

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA A MADRES CON NIÑOS
MENORES DE 36 MESES CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA
FERROPENICA, PACHACONAS - APURIMAC**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN
CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA
PRIMERA INFANCIA**

OLINDA SALAS LOAYZA

Callao - 2022
PERÚ

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y sabiduría

A mis padres por brindarme su apoyo constante en mi superación profesional.

A mi familia, hijos y esposo por su motivación permanente para seguir adelante en mi desarrollo personal y profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme sus bendiciones para cuidar de mí y de mi familia.

A mis amados padres, por su apoyo incondicional.

A mis estimados docentes, por compartir su sabiduría en mi formación profesional.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darme la oportunidad de hacerme cada vez más profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
Capítulo I.	8
1.1. Descripción de la situación problemática	8
Capítulo II. Marco teórico	10
2.1. Antecedentes de estudio	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	14
2.1.3. Antecedentes Locales	17
2.2 Bases Teóricas	18
2.2.1. Anemia por deficiencia de hierro	18
2.2.2. Diagnóstico de Anemia ferropénica	19
2.2.3. Causas de la anemia Ferropénica	19
2.2.4. Signos y síntomas de la anemia ferropénica	23
2.2.5. Consecuencias de la anemia ferropénica en los niños	24
2.3 Bases Conceptuales	25
2.3.1. Fisiopatología	25
2.3.2. Absorción de hierro	25
2.3.3. Transporte y utilización del Hierro	26
2.3.4. Deficiencia de hierro	26
2.3.5. Hemoglobina	26
2.3.6. Educación nutricional	26
2.3.7. Hierro	26
2.3.8. Suplementación	27
2.3.9. Factor de riesgo	27
2.3.10. Peso al nacer	27
2.3.11. Lactancia materna e introducción de otros alimentos	28
2.3.12. Adherencia	28
2.3.13. Prevención	29
2.3.14. Promoción	29
2.3.15. Familia	29
2.3.16. Salud	29

2.3.17. Rol del profesional de enfermería	29
Capítulo III.	31
Desarrollo de actividades para Plan de Intervención en relación a la Situación	
Problemática.	31
3.1.1. Justificación.....	31
3.2. Objetivos	32
3.2.1. Objetivo general	32
3.2.2. Objetivos específicos	32
3.3. METAS	32
3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	34
3.5. INDICADORES	37
3.6. RECURSOS	39
3.6.1. Recursos materiales.....	39
3.6.1. Recursos Humanos	39
3.7 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	40
EVALUACIÓN	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

Unos de los mayores problemas de salud es la anemia por falta de hierro, este afecta a los menores de 36 meses en nuestro país, situación que se agrava a nivel regional y más aún en nuestro distrito de Pachaconas donde se observaron un alto índice de anemia ferropénica en los niños menores a los 36 meses de edad. Sin embargo, cabe manifestar que esta situación se viene presentando debido a los múltiples factores como es la falta de disponibilidad de los alimentos que sean ricos en hierro y sean de origen animal, a las carencias económicas que presentan, al desconocimiento de los cuidadores y/o de los padres de familia sobre los procesos de una alimentación saludable que permita evite la anemia ferropénica en los niños menores a los 36 meses.

Sin embargo, se ha identificado que las madres hacen el esfuerzo de conseguir los alimentos de origen animal pero lamentablemente este esfuerzo, tiene muy pocos resultados, debido a que, en nuestro distrito, no se encuentran mercados o comerciantes que puedan abastecer con alimentos ricos en hierro. Son estos factores identificados que nos condujeron a realizar el presente trabajo académico en el cual planteamos alternativas que puedan contribuir con cambiar los factores que conllevan a sufrir de la anemia por falta de hierro en los menores de nuestra unidad de análisis, cabe manifestar que para combatir factores que conducen a la generación de anemia ferropénica en niños menores a los 36 meses, es necesario realizar intervenciones en las familias con niños o niñas, ya que es en este espacio donde se debe modificar el cuidado integral, de prevención, alimentación de otras enfermedades prevalentes con la finalidad de lograr una recuperación pronta y la sostenibilidad de la hemoglobina en valores normales, lo que nos permitirá ayudar a reducir de anemia por falta de hierro en el distrito.

