestan que sus hijos contienen anemia leve y trece indican tener anemia moderada. Seis madres realizan hábitos alimenticios adecuados; de este total un niño solo tiene anemia leve, y cinco manifiestan tener anemia moderada, por el momento aún no se presentan anemia severa. Se concluye la inexistencia entre el grado de

conocimiento de los padres respecto a la anemia ferropénica con predominio de anemia en niños entre 6 a 35 meses que pertenecen al puesto de establecimiento de Cocharcas año 2017. Existe correlación entre el grado de hábitos alimenticios con la preponderancia de anemia en niños entre 6 hasta los 35 meses en el establecimiento de salud Cocharcas durante el año 2017.

Coronel y Trujillo (2016). En la localidad de Huancayo se realizó el trabajo de investigación “Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de huancayo - diciembre 2015- mayo 2016” , se tuvo el objetivo de establecer la importancia de anemia en los niños entre 12 a 59 meses de nacido con sus componentes relacionados y el correcto adiestramiento hacia los padres en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca”; el tipo de estudio fue descriptivo transversal, se utilizó 90 análisis de hemoglobina que corresponde a 90 niños donde sus se encuentran entre 12 y 59 meses de nacido, se manipuló como técnica las encuestas y se gestionó cuestionarios hacia los padres de familia y así recolectar toda la información necesaria sobre qué tanto de preparación, condiciones y practicas asociadas a la buena alimentación y nutrición respecto a la insuficiencia de hierro, asimismo también respecto a los factores de riesgo. Al analizar los resultados se tiene que la proporción de niños que presentan anemia fue 43,3%, de los cuales el 30% de este total manifiestan tener anemia leve y el 13,3% de niños indicaron tener anemia moderada; algunos de estos elementos que se encuentren relacionados con la afeccion son edad, género, ubicación geográfica, situaciones socioeconómicas, estado alimenticio y nutricional. Al referirse al grado de comprensión y las buenas prácticas asociado con la alimentación, se concluyó posterior al estudio realizado la implementación favoreció a mejorar significativamente de 31.4% a un 89.9% , asimismo se comprobó la presencia de relaciones fundamentales y sus señales de riesgo, siendo de suma importancia realizar capacitaciones y reuniones de forma constante y decidida hacia los padres de familia, debiendo incluir en este grupo al personal de CEDIUC con el propósito de realzar el grado de comprensión comprender de la mejor manera para evitar obstáculos en un remoto tiempo.

Cajamarca (2015) realizó en Perú, el trabajo de investigación “Características de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses que acuden al centro de salud de Biblian durante el periodo 2012-2013”. Con el objetivo: establecer los tipos generales de niños con edad menor de 5 años que presentan anemia, son pacientes del centro de salud de Biblian en el periodo 2012-2013. Tipo de investigación fue cuantitativo, el estudio fue descriptivo analítico, la muestra estuvo representada por niños de 6 a 59 meses de edad que presentan anemia. El resultado obtenido fue que 93,4% presentan anemia leve y el 6,6% presentan anemia moderada, en este estudio no se lograron casos con anemia severa. También se tiene resultados en la relación del grado de anemia y la edad materna, siendo estos factores poco peso del nacido, nacido adelantado, lactancia materna, palidez cutáneo, frecuencia del corazón, índice masa muscular, peso-edad, talla-edad y parasitosis. Se presentaron las siguientes conclusiones siendo estas: La anemia en niños son causados por la falta de hierro, considerándose un gran problema para la salud pública, se consiguieron cifras bajas de anemia moderada y ninguna de anemia severa. Asimismo existe un alto grado de insatisfacción para controlar el tratamiento para la anemia, influenciaron los parásitos que existen en los intestinos y mínimo peso severo. Para evitar la parasitosis se ruega efectuar procedimientos de profilácticos para toda la familia, también la ejecución de jornadas educativas dirigido a las padres de familia con el fin de responder de la mejor manera la administración de dosis correcta con referencia al hierro y nutrientes.

1.3. Teorías relacionadas con el tema

Marriner y Raile (2014), referente a la teoría de la diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, manifiesta que La cultura, es considerada como la diagramación de las representaciones de vida sistematizadas y las virtudes o cualidades son apropiadas a la cultura y que sobrellevan la toma de disposiciones y la forma de actuar ante una determinada contingencia. Leininger concluyó que la enfermería transcultural establece un estudio de análisis profundo respecto a las numerosas declaraciones culturales dando importancia a los valores propios de una determinada cultura como son la forma de pronunciarse, sus dogmas u opiniones y las experiencias relacionadas al sector salud.

La pretensión de esta teoría es encontrar singularidades y generalidades; como por ejemplo el cuidado habitual o frecuente que se brinda respecto a sus descendientes, y en lo general se refiere a la selección de cuidados relacionados con su concepto cultural, creencias, costumbres e ideologías, siendo lo más relevante la recuperación de salud del individuo de la mejor manera. Leininger manifiesta que la enfermería transcultural puede ampliar la capacidad respecto al saber y el mejor manejo en la práctica referente al cuidado de enfermería efectuando gestiones basadas en formas de vida; así se obtendrá una atención de calidad y firme, placentera y consecuente, teniendo como resultado la satisfacción de los usuarios por obtener una buena atención lo que conlleva a una recuperación más rápida y con una buena calidad.

En la teoría Leininger existen cuatro fundamentos, el primer fundamento se refiere a la conservación y sostenimiento respecto a los cuidados culturales; el segundo se refiere al pacto que se tiene frente a los cuidados culturales y este tercer fundamento se basa a remodelación o reforma de los cuidados culturales, el ultimo fundamento plantea modos de acción y decisión conteniendo base cultural y así llegar a cumplir con un cuidado consistente, convincente e importante.

Modelo del Sol naciente de Leininger

Leininger (1995), propone mediante el modelo de sol naciente, los elementos necesarios que debe afrontar los cuidados culturales de enfermería, teniendo en consideración los factores que influyen sobre la salud, siendo factores políticos, religiosos, sociales, económicos, culturales, educativos y otros más. Los profesionales en salud y los enfermeros son los principales representantes, que intervienen sobre los cuidados principales que se debe tener en consideración, se estima que el enfermero es el ente que sirve de nexo o intermediario entre el paciente y el profesional del sector de la salud; siendo el primer paso o el inicio para tomar decisiones y gestiones con el fin de ofrecer cuidados transculturales y de esta manera administrar estos tres modales (preservación, adaptación y reorientación), este procedimiento tendrá como resultado que el enfermero realizará un cuidado exhaustivo respecto a la cultura para la salud. Leininger, destaca que en este modelo las personas, como sujetos, es imposible la separación entre la raíz cultural y organización social desde el punto de vista de la concepción del mundo, considerándose como un regla primordial para la teórica.

Marriner y Raile (2014) mencionan respecto a la orientación nutricional según la aplicación de la teoría de Madeleine Leininger que en relación a la consejería nutricional que brinda una determinada propuesta por la enfermera dirigido a la madre, se tiene en consideración las cualidades o virtudes de sus modelos culturales de la madre, posterior se agregan los tres modales de acción sin alterar el entorno social donde radica la madre, con la finalidad de conservar un cuidado culturalmente afirmativo, perfecto y de eficacia y eficiencia.

Marriner y Raile (2014) señalan que lo que plantea Bárbara Kozier y el modelo del Sol naciente de Madeline Leininger, en referencia a las sugerencias del cuidado transcultural, se deben considerar las costumbres y hábitos que son parte de un conjunto de conocimientos culturales propios de una persona, familia y comunidad, con el objetivo de realizar una atención de enfermería encaminado hacia el mantenimiento, negociación y reestructuración ante los cuidados culturales, y así se obtendrá una atención de calidad.

1.3.1 La anemia

La anemia es una afección, que se origina por la falta de hierro, siendo un mineral muy importante que causa desórdenes nutricionales en el organismo de la persona, fundamentalmente en infantes hasta de 5 años, generándose en cualquier parte del mundo ya sean países que pertenezcan a la elite o países subdesarrollados.

La OMS especifica la anemia como la baja concentración de hemoglobina respecto a dos desviaciones estándar en una determinada población, siendo mínimo valor a considerarse de 11g/dl para infantes entre 6 meses a 5 años de edad o niños menores a 5 años. Se define a la anemia como la carencia de globulos rojos en la sangre, o que se denomina la falta de hemoglobina. Mediante un análisis de sangre que es considerado como un indicador directo para precisar con certeza si el niño presenta hemoglobina baja o anemia. Se considera a la hemoglobina como un conjunto de proteínas que presenta el mineral del hierro, que es engendra en los glóbulos rojos de las persona y su insuficiencia nos alerta la existencia dela falta de hierro. Siendo el motivo que produce anemia la ingesta de alimentos pobres o baja concentración en hierro, la presencia de microorganismos siendo parasitarios dedicados a la función de la

absorción del hierro, evitando la evolución del desarrollo del niño, la mezcla de factores etiológicos y la poca presencia de agentes que favorezcan su absorción. Siendo la carencia de hierro que debe contener la alimentación del niño, es la causa principal con más del cincuenta por ciento de los casos de anemia que se presentan en la actualidad

Este mineral llamado hierro es el principal componente o elemento de la hemoglobina, a la vez es imprescindible para transportar el oxígeno hacia las distintas células, tejidos y diferentes órganos. El hierro conforma parte de hemoproteína muscular llamada mioglobina que se ubican en los músculos y se encuentran participando activamente en numerosas etapas del metabolismo. Por último la importancia de este mineral el hierro ejerce una función importante en el sistema nervioso central, es el encargado de generar energía celular. La poca presencia de este mineral puede ser que afecten el funcionamiento de diversos órganos y conlleve a alteraciones.

1.3.1.1 Causas

La anemia ferropénica o ferropriva es causada por el déficit de hierro, siendo el componente necesario para la formación de la hemoglobina, la carencia de hierro en los alimentos que uno ingiere o la pérdida ya sea por cualquier factor, se debe considerar un aumento necesario de este mineral para el organismo, más aun si el niño se encuentra en evolución de crecimiento siendo la edad menores a cinco años. Los factores responsables de pérdidas de hierro son: La parasitosis intestinal (*Anquilostoma duodenale* y *Necator americanus*), áscaris, tricocéfalos, amebas y giardias, según estudios se realiza una pérdida de hierro diario de 1 mg; la existencia paludismo en diferentes lugares; hemoglobinopatías.

La leche materna, siendo una combinación líquida compuesta por varios nutrientes resguarda las principales necesidades para que el niño se encuentre protegido y sano hasta la edad de cuatro meses. Es de suma importancia añadir un aporte dietético rico en hierro a partir de los cuatro años en adelante. Se considera que todo niño debe de asimilar un aproximado de 250 mg de hierro en el transcurso del primer año o lo que es correspondiente a 125 mg de hierro en el primer medio año. Se debe de tener en

consideración que la leche materna solo cubre un tercio del hierro permitido, no cubriendo en su totalidad los valores mínimos permitidos de este mineral. Existen estudios que los infantes amamantados de forma exclusiva se encuentran expuestos a un porcentaje negativo de hierro así también sus almacenamientos de hierro se ven disminuidas.

A parte de la leche materna se debe suministrar fórmulas fortificadas o suplementos ricos en hierro para potenciar el desarrollo de los infantes hasta la edad de dos años, una vez que el niño se administra una dieta mixta de hierro, se obtiene un organismo saludable, cabe señalar que los bebés prematuros y aquellos que presentan peso bajo respecto a su edad, deben comenzar inmediatamente a suministrarse vitaminas que contengan hierro suplementario hasta los dos años de edad.

