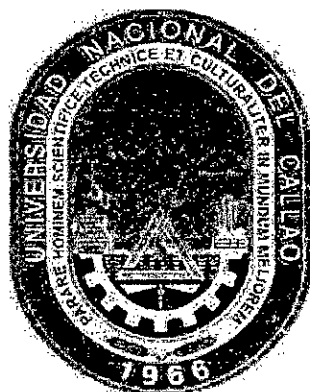


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EDUCACIÓN CONTINUA EN PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE ANEMIA A LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD
DE AZA. EL TAMBO. HUANCAYO
2015-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HAYDEE NORMA SALOME PEREZ

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 034

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°075-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. SALOME PEREZ HAYDEE NORMA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	32
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	32
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.....	34
IV. RESULTADOS.....	36
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	45
VII. REFERENCIALES.....	46
ANEXO.....	48

INTRODUCCIÓN

La anemia en nuestro país es un problema de salud pública, debido a factores culturales, sociales y económicos de nuestra población generalmente de los que menos tienen, en el Perú la anemia en niños de 6 a 59m estamos en 33% y la anemia de 6 a 35 meses en un 43.5% según ENDES 2015. En la región Junín la anemia se encuentra según ENDES 2014 se registró en 64% en niños de 3años, y el 2015 se encuentra en un 53.9%. En el anexo de Aza para el año 2015 la anemia en menores de 3 años atendidos en el P.S de aza es 29.3% y el 2016 27.2% respectivamente.

La anemia en la niñez se ha visto asociada, por la pobre ingesta de alimentos ricos en hierro, desde los 6 meses especialmente el hierro de origen animal, reducción de la lactancia materna exclusiva, baja reserva de hierro en los niños prematuros y de bajo peso al nacer, déficit entre el consumo de alimentos ricos en hierro y las necesidades nutricionales de 6 a 18 meses, baja adherencia a la suplementación y altas necesidades de hierro en la gestación, las altas tasas de infecciones, diarreicas y parasitarias, la falta de saneamiento básico y prácticas inadecuadas de higiene (lavado de manos) y el acceso limitado de los servicios de salud.

El presente trabajo académico profesional tiene por objetivo describir las actividades Educativas brindadas a las madres que acuden al servicio de Enfermería, en la atención intramural y extramural con la familia y

comunidad, ya que brindando una educación continua se consigue cambios de actitudes y estilos de vida saludables, y contribuir a disminuir la anemia de nuestros niños.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia es definida por la Organización Mundial de la Salud como la condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre se encuentra debajo de lo normal, para determinada edad, sexo y estado fisiológico, debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales, entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para el Niño, el mayor porcentaje de anemias en el mundo es debido a la deficiencia de hierro. En América del Sur y en América Central, la anemia por deficiencia de hierro se ha caracterizado como un grave problema de salud pública, afectando aproximadamente a la mitad de las gestantes y de los niños.

Los niños menores de tres años según la Encuesta Nacional de salud familiar (Endes) 2015 describe que a nivel Nacional la anemia sigue siendo un problema de Salud pública alto dándose en mayor prevalencia en la zona rural que la urbano, siendo Puno el primer departamento más alto de anemia y Junín está ubicado en el puesto 7 antes de Huancavelica y en el último lugar se encuentra la región de la Libertad.

Frente a ésta problemática el Ministerio de salud emite la Resolución Ministerial N° 258/2014 que aprueba el Documento Técnico Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la

anemia en el país, periodo 2014 – 2016. Con el objetivo de Contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil al 10% y la anemia en menores de 3 años al 20%, al año 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial e intersectorial. Plantea como una de las intervenciones efectivas la Consejería y sesiones demostrativas dirigida a madres y/o cuidadores de niños < 3 años

En cumplimiento a ésta normativa el año 2015 se inicia la implementación de actividades de educación continua a las madres de niños menores de tres años en el Puesto de Salud de Aza

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en la educación continua en prevención y tratamiento de anemia a las madres de niños menores de tres años en el Puesto de Salud de Aza. El Tambo. Huancayo 2015-2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico profesional se justifica porque al desarrollar actividades de educación continua a las madres se logrará familias sensibilizadas y con conocimientos en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil así mismo los padres de familia y cuidadores

conocerán y aplicarán prácticas saludables en el hogar y en la comunidad

Se justifica también porque realizando las actividades de educación a las madres y familias se lograra mejorar el estado nutricional y la disminución de la anemia en niños menores de tres años, logrando el desarrollo Infantil temprano adecuado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

SOLANO Lieti y colaboradores realizaron en Carabobo (Venezuela 2006) el estudio titulado **“Educación nutricional dirigida a madres de niños lactantes y preescolares con anemia”** con el objetivo de fortalecer la educación nutricional a un grupo de madres de niños con diagnóstico de anemia, con la finalidad de mejorar la calidad de la alimentación y contribuir a disminuir los niveles de anemia en sus hijos. Esta investigación es parte de una evaluación nutricional integral en niños de 6 a 48 meses y sus madres. Se utilizó un muestreo aleatorio. Se exploró los conocimientos de las madres sobre la fuente de hierro alimentario, facilitadores e inhibidores de la absorción. Se realizó un test que evaluó percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias antes y después de la intervención. El 56% de las dietas eran deficientes en hierro, 31% en vitamina C, 75% en zinc y 11% en calorías, proteínas y calcio. En general, el conocimiento fue precario: 14% identificó alimentos que contienen hierro, 18% asoció el uso de hierro en el tratamiento de la anemia, 19% dieron suplemento de hierro a su hijo y el 75% alguna vez recibió información sobre la pastilla o el jarabe con hierro. Luego de la intervención, el grupo presentó un nivel de conocimiento adecuado. El 100% de las madres, incorporó alimentos de los tres grupos básicos en cada comida, demostrando la capacidad de preparar combinaciones de

alimentos que favorecen la absorción del nutriente. La educación nutricional fortaleció el conocimiento de las madres en aspectos relacionados a la alimentación y nutrición, como estrategia para combatir la anemia por deficiencia de hierro. Llegando a la conclusión en el presente estudio que el precario conocimiento que sobre el tema de la relación entre la alimentación y la anemia que tenían las madres al inicio del estudio y el efecto que la capacitación obtuvo en cuanto a incrementar la capacidad de estas, para reconocer aquellos alimentos fuente de hierro y con alta biodisponibilidad del nutriente, los que facilitan la absorción, como lo refleja los menús elaborados al cuidar las combinaciones de alimentos.