El presente será desarrollado en el Centro de Salud Pachaconas, del distrito de Pachaconas, provincia de Antabamba, región Apurímac. Este distrito se caracteriza por su población que desarrolla actividades económicas donde prevalece la ganadería, agricultura y minería artesanal, en donde posibilidades de desarrollo es limitado debido a la característica de la zona que es distante, con vías de

comunicación de difícil acceso, lo que ocasiona que el ingreso de movilidad sea muy limitada dificultado el desplazamiento de las personas. El desarrollo del Plan de Mejoramiento permitirá que haya un fortalecimiento de conocimientos de los padres como, el cambio de actitud y la práctica del cuidado integral de los menores a los 36 meses afectados por anemia, buscando alcanzar oportunidades de desarrollo y una adecuada calidad de vida. Para poder lograr ello consideramos que la presencia de los profesionales en enfermería, son determinantes debido a que cumplen el papel de orientadores a las familias sobre las consecuencias y causas de la presencia de organizador, de las actividades educativas como sesiones demostrativas y educativas hacia las madres que tienen hijos que son menores a los 36 meses y fueron diagnosticados con la anemia.

Se realizó un plan de intervención para poder desarrollar el presente trabajo, la intervención fue a las familias que tienen niños menores a los 36 meses, los que fueron diagnosticados con anemia ferropénica, en el Centro de Salud Pachaconas, el plan contiene de elementos como, metas, objetivos, justificación, programación de las actividades, recursos, evaluación y ejecución, cabe precisar que el Plan se ha iniciado su implementación durante el presente año 2022, y continúa en proceso de ejecución; su elaboración en totalidad fue realiza por la autora, se presentará a la jefatura del establecimiento de salud, con la finalidad de facilitar la implementación formal, permitiendo ser un punto de referencia para los diferentes establecimientos de salud, dado que las evidencias son suficientes con respecto a la reducción de anemia en los menores a los 36 meses, logrando su pronta recuperación y previniendo este tipo de anemia en otros infantes.

Finalmente, el presente trabajo académico constituye de lo siguiente: en el Capítulo I: se describe la situación problemática, seguidamente en el Capítulo II: se desarrolla las actividades correspondientes al Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, así mismo, contiene de un apartado correspondiente a los anexos.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El problema de salud que hoy en día va afectando a los niños en el distrito de Pachaconas, es la enfermedad de anemia por falta de hierro, que hasta el momento se viene manteniendo por encima del 20%, situación que nos mueve a plantear estrategias de intervención que permitan contribuir en la reducción de esta grave problemática de salud infantil. Debido a que la Anemia es multicausal y multifactorial no se ha logrado hasta el momento desarrollar intervenciones y acciones efectivas que permitan lograr la reducción de este tipo de Anemia en nuestro distrito, y este problema se agudiza más por la desidia de las autoridades quienes muestran una limitada voluntad política ya que asignan muy pocos recursos económicos orientados en implementar actividades que permitan combatir esta enfermedad en las niñas y niños que tienen edad menor a los 36 meses.

Consideramos que la intervención oportuna del equipo de salud debe estar dirigido a lograr el cambio de las condiciones en las que los padres o sus cuidadores brinden atención a los niños y niñas que sean menores a 36, principalmente pensando en la alimentación, prevención de enfermedades, administración del tratamiento contra la Anemia ferropénica, para este efecto se considera el desarrollo de actividades educativas direccionadas a la madres mediante sesiones educativas de como preparar alimentos incorporando alimentos ricos en hierro de origen animal, visitas domiciliarias, conformación de alianzas estratégicas interinstitucionales, Implementación de la Gestión Territorial en salud, firma de convenios con instituciones aliadas que brinden apoyo en la lucha contra la anemia ferropénica.

Las comunidades del Centro de Salud Pachaconas donde hay porcentajes altos de niños menores a los 36 meses afectados por anemia son Palcayño, Chilcahuay y la comunidad de Pomaccocha.