Una vez que el niño cumple su primer año de edad, se puede administrar dosis del mineral de hierro para que realice una absorción del diez por ciento, y los que realizan alimentación a base de vegetales y cereales permiten una filtración del 7.5% de hierro. En el primer caso se recomienda suministrar este mineral hasta antes de cumplir el primer año de edad, referente a lo segundo es recomendable para infantes entre 1 a 5 años y así continuar con la absorción de 10 mg.

1.3.1.2. Población en riesgo:

- Los niños que se encuentran dentro del primer año de edad, donde a la hora de nacer fueron bebés prematuros o muestran un bajo peso.
- Niños en edad parvulario, donde proceden de lugares con un alto riesgo de parasitismo.

1.3.2.3 Signos y síntomas

Se tiene como signos más frecuentes de la anemia ferropénica a: agotamiento, debilidad, poco apetito, desvanecimiento, mareos, ritmo cardíaco acelerado, problemas para respirar, uñas débiles, decoloración en la piel, y otros signos.

1.3.2.4 Diagnóstico

La anemia procede por la falta o carencia del mineral hierro en la sangre, por tal motivo se minimizan los almacenes (ferritina y hemosiderina) siendo estos componentes de suma importancia para conservar los niveles funcionales de hierro en nuestro ser. En consecuencia la médula ósea comienza a originar células que contienen glóbulo rojo, y cuando estas reservas se agotan, va a existir reducción de hemoglobina y tal motivo se origina la anemia. Se realizan diagnósisis tomando en consideración los siguientes puntos:

- **Examen físico del niño**

Se manifiesta piel palida y con mucosa, teniendo un timpo limitado a la vista pudiendo pasar como desapercibida, los puntos donde se pueden observar es la parte ocular, palmas de las manos y lecho ungeal. Se deben considerar también los aspectos de debilidad, delgadez, uñas resquebrajadas o llamadas uñas coiloniquia y la perdida de brillo en la piel. Caso contrario las personas que presenta la anemia severa, siendo los síntomas como el aceleramiento del ritmo cardiaco, soplos del corazón, complicándose y volviendo a ser esplenomegalia, dilatación cardíaca, insuficiencia cardíaca entre otros.

- **Procedimientos Auxiliares:**

Hemoglobina: mediante un examen clínico de laboratorio al extraer la sangre o linfa se puede realizar la valoración o medición de la acumulación de hemoglobina que contiene la sangre, este procedimiento es el más ventajoso para reconocer cuando una persona se encuentra o presenta anémica. Por medio de este procedimiento cuenta con limitaciones, ya que no se puede distinguir haciendo uso de sus valores entre la anemia ferropénica y la anemia

La cantidad estándar de acumulación de hemoglobina en la sangre es variable respecto a la edad, sexo, embarazo y de acuerdo al lugar donde uno resida. Los instrumentos que se utilizan para realizar estos procedimientos se llaman hemoglobinómetro o en un espectrofotómetro, se usa la técnica cianometahemoglobina, debiéndose considerar la altitud a la hora de comprobar la acumulación de hemoglobina, asimismo cabe recalcar que suelen ser de bajo

costo económico estos exámenes de descarte de anemia.

Tabla 1: Patrones de hemoglobina y hematocrito en niños menores de 5 años, 2017

Grupo Etáreo	Hemoglobina(gr/dl) menor que	Hemoglobina (nmol/l)	Hematocrito(%) menor que
Menores de 5 años	11.00	6.83	33.00

Fuente: Normativa de suplementación 134-MINSA en Perú

Respecto al hematocrito se debe precisar que resulta más sencillo realizarlo por los personales responsables de la salud, aunque su efectividad para diagnosticar anemia es menor que el que se realiza con hemoglobina.

Consecuencias de la anemia

La disminuida o poca cantidad del mineral de hierro en nuestro organismo, no necesariamente se debe presentar como resultado a la anemia, esta disminución presenta resultados negativos respecto a la funcionalidad de la salud, como es el caso del retraso del desarrollo del lenguaje, falta de atención produciendo dificultad para el aprendizaje, alteraciones de la conducta y desarrollo corporal teniendo como resultados niños de baja estatura, asimismo provoca la apatía y por ultimo presenta el poco interés para explorar social y ambientalmente.

Tratamiento

Suplementación con sulfato ferroso

Los suplementos nutricional compuesta por hierro es fundamental para corregir y advertir la poca presencia de este mineral, teniendo efecto a un plazo corto; estos suplementos esta direccionado a los niños que presentan anemia, en estos casos a los menores de 6 a 12 meses de edad, niños nacidos antes del tiempo establecido y aquellos que presentan poco peso al nacer.

Con este tratamiento se tiene como fin mejorar progresivamente y asi combatir con la anemia, de la misma forma restablecer los almacenamientos para el hierro.

Se debe considerar que los niños entre dos a cinco años que viven en lugares donde predomina la anemia con un porcentaje mayor al 40% de la población, se tiene que administrar con suplementos con hierro 2 mg./Kg./día en el transcurso de los 3 meses próximos. Los niños mayores a cinco años y con las mismas condiciones desfavorables anteriores se deben administrar suplementos con hierro 30 mg./Kg/día en los siguientes 3 meses.

La respuesta favorable a este tratamiento se pone de manifiesto a las 24 hrs. de su administración con un aumento de la producción de la serie roja, luego los glóbulos rojos que no alcanzaron su madurez se intensifican en el flujo sanguíneo, llegando a la normalidad de la hemoglobina después de las tres o cuatro semanas. Por tal motivo se recomienda que la duración del tratamiento debe ser de seis meses para llenar los almacenes de hierro.

Sulfato ferroso

Este componente anti anémico levanta la elaboración de la hemoglobina, viene en presentaciones como profiláctico para niños prematuros, mujeres en gestación, niños que se encuentran en desarrollo, este medicamento se usa cuando se presenta un cuadro de anemia hipo cromica en la persona.

Se administra en 2 esquemas, uno se considera preventivo y otro como tratamiento. Una dosis contiene una concentración equivalente a 15 mg./5ml de hierro elemental. Se manifiesta que cuando el niño presenta hemoglobina con valor mayor a 11 mg/dl, estamos frente a un nivel preventivo.

Los recién nacidos: Se suele aplicar 1 mg./Kg./día de hierro que viene en presentación de jarabe, debe tomarse mezclado con agua , limón con agua o naranja con agua, y una hora después de cada comida. Este tratamiento tiene dos fases, la primera su duración es de seis meses y deben de ingerirse cinco frascos de sulfato ferroso, posterior a esto se descansa seis meses y continuamos con la segunda fase que tiene un tiempo de duración de seis meses; una vez acabado todo el procedimiento se realiza un seguimiento cada dos meses solicitando un análisis clínico de hemoglobina, de esta manera se asegura un tratamiento eficiente y eficaz.

Recién nacidos con peso bajo y prematuro: La dosis es entre 1 a 2 mg./Kg./día de hierro elemental en presentación de jarabe, suele administrarse a partir de los 2 meses de edad. La duración de estas dos fases son: Primera fase tiene un tiempo de duración de 10 meses, a partir del segundo mes hasta los doce meses, contiene seis frascos de sulfato ferroso. Se descansa seis meses y da inicio a la segunda fase, con un tiempo de duración de seis meses. Este tratamiento se realiza siempre y cuando el niño cuenta con hemoglobina cuyo valor es menor a 11 mg./dl. y presenta un peso mayor a 2.500 Kg.

Respecto a los recién nacido a término y recién nacidos con bajo peso y prematuros: La dosificación es 3 mg./Kg./día, los tiempos y fases son las misma que el esquema anterior, tan solo existe una varianza en la dosificación.

Como en todo tratamiento, el sulfato ferroso presenta factores propias luego de haber consumido el farmaco, en este caso se observa deposición oscura, estreñimiento, tinción de los dientes, diarrea y fiebre. El Sulfato ferroso debe estar en un sitio bien asegurado, donde los niños no puedan acceder y posteriormente tomarlo, lo que acarrearía una intoxicación que podría ser fatal e irreversible en algunos casos. Este medicamento no debe mezclarse con otros fármacos, ni chocolate, ni café lo cual reduciría la del fármaco.

Dieta

Se puede prevenir el mal anemia, haciendo uso de nutrientes ricos en contenido del hierro que se puedan presentar en la alimentación balanceada diaria o llamada dieta como son las carnes, sangrecita, alimentos potentes en vitamina C y la disminución del consumo de café y té, de esta manera mejoraría la absorción de este elemento mineral llamado hierro.

Prevención

Realizar la prevención por la falta de hierro no es difícil, al ingerir hierro ya sea en cualquier modalidad de fármacos o mediante una dieta con la finalidad de aumentar el porcentaje de este mineral. Se requiere de una buena educación nutricional que oriente a toda la población y de esta manera prevenir la anemia

tomando en consideración los siguientes patrones:

- Publicación sobre la lactancia materna necesaria en los seis primeros meses de nacido.
- Difusión de los alimentos nutritivos ricos en contenido de hierro con alta biodisponibilidad, bajo costo económicos y fácil de adquirir.
- Conocer el tratamiento a seguir frente a los parasitosis y realizar de la mejor manera la desparasitación.

Recomendaciones diarias de consumo de hierro

Se tiene conocimiento que los niños menores de un año necesitan de 0.77 mg/día. Sabiendo que los menores de seis meses dependen solo de la leche materna por tal motivo esta necesidad no puede estar cubierta por la alimentación diaria y se invitan a la suplementación.

Tabla 2: Sugerencias diarias de ingestión de hierro

Grupo	Requerimiento
0 a 5 meses	10 mg por día
5 a 12 meses	10 hasta 15 mg por día
1 a 3 años	15 mg por día
4 a 6 años	10 mg por día

Fuente: Normativa de suplementación 134-MINSA en Perú

Hierro de origen animal: Llamado también hierro hemo, lo ubicamos se en carnes, sangre, vísceras, pollo, pescado, mariscos. Se realiza una suprema absorción del 20 al 30%, y se encuentran de manera independiente en relación a los otros alimentos. Mejor absorción del mineral hierro se realiza en carnes comparado en productos lácteos.

Hierro de origen Vegetal: Se le suele llamar hierro No Heme, es baja su absorción y se presenta en productos vegetales de una determinada dieta. Los componentes de ácido ascórbico, ácido cítrico, hierro hemínico ayudan a la absorción del hierro en la dieta, y los componentes que no ayudan a la absorción del hierro son los fitatos, carbonatos, oxalatos, fosfatos, fibra y tanatos. Asimismo este mineral del hierro lo encontramos en los siguientes:

- Hortalizas como las acelga, espinaca, paico y perejil.
- Cereales y pseudo-cereales, tenemos en la cebada, avena, quinua.
- Leguminosas se presentan en lentejas de soya, frejol, haba y garbanzo.
- Frutas tenemos en la pera, mora, tamarindo.

Tabla 3: Biodisponibilidad de hierro en algunos alimentos

Suministros	Absorción de Hierro (%)
Leche materna	50
Sangrecita	25
Carne	20
Menestras	5
Leche de vaca	3
Huevo	3
Espinaca	< 5

Fuente: Normativa de suplementación 134-MINSA en Perú

Los Componentes que benefician la absorción del mineral de hierro, son las carnes de todo tipo especialmente de pescado o producto marino; así también en productos que contengan vitamina C especialmente en cítricos como la naranja, limón y tamarindo; asimismo en los vegetales que contengan hojas verdes como la coliflor y el col; además favorecen los cereales y los productos fermentados y por último la leche materna que contiene 0.5 mg/litro de Hierro, se considera la principal fuente de hierro del niño lactante, y su facilidad de obtener es considerablemente alta (50%), comparando con las leches en polvo enlatadas no enriquecidas.