PUMA L, Quispe T. Arequipa (2016) realizó un estudio sobre “Efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del programa vaso de leche del distrito de Cayma” con el objetivo de determinar el efecto del programa de educación alimentaria nutricional sobre la anemia ferropenia en niños y/o niñas menores de 36 meses y los conocimientos y prácticas alimentarias de madres del Programa Vaso de Leche del distrito de Cayma. El estudio es cuasi experimental porque los sujetos en estudio fueron seleccionados utilizando métodos no probabilístico, cuyos resultados fueron: La anemia ferropenica en niños menores de 36 meses del Programa Vaso de Leche

se presentó al inicio en un 60% del total de niños diagnosticados con anemia y después de la aplicación del programa de educación alimentaria nutricional la anemia se redujo a 13.3%. Las conclusiones fueron: El Programa de Educación Alimentaria Nutricional "Aprendiendo a Combatir la Anemia" es efectivo en la reducción de la anemia ferropénica, incremento de conocimientos e implementación de prácticas alimentarias adecuadas.

MANRIQUE J. en Lima (2011) realizó el estudio titulado "Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 a 36 meses que asisten al Programa Sala de educación temprana ". Con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de los conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 – 36 meses. El estudio es de tipo cuantitativo, método cuasi experimental. Los resultados fueron los siguientes: del 100% (30) cuidadores, antes de participar del programa educativo 57% (17) conocen sobre la prevención de la anemia ferropénica. Después de participar del programa educativo 100% (30) cuidadores incrementaron los conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica. Las conclusiones fueron: El programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el

incremento de conocimientos de los cuidadores, luego de la aplicación del programa educativo.

CUELA N. en Puno (2011). Realizó un estudio titulado "Intervención educativa en la prevención de anemia en madres de niños menores de 36 meses de edad en el establecimiento de salud Ajoyani". Investigación experimental cuyo objetivo fue determinar el efecto de la intervención educativa demostrativa sobre el conocimiento de prevención de anemia en madres de niños menores de 36 meses. La población estuvo constituida por 190 madres que asisten al consultorio de Crecimiento y desarrollo del niño y la muestra fue conformada de 25 madres, se aplicó como instrumento el cuestionario y la técnica la encuesta antes y después de sesiones demostrativa. Los resultados fueron: Antes de la intervención educativa se encontró: 52% madres que presentaban nivel de conocimiento medio, 44% conocimiento bajo y 4% conocimiento alto, 15 días después de la intervención educativa 56% presento nivel de conocimiento medio, 44% conocimiento alto y 0% conocimiento bajo. La conclusión fue: La técnica demostrativa permitió generar un proceso de aprendizaje que es capaz de modificar el comportamiento de las madres a diferencia de la educación tradicional desarrolladas en forma pasiva.

RAMÓN Cisneros y sus colaboradores en Lima (2008). Realizaron el estudio titulado "Intervención educativa en prevención de la anemia y

desnutrición en Pachacútec”, el cual tuvo como objetivo mejorar el estado nutricional de los niños menores de dos años, mejorar los conocimientos y prácticas en alimentación e higiene en madres de niños menores de dos años, mejorar el consumo alimentario a través de una complementación alimentaria a niños y gestantes con riesgo de bajo peso y fortalecer a las organizaciones sociales de base de la comunidad. Los resultados que se obtuvieron al concluir la intervención fueron los siguientes: Disminución de 4.5% de la desnutrición crónica (de 10.2% a 5.7%), también se evidenció el efecto positivo de la intervención, bajando de 60.2% al iniciar la experiencia a 18.4% al concluirla. Los patrones de consumo y de higiene fueron trascendentalmente modificados, lográndose una alimentación balanceada en un 98%. Las conclusiones fueron que el Programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 LA ANEMIA

Según la Organización Mundial de la Salud define a la anemia como la condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre se encuentra por debajo de lo normal, para determinada edad, sexo y estado fisiológico, debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales, entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas. La anemia es

una enfermedad que sufren muchos peruanos y se presenta cuando la hemoglobina de la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo, siendo los más vulnerables las gestantes, niños menores de 2 años y mujeres en edad reproductiva.

El hierro es un mineral pese a que se encuentra en cantidades muy pequeñas, es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico. Es posible que una menor disponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones funcionales. Se conoce que la deficiencia de hierro, aún sin presentar anemia, tiene consecuencias funcionales negativas en la salud de las personas. La deficiencia de hierro en la mujer de edad reproductiva aumenta los peligros asociados con las complicaciones del embarazo, tales como prematuridad y bajo peso al nacer, lo cual hace que estos niños comiencen la vida con reservas de hierro disminuidas, los diferentes componentes de hierro corporal se dividen en: el hierro esencial que se

encuentra en la hemoglobina, mioglobina, citocromos, y las enzimas celulares en las mitocondrias y el hierro de reserva que se encuentra en la forma de ferritina, hemosiderina en el hígado, médula ósea, bazo, ganglios linfáticos y sangre y la transferina (proteína de transporte que se encuentra en la sangre).

a) Factores de riesgo de la anemia

- Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil, el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem).
- Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
- Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años.
- Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
- Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta.
- Niños de estratos socioeconómicos bajos.
- Parasitosis Intestinal: uncionarios, amebas, giardias son una de las causas que ocasionan perdidas de hierro.

- La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima. En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aún de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses. Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro, hasta cerca de los dos años de edad. En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15% por lo que se recomienda la ingestión de 7 mg. Fe/día. En vista de que muchos niños en el Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de 10% se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día. 15 Después de cumplir un año, se asume que las dietas con buena biodisponibilidad de hierro

continúan permitiendo una absorción de alrededor del 10% y que las que tienen un predominio de alimentos vegetales permiten la absorción de 7.5% del mineral. En el primer caso, la recomendación del hierro dietético es menor que antes del año de edad, ya que la expansión del volumen sanguíneo, y por ende la necesidad de hierro, disminuye al reducirse la velocidad de crecimiento del niño, cuando la biodisponibilidad es de 7.5% la recomendación dietética diaria continua siendo de 10 mg., entre uno y cinco años de edad. Empleo de leche entera de vaca: los niños menores de un año no deben tomar leche entera de vaca u otros animales, ya que la digestión de esta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo, anemia.

- Deficiencia de vitamina B12.
- Intoxicación crónica por plomo.

b) Causas de la anemia

- **Pérdida de sangre.-** La pérdida de la sangre es la causa más frecuente de la anemia, especialmente en el caso de la anemia por deficiencia de hierro. La pérdida de sangre puede ser de corta duración o persistir durante un tiempo. Los periodos menstruales

abundantes y el sangrado de los aparatos digestivo o urinario puede causar pérdida de sangre, la cirugía, los traumatismos y el cáncer también pueden causar pérdida de sangre. Si se pierde mucha sangre, el cuerpo puede perder suficientes glóbulos rojos como para producir anemia.