Una de las medidas complementarias en la alimentación de los niños menores a los 36 meses ha sido incorporar las gomitas de sangre elaborados por los profesionales de salud.

Estos porcentajes varían de acuerdo a diferentes circunstancias de cada país, por ejemplo, en Bolivia se tiene un 80%, en Ecuador un 39,9%,

En el Perú el problema de anemia, a la fecha continúa siendo uno de los problemas que se presenta con intensidad, las cifras ascienden a 40.1% de niños con la edad menor a los 36 meses, de ellos un 53.3% están en zonas rurales y los otros 40% en las urbanas (1); situación que no es diferente para la región Apurímac. (3)

Por estas razones urge desarrollar intervenciones estratégicas para poder combatir esta enfermedad y contribuir en la prevención y/o reducción a partir de propuestas que deben conducir a la alimentación saludable para tener una buena calidad de vida. Esta preocupación nos conduce a plantear el presente trabajo académico orientado a las madres que tienen hijos con edades menores a los 36 meses que fueron diagnosticadas con anemia ferropénica en la población unidad de análisis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Urquidi en la ciudad de Santiago (2018); realizó la investigación de presencia de anemia en los menores a los 24 meses. Cuyo fin fue determinar la prevalencia de anemia en tres centros de salud; se tomó un estudio de alcance descriptivo, tomando en consideración a 114 niños entre 6 y 24 meses, haciendo una medición de los niveles de sangre, del cual se da a conocer mediante los resultados que, la prevalencia de anemias en los tres centros de Salud fue de 86,6%, un 19% de anemia fue registrado como leve en el centro de Bella Vista, moderada un 10% y como severa fue un 8%; por otro lado en Chasquipampa se presentó un 12% 11% de anemia leve y moderada de manera respectiva y severa en 6%. Así mismo, en Villa Nuevo Potosí, de manera leve fue el 20%, moderada 9%y severa el 4%; la correlación Spearman de los indicadores de niveles de hemoglobina y talla para la edad fue del 0,2 ($p= 0,048$), por lo resultados obtenidos se concluye que hay existencia de prevalencia alta de anemia en niños menores a los 2 años, independientemente del género y también de su alimentación. (5)

Martínez en la ciudad México (2019) realizó la investigación sobre anemia por falta de hierro en niños: un problema de salud nacional. Tomando como finalidad la determinación del nivel de presencia de anemia en niños; El estudio corresponde al no experimental, descriptivo, se trabajó con 132 niños con edades menores a los 3 años, realizaron evaluaciones a las muestras de sangre de los niños para determinar los niveles de anemia, se tuvo como conclusión que hay existencia alto porcentaje de niños con la mencionada enfermedad, sin embargo, en la conclusión se precisa que la falta de hierro y la anemia no se controlan con el uso de farmacológicos que

contengan hierro, se deben utilizar otras estrategias que permitan disminuir la presencia de anemia, coordinando con las familias. (6)

Pérez et al en la ciudad del Ecuador (2021) realizaron la investigación sobre Prevalencia de anemia en la parroquia San Miguel. Cuyo fin fue determinar sobre el nivel de prevalencia de anemia en los niños. El estudio corresponde a un alcance correlacional, no experimental con las dimensiones correspondientes a datos sociodemográficos. La muestra fue de 156 niños con edades menores a 3 años. En los resultados, se precisan que de la muestra estudiada el 48% fueron varones y un 52% mujeres, se llegó a determinar que la prevalencia de la mencionada enfermedad fue 58%, dado ello se encontró la relación el sexo y la edad de los niños, por ende, se procedió a concluir que la anemia está presente con más frecuencia en mujeres, presentándose a menor edad. (7)

Camacho et al en la ciudad del Ecuador (2018) realizó la investigación anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas. Con el propósito de identificar la anemia ferropénica; el estudio corresponde al enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental, conformando 384 historias clínicas como la muestra. En los resultados se precisan que la relación entre anemia ferropénica y emergencia obstétrica es moderada, los más afectados son los de 15 a 24 meses. En la conclusión se indica que la mencionada anemia es predominante en gestantes como un factor principal de riesgos, asimismo también tienen mayor impacto en adolescentes que oscilan entre las edades de 15 a 24 años lo cual también está asociada a un inadecuado estado de nutrición. (8)