Factores que prohíben la absorción:

Se presentan en alimentos que contienen fibra, también se consideran el calcio que se encuentra en los diferentes presentaciones de lácteos, combinados de fenoles que capturan el hierro, como elementos que no ayudan a la no absorción tenemos el café, cocoa, infusiones de diferentes yerbas y orégano. Por último se presentan en los cereales e integrales hechas de harina, nueces y semilla

Costa (2017) señala que se considera una medida preventiva cuando se suministra suplementos que contengan hierro y de esta manera puedan favorecer a las personas que vivan en localidades muy vulnerables. Así también se debe concientizar al ser humano al consumo de sales de hierro. Se debe considerar que a partir del mes dos de vida lo recomendable es la administración de sulfato ferroso de 1 mg fierro elemental en un kilogramo de peso.

Para realizar una prevención exitosa de hierro, una idea sería en la existencia de una fabricación de productos con buena calidad de alimentos siendo esto más costoso, esto no es nada sencillo porque se buscaría relacionar los alimentos apropiado para que la población lo consuma constantemente.

1.3.2 La visita domiciliaria

Caldas (2014) manifiesta que toda visita a domicilio sirve para que se interactúe todos los actores de salud y familiar, En la casa o vivienda es el lugar óptimo para realizar un trabajo con unión, armonía y comportándose de manera natural, dirigidos a los conceptos de interacción familiar, modos de supervivencia y modelos de adaptación. Se concreta que la visita domiciliaria es la reunión, cuya finalidad se debe a interrelacionar los diferentes miembros de la familia con los integrantes del sector salud, esta reunión se realiza en un determinado territorio o lugar, y es causada por un determinado problema de salud que afecta a cualquiera de los integrantes de la familia, cuyo fin del sector salud dar a conocer el inicio de este problema y también brindar el conocimiento básico del problema hacia los integrantes de la familia, para poder enfrentar de la mejor manera estos y otros temas de salud ya sean preventivo, promocional o de tratamiento.

Estas inspecciones en domicilio no solo se realizan una vez, ni son aisladas, sino se realizan varias visitas de atención en el domicilio por parte del personal de salud a cargo, el tiempo del procedimiento es de acuerdo a la magnitud del o los problemas presentados hasta ir cumpliendo con los objetivos planificados. La visita domiciliaria integral se ejecuta cuando es imposible indagar las variables familiares que obstruyen en un buen manejo de la dificultad y sólo se logra realizando una visita hacia la familia.

Tipos De Visitas Domiciliarias

Salazar (2015) manifiesta que de acuerdo hacia donde se quiere llegar se clasifican los diferentes tipos de visitas domiciliarias, a continuación se detalla estos tipos:

Visitas a demanda y/o de urgencias: Son todas aquellas visitas, que se realizan cuando el paciente no puede apersarse con sus propios medios y es donde la familia solicita esta visita médica, estos casos pueden ser las siguientes situaciones como ACV hemorrágico, amputación, reciente cirugía de alto grado, problema crónico

De rehabilitación: Se realizan a pacientes que se encuentran postrados en su cama, discapacitados, personas con problemas siquiátricos graves y otros casos considerado de alto riesgo por el personal de salud. Estas visitas domiciliarias se realizan con frecuencia que podrían ser semanales, quincenales, mensuales de acuerdo a la evaluación del equipo de médicos.

Internaciones domiciliarias: Son las realizadas a personas que necesitan tratamiento en la casa, generalmente son necesarias para pacientes terminales donde una gran parte de los cuidados pueden ser realizados por los familiares. El equipo multidisciplinario de salud apoya y manejan la situación para promover la calidad vida mediante cuidados paliativos en ese momento, en conjunto con los profesionales de los Hospitales.

Búsqueda Activa: Se refiere a encontrar personas o grupo de familia que jamás acudieron a sus centros de salud para sus respectivos tratamientos, vacunas o controles. También se refiere a buscar anomalías y patologías que pongan en riesgo a la salud pública.

Diagnóstico: Realizar un procedimiento para en qué condiciones se encuentran y exista la posibilidad de causar un problema de salud como patologías crónicas e infecciosas, afecciones del aparato respiratorio, costumbres alimentarios, entornos donde nos desarrollamos y puedan ser de alto riesgo para accidentes o caídas, referente al saneamiento y agua potable, impurezas en el medio ambiente y otros .

Consejería: Se refiere cuando existen inconvenientes por parte de los trabajadores de salud, al referirse posibles mejoras con el objetivo de mejorar la salud respecto a un determinado tratamiento, al uso de fármacos, alguna recomendación de dieta, cambio de costumbres y el aseo personal.

Educación: Es el conjunto de tareas que debe realizar los trabajadores que pertenecen al equipo multidisciplinario a cargo de un profesional realizando visitas domiciliarias hacia la comunidad social referente a la educación o promoción de la salud. Todo depende a lo que se quiere llegar y la actividad a desarrollar en el domicilio, dependiendo del profesional varía su óptimo desarrollo.

Lineamientos morales para realizar visita en domicilio.

Los profesionales de salud ejecutan visitas a los domicilios con la finalidad de congeniar más de cerca respecto a la intimidad familiar que viven en condiciones de fragilidad. La entrega de servicios cuando se realiza visitas al domicilio, enlaza los nuevos motivos que contribuyen al éxito de la visita domiciliaria, siendo estos los siguientes:

- 1) **Visita Domiciliaria (VD)**, se realiza ante un acuerdo mutuo entre los profesionales de la salud y las personas implicadas antes de ejecutar la visita, aparte de realizar una planificación respecto a la fecha, hora, y temas a tratar, se debe estar seguro del consentimiento de la familia a quién se realice la visita. Existe protocolos de bienvenida o inicio de visita, indicando y explicando el o los motivos de la charla, se muestre la atención, preocupación e interés por ayudar al niño en su desarrollo integral y asimismo el adulto debe estar conforme y a la vez debe firmar un Consentimiento Informado.

- 2) Se debe tomar en consideración, cuando se realice una visita de atención dirigida al niño o niña, es de suma importancia la presencia del padre, madre, tutor o cuidador a cargo para que sean partícipes de la charla y brinden su punto de vista respecto a los nuevos lineamientos a seguir para un mejor desarrollo integral y saludable para el niño. De esta forma es de vital importancia esta presencia, porque se sostiene la buena relación y confianza que pueda existir entre el adulto mayor que esta al cuidado del menor y el niño o niña.
- 3) Precisiones respecto a la correspondencia profesional: Quiere decir que es la habilidad que maneja el profesional de la salud para relacionarse con los integrantes de la familia, estas precisiones o pautas son condiciones de gran ayuda al momento de motivar para un mejor cambio. Es de gran importancia cuando las mujeres adolescentes se embarazan, al existir un nexo bueno que permitan cambiar su alimentación, estilo de vida y su comportamiento hacia la sociedad. Debe de existir un respeto mutuo, confianza, la aceptación, la flexibilidad entre la familia y los trabajadores de salud, estas situaciones se deben de presentar desde la primera sesión o contacto, donde con el pasar del tiempo se va a ir consolidando y por ende la comunicación va a ser más fluida y mucho más provechosa.
4. Toda la información debe tener un grado de reserva, relacionado a toda la información recabada, esto ayuda para que los familiares se encuentren más seguros y a la vez tener una muy buena relación de amistad. Se recomienda llevar un control escrito de los aspectos más relevantes de la visita directa. Se podría vulnerar la confidencialidad respecto a su información cuando exista negligencia o maltrato infantil.
- 5) La VD tiene como finalidad expresar las mejoras existentes respecto a la salud integral del niño o niña, esta visita esta dirigido a los adultos mayores o personas responsables de la crianza directa con el menor; de esta manera el adulto mayor debe participar activamente de la charla en busca de mejoras o posibles soluciones. En caso que no exista participación por parte del familiar, se debe de analizar, si primero se pueda trabajar con esta persona para crear conciencia de la magnitud del problema que causa al niño o niña.

- 6) El trabajador o profesional en salud, debe tener la habilidad y nivel de flexibilidad para enfrentar de la mejor manera situaciones que no se esperan de una determinada visita como son duelos, conflictos, problemas socioeconómicos; asimismo estos profesionales debe tener la capacidad de brindar la solución y el soporte que sea necesario en favor de ofrecer una atención adecuada y de calidad a favor del niño o niña.
- 7) El nivel de aceptación y recepción por parte de los miembros que conforman la familia visitada es inconstante, depende mucho de la educación, preparación que tengan cada uno de los integrantes para una determinada intervención, se sabe que cada uno de ellos tienen vivencias positivas y negativas, lo cual hace que se intercambien a veces opiniones que no ayuden a los objetivos trazados, cabe recalcar que también influyen el temperamento, personalidad, valores y estado de ánimo, todos estos factores intervendrán en la calidad de recepción. Asimismo se deben considerar la intimidad, participación activa, derechos y deberes del paciente, obediencia a la autonomía ayudan a brindar una mejor relación entre los miembros de la visita y mejor calidad de recepción en el hogar.
- 8) Resguardo de la seguridad: Si existiese situaciones que comprometan con la seguridad integral de alguno de los integrantes de sector salud, deben ponerse a buen recaudo y posteriormente tomar decisiones rápidamente. Siendo lo principal el resguardo de su propia integridad así como la del niño evitar correr riesgos no necesarios que puedan afectar física o psicológicamente. Cuando la situación ya está controlada se solicita el apoyo de un comité de ética y medidas de seguridad para el equipo de salud y la del niño o niña.

Caldas (2014) afirma se denomina visita domiciliaria integral a un plan diferenciado de salud donde se realizan visitas familiares, realizando reuniones en domicilio y con participación de los integrantes de la familia, llevándose al mando de profesionales de la salud. Estas reuniones de salud debe contener: Propósitos o metas, participaciones, logros esperados, comprometidos, duración.

Este procedimiento es analizado en el transcurso del procedimiento de atención. La

encargada de realizar una buena organización y tratamiento de la información son los establecimientos de salud. Esta VD integral utiliza como táctica la transmisión de servicios a los familiares afectados, se caracteriza porque su manera de actuar es dinámico y sentimental por parte de los trabajadores hacia los actores de la familia y la comunidad en general; la experiencia y destreza por parte del profesional de enfermería para el manejo del grupo es de suma importancia para construir un vínculo aceptable de confianza y de esta manera establecer una charla en un solo plano con los padres o el tutor del niño o niña.

En un primer momento los integrantes de la familia en la visita, sienten que su intimidad ha sido vulnerable, por tal motivo puede existir una pequeña o gran incomodidad al inicio de la intervención, lo cual debe ser manejado de la mejor manera por parte de los trabajadores de salud indicándoles los objetivos de la visita, el beneficio que obtendrá el niño, manifestarles sobre el documento informado, de esta manera se asegurara una visita efectiva y eficaz.

Objetivos de la VD integral

Objetivo general

Promover las situaciones ambientales y relacionales que ayuden la prosperidad de las prácticas alimenticias de la madre de los niños y niñas con desnutrición aguda.

Objetivos específicos

La VD integral se realiza mediante la valoración que realiza el profesional de enfermería y las decisiones que puedan elegir en correspondencia a los diagnósticos enfermeros en los que se va a intervenir para mejorar el estado nutricional del niño.

Particularidades de la VD integral

a) Particularidades Habituales de la VD

Minsa (2012) informa que VD es apreciada como una tarea de suma importancia, cuando se realiza un trabajo en equipo del sector salud, considerando más aun al profesional de enfermería, por medio de esta acción el entorno familiar nos concede a

participar directamente con cada uno de los participantes de la familia, sus deficiencias económicas, saber la realidad de los factores del porque no asisten a los establecimientos de salud. La VD dura aproximadamente 90 minutos, las cuales son 60 minutos como mínimo dentro del domicilio, tenido en consideración los objetivos a donde se quiere llegar, las posibles total de visitas y periodicidad por familia, las que el profesional de enfermería debe evaluar y decidir teniendo en cuenta la valoración realizada y así saber cuántos número de visitas serán programadas a posterior.