- **Falta de producción de glóbulos rojos.**- existe situaciones de salud y factores adquiridos y hereditarios que pueden impedirle al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. Un problema de salud “adquirido” no se presenta desde el nacimiento, sino más adelante. Un problema “hereditario” se presenta por que los padres le transmiten al hijo el gen o material genético asociado con el problema o situación de salud. Entre las situaciones de salud adquiridas y los factores que pueden causar anemia se cuentan la mala alimentación, las concentraciones anormales de ciertas hormonas, algunas enfermedades crónicas (constantes) y el embarazo. La anemia aplásica también le puede impedir al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. Esta enfermedad puede ser hereditaria o adquirirse después del nacimiento.
- **Alimentación.**- Una alimentación deficiente de hierro, ácido fólico (folato) o vitamina B12 puede impedirle al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. El cuerpo también necesita cantidades pequeñas de vitamina C, riboflavina y cobre para producir

glóbulos rojos. Las enfermedades que dificultan la absorción de nutrientes también pueden impedirle al cuerpo que produzca suficientes glóbulos rojos.

- **Hormonas.-** El cuerpo necesita una hormona llamada eritropoyetina para producir glóbulos rojos. Esta hormona estimula a la médula ósea para que produzca estas células. Las concentraciones bajas de eritropoyetina pueden causar anemia.

- **Enfermedades y tratamientos.-** Las enfermedades crónicas, como la enfermedad de los riñones y el cáncer, la pueden dificultar al cuerpo la tarea de producir glóbulos rojos. Algunos tratamientos contra el cáncer pueden lesionar la médula ósea o altera la capacidad de los glóbulos rojos para transportar oxígeno, si la médula ósea está lesionada, no puede producir glóbulos rojos con rapidez suficiente para reemplazar a los que mueren o se destruyen. Las personas que tienen VIH o sida pueden presentar anemia debido a infecciones o a las medicinas que se usan para tratar la enfermedad.

- **Embarazo.-** Durante el embarazo puede presentarse anemia debido a concentraciones bajas de hierro y de ácido fólico, y a ciertos cambios de la sangre. Durante los primeros 6 meses de embarazo, la porción líquida (plasma) de la sangre de la mujer

aumente con más rapidez que la cantidad de glóbulos rojos. Esto hace que la sangre se diluya y se pueda producir anemia.

- **Anemia aplásica.**- Algunos niños nacen sin capacidad de producir suficientes glóbulos rojos. Esta enfermedad se llama anemia aplásica. Los bebés y niños que tienen anemia aplásica a menudo necesitan transfusiones de sangre para aumentar la cifra de glóbulos rojos.

- **Destrucción de los glóbulos rojos.**- Una serie de situaciones de salud y factores adquiridos y hereditarios pueden hacer que el cuerpo destruya demasiados glóbulos rojos. Un ejemplo es una situación adquirida de salud que puede provocar la destrucción de demasiados glóbulos rojos es el aumento de tamaño del bazo o las enfermedades de este órgano. El bazo es un órgano que retira del cuerpo los glóbulos rojos viejos. Si el bazo está enfermo o agrandado, retira más glóbulos rojos de lo normal y se produce la anemia.

- **La anemia hemolítica.**- Es una enfermedad en la que el cuerpo destruye demasiados glóbulos rojos. Algunas enfermedades hereditarias o adquiridas, así como otros factores, pueden causar anemia hemolítica. Algunos ejemplos son: trastornos inmunitarios, infecciones, ciertas medicinas o reacciones frente a transfusiones de sangre.

- Otras de las causas de la Anemia

- Deficiencia de ingesta hierro (características de la dieta),
- Altos requerimientos niños < 2 años.
- Prematuridad, bajo peso al nacer.
- Anemia materna, inadecuado consumo de suplementos.
- Corte precoz del cordón umbilical.
- Disminución de LME.
- Diarreas, parasitosis, malaria.
- Falta saneamiento básico y practicas higiene inadecuada.
- Acceso limitado a cuidado integral de la salud.
- Desconocimiento de la madre sobre el problema anemia, consecuencias, prevención y tratamiento

c) Consecuencias de la anemia en los niños

- Afecta desarrollo psicomotor, cognitivo del infante.
- Consecuencias a largo plazo en edad escolar y adulta.
- Disminución de la capacidad física.
- Riesgo de enfermedad.
- Afecta crecimiento longitudinal.
- Etapa fetal mayor riesgo de mortalidad por anemia de la madre.

d) Signos y síntomas

En la Anemia se presenta síntomas según el grado de anemia de la persona y es como sigue;

▪ **Síntomas comunes de la anemia:**

- Fatiga
- Falta de energía
- Debilidad
- Dificultad para respirar
- Mareos
- Palpitaciones
- Palidez

▪ **Los síntomas de anemia severa pueden ser:**

- Dolor en el pecho
- Angina
- Ataque cardíaco

▪ **Algunos de los signos que pueden indicar anemia son:**

- Cambios en el color de la piel
- Presión arterial baja
- Respiración rápida
- Piel fría y pálida
- Piel amarilla

- Si la anemia se debe a una disminución de los glóbulos rojos - ictericia
- Soplo cardíaco

e) Diagnóstico

▪ Clínico:

- Anamnesis: Evalúa síntomas de la anemia y utiliza las historias clínicas de atención integral del niño.
- Examen Físico: considera evaluar lo siguiente
- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de las mucosas oculares.
- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo.
- Examinar sequedad y caída de cabello.
- Observar mucosa sublingual.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

▪ Laboratorio:

Se viene realizando la medición de hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica considerando las zonas geográficas ubicadas por encima de 1000 metros sobre el nivel del mar, se realizara el

ajuste de la hemoglobina según la altitud, y los valores normales según la Organización Mundial de la Salud. Considera dentro de los valores normales en niños una hemoglobina de $> 11\text{gr/dl}$.

El establecimiento de salud cuenta con un hemoglobinometro el cual se viene utilizando en el servicio de CRED, en el tamizaje de anemia.

f) Prevención y tratamiento

El manejo preventivo y de tratamiento de la anemia se realiza con el sulfato ferroso de 125mg/ml gotas, con 25mg de hierro elemental, frascos de 75mgr/5ml con una concentración de 15 mg/5 ml, polvo micronutriente que contiene hierro 12.5mg hierro elemental, zinc 5mg, ácido fólico 160ug, vitamina A 300ug, vitamina C 30mg, respectivamente.

▪ Manejo preventivo de la anemia en niños:

Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros recibirá sulfato ferroso desde los 30 días hasta los 6 meses 2mg/kg/día . Realizar el tamizaje de hemoglobina para descartar anemia en los niños de 4 meses, en caso de no realizarlo se tomara en el siguiente control. Se administrara sulfato ferroso **2mg/kg/día** hasta que cumpla 6 meses, continuar con los micronutrientes apartar de los 6 meses hasta completar los 360 sobres, 1 sobre cada día.