Pirán et al en la ciudad de Madrid (2018) realizaron la investigación “Niveles de hierro en sangre según adherencia a la dieta libre de gluten en niños celíacos de edad escolar”. Cuyo fin fue hacer una evaluación sobre la situación nutricional respecto al hierro de los niños celíacos escolares. Es de un estudio trasversal, analítico y observacional, se trabajó con un total de 44 niños dando uso como

instrumento la ficha de observación. Se llegó a que un 7% cuenta niveles bajos de hierro, asimismo la ferritina, dado los resultados se llega a la conclusión de que, en condiciones de un adecuado consumo del hierro, hay una relación en cuanto a los niveles de sangre y adherencia al tratamiento, además se indica que se debe fomentar una alimentación saludable. (9)

Marcia Cristina Guerreiro dos Reis, Ana Márcia Spanó Nakano et al; **la prevalencia de anemia en niños de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de Ribeirão Preto, sp, Brasil**, Entre la falta de nutriciones de los niños, la mencionada enfermedad es más habitual, ello de acuerdo a lo que se verificó la presencia de la anemia en los niños entre 3 a 12 meses; en Ribeirão Preto SP Brasil la prevalencia de esta enfermedad en el total de 69 niños entre los 3 y 5 meses fue de un 20.2%, y en los 52 niños de los 6 hasta los doce meses es de 48.0%. la totalidad fue de 32.2%. dado ello se concluye que hay una significativa asociación entre edad del niño y la anemia.

Luis Rubén Carrizo, **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6-23 MESES EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE SANTIAGO DEL ESTERO- 2008-2010**; identificaron que la presencia de la anemia por el déficit de hierro ubicada en los niños de entre 6 a 23 meses, sanos previamente, de una urbanización y de clase socioeconómica media-baja; durante los periodos de dos años 2008 y 2010 fue de un 29%, cuya cifra de acuerdo a la OMS, es vista como un problema moderado, la relación entre el estado nutricional antropométrico y los casos de anemia da a conocer que los niños eutróficos son los que padecen con gran frecuencia. En promedio el consumo de hierro en lactantes fue de un 6 mg cada día, la cual es baja, dado que lo recomendado por FDA es de un 10 mg de hierro, el factor sociodemográfico que está asociado a los casos de la anemia por el déficit de hierro, en la variable perinatólogicas la gemelaridad y el bajo peso de nacimiento, estuvieron relacionados al caso de la

anemia, asimismo. La lactancia hasta el sexto mes no es un factor que protege par la anemia por déficit de hierro.

CORONES SANTOS, Lizeth y Col (2016), en la Tesis “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, diciembre 2015 - Mayo 2016”; tiendo como propósito la determinación de la prevalencia de anemia en 90 niños con edades entre 12 a 59 meses, con los factores asociados y capacitaciones a los padres sobre factores de riesgos, mismos a los cuales se les aplico una encuesta y cuestionario, de ello se obtuvo que la prevalencia de la anemia fue de un 43.3%, un 30% de niños y niñas mostraron anemia leve, asimismo un 13.3 mostraron anemia moderada, con respecto a la afección se tuvo un asocio importante con referente a la edad, lugar de residencia, genero, condición socioeconómica, estado nutricional actual y factores perinatales, con respecto a la alimentación se pudo indicar que hubo una mejora gracias a las capacitaciones en un 31.4% al 89.9%; de ello se concluye que dar charlas y talleres de forma periódica con el fin de dar mejoría en sus conocimientos, asimismo prevenir complicaciones a futuro; se considera preventivo, oportuno y necesario.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Dávila en la ciudad de Lima (2018) realizó la investigación anemia infantil, tomando como finalidad la evaluación de la situación de anemia en niños con edades menores a los 3 años. Corresponde a un enfoque cualitativo, no experimental, alcance correlacional, se dio uso de una ficha de observación para recoger los datos más relevantes que corresponde a los síntomas y signos de anemia. En lo obtenido se precisa que la anemia se encuentra con mayor relevancia en los infantes de 6 a 24 meses, generalmente se presenta por deficiencia de hierro. El estudio concluye indicando que estos niños con anemia ferropénica deben recibir un tratamiento de especialidad a nivel

primario, con un seguimiento especializado cuidando la presencia de los signos que indican severidad. (10)