Cuanto dure el procedimiento de una VD depende mucho de los objetivos trazados, según la experiencia se tiene una mayor efectividad cuando se realicen procedimientos de visita con una duración prolongada, que es entre cuatro hasta los seis meses o en otros casos hasta uno o dos años. De acuerdo a las exigencias existen VD que actúan un profesional de salud y un técnico paramédico en conjunto.

Minsa (2012) manifiesta que la VD es una contribución destacado de salud y estar interconectada con las distintas atenciones globales de la comunidad, con ayuda de un procedimiento de registro y del dialogo en las reuniones que ejecuta el equipo de profesionales. Como recomendación se manifiesta que el mismo profesional que realiza la VD sea el mismo encargado de la atención en el centro de salud, de esta manera existiría una mejor confianza y relación entre el profesional y el responsable del niño o niña.

Caldas (2014) determina, que las cantidades de veces que se realizara las VD, variaran respecto a los objetivos de estas visitas, de tal manera se toda la información que existen en :

- 1) Manual de Atención del niño o niña menores a 5 años.
- 2) Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial del Niño y la Niña entre 0 a 6 años.
- 3) Cuaderno de Salud de la Niña y el Niño.
- 4) Material didáctico para las familias entre otros.

b) Etapas Específicas de la VD

Salazar (2015) señala, el procedimiento de una VD integral presenta varias fases o

etapas, son las siguientes: programación, planificación, ejecución y evaluación.”

La programación da inicio con un análisis referente a la salud en la localidad territorial atendida y con una directa dimensión comprensible respecto a las riquezas servibles para la ejecución de VD; es de suma importancia tener claro y preciso respecto a la evaluación sobre la demanda de VD integrales. El equipo de trabajo en una reunión junta de médicos, son los encargados de elegir las VD; utilizando como criterio principal la gravedad y urgencia de las situaciones con un riesgo mayor entre ellos tenemos las familias que tienen niños con edad menor a cinco años y presentan trastornos nutricionales. Los filtros se deben realizar haciendo uso de buen criterio favoreciendo los que contienen componentes de riesgo alto que han sido descubiertos en el peritaje psicosocial, en segundo grado se considera el aspecto económico de la familia como su la consideración que se tiene ante la ficha clínica familiar.

En la planificación se establecieran el grado de urgencia, los objetivos, acciones a realizar y el personal ejecutor de esta visita. Se estimara la cantidad de VD de manera selectiva, considerando lo más próximo y considerando un número mayor de VD, dirigidas a las familias que presentan un mayor riesgo. Esta fase es de mucha importancia porque es la base para el éxito de la visita, en esta fase se coordina la fecha y hora, se tiene en consideración el consentimiento informado de manera verbal y escrita, se precisan los datos de la ubicación geográfica de la familia, respecto a la movilidad y transporte, ordenar los recursos a utilizar. Por último y de gran importancia de compartir por parte de los trabajadores de salud, el objetivo general de la visita e invitarlos a los integrantes de la familia a que sean parte de este procedimiento.

Mediante un buen control de salud, nos sirve como indicador para estar debidamente informados y estar atentos a la eventualidad de efectuar las VD. Los profesionales en salud encargados de ejecutar estas visitas, deben estar bien informados respecto a la salud de los todos integrantes de la familia a visitar, haciendo uso de sus fichas técnicas y del buen manejo de esta información, nos brindara el éxito de la VD, esta acción se debe realizar en la fecha y hora pactada y no en otro momento, de esta manera se creara un ambiente de seriedad y puntualidad.

En toda visita al iniciar el procedimiento de VD, se realiza un protocolo de bienvenida

por parte del profesional de salud, manifestando su nombre completo y el de su compañero, asimismo debe ser cordial, cortés y breve, esta fase es importante porque es la primera impresión que tiene la familia antes de empezar la sesión, pudiendo ser positiva como negativa por parte del entorno familiar. A la hora del aviso al hogar muchas veces los profesionales que realizan la visita deben esperar unos minutos antes que el familiar abra su puerta de ingreso, si existiese el caso que el familiar no invite a ingresar a su hogar, educadamente el profesional de salud le pregunta si le pueden permitir el ingreso a su casa.

Dentro del proceso de la atención, debe de existir una relación o trato de respeto y confianza entre los profesionales de salud y la madre o tutor del niño, como también de todos los integrantes de la familia

2) Fase de Desarrollo

Luego de la fase de planificación, se efectúa una apreciación de la realidad familiar, si existiese alguno deberá recoger toda la información pertinente y poder incorporar o añadir en la planificación. Referente a los temas son variados dependiendo de la realidad de cada entorno familiar. Pero mayormente se trata sobre el crecimiento y desarrollo del niño.

Mediante la observación y la entrevista se recoge toda la información que viene a ser la exploración, asimismo se ingresan las actividades planificadas de acuerdo a los objetivos de la visita, también se proyecta a las futuras visitas a realizar. Se considera a la persona que está a cargo del cuidado del niño o niña como entes significativos porque serán la fuente de información de primer orden y los agentes de cambios potenciales con el fin de mejorar las condiciones ambientales del menor. Por consiguiente si los objetivos previstos de la visita se efectúan, se extenderá con un seguimiento de control por parte de los profesionales de salud. Sin embargo si el equipo de salud cree conveniente un proceso de visitas domiciliarias continuas para lograr los resultados esperados, se realizara la elaboración de un plan de acción aprobado en las reuniones de equipo de cabecera.

El proceso de exploración da inicio cuando se realice la sociedad con la madre o cuidadores a cargo; y radica en prestar atención al desenvolvimiento del niño, como se relaciona con los adultos, si el lenguaje que utiliza es el adecuado, si existe expresión de afectos. Otro perspectiva de importancia es el desenvolvimiento a la hora que el niño realiza un determinado juego asimismo verificar si existe un espacio apropiado para jugar dentro del hogar. También se tiene que preguntar al adulto que está a su cargo el total de horas que duerme, la hora de levantarse, lugar donde duerme, que persona se encarga de vestirlo, respecto a su aseo bucal y personal, hablar respecto su alimentación diaria, en qué lugar come, respecto a las salidas de la casa, y otras preguntas más. El profesional debe tener presente la edad del niño y los factores comunes para su desarrollo de acuerdo a la edad cronológica del niño.

La existencia de rutinas como dormir durante el día, alimentación, a la hora de realizar un juego, se admite a prever su mundo y ayuda a que los ciclos fisiológicos sean constantes en los niños o niñas. La visualización minuciosa del medio físico que se desarrolla el niño es de vital importancia porque aprueba valorar las fortalezas y debilidades donde se desarrolla la integridad del niño, se debe preguntar con quién duerme el niño, si existe peligro en el ambiente relacionado con su edad y las destrezas psicomotrices en el desarrollo del niño, se debe observar la ubicación de la cocina y los escenarios de higiene que se presenta, observar si presentan condiciones de extrema pobreza. Indagar sobre el orden y la ordenación del hogar, la ubicación del televisor, radio, juegos electrónicos, son puntos de vista importantes al observar porque es el contexto de vida del niño o niña y de su familia. Las acciones que se manifiestan en la visita deben estar a la mano de los objetivos específicos, y existir coherencia con el plan de acción bosquejado anteriormente por el equipo de trabajo que realiza la visita.

En el momento de realizar la V.D existen intervenciones de carácter protocolar por parte de los trabajadores de salud, estas son:

- a) Realizar una correlación de apoyo con las madres y padres y cuidadores.
- b) Transmisión de data respecto al progreso del niño.
- c) Apoyo emocional, escucha activa, progreso de empatía.
- d) Tipificación y comprensión de los conflictos sobre la familia establecida en una amplia mirada de definitivas sociales, componentes de riesgo, elementos protectores y

problemas casuales.

e) Establecer a los adultos como figuras de cuidado indispensables e insuperables para su hijo o hija .

f) Localización de los peligros de seguridad física que afecten el desarrollo del niño en el hogar.

g) Cumplir participación en aprietos cuando sea necesario.

Fase de cierre

En esta fase de cierre debe ejecutarse con aproximadamente entre diez a quince minutos con adelanto al termino cronológico que corresponde a los sesenta minutos, se recomienda acotar en uno o dos puntos de mayor importancia que ha sido desarrollado en la reunión de la visita, asimismo se debe detallar de manera general cuales serían los próximos contenidos o ítem a tratar para la próxima visita o control de salud por parte de los profesionales.

No tomar en cuenta temas que no tienen nada que ver con la temática del contenido, ya que minoraría el tiempo para ejecutar el cierre, de lo contrario se debe despedirse de manera progresiva. Es de suma importancia hacer recordar la fecha y hora de la siguiente visita o control de salud, y si se tiene seguridad de la fecha dejarla escrita a la familia.

EVALUACIÓN

En esta fase se examina desde el punto de vista objetivo como desarrollo la dupla de trabajadores de la salud todo el procedimiento de la visita, se aprecia el desempeño de los objetivos y se proyectan objetivos tentativos para la siguiente reunión o control de salud, posterior se realizara una sesión entre los trabajadores del equipo de cabecera para una valoración en conjunto. Por último se deben realizar un listado de notas en el cuaderno de registro de visita.

Se deben de tener en consideración las siguientes condiciones en los protocolos de intervención por parte de los profesionales:

1) Valoración constante de los componentes protectores y de riesgo de la familia.

- 2) La confianza y el sostenimiento de una buena relación entre los trabajadores de salud y los cuidadores principales.
- 3) Incentivo del acceso y uso de actividades comunitarias, se debe contar con un directorio de las redes de servicios de la zona del área de salud como del solicitar datos como su nombre, dirección, teléfono, servicios que ofrece, horarios de atención.
- 4) Estimulo para el uso de los servicios de la comunidad a favor de las familias, plazas, instalaciones deportivas, bibliotecas.
- 5) Fomentar la eficacia del ambiente del hogar y así ayudar a los padres establecer ocasiones de juego/aprendizaje adecuadas
- 6) Considerar las buenas condiciones que presenta el hogar y así prevenir los accidentes, como ejemplo tenemos alejar objetos peligrosos de los niños pequeños y así evitar accidentes por asfixia o cualquier otro motivo, tomar conciencia del riesgo respecto al acceso a enchufes o conexiones eléctricas peligrosas para los niños.
- 7) Por intermedio de la averiguación - acción, ayuda a equipo de trabajo a ejecutar todas sus actividades en forma eficaz y eficiente in situ de la visita, evaluando los objetivos planteados en la realidad. Al comenzar la VD, se debe tomar consideración si el entorno familiar esta de acuerdo con las actividades planificadas por parte de los trabajadores de salud, si existiese algún problema o impace se deberá de replantear los objetivos de acuerdo a la realidad de ese momento
- 8) Se deben de realizar capacitaciones y charlas educativas respecto a la nutrición y o mitigación respecto al consumo de tabaco.
- 9) Vigilancia y localización de niños con insuficiencias económicas y con déficit en el desarrollo.
- 10) Tener una orientación exclusivo cuando se trabaje con familias que radican en comunidades rurales y no pueden acceder a los servicios que necesitan.
- 11) Un especial trato a las familias con aspectos culturales y étnicos
- 12) Atención permanente de aspectos de género.
- 13) Se deben realizar una consideración especial a familias que tienen como mujeres jefas de hogar, mujeres trabajadoras, mujeres madres adolescentes, madres con bajo recurso económico, familias con un gran número de integrantes y con abuela presente.
- 14) Se debe de realizar el uso del consentimiento informado de la familia, con el fin de respetar el derecho de autonomía. Este documento debe ser leído detenidamente y firmado por el adulto responsable al principio de cada visita domiciliaria.