- Las medidas preventivas a realizar actualmente son;
 - Equipo de Salud debe realizar una atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, tamizaje de anemia a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciban suplementación de hierro ya sea preventiva o de tratamiento.
 - Brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas sobre las causas y consecuencias irreversibles de la anemia, alimentación completa variada y ricos en hierro de origen animal y la prevención de la prevención y tratamiento de la anemia.
 - Se brindara una información a los padres de niños y adolescentes, mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias de capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en los estudios y rendimiento físico disminuido y con repercusiones en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas)
 - Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico a partir de las 14 semanas de gestación hasta 30 días post parto.

- En el parto el Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical a partir de 2 a 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones.
- Inicio de la Lactancia Materna dentro de la primera hora de nacimiento de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongar hasta los 2 años de edad.
- Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia, incluir alimentos de origen animal como; sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico.
- Se suplementara con hierro a niños prematuros y bajo peso al nacer a partir de los 30 días de nacido hasta cumplir los 6 meses y los niños a término desde el 4 mes hasta cumplir los 6 meses 2 mg/kg/día de hierro elemental, y de los 6 meses, un sobre de 1 gramo de micronutriente por 12 meses o completar el consumo de 360 sobres.

▪ **Manejo terapéutico de las anemias en el niños**

- Los niños prematuros y/o bajo peso al nacer recibirán **4mg/kg/día** de hierro elemental desde los 30 días por 6 meses, con controles de anemia a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

- Los niños a términos diagnosticados anemia menor de 6 meses recibirán **3mg/kg/día, máximo de dosis 40mg/día**, durante 6 meses, con controles de al mes, 3 meses y 6 meses de tratamiento.
- Los niños de 6 meses a 35 meses de edad diagnosticado con anemia, se inicia tratamiento de **3mg/kg/día, máximo dosis de 70mg/día**, durante 6 meses, con control de hemoglobina al mes, 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

2.2.2 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud es la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover, experiencias educativas, capaces de influenciar favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a su salud.

Es un proceso intelectual de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la aptitud de los individuos a tomar decisiones (con conocimiento de causa) que afectan a su bienestar personal familia y social, este proceso inspirado en principios científicos, facilita el aprendizaje y el cambio de comportamiento tanto a nivel personal de salud como de los consumidores "Adquisición de conocimientos que permita tomar decisiones.

Tiene una importancia del cuidado de su Salud con ejes de información con base científica, concientización responsable y el cambio de actitud y de hábito. Es el principio por el cual la persona, familia y las comunidades se empoderan de los conocimientos relacionados a la promoción de la salud, hacia una salud integral y holística como responsables de su propia salud.

Es un instrumento de la promoción de la salud que básicamente pretende facilitar los cambios de comportamientos hacia conductas saludables y eliminar factores de riesgo.

Lo que permite la Educación para la salud, es una función Educativa (permite cambiar hábitos y actitudes) función Social (contribuye al desarrollo comunitario) y por ultimo cumple la función preventiva (potencia la salud).

Por lo que La carta de OTAWA para la promoción de la Salud. Establece que “La Educación para la Salud es el proceso que proporciona a las personas las medidas necesarias para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder Mejorarla”, para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Actividades de enfermería que se realizaron dentro de la Educación para la Salud fueron

- **Consejería.-** Proceso educativo comunicacional, interpersonal concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores encontrados durante la evaluación que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del embarazo, o del crecimiento y desarrollo de su niña o niño, y a encontrar con ellas las alternativas para solucionarles o mejorarlos.

- **Consejería Nutricional.-** Proceso educativo comunicacional interpersonal participativo, entre un personal de salud capacitado en nutrición y consejería y la madre o cuidadora. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas fortaleciendo las adecuadas y corrigiendo los de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Este proceso puede desarrollarse a nivel intramural y extramural.

- **Sesión Demostrativa.-** Actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos de forma adecuada según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de tres años, gestante y mujer que da le lactar a través de una participación activa y un trabajo grupal

- **Sesión educativa.-** Es un procedimiento, técnica y actividad que se realiza en la enseñanza y educación de personas adultas en temas relacionados a la salud.

2.2.3 BASE TEÓRICA

Este trabajo se sustenta en la **teoría de PROMOCION DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER** ya que se basa en la Educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Hay que promover un vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se gasta menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro, Pender se basa a la teoría de acción razonada de Martin Fishbein: importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta. Y la teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura: la conducta es racional y económica.

EL Modelo de promoción de la Salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de la salud de las personas. Es guía para la observación y explotación de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Pender toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas. Este modelo le da importancia a la cultura porque es una de las más importantes, condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no. La aplicación del modelo de promoción de la salud de Pender, es un Marco integrador de la valoración de conductas en las personas. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente a la Salud; para comprender se requiere del estudio de tres categorías principales

1. Características y experiencias individuales
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. El resultado conductual.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Hierro.**- Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos.
- **Hemoglobina.**- Es una proteína compleja constituida por un grupo hemo que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La proteína es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.

- **Hemoglobinómetro portátil.**- Es un equipo que se usa para realizar directas de hemoglobina.
- **Ferretina serica.**- Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, medula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencias de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja reflejaría una disminución de dichas reservas.
- **Altitud.**- Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Suplementacion.**- Es una intervención que consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabes, tabletas y polvo, para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo.
- **Anemia por deficiencia de hierro.**-Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica.
- **Concentración de hemoglobina.**- Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (gr/dl) o gramos por litro (g/l)

- **Adherencia.**- Es el grado en que el paciente cumple con régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario, tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de dosis indicada.

- **Promoción de la salud.**- Es un proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

- **Prevención de la enfermedad.**- Es el conjunto de medida necesaria para evitar el desarrollo de la enfermedad

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en el presente informe de experiencia profesional se solicitó la autorización a la jefatura del Puesto de Salud de Aza, Microred el Tambo, presentando una solicitud para que se me permita hacer la recolección de datos necesarios para evidenciar en el informe laboral, se utilizó la técnica de revisión de documentos (Registros, Informes operacionales, Historias Clínicas, Sistema de información del estado nutricional del niño menor de cinco años y gestantes que acceden al establecimiento de salud - SIEN); para obtener datos como: Prevalencia de la anemia, número de tamizados, número de niños recuperados de anemia, número de consejerías, etc.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional como Responsable del P.S de Aza se inicia el año 2015, en la Estrategia Nacional de Crecimiento y desarrollo se evidencia que la prevalencia de anemia en niños menores de tres años era alta, se realiza un análisis de los factores condicionantes de éste problema y se evidencia muchas necesidades de recursos y materiales como: El hemoglobímetro sin micro cubetas para realizar el tamizaje de hemoglobina, el cual originaba que los niños sean referidos para su

tamizaje de anemia a otro centro referencial, poca concurrencia de las madres al establecimiento de salud ya que referían que el establecimiento siempre se encontraba cerrado, más del 90% de madres no habían recibido consejería nutricional para la prevención de la anemia por factores de trabajo, desinterés y falta de sensibilización. Así mismo cuando se realizó las visitas domiciliarias muchas madres no daban el multimicronutriente a sus niños porque se encontró envases de sulfato ferroso con contenido lleno o intacto y algunos abiertos y no administrados aduciendo motivos como: que el niño no desea ingerirlos en unos casos, en otros la madre piensa que le va hacer daño, por ello no acudían a realizarse el tamizaje de anemia.