Góngora et al en la ciudad de Lima (2021); realizaron la investigación sobre anemia infantil, cuyo propósito fue poder identificar los factores de riesgo ferropénica en los niños con edades menores a un año. Se tomó un alcance descriptivo, transversal, observacional; la muestra fue un total de 42 niños, en la que un 61,9% son mujeres, asimismo la edad con más representación fue de 6 meses los dos sexos, pero la más observada fue en las mujeres con 33,3%, un 61,9% tenían anemia ligera, un 69,0% de madres con anemia gestacional, por otro lado, un 47,6% de niños con edades menores a un año tienen como antecedentes abandono de la lactancia materna exclusiva. En la investigación se concluye que los principales factores que constituyen anemia durante la gestación son: el abandono de lactancia materna exclusiva, el peso bajo al nacer, anemia durante la gestación y la ablactación incorrecta.(11)

Reyes en la ciudad de Puno (2019); realizó la investigación anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. El estudio tuvo como propósito la determinación del impacto del programa de intervención; se tomó el tipo aplicado, cuasi experimental, considerando como muestra a 300 niños con edades menores a 5 años, aplicando el muestreo no probabilístico, del estudio se tuvo los siguientes resultados, 145 niños contaban con anemia antes de la intervención, luego de la intervención solo un total de 46 niños presentaban anemias, asimismo otros 40 se consideraban desnutridos, luego de la intervención solo 31 estuvieron desnutridos; por ello se procedió a concluir que el programa de intervención tiene un impacto positivo en la reducción de la desnutrición infantil y reducción de anemia, prueba de hipótesis con MC Nemar $P= 0.000 < 0,05$ para la anemia, y valor $= 0,004 < 0.05$ con respecto a la desnutrición. (12)

Cóndor et al en la ciudad de Huánuco (2019); realizaron la investigación sobre anemia en niños de 6 a 36 meses en un Centro de Salud urbano. Huánuco. Con el fin de determinar el incumplimiento de lactancia materna, la inadecuada suplementación con multinutrientes, la investigación es correspondiente, correlacional, no experimental, observacional, analítico, retrospectivo, cuya muestra fue de 86 historias clínicas de los niños de entre los 6 a 36 meses; de ello se mostró que la inadecuada suplementación con micronutrientes $P=0,000$, lactancia materna no exclusiva $P=0.002$ y la presencia de enfermedad diarreica aguda $P=0,000$; los cuales resultaron significativos en relación a la presencia de anemia en los niños, se finaliza dando mención de que hay significativa asociación con la inadecuada suplementación, incumplimiento de lactancia materna y la presencia de enfermedad diarreica aguda, como los factores de riesgo de anemia en los niños, así mismo se logró encontrar relación significativa de las características sociodemográfico, edad, sexo y la condición socioeconómica, como los factores de riesgo para padecer de anemia. (13)

Reyes et al en la ciudad de Puno (2019); realizaron la investigación anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. Tomando como finalidad la determinación del impacto del programa de intervención a nivel comunitario en la disminución de la desnutrición infantil y anemia; contando con nivel correlacional, aplicado, cuasi experimental; contó con 300 niños con edades inferiores a los 5 años como muestra, para recoger datos se utilizó la ficha que permite obtener medidas bioantropométricas y examen de hemoglobina, posteriormente se aplicó un programa de intervención, dirigido a los padres y a los niños y también se desarrollaron programas de educación a la comunidad con masivas campañas con fin de reforzar conocimientos brindados en el hogar. Con respecto a los resultados, antes de la intervención 145 niños estaban con anemia, posterior a la intervención se detectó que solo 40 niños estaban

con la mencionada enfermedad, así mismo 40 niños se vieron como desnutridos, posterior a la intervención solo 31 presentaban desnutrición, por ende se concluyó que el programa tiene impactos positivos en reducción de desnutrición y anemia; donde la prueba de hipótesis Mc Nemar fue $P=0.000<0,05$ en el caso de la anemia y $0.004< 0.05$ en caso de la desnutrición.(14)