15) Respecto los objetivos de la visita deben ser claros y precisos a la hora de explicarles a la familia.

16) Situaciones elementales sobre seguridad y prosperidad personal que debe tener el conocimiento necesario por parte del profesional.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad de la visita domiciliaria en la recuperación de la anemia en los niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Chiriaco –Amazonas, 2018?

1.5. Justificación del estudio

Considerando que existe un gran índice de anemia en la salud pública de pueblos, al provocar problemas en la salud, educación, productividad y crecimiento económico; aumentando la debilidad de los individuos a varias anomalías como el caso de los niños con edad menor de cinco años, afectando su sobrevivencia; por lo que es relevante la intervención de este problema y para ello se requiere de la obligación de los trabajadores del sector salud y así evitar el impacto de esta patología sobre el aumento y progreso de la cantidad de niños.

El marco en lo referido esta investigación permitirá revalorar la visita domiciliaria como herramienta de apoyo para enfermería pues a través de ella se buscará lograr recuperar a los menores que cuentan con síntomas de carencia de hierro, permitiendo complementar la orientación realizada en la vigilancia de crecimiento y desarrollo, a esta forma contribuir a disminuir los temas de anemia presentados en establecimientos de salud Chiriaco.

Esta investigación busca motivar a los trabajadores del sector salud para que ejecuten las VD como herramienta con gran valor para el cuidado, dentro del patrón de atropello de desarrollo de la salud en la etapa de vida niño, así mismo favorecerá las madres de familia porque a través de las visitas adquieran conocimientos para mejorar las experiencias en la crianza y nutrición en los menores; otro grupo beneficiado serán los niños porque se disminuirán los riesgos de retraso en su desarrollo.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

H1 La Visita Domiciliaria influye en la recuperación de los niños con diagnóstico de anemia del Centro De Salud Chiriaco-Amazonas, 2018.

H0 La Visita Domiciliaria no influye en la recuperación de los niños con diagnóstico de anemia del Centro De Salud Chiriaco-Amazonas 2018.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Establecer la efectividad de las visitas domiciliarias en la recuperación de anemia, del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018.

1.7.2. Objetivos específicos

- a) Caracterizar sociodemográficamente las familias de los niños 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas, Perú 2018
- b) Identificar la prevalencia de anemia antes y después de la visita domiciliaria en los niños 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas, Perú 2018.
- c) Evaluar los conocimientos sobre la alimentación saludable y tratamiento con sulfato ferroso de las madres de niños con anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018
- d) Analizar la efectividad de las visitas domiciliarias en la recuperación de anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018
- e) Evaluar la adherencia del consumo de hierro de niños con anemia a través de la visita domiciliaria Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018.

CAPÍTULO II

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

El tipo de estudio corresponde a experimental – explicativo.

Hernández, Fernández y Baptista (2015) precisan, que la materia en análisis se puntualiza, examina, y estimar; así mismo, se genera la correlación origen - consecuencia; ósea va a determinar la efectividad de las visitas domiciliarias de la población de madres con niños seis a treinta y seis meses con análisis de baja en hierro para su recuperación de dicha anemia, pertenecientes al Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018.

Esta investigación maneja el diseño pre experimental, con un único conjunto; que utilizo cálculos antes y después, semejante con pre y pos test. Según Sánchez y Reyes (2014) señala, que el diseño utiliza tres maneras que son las siguientes:

1. Una comprobación antes de la variable dependiente en cuestión: prevalencia de anemia (Pre test)
2. Aplicación del estímulo o variable independiente: visitas domiciliarias a madres con niños seis a treinta y seis meses con análisis de anemia.
3. Una siguiente medición a la variable dependiente en cuestión: prevalencia de anemia (pos test)

El diseño tiene el siguiente esquema:

GE: O1 X O2

Donde:

- O1 = Medición del grupo experimental, antes: Pretest
- X = Visitas domiciliarias
- O2 = Medición del grupo experimental, después: Postest.

2.2. Variables, operacionalización

Variable Independiente:

Visita domiciliaria

Variable Dependiente:

Anemia

Definición conceptual

- Variable Independiente:

Visita Domiciliaria: La visita domiciliaria (VD) se manifiesta como la correlación que se ejecuta en un determinado lugar donde vive la familia, con la participación de uno o más trabajadores de salud, y con uno o más miembros de la familia, causada por un inconveniente en la salud de uno de sus miembros, teniendo la necesidad de tener una comprensión más certero con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por empezar profundizar el motivo inicial, así también otros temas de salud que levanta el interés para la familia y asimismo realizar un común acuerdo sobre un plan de trabajo.

- Variable Dependiente:

Anemia:

Sevilla (2013) señal, que la anemia es un padecimiento hematológica, en el cual el índice de hemoglobina en la sangre es menor comparado con los niveles normales de acuerdo a la edad, sexo, el estado fisiológico. En los infantes con edades menores de cinco años entre niños y niñas, y que viven a nivel del mar, si presentan un valor menor de 11g/dl de Hemoglobina estamos frente a un síntoma de anemia.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
VISITA DOMICILIARIA	PLANIFICACION	Edad	PRETEST Y POSTEST
		Sexo	
		Procedencia	
		Grado de instrucción	
		Estado civil(soltero, casado o conviviente)	
		Ingreso económico	
		Etnia (awajun o mestizo)	
		N° de dosaje de hemoglobina a niños seis a treinta y seis meses con diagnóstico de anemia leve.	
	EJECUCIÓN	N° de visitas domiciliarias/mes	
		N° de personal de enfermería que realiza vista	
		N° de reportes de vistas domiciliarias/mes	
		N° de visitas domiciliaria efectiva	
		N° de madres conecedoras de alimentos ricos en hierro	
		N° de niños que recibe sulfato ferroso	
		N° de niños con adherencia a la suplementación	
	EVALUACIÓN	N° de niños que recibieron visitas domiciliarias.	
		Cumplimiento del plan de trabajo	
		Facilidad de preparación de alimentos	
		Rasgos y señales de una persona con anemia	

		Verificar el almacenamiento del sulfato ferro	
DISMINUCION DE LA ANEMIA	Tratamiento farmacológico	Verificar el procedimiento farmacológico <ul style="list-style-type: none"> • Administración de Cantidad • Cumplimiento de Programa • Forma de ingerir • Persistencia 	PRETEST Y POSTEST
	Tratamiento dietético	Verificar el procedimiento dietético en : <ul style="list-style-type: none"> • Incluido de alimentación ricos en hierro • Frecuencia con que se consume los suministros sabrosos en hierro • Seguimiento de la utilización de comestibles saludables 	
		Consumo adecuado del sulfato ferroso	
		Nº de Consejería en la administración de sulfato ferroso	
		Comestibles que ayudan a la filtración de hierro	
		Higiene ,conservación y preparación de comestibles	

2.3. Población y muestra

Población:

Este grupo está compuesto por 100 infantes menores de seis a treinta y seis meses que tienen anemia del establecimiento de salud Chiriaco-Amazonas 2018 Siguiendo los conceptos de Hernández Sampieri y Teniendo en cuenta los objetivos.

Muestra

Nuestra investigación se asumirá como muestra a los cien infantes que tienen entre seis a treinta y seis meses que tienen como diagnóstico anemia del centro de salud Chiriaco-Amazonas 2018 que conforman nuestra población y de esta manera asegurar la confiabilidad de nuestros resultados

Criterios de inclusión:

- Infantes que tienen entre seis a treinta y seis meses y pertenecen al establecimiento de salud Chiriaco - Amazonas,
- niños de seis a treinta y seis meses que aceptaron participar en la investigación.
- niños de seis a treinta y seis meses que sus padres admitieron participar en la investigación
- niños de seis a treinta y seis meses de ambos sexos

Criterios de exclusión

- Infantes menores de seis a treinta y seis meses que no pertenecen al Centro de salud Chiriaco – Amazonas.
- niños de seis a treinta y seis meses que se negaron en participar en la investigación.
- niños de seis a treinta y seis meses que sus padres se negaron en participar en el estudio
- niños de seis a treinta y seis meses que tengan hemoglobina en los valores normales

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad

En la investigación se manipuló la técnica de campo, cuyo instrumento es la encuesta, por ser el que más se acopla para efectuar los objetivos trazados de la investigación y obtener información sobre la visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en los niños 6 -36 meses

El Instrumento que se utilizará un cuestionario (anexo 02) el cual presenta las siguientes partes: información general de la familia y del menor con anemia alimentos donde la madre refiere que el niño consume; Estos instrumentos fueron validados por la sabiduría de especialistas (anexo 02), constituido por 3 personas expertas en la temática de estudio en el área de relacionado a la salud, aportando mejoras hacia la estructura del esto instrumentos.

Al respecto, se procedió a mostrar el instrumento adaptado a tres expertos quienes dieron su conformidad. Posterior a ello, se procedió a realizar la prueba piloto cuya fuente se constituyeron en los 10 niños que presentan con diagnostico anemia atendidos en Centro de Salud Chiriaco -amazonas, 2018.

La ensayo estadístico de fiabilidad utilizada fue Alfa de Cronbach la cual para el instrumento que evalúa a los niños que tienen anemia dio un valor de $\alpha = 0.873$ ($\alpha > 0.70$) y $\alpha = 0.876$ ($\alpha > 0.70$) para el instrumento que evalúa la optimización de recursos, lo cual indica que los instrumentos que evalúan al niño con anemia son altamente confiables.

2.5. Métodos de análisis de datos

La población muestra, obtendrán de los niños que se ejecutó el filtro de Hb, donde se observarán todos resultados obtenidos, infantes que presentaban anemia. Toda la información recogida fue analizada estadísticamente haciendo uso del programa SPSS versión 21 y su presentación de datos se realizó en tablas y gráficos de frecuencia cada uno con su respectiva interpretación.

2.6. Aspectos éticos

Considerarán en todo momento los siguientes elementos éticos de Belmont :

- Respeto a las personas: se considerara al menos dos doctrinas éticas:

primero, que los individuos que participan en la investigación serán tratados como agentes autónomos y el otro, con independencia por lo que serán capaces de deliberar su participación y de actuar en el sentido de libertad.

- Beneficencia: Es el trato que se le brinda a una persona de una forma de conducta no sólo obedeciendo sus elecciones y salvaguardandolas de algún perjuicio, además haciendo esfuerzos para blindar su tranquilidad, es decir todos aquellos acciones de gracia que engloban más que la obligación justa.

- Justicia: los participantes fueron seleccionados con imparcialidad, teniendo en cuenta criterios morales, sin sesgos sociales, raciales, sexuales y culturales, los colaboradores fueron tratados equitativamente durante el curso de ésta investigación.

CAPITULO III

III. RESULTADOS

Tabla 1:

Efectividad de las visitas domiciliarias en la recuperación de anemia, del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018.

Ensayo de ejemplares emparejadas								
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
POST - PRE	1,4160	,6987	,0699	1,2774	1,5546	20,265	99	,000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación; Al analizar la tabla N° 01, respecto a la Garantía de las VD en la recuperación de anemia, nos muestra valor de la prueba t estudent es altamente significativo ($p < 0,01$). Esto demuestra que, la “visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en infantes entre 6 – 36 meses de edad del centro de salud Chiriaco, amazonas”2018 es efectiva en su recuperación de anemia.