Conocedora de éstos problemas tan importantes que afecta a la salud de nuestros niños y sus familias se implementó en el plan de trabajo 2015 realizar intervenciones efectivas a fin de disminuir la anemia en nuestros niños menores de 3 años; entre ellas se consideró: realizar visitas domiciliarias con entregas de micronutrientes, sesiones educativas cada 2 meses y sesiones demostrativas cada 3 meses de acuerdo a la realidad.

Las visitas domiciliarias se realizaron priorizando a las madres de niños con Dx de anemia, para verificar adherencia tanto del sulfato ferroso preventivo de tratamiento y la administración de los micronutrientes, madres que no cumplen con su asistencia al establecimiento de salud.

Las sesiones educativas y demostrativas se brindó en temas como lavado de manos, agua segura, eliminación de residuos sólidos, lactancia materna exclusiva, las vacunas, preparación de platos rico en hierro, la importancia de la lactancia materna exclusiva, comidas saludables etc.

Para realizar las actividades se coordinó con las presidentas de vaso de leche, agentes comunitarios y autoridades locales para lograr la asistencia de madres.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Las actividades Preventivo Promocionales realizadas en el Puesto de Salud de Aza, fueron dirigidas a todas las madres que acuden a su control de crecimiento y desarrollo, desde cuando acude a su control de recién nacidos, del C.S la libertad y hospital docente infantil El Carmen, y los niños con control periódico, brindándole una atención integral, consejería en su alimentación, lactancia materna exclusiva, higiene del niño, lavado de manos a la madre y acompañante, cuidados del niño a las enfermedades prevalentes de la infancia, administración de sus vacunas según calendario de vacunación, evaluación de su estado nutricional y desarrollo psicomotor, tamizaje de anemia según grupo etareo, profilaxis antiparasitaria al niño mayor de 2 años.

Así mismo a las madres de familias de los niños menores de 3 años, tamizados y con diagnóstico de anemia, se le solicita tamizaje de

parasitosis y encontrándose que niños menores de un año y de 1 año presentan una parasitosis de áscaris lumbricoides, entamoeba coli y giardiasis.

Se convoca a las madres de familia para realizar una sesión educativa y demostrativa de alimentos para sensibilizarlos y cambie actitudes en los hábitos de higiene y alimentación, mejorando su alimentación rico en hierro y de producto animal, menestras y salir de la anemia a corto plazo, se realizó visitas domiciliarias inopinadas en hora estratégico a las 7am y las 4pm respectivamente para verificar la adherencia de los Micronutrientes y sulfato ferroso en el día, encontrándose que las madres viven en entornos no saludables algunos no cuentan con los servicios básicos especialmente el (desague), con animales y demás factores que conllevan a la anemia, olvidándose de cumplir con la administración de los micronutrientes, realizando la demostración y brindando educación sobre la importancia de dar todos los días a la misma hora para garantizar la calidad de salud de los niños.

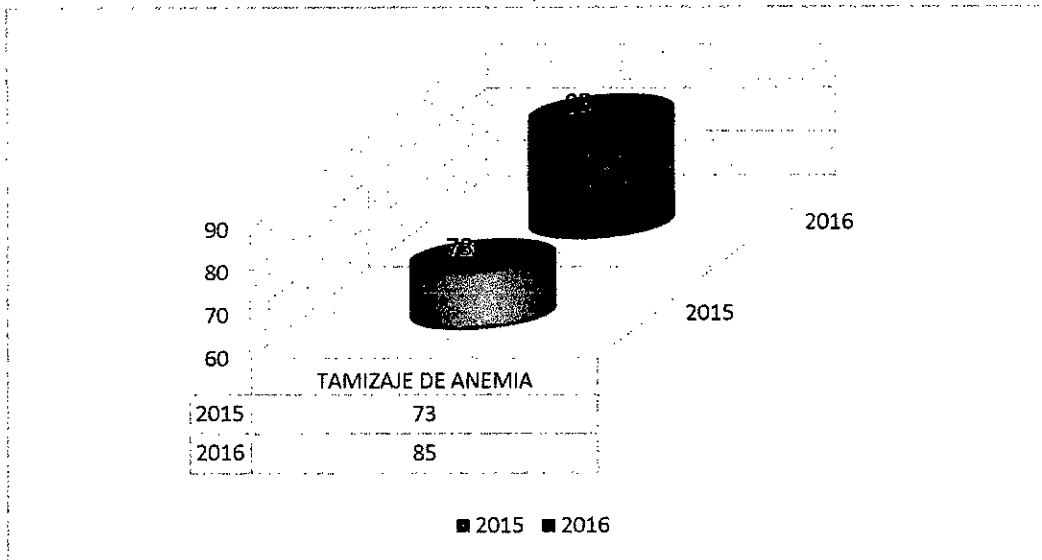
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS TAMIZADOS CON
HEMOGLOBINOMETRO P.S DE AZA 2015-2016