2.1.3. Antecedentes Locales

Víctor Alfonso Mamani Urrutia, “Educación nutricional y eficacia de los servicios de salud en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de tres años distrito de Ranracancha. Chincheros – Apurímac, 2014-2015; Proporción de niños menores a tres años del distrito de Ranracancha con niveles de hemoglobina para el año 2014; con respecto a la anemia moderada fue de 4.4%, leve 31.5% y para los niños sin anemia 64.0%; para el año 2015 la proporción de anemia fue de 8.9% para la anemia leve, moderada 6.9%, severa 1.0% y los niños sin anemia fue de 83.3%. Existe una relación inversamente proporcional de la educación nutricional con el estado nutricional de niños menores a los 3 años. Un total de 83.3% de los niños sin la enfermedad para el diagnóstico cuentan con madres que tienen conocimientos sobre alimentación y cuidados bueno o regular, hay una relación inversamente proporcional de la eficacia de los servicios de salud y el estado nutricional en niños menores a 3 años de edad, donde un 100% de los niños que cuentan con servicios de salud eficaces no cuentan con anemia. Por estos resultados se concluye que la eficacia de servicios, prácticas conocimientos de las madres y la educación nutricional, tienen relación inversamente proporcional, y significativamente estadística en la disminución de anemia de niños con edades inferiores a los 3 años.

2.2 Bases Teóricas

Según la teoría que plantea Brugnará, la anemia se considera como una patología que se encarga de disminuir las concentraciones de la hemoglobina al igual que de los hematíes. Esta surge debido a pérdidas de sangrados, combinación de causas, hemólisis acelerada o por eritropoyesis insuficiente.(15)

Paúcar (16) en su artículo científico indica que la anemia es aquella que se encarga de disminuir las masas de glóbulos rojos, por esto es fundamental poder considerar en niños que hayan nacido recientemente la edad de gestación, dado que existe una curva de valores las cuales se deben considerar para poder diagnosticar si el niño este o no con anemia. Lastimosamente la curva de valores está disponible solo en algunas poblaciones, y en la actualidad no hay en Perú.

2.2.1. Anemia por deficiencia de hierro; La OMS considera a esta enfermedad como una situación donde el total de los glóbulos rojos son muy bajas para que el oxígeno se transportado, ya que no puede cubrir las diversas necesidades fisiológicas, esto varía dependiendo a la altitud, edad, sexo y entre otras razones como el consumo de tabacos o embarazo.

Este problema de salud es considerado como el más común en la atención médica en niños inferiores de 36 meses. Es de gran importancia socialmente y clínicamente ya que cuenta con alta prevalencia, de acuerdo a los datos obtenido por la OMS consideran que un 30% de los niños que tienen menores a los 36 meses esta con anemia, y de todos ellos en la gran mayoría por la carencia alimentos con hierro. Esta enfermedad no es altamente incidente en países desarrollados, aunque también está presente socialmente en algunos sectores, como en las personas o poblados que cuentan con bajos niveles en lo económico; en la práctica clínica el diagnóstico de la enfermedad en mención es obtenida en

cifras de hemoglobina y otros diversos parámetros que muestra el hemograma.

- Recuento eritrocitario: la sangre total es representado en determinado volumen por el total de los glóbulos rojos.
- Hemoglobina: la totalidad en gramos por litro de sangre de hemoglobina (g/l), por cada 100 ml. (g/dl).
- Hematocrito: es un espacio que está ocupado por hematíes, la cual esta representado por un porcentaje de volumen del total de sangre.

No se consideran como valores estables las cifras de hemoglobina y demás cuantificaciones, esto porque tienen dependencia de los componentes en la que se encuentra la edad, el sexo y demás circunstancias. Es posible que la anemia pueda ser encontrado con valores de hemoglobina normales, la cual puede darse en casos muy especiales expresándose como anemia leve y hemoglobina, asimismo en otros casos que podrían ser patologías de cirrosis o embarazos con hiperviscosidad e hiperesplenismo que pueden aumentar el volumen plasmático.