Tabla 2:

Características sociodemográficas de las madres con hijos anémicos que pertenecen al Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018

		frecuencia	porcentaje
Edad	< 20 años	15	15%
	Entre 21 - 30 años	53	53%
	> 30 años	32	32%
Procedencia	Amazonas	93	93%
	Cajamarca	6	6%
	Otros	1	1%
Grado de instrucción	Primaria	26	26%
	Secundaria	72	72%
	Superior	2	2%
Estado civil	Soltero	22	22%
	Casado	8	8%
	conviviente	70	70%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Al analizar la tabla N° 02, respecto a las características sociodemográficas de las madres con hijos anémicos, tenemos que, el 53% de las mamás con hijos anémicos que pertenecen a Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018 tienen edades entre 21 a 30 años; Asimismo, el 93% de las madres pertenecen a Amazonas, también, el 72% de las madres solo han hecho estudios secundarios y por último, el 70% de las madres conviven

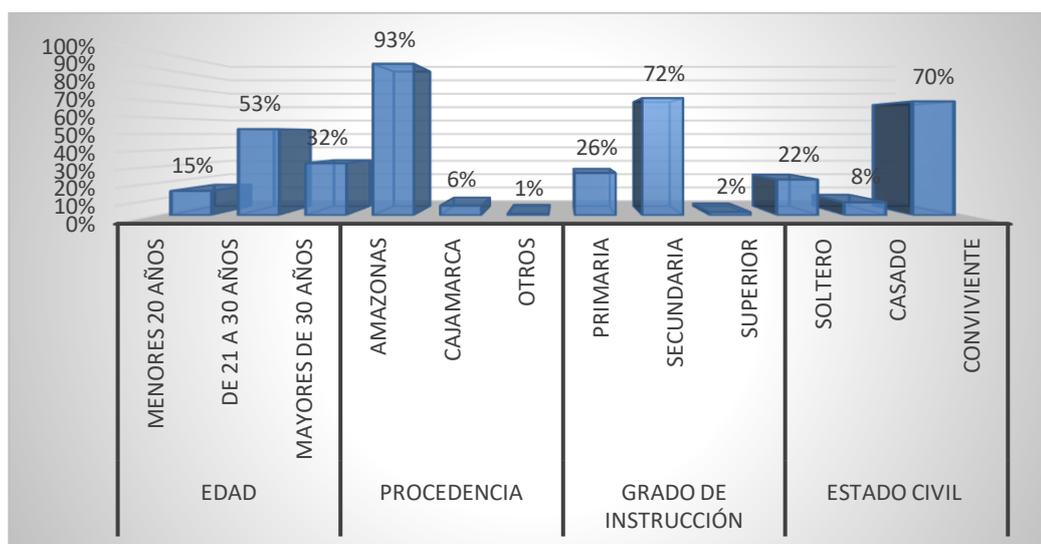


Figura 1: Caracterización socio demográfica de las visitas domiciliarias en la recuperación de anemia, del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018

Tabla 3:

Prevalencia de anemia antes y después de la visita domiciliaria en los niños entre 6 a 36 meses con anemia en el Centro de Salud Chiriaco – Amazonas 2018. Pre test

Prevalencia de anemia antes y después		visita domiciliaria	
		Pre Test	Post Test
Leve	Computo	15	24
	% interiormente del grupo	15 %	24 %
Moderado	Computo	49	4
	% interiormente del grupo	49 %	4 %
Severo	Computo	36	0
	% interiormente del grupo	36 %	0 %
Sin anemia	Computo	0	72
	% interiormente del grupo	0 %	72 %
Total	Computo	100	100
	% interiormente del grupo	100 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 03; respecto a la prevalencia de anemia antes y después de la visita domiciliaria en los niños entre 6 a 36 meses con anemia, tiene un grado moderado con el 49%, seguido de anemia severa con el 36% y por último el 15% de infantes entre 6 a 36 meses prevalecen de disminución de hierro leve.

Por otro lado, se observa que, después de la visita domiciliaria a los niños entre seis a treinta y seis meses con anemia del establecimiento de Salud Chiriaco ubicado en la localidad de Amazonas, 72% se encuentra sin anemia, el 24% tienen todavía anemia leve y solo un 4% tienen anemia moderada, no habiendo niños con anemia severa

Por lo tanto; las visitas domiciliarias a los niños entre seis a treinta y seis meses con anemia en el Centro de Salud Chiriaco. Ayudó a su recuperación.

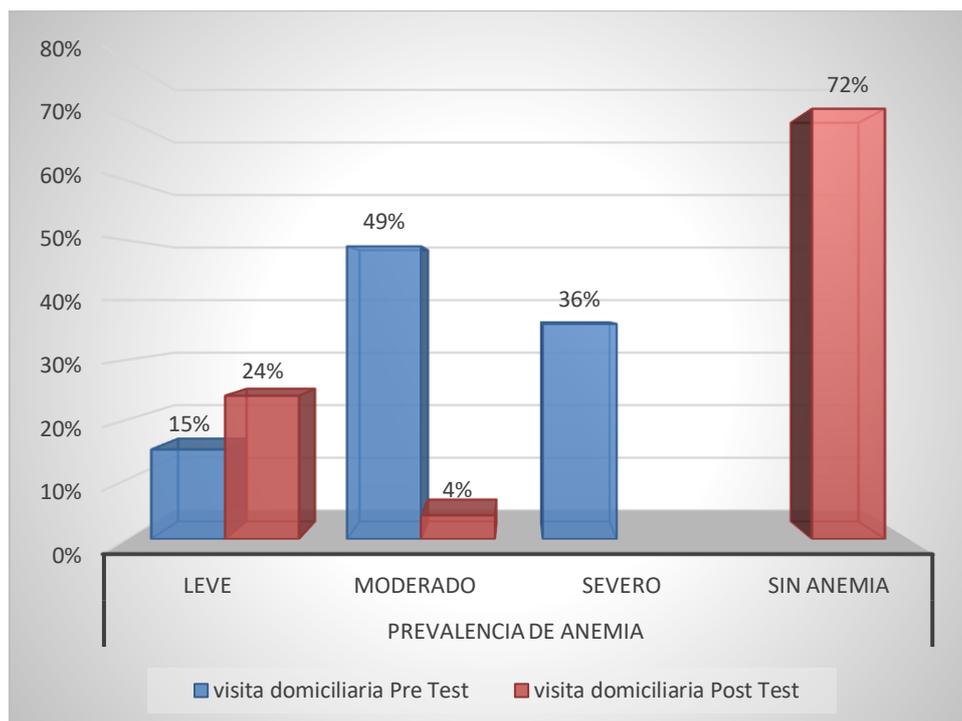


Figura 2: Prevalencia de anemia antes y después de la visita domiciliaria en los niños 6 a 36 meses

Tabla 4:

Grado de conocimientos respecto a la alimentación saludable y tratamiento que incluye sulfato ferroso de las primogénitas de niños con anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	87	87%
Medio	13	13%
Alto	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Respecto a la tabla N° 04, se presenta que, 87% de las primogénitas cuentan con un grado de sapiencia respecto la nutrición saludable y tratamiento con sulfato ferroso de las madres de los infantes que presentan

anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018 bajo; mientras que el 13% solo tienen un nivel medio.

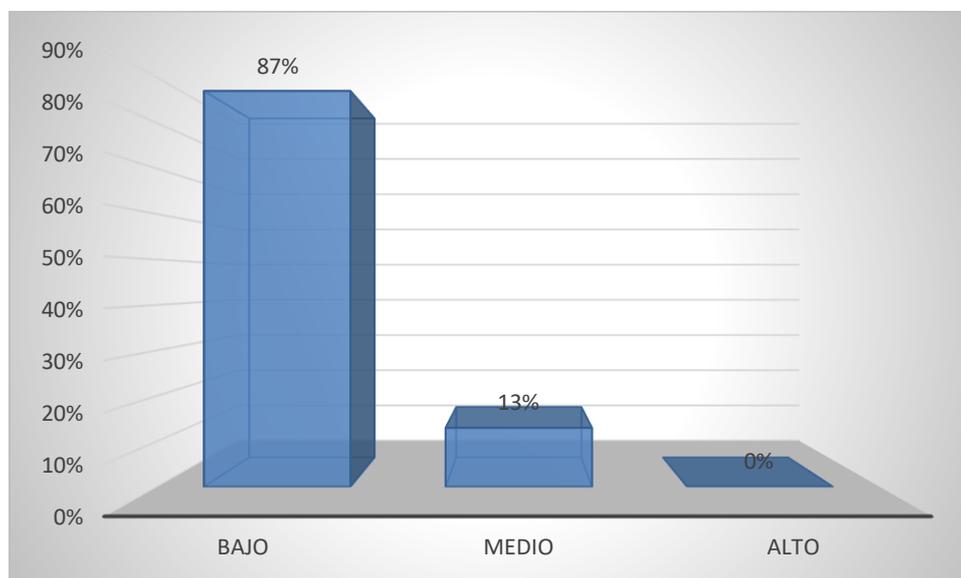


Figura 3: Grado de conocimientos respecto a la alimentación saludable y tratamiento con sulfato ferroso de las primogénitas de niños con anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018

Tabla 5:

Adherencia al consumo de hierro de niños con anemia a través de la visita domiciliaria Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018

Adherencia al consumo de hierro	Frecuencia	Porcentaje
Nula	0	0%
Baja	7	7%
Moderada	21	21%
Óptima	72	72%
Total	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se analiza la tabla N° 05, se observa, el 72% de los infantes tienen Adherencia al consumo de hierro óptima, asimismo el 21% es moderado y solo el 7% la Adherencia al consumo de hierro por parte de los infantes es baja.

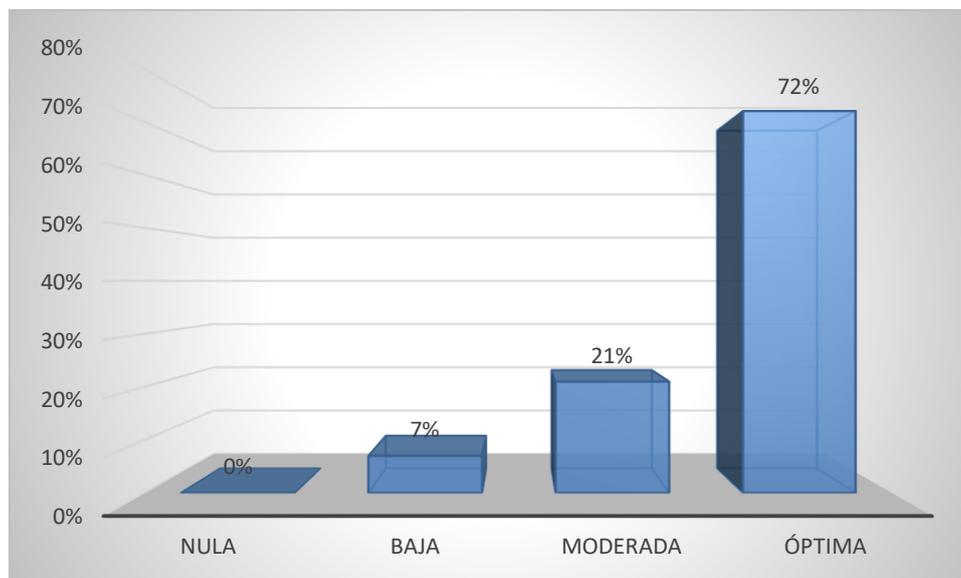


Figura 4: Adherencia al consumo de hierro de niños con anemia a través de la visita domiciliaria Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018

Tabla 6:

Seguridad de las VD en las dimensiones de la recuperación de anemia del Centro de Salud Chiriaco Amazonas 2018.