AÑO	TAMIZAJE DE ANEMIA
2015	73
2016	85

Fuente: Registro de seguimiento de anemias del P.S de aza

GRÁFICO 4.1
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS TAMIZADOS CON
HEMOGLOBINOMETRO P.S DE AZA 2015-2016



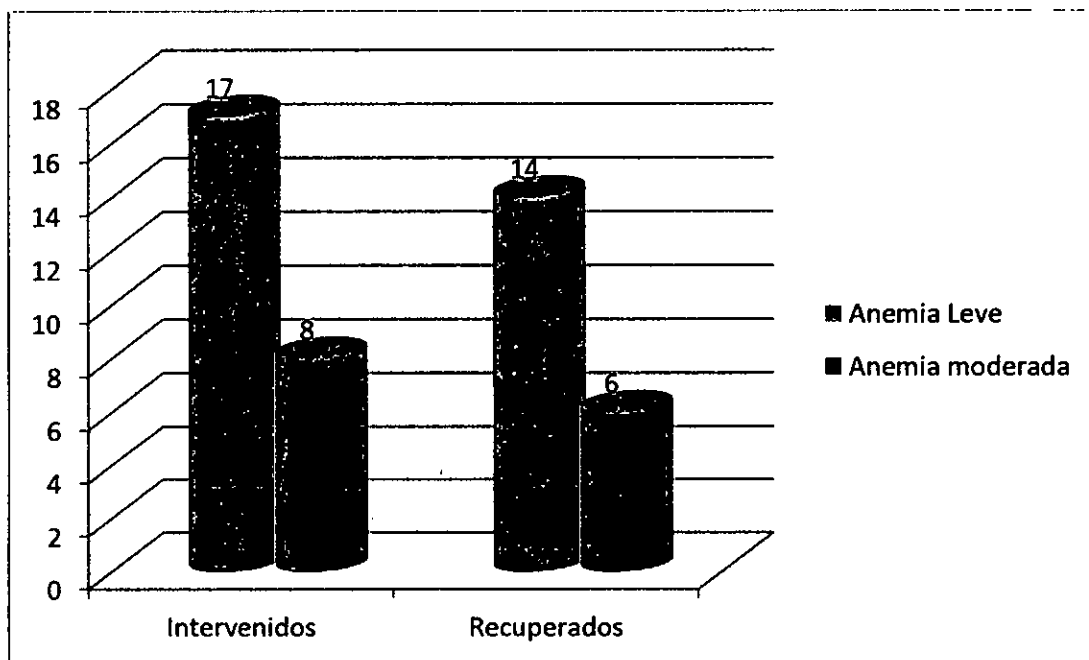
En el gráfico: Se aprecia el proceso de tamizaje en 100% de la población atendida en el P.S. el año 2016 se tamizo a 85 niños, y el año 2015, 73 niños.

CUADRO 4.1
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA LEVE, Y MODERADA
INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL P.S DE AZA 2015

AÑO	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA	
	intervenidos	recuperados	intervenidos	recuperada
2015	17	14	08	06

Fuente: registro de seguimiento de anemias P.S de Aza.

GRÁFICO 4.2
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA LEVE, Y MODERADA
INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL P.S DE AZA 2015



En el grafico se aprecia que 17 niños presentaron anemia leve, de los cuales 14 niños fueron recuperados y del total de 8 niños con anemia moderada 6 niños fueron recuperados el año 2015. P.S de Aza.

CUADRO 4.3

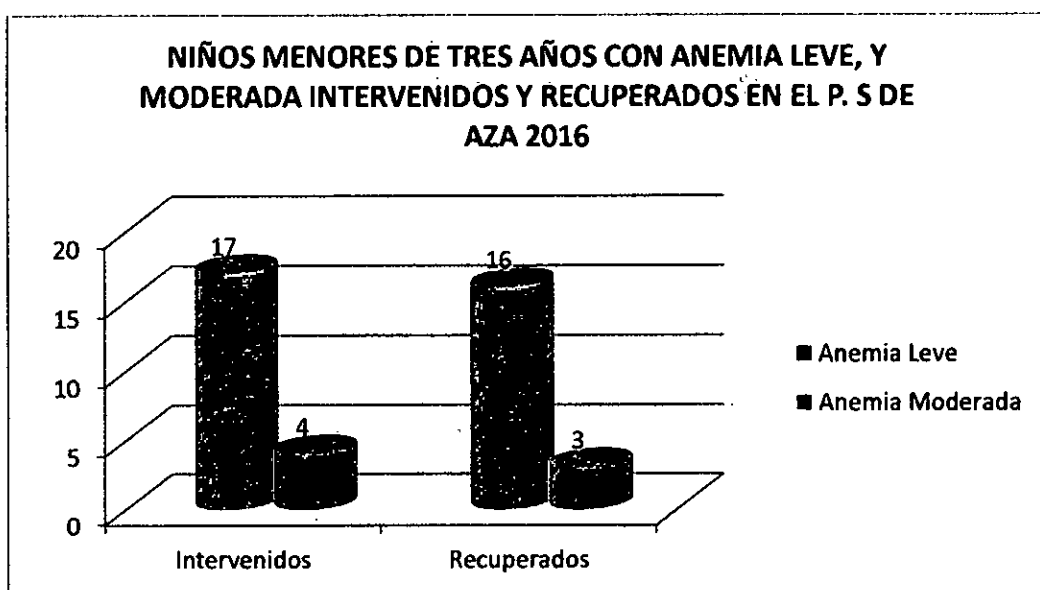
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA LEVE, Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL P.S DE AZA 2016

AÑO	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA	
	intervenidos	recuperados	intervenidos	recuperada
2016	17	16	4	3

Fuente: registro de seguimiento de anemias P.S de Aza

GRÁFICO 4.3

NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA LEVE, Y MODERADA INTERVENIDOS Y RECUPERADOS EN EL P.S DE AZA 2016



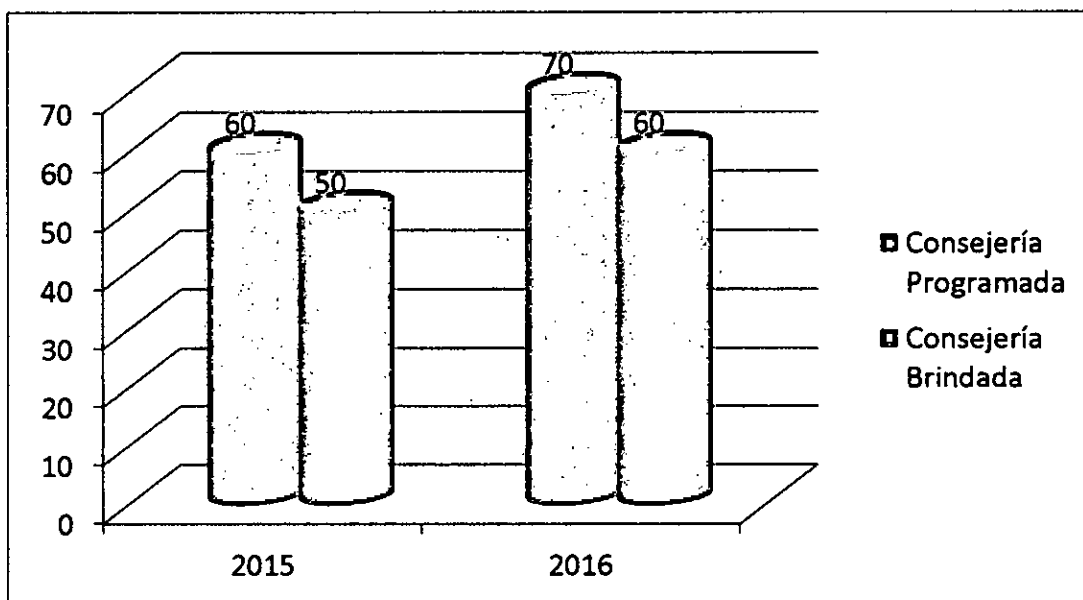
En el grafico se aprecia que en el P.S de Aza del total de 17 niños con anemia leve son recuperados 16 niños, y del 4 niños con anemia moderada, se recuperaron 3 niños en el 2016.

CUADRO 4.4
CONSEJERÍA BRINDADA A LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE
TRES AÑOS EN EL P. S DE AZA 2015-2016

	CONSEJERÍA PROGRAMADA	CONSEJERÍA BRINDADA
2015	60	50
2016	70	60

Fuente: hoja de información his /mis del P. S de Aza.

GRÁFICO 4.4
CONSEJERÍA BRINDADA A LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE
TRES AÑOS EN EL P. S DE AZA 2015-2016



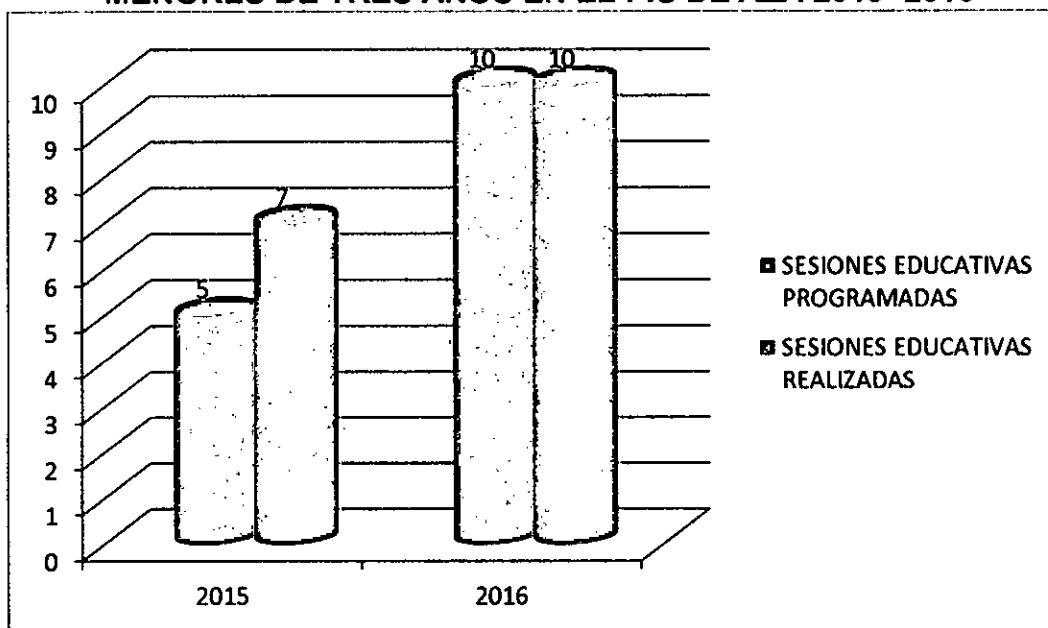
En el grafico se puede apreciar que en el P.S de Aza del 100% de consejerías programadas se realizaron 60 consejerías el 2016 y 50 consejerías el 2015.

CUADRO 4.5
SESIONES EDUCATIVAS BRINDADA A LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS EN EL P.S DE AZA 2015 -2016

AÑO	SESIONES PROGRAMADAS	SESIONES REALIZADAS
2015	5	7
2016	10	10

Fuente: hoja de información his /mis P-S de Aza 2015 -2016

GRÁFICO 4.5
SESIONES EDUCATIVAS BRINDADA A LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS EN EL P.S DE AZA 2015 -2016



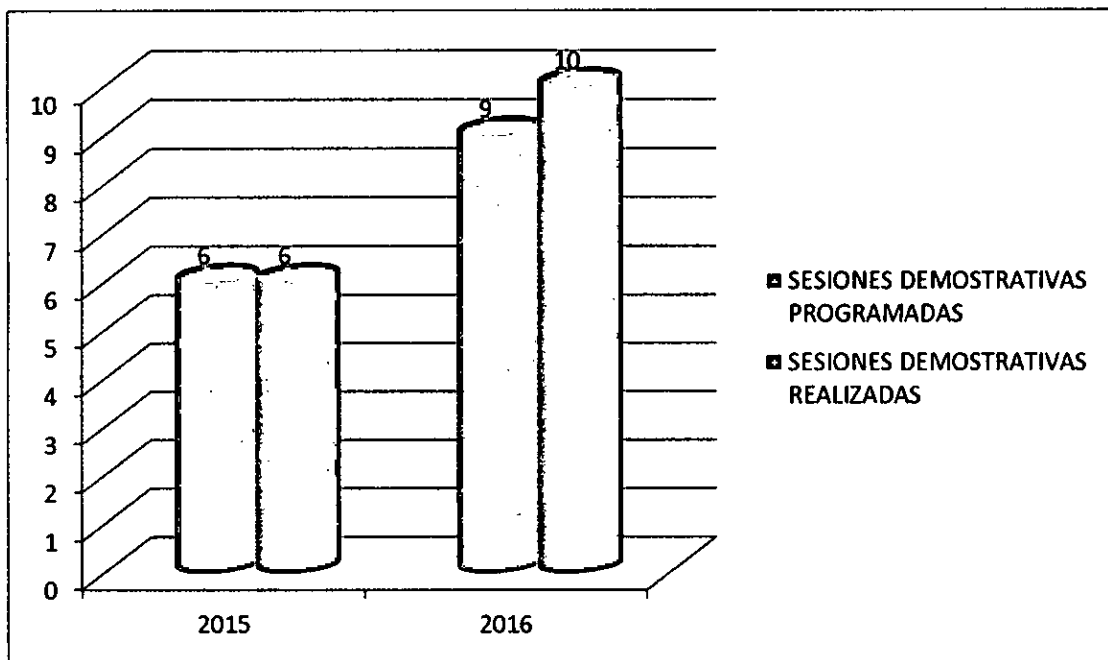
En el grafico se aprecian las sesiones educativas que se realizaron en el P.S de Aza donde se realizaron 10 sesiones educativas el año 2016 y 7 sesiones educativas el 2015.