Ensayo de ejemplares emparejadas								
Tratamiento	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
farmacológico	1,4160	,6987	,0699	1,2774	1,5546	20,265	99	,000
dietético	1,3970	,6541	,0587	1,2639	1,5172	19,723	99	,000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Al analizar la tabla N° 05; nos muestra, el valor de la prueba t estudent es crecidamente significativo ($p < 0,01$). Esto demuestra que, las visitas domiciliarias a los infantes entre seis a treinta y seis meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco, es efectiva en su recuperación de anemia.

Tabla 7:

Ensayo de Normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra				
		PREHB	POSTHB	Diferencia HB
N		100	100	100
Parámetros normales	Media	10,14	11,554	1,4160
	Desviación estándar	,855	,3439	,69873
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,096	,100	,061
	Positivo	,084	,087	,061
	Negativo	-,046	-,054	-,058
Estadístico de prueba		,056	,059	,061
Sig. asintótica (bilateral)		,174	,195	,200

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Respecto a tabla N° 06; se resalta, el ensayo de Kolmogorov-Smirnov para una modelo ejemplar, no siendo significativa ($p > 0,05$). Lo que muestra que los valores se encuentran en una distribución estándar y por consiguiente se demuestre el efecto de las visitas domiciliarias se trabajó con el ensayo t de student para muestras relacionadas.

CAPÍTULO IV

IV. DISCUSIÓN

La OMS (2017), manifiesta el concepto de anemia como la falta o carencia de hemoglobina respecto a los valores mínimos permitidos referente a una población determinada, teniendo como valor límite de 11g/dl para infantes entre 6 meses a 5 años de edad. La cantidad de hemoglobina que contiene nuestro organismo establece el juicio más confiable y seguro para saber si presenta o no anemia en niños.

Referente al primer objetivo específico se aprecia, el 53% presentan que sus hijos tienen anemia que pertenecen al Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018 tienen edades entre 21 a 30 años; Asimismo, el 93% de las Madres pertenecen a Amazonas, también, el 72% de las madres solo han hecho estudios secundarios y por último, el 70% de las madres son convivientes. Esto difiere con los resultados que encontró, **Céspedes (2010)** en la ciudad de Lima, realizó una investigación “Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemiaferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurin 2010”, donde el objetivo fue: establecer el grado de conocimiento referente a la anemia y cuales son mejores experiencias alimenticias que se deben de consumir en la casa para advertir la anemia ferropénica en menores entre 6 a 24 meses, siendo los resultados que el 40 % de madres y/o padres muestran un grado de conocimiento de categoría de medio referente al tema anemia ferropénica, el 31% presentan un grado de conocimiento bajo y por último el 29 % se ubica en el nivel de conocimiento presentan muy bajo.

Asimismo se determinó que el 42 % de los encuestados, manifiestan que la causa es por los escasos de alimentos que contengan hierro y el 58% desconoce las causas.

Se tiene un grado de conocimiento respecto al tema de la anemia ferropénica por parte de la mayoría de los padres de familia, no existe relación significativa con el predominio de anemia, podemos definir que existe un gran porcentaje de madres que conocen sobre la anemia ferropénica y no encontramos relación reveladora con la prevalencia de anemia, se tiene en consideración que las experiencias que ejecutan las madres no son siempre las adecuadas, en conclusión no guarda relación

alguna respecto a mi estudio, se observa que el 72% de las madres solo han realizado estudios a nivel secundario y el 70% de las madres tienen un estado de convivientes.

Referente al siguiente objetivo específico se observa que, el predominio de anemia antes de la visita domiciliaria en los niños 6 a 36 meses es moderada representado el 49%, seguido de anemia severa con el 36% y por último el 15% de infantes entre seis a treinta y seis meses prevalecen de anemia leve. Por otro lado, se observa que, después de la visita domiciliaria a los infantes entre seis a treinta y seis con anemia el 72% se encuentra sin anemia, el 24% tienen todavía anemia leve y solo un 4% tienen anemia moderada, no habiendo niños con anemia severa

Este resultado se compara con la investigación de Sedano (2017). En su estudio realizado se tiene los siguientes resultados que del total de madres que son 26 (100%), y que conformaron la muestra de estudio, el 84.6% si tienen conocimiento respecto a la carencia de hemoglobina ferropénica, sin embargo, de todas ellas, el 26.9% progenitoras poseen menores que presentan carencia de hemoglobina leve y 57.7% están falta de hemoglobina moderada; asimismo el 15.4% no tienen conocimiento respecto a la carencia de hemoglobina ferropénica y de ellas hay una madre con el 3.8% que su menor presenta un cuadro de carencia de hemoglobina leve y el 1.6% con carencia de hemoglobina moderada, asociadas a prácticas alimentarias 76.9% realiza prácticas alimentarias inadecuadas, de las cuales, 26.9% de madres tienen menores que presentan carencia de hemoglobina leve y 50% con falta de hemoglobina moderada y de las 23.1% madres que evidencian tener prácticas alimentaria adecuadas; 3.85% tiene un menor con falta de hemoglobina leve.

Se concluye que la gran mayoría de las progenitoras cuentan con comprensión respecto a la anemia ferropénica, no guarda concordancia con mi estudio por no tener un pre test y un post test, por tener una recuperación significativa en la recuperación de la anemia severa y por estar realizada en cc.nn nativas del distrito de Imaza

Las visitas a domicilio impactaron de manera positiva en las madres incrementado

su nivel de conocimiento respecto al consumo de alimentos ricos en sulfato ferroso, producto del afianzamiento realizado en cada visita domiciliar que se realizó para informarles respecto a la importancia de consumir comestibles potentes en hierro para combatir la falta de hemoglobina en la sangre, que conlleve a incrementar el promedio de hemoglobina y de esta manera disminuir la anemia de los niños que se encuentran de seis a treinta y seis meses que conformaron la muestra de estudio.

Las agentes causantes de la falta de hierro es el resultado de la mezcla de diversos elementos etiológicos, dentro de los cuales se puede mencionar a escasa ingesta de comestibles que tengan incluido el hierro, la presencia de infecciones parasitarias ocasionada por la carencia de este micronutriente, la poca filtración de hierro y/o presencia de productos que rechazan su absorción como son te, café. La falta de hierro trae como consecuencia modificaciones para la correcta operatividad del cuerpo, siendo en los infantes factor causante para el retraso en su desarrollo, el mismo que puede ser contrarrestado con algún tipo de tratamiento; por otro lado, existe una estrecha relación entre carencia de hierro y el desarrollo cognoscitivo y comportamiento mental en el infante.

Los resultados antes mencionados son corroborados Madeleine Leininger con la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales, que señala que: La cultura define las crianzas de vida normalizada y las virtudes o cualidades de las personas que intervienen en sus determinaciones y participaciones. Leininger define la enfermería transcultural a un análisis de las varias culturas y subculturas de todo el planeta con relación a los virtudes sobre los cuidados como son la expresión, creencias de la salud, la enfermedad y el modelo de conducta .

Por lo tanto, esto implica al profesional de enfermería a tener que capacitar a las familias sobre la importancia de la alimentación que se le debe brindar a sus hijos de manera diaria con diferentes dietas ricas en hierro, con la finalidad de contrarrestar la anemia.

CAPÍTULO V

V. CONCLUSIONES

- La efectividad de la visita domiciliaria Está demostrada pues el valor de la prueba t estudent para las muestras relacionadas es altamente significativo ($p < 0,01$). Esto demuestra que, las visitas domiciliarias a los niños de 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas 2018 es efectiva en su recuperación de anemia.
- El 53% de las madres con hijos anémicos que pertenecen al Centro de Salud Chiriaco-Amazonas 2018 tienen edades entre 21 a 30 años; Así mismo, el 93% de las madres pertenecen a Amazonas, también, el 72% de las madres solo han hecho estudios secundarios y por último, el 70% de las madres conviven.
- La prevalencia de anemia antes de la visita domiciliaria en los niños 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas 2018, es moderada con el 49%, seguido de anemia severa con el 36% y por último el 15% de niños de 6 a 36 meses prevalecen de anemia leve.
- Después de la visita domiciliaria a los niños 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas 2018, 72% se encuentra sin anemia, el 24% tienen todavía anemia leve y solo un 4% tienen anemia moderada, no habiendo niños con anemia severa.
- El 87% de las madres tienen nivel de conocimientos sobre la alimentación saludable y tratamiento con sulfato ferroso de las madres de niños con anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, Perú 2018 bajo; mientras que el 13% solo tienen un nivel medio.
- El 72% de los niños tienen Adherencia al consumo de hierro óptima, asimismo el 21% es moderado y solo el 7% la Adherencia al consumo de hierro por parte de los infantes es baja.
- Las visitas domiciliarias a los niños de 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas 2018 es efectiva en su recuperación de anemia.

CAPÍTULO VI

VI. RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados al director del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas con la finalidad de que ordene a quien corresponda para Visitar a todos los niños de 6 a 36 meses con anemia para lograr recuperarlos de la anemia.

Los directivos del centro de salud deben dar a conocer, la prevalencia de anemia en su Centro de Salud correspondiente con la finalidad de tomar medidas correctivas en las difenets familias con hijos anemicos.

El equipo de salud Realiza las visitas domiciliarias a las madres de niños con anemia Centro de Salud Chiriaco Amazonas, deben ser permanentes durante un periodo de tiempo establecido por el establecimiento de salud. Resulta urgente estar pendiente del cumplimiento de la Norma Técnica de Suplementación con multimicronutrientes, la que estipula que al menos deben realizarse 3 visitas a domicilio de los niños y niñas durante el tiempo de suplementación. En el presente estudio desarrollado, se propone realizar dos visitas mensuales, cuyo efecto fue positivo en la mejora del consumo de sulfato ferroso, por lo tanto se propone elevar la cantidad de misitas a domicilio de los hogares de los niños que están siendo suplementados.

La red de salud de Bagua deben capacitar a los profesionales de la salud responsables de entregar el tratamiento a fin de disminuir el abandono del consumo de sulfato ferroso en los primeros meses de tratamiento.

Al Iest Tsamajain 0918136 - Chiriaco en Imaza se sugiere hacer investigaciones en comunidades similares con niños del mismo grupo etario a fin de obtener resultados que ayuden a consolidar la presente investigación y que conlleven a tomar las acciones correcticas necesarias.

La información debe ser entregada a la Dirección regional de salud, asi como tambien a la escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo como información clasificada y ver la manera de solucionar dicha problemática entre ambas instituciones.

VII. REFERENCIAS

- Unigarro, A. (2009). Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del hospital básico San Gabriel de la ciudad de San Gabriel, provincia del Carchi, periodo 2009-2010 (tesis de maestría). Recuperada de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/709/2/06%20ENF%20440%20TESIS.pdf>
- Céspedes, M. (2010). Conocimientos sobre la anemia y prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín. (tesis de maestría). Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1050/Cespedes_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Márquez, J. (2008). Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas. (tesis de maestría). Recuperada http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/534/Markquez_lj.pdf?sequence=1
- Sedano, M. (2018). Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud cocharcas- 2017. (Tesis de maestría). Recuperada <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/95/Nivel%20de%20conocimiento%20de%20las%20madres%20sobre%20anemia%20ferrop%C3%A9nica%20y%20pr%C3%A1cticas%20alimenticias%20relacionado%20con%20la%20prevalencia%20de%20anemia%20en%20ni%C3%B1os%20de%206%20a%2035%20meses%20en%20el%20puesto%20de%20salud%20Cocharcas-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coronel, L. y Trujillo, M. (2016). “prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de

desarrollo infantil de la universidad de cuenca. Cuenca, diciembre 2015 - mayo 2016".
(Tesis de maestría). Recuperada
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25042/1/TESIS.pdf>

Cajamarca, L. (2015). Características de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses que acuden al Centro de Salud de Biblián durante el período 2012-2013. (Tesis de maestría). Recuperada
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22485>

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research y Practices*. USA: McGrawHill.