CUADRO 4.6
SESIONES DEMOSTRATIVAS BRINDADAS A LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN EL P.S. AZA 2015-2016

AÑO	SESIONES PROGRAMADAS	SESIONES EJECUTADAS
2015	6	6
2016	9	10

Fuente: hoja de información his/mis P.S de Aza

GRÁFICO 4.6
SESIONES DEMOSTRATIVAS BRINDADAS A LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN EL P.S. AZA 2015-2016



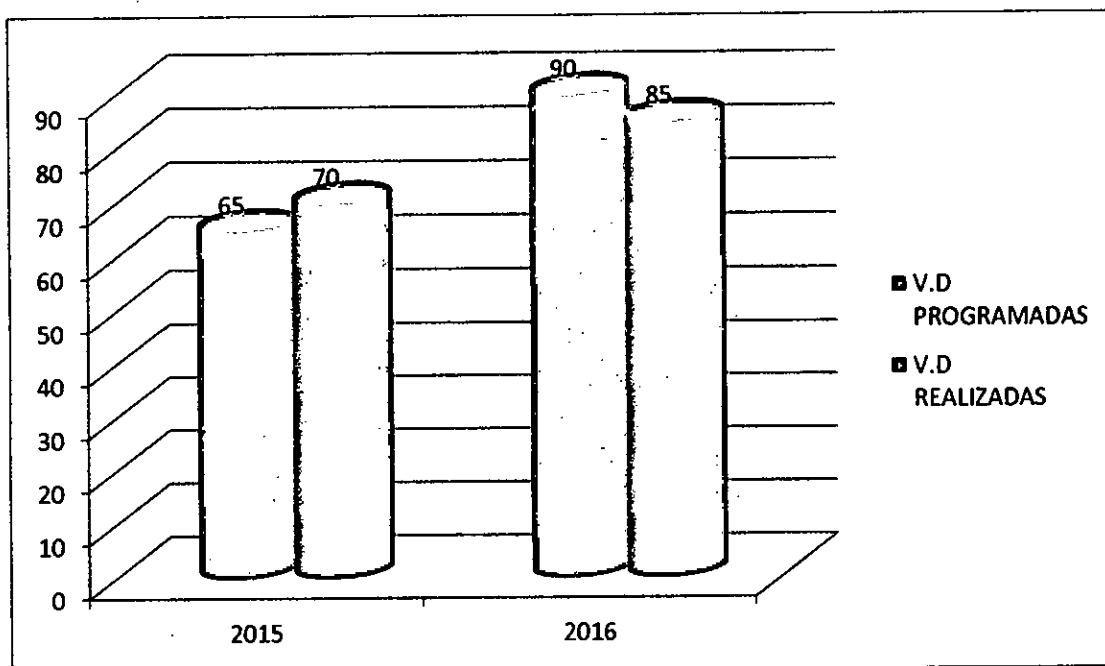
En el grafico se aprecia que en el P.S de Aza el año 2016 se realizó 10 sesiones demostrativas y el 2015 se realizó 6 sesiones demostrativas.

CUADRO 4.7
VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS P.S AZA 2015-2016

AÑO	V. D. PROGRAMADAS	V. D. REALIZADAS
2015	65	70
2016	90	85

Fuente: hoja de información his /mis P.S de Aza.

GRAFICO 4.7
VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS P.S AZA 2015-2016



En el grafico se aprecia que las visitas domiciliarias durante el año 2016 fueron 85 visitas en relación al 2015 que se realizó 70 visitas domiciliarias.

V. CONCLUSIONES

- a) En el P.S de Aza se realizó el tamizaje de anemia a la totalidad de niños atendidos en el servicio de Enfermería Estrategia de salud de crecimiento y desarrollo con un total de 73 niños menores de tres años el 2015 de los cuales 25 niños presentaron anemia haciendo un porcentaje de 34.2%, en el año 2016 se tamizo a un total de 85 niños menores de tres años de los cuales 21 niños resultaron con anemia llegando a una prevalencia de 24.7%. habiendo logrado reducir la anemia en un 9.5.
- b) Las actividades preventiva promocionales realizadas fueron, educación en servicio consejería en alimentación, sesiones educativas , sesiones demostrativas y las visitas domiciliarias prioritariamente a los niños con tratamiento de anemia y de suplementación preventiva de seguimiento para lograr a que en un tratamiento de 1 a 2 meses como máximo se recuperen de la anemia los niños respectivamente, dichas actividades fueron programados previa coordinación con las madres y organizaciones de base y autoridades del anexo de Aza.
- c) Con las actividades realizadas se puede mencionar que se lograron concientizar, sensibilizar, mejorar los conocimientos de la mayoría de madres logrando cambio de actitudes y estilos de vida saludables para el cuidado de su niño, y garantizar la adherencia del sulfato

ferroso y micronutrientes brindados del manejo tanto preventivo y de tratamiento, también se incrementó la asistencia de los niños al establecimiento de Salud.

VI. RECOMENDACIONES

- a) La enfermera que viene laborando en el primer nivel de atención tiene que fortalecer sus capacidades y conocimientos de manera permanente para brindar un cuidado de enfermería de calidad respetando su aspecto cultural (idiosincrasia) y otros de las madres, familias y comunidades.
- b) Asumir las funciones propias de la enfermera en el primer nivel de atención, rol de la enfermera familiar y comunitaria, brindando un cuidado permanente según las etapas de vida, familiar y comunitario, ya que la enfermera es el eje principal dentro de una institución prestadora de servicios de salud.
- c) Continuar con las actividades de promoción de la Salud y prevención de las enfermedades de manera permanente y continuo, a la persona, familia y comunidad, buscando más compromiso de las familias y autoridades locales y sea sostenible en el tiempo

VII. REFERENCIALES

1. La Anemia. Aspectos nutricionales, conceptos actualizados para su prevención y control. Dra. Gisela Pita Rodríguez. UNICEF Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA).
2. Anemia en niños menores de 3 años: Modelo causal intervenciones para combatirla. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud (MINSA).
3. Alcázar, Lorena. Impacto Económico de la Anemia en el Perú: libro. Contra el Hambre GRADE – Lima 2012.
4. Garro, Vera Hellen Isabel. Efectividad del programa educativo "Prevención de Anemia Ferropenia y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses en el Nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un Centro de Salud de Lima. Tesis. Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2016.
5. Guía técnica. Procedimientos para la Determinación de la hemoglobina mediante el Hemoglobinómetro Portátil. 2013.
6. Documento Técnico. Consejería Nutricional en el marco de la Atención de Salud Materno Infantil. Lima 2010.
7. Documento Técnico. Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil Y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014 – 2016. Ministerio de Salud. Lima – 2014.
8. Documento Técnico. Consejería Nutricional en el Marco de la Atención Integral de Salud Materna Infantil: Elaborado por el Instituto Nacional de Salud. 2010.

9. Directiva Sanitaria. N° 056 Minsa/ DGSP, Establece la Suplementación con Micronutrientes y Hierro para la Prevención de la Anemia en Niños y Niñas menores de 36 meses, RM N° 706 – 2014.
10. Directiva Sanitaria. Para la Prevención de Anemia Mediante la Suplementación con Micronutrientes y Hierro en Niñas y Niños menores de 36 meses. Minsa 2016.
11. Norma Técnico. Para el Manejo Terapéutico y preventivo de las Anemias en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas. Minsa - 2017.

ANEXO

ANEXO 01
TOMA DE TAMIZAJE CON EL HEMOGLOBINOMETRO