Willoughby, M. (1979). *Hematología pediátrica*.

ENDES (2012). *Encuesta Demográfica De Salud Familiar*. Lima

DIARIO EXPRESO (2013). "*Desnutrición y anemia se incrementa en zonas pobres de Lima*"

Ruiz, M. (2002). Leonardo Morales Lamadrid. *Factor alimentario en la presencia de la deficiencia de hierro*. Cuba Rev. Cubana de Medicina General Integral 2002; v.18 n.1:46-52.

MINSA (2011). *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de cinco años*.

INEI (2007). Censo Nacional de Población.

MINISTERIOS DE SALUD (2004). "*Lineamientos de Nutrición Maternos Infantil del Perú*" Lima – Perú.

Chafloque, G. (2010). *Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja*. [Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM.

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

MINSA, (2017) “Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable”, Lima –Perú.

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

MINSA, (2017). Lineamientos de nutrición Materno Infantil. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima, Unicef, OPS.

Marriner, Ann, & Raile, M. (2007). Modelos y teorías en Enfermería. 6° edición. Elsevier España S. A. Págs. 472-492.

Sevilla J. (2013). Abordaje de la anemia microcítica; nuevas herramientas diagnósticas. Madrid: Exlibris Ediciones

ANEXOS

Cuestionario

El presente instrumento es parte del estudio de investigación titulado “visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en los niños 6 -36 meses del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas, 2018” responda por favor con mucha sinceridad y veracidad los siguientes ítems, a que esto permitirá cumplir los objetivos de la investigación.

A) Datos sociodemográficos

- ! • Edad de la madre: a.14-16años b.17-20años c.21- 25años d. >30años
- ! • Ocupación: a. Comerciante b. Ama de casa c. Profesional d. Otros.....
- ! • Edad: a. menor de 1año b.1año c.2años d. 3años
- ! •Grado de instrucción: a. Sin grado b. Primaria c. secundaria d. Superior
- ! •Ingresos económicos: a. Menos de 500 b.500 – 1000 c. más de 1000
- ! • Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. Viuda
- ! • Rasa: a. Mestizo b.Awajun c.Otros

Visita domiciliaria del personal de salud: a.0 veces b. 1 vez c. 2 veces d. más de 3 veces

1. ¿Según usted qué es la anemia?

- a. Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
- b. Es una enfermedad donde el niño se pone muy flaco.
- c. Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.

2. ¿Cuál es el alimento ideal que Ud. Daría a un niño Durante los 6 primeros meses para evitar la anemia? Y ¿Por qué?

	Hace crecer	Evita que se enferme	Aporta todo los nutrientes	Hace engordar
Leche de vaca				
Leche evaporada				

Leche materna				
---------------	--	--	--	--

3. ¿Qué otros alimentos daría usted a un niño después de los 6 meses?

a. Papillas espesas. b. Sopas -caldos c. Solo leche materna

4. ¿Cuántas veces al día se le da de comer a un niño mayor de 6 meses- 1 año?

a. Dos veces al día b. Tres veces al día c. Cinco veces al día

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe dar a los niños y con qué frecuencia?

	1 Vez por semana	2 Vez por semana	3 Vez por semana	A veces	Nunca
Lenteja					
Habas					
Quinoa					
Espinaca					
Perejil					
Frejol					
Pescado					
Sangrecita					
Pollo					
Mariscos					

6. ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro?

a. Hígado de pollo. b. Arroz. c. Azúcar. d. Sémola.

10. ¿Qué prueba para confirmar el diagnóstico de la anemia conoce usted?

a. Prueba de colesterol. b. Prueba de glucosa. c. Prueba de hemoglobina y hematocrito.

11. ¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?

a. Comer escasos alimentos ricos en grasa.

b. Comer escasos alimentos ricos en dulces.

c. Comer escasos alimentos ricos en hierro.

12. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia?

a. Calcio b. Vitaminas c. Sulfato ferroso

13. ¿Conoce usted que el jugo de naranja ayuda a aprovechar el hierro de los alimentos vegetales o verduras?

si	no
----	----

14. ¿Sabe usted cómo afecta la anemia en el crecimiento y desarrollo del niño?

Se demoran en crecer	si	no
Se demoran en subir de peso	si	no
Se demoran en ponerse de pie	si	no
Se demoran en caminar	si	no
Se demoran en hablar	si	no
Disminuye la atención	si	no
Disminuye el rendimiento escolar	si	no

Cuestionario

GUIA DE RECOLECCION DE DATOS

ANTES				
Nº	EDAD	SEXO	HB	OBSERVACION
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

DESPUES				
Nº	EDAD	SEXO	HB	OBSERVACION
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Cuestionario

Ficha de Monitoreo domiciliario a niños y niñas en adherencia de Suplemento de Hierro

1.-DATOS GENERALES

Responsables de la visita domiciliaria:					
Fecha de inicio de la suplementación:			Dosis:		
N°:		Edad:			
Control de visitas	N° Visita	1	2	3	
	fecha visita				
SUPLEMENTACION		Visita1 visita 2 visita3			
1	¿En qué momento del día le da el sumplento de hierro a su niña/niño?				
	a)entre comidas(cuanto tiempo antes o después)				
	b)junto con las comidas				
	c)no le da (escribir él porque)				
2	¿Cómo le da el suplemento de hierro?				
	a)solo el suplemento de hierro				
	b)le da acompañado con (indicar con que le da)				
3	¿Comparte el suplemento de hierro con otro de sus niños/as?				
	a)si				
	b)no				
4	Muéstreme el suplemto de hierro:(observar el suplemento y anotar el volumen restante)				
	a)es el que le dieron en el establecimiento de salud				
	b)es otro				
5	¿Dónde guarda el suplemento de hierro?				
	a)adecuadamente(en caja, lugar fresco, bien cerrado, protegido de la luz)				
	b)en forma no adecuada				
6	su niño/a tiene algún malestar luego de tomar el suplemento de hierro?				
	a)No				
	b) Si, cuál/es?				
7	Ha seguido dándole el suplemento de hierro a pesar del malestar				
	a) Si				
	b) Dejo de darle el suplemento de hierro				
	c) Lo suspendido por un tiempo				

**Validación del Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la
prevención de la anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad
del Centro de Salud Chiriaco - Amazonas, Perú 2018**

I. **INDICACIONES.** Señor Especialista, solicito apoyo de su conocimiento y excelencia profesional para que emita juicios sobre el Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la prevención de la anemia ferropénica. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

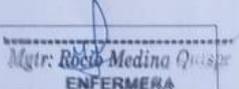
II. **Datos Generales:**

Apellidos y Nombres del profesional experto:

Medina Quispe, Adita Roció

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20				REGULAR 21-40				BUENA 41-60				MUY BUENA 61-80				EXCELENTE 81-100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel correspondiente																				
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.																				
ORGANIZACIÓN	Los ítems presentan una organización lógica.																				
PERTINENCIA	Los ítems corresponden al área que se va a evaluar.																				
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos técnicos y científicos.																				
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los indicadores.																				
METODOLOGÍA	El cuestionario responde al propósito de la investigación																				

Nombres y Apellidos	Adita Roció Medina Quispe	 Mgtr. Roció Medina Quispe ENFERMERA CER. 53265 - RNE. 11927
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Enfermera	FIRMA
Cargo / Función	Docente Tiempo Completo USS	N° D.N.I: 41080292 CEP 53265 REE 11927

Fecha: Octubre del 2018

**Validación del Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la
prevención de la anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad
del Centro de Salud Chiriaco - Amazonas, Perú 2018**

I. **INDICACIONES** Señor Especialista, solicito apoyo de su conocimiento y excelencia profesional para que emita juicios sobre el Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la prevención de la anemia ferropénica. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

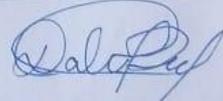
II. **Datos Generales:**

Apellidos y Nombres del profesional experto:

Reyes Flores, Dalia Yaneht

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20				REGULAR 21-40				BUENA 41-60				MUY BUENA 61-80				EXCELENTE 81-100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel correspondiente																				
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.																				
ORGANIZACIÓN	Los ítems presentan una organización lógica.																				
PERTINENCIA	Los ítems corresponden al área que se va a evaluar.																				
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos y científicos.																				
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los indicadores.																				
METODOLOGÍA	El cuestionario responde al propósito de la investigación.																				

Nombres y Apellidos	Dalia Yaneht Reyes Flores	
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Enfermera	FIRMA
Cargo / Función	Docente Tiempo Completo USS	N° D.N.I: 16703732

Fecha: Octubre del 2018

**Validación del Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la
prevención de la anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad
del Centro de Salud Chiriaco - Amazonas, Perú 2018**

I. **INDICACIONES.** Señor Especialista, solicito apoyo de su conocimiento y excelencia profesional para que emita juicios sobre el Cuestionario para las Practicas Alimenticias para la prevención de la anemia ferropénica. Luego de un riguroso análisis de los indicadores del test, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación.

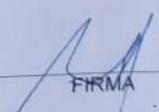
II. **Datos Generales:**

Apellidos y Nombres del profesional experto:

Montenegro Camacho, Luis Arturo

Aspectos de Validación:

INDICADORES	Criterios	DEFICIENTE 0-20				REGULAR 21-40				BUENA 41-60				MUY BUENA 61-80				EXCELENTE 81-100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				
VOCABULARIO	Es apropiado al nivel correspondiente																				
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores precisos y claros.																				
ORGANIZACIÓN	Los ítems presentan una organización lógica.																				
PERTINENCIA	Los ítems corresponden a la dimensión que se va a evaluar.																				
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos y científicos.																				
COHERENCIA	Coherencia en la redacción de los indicadores.																				
METODOLOGÍA	El cuestionario responde al propósito de la investigación.																				

Nombres y Apellidos	Luis Arturo Montenegro Camacho	 FIRMA N° D.N.I: 16641200
Grado Académico	Doctor	
Especialidad	Investigador	
Cargo / Función	Docente de Post Grado UCV	

Fecha: Octubre del 2018



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 19-01-2019
Página : 1 de 2

Yo Gilberto Pérez Efus, identificado con DNI N° 43023758, egresado de la Escuela Profesional de Posgrado, del programa de maestría de Gestión de Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **"VISITA DOMICILIARIA Y LA RECUPERACIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE SEIS A TREINTA Y SEIS MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD CHIRIACO-AMAZONAS"**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:



FIRMA

DNI: 43023758

FECHA: 19 de enero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **Norma del Carmen Gálvez Díaz** asesora del Trabajo de Investigación y Revisor de la tesis de la estudiante **Gilberto Perez Efus**, titulada **“Visita Domiciliaria y la Recuperación de la Anemia en niños de Seis a Treinta y Seis Meses de Edad del Centro de Salud Chiriaco-Amazonas”**

Constato que la misma tiene un índice de similitud de 18% verificable en el reporte de originalidad del programa *Turnitin*.

La suscrita, analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 16 de Agosto del 2019



.....
Mg. Norma del Carmen Gálvez Díaz,
DNI: 17450252

VISITA DOMICILIARIA Y LA RECUPERACIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE SEIS A TREINTA Y SEIS MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD CHIRIACO-AMAZONAS

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	15%	1%	12%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	www.crececontigo.gob.cl Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
4	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	1%
7	dspace.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Alas Peruanas	

Carla
12/10/2012



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA LA JEFATURA

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

INFORME TÍTULADO:

“VISITA DOMICILIARIA Y LA RECUPERACIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE SEIS A TREINTA Y SEIS MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD CHIRIACO-AMAZONAS”

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA(O) MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALD

SUSTENTADO EN FECHA: 19/01/2019

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR UNANIMIDAD

FIRMA DEL JEFATURA ESCUELA DE POSGRADO