2.2.2. Diagnóstico de Anemia ferropénica;

Encargado de determinación de los glóbulos rojos tuvieron una disminución, con ello la capacidad de transporte del oxígeno bajo el límite normal es un procedimiento muy poco practicado. Es por esto que el diagnóstico de la anemia se realiza de forma indirecta través de la medición del nivel de hematocrito o de hemoglobina, lo cual depende de la disposición, la hemoglobina es la prueba diagnóstica de mayor uso para poder diagnosticar la anemia ferropénica en la práctica médica.(17)

a. Pruebas de laboratorio

Hemograma; facilita en el conocimiento de los tipos y la cantidad de las células sanguíneas en el énfasis de la sangre, para esto se toma en consideración el número de los hematíes y también los índices corpusculares y hematocrito.

Hemoglobina (Hb); es el encargado de transportar los oxígenos de sangre. Su fin es descartar los casos de anemia, la medida que tiene es de gran importancia, en los establecimientos de salud esta se aplica en el primer nivel de atención, aunque también se conoce que hay otros métodos que se aplican en establecimientos de salud de mayor complejidad.

2.2.3. Causas de la anemia Ferropénica;

Esta se produce por el déficit con respecto a la cantidad de hierro, la cual se encuentra en el organismo, y las causas para que este déficit se presente comprenden:

a. Insuficiente ingesta de hierro en la alimentación. Se debe consumir alimentos que contengan Hierro de un alto valor biológico para poder tener Hierro en una cantidad adecuada en el organismo, ya que este micronutriente se obtiene regularmente del hierro que contienen los alimentos que los niños o niñas consumen. Si hay una ingesta esporádica o en cantidades mínimas de los alimentos que contengan hierro, al pasar el tiempo pueden contar con deficiencias de hierro y generarse la Anemia ferropénica. Las razones por la que se consume de manera mínima los alimentos que contengan hierro es por la no disponibilidad de estos alimentos; o la mala práctica de alimentación en las familias que por diversas razones no brindan alimentos que contengan hierro para sus hijos menores de 36 meses alimentos como (carnes, vísceras, sangrecita, y alimentos fortificados con hierro). Cabe mencionar que el hierro es fundamental para que los niños se desarrollen, esto se da cuando el consumo es de forma permanente y continua.¹

b. Pérdida de sangre. La sangre contiene hierro en los glóbulos rojos, por esta razón se entiende que, si una persona pierde

¹ Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición

sangre, también pierde Hierro. En tal sentido podemos manifestar que hay un riesgo de padecimiento de anemia en las mujeres que tienen menstruaciones muy intensas, ya que esta puede provocar deficiencias de hierro por la pérdida de sangre en mayores cantidades en el tiempo del periodo menstrual, y otros diversos factores que también pueden ser causantes.

c. Etapas de Crecimiento acelerado; Otra de las causas que genera un déficit de hierro en el organismo y a la larga genera riesgo de que los menores a los 36 meses contengan Anemia ferropénica, dado que es una etapa de crecimiento acelerado, el mismo que se presenta en dos momentos: se presenta en la etapa de gestación y la segunda da inicio desde el momento en el que nace el niño hasta los tres primeros años de su vida, en estas etapas el requerimiento de hierro es mayor debido al acelerado proceso de crecimiento.

d. No disponibilidad de alimentos; en las zonas rurales en donde las posibilidades para acceder a alimentos con alta cantidad de hierro provenientes de origen animal es muy limitado, esto es ocasionado por los escasos ingresos económicos en la familia, sumado a ello se presenta la limitada práctica de cultivo de hortalizas y crianza de animales menores para el autoconsumo, ocasionado por la dedicación de las familias al cultivo de productos y/o crianza de animales mayores para el comercio, así mismo el ingreso de productos procesados de fácil acceso, han reducido la posibilidad de disponer de los mencionados alimentos lo cual no hace posible un adecuado consumo de alimentos en los menores, generando mayor riesgo y el padecimiento de la antes mencionada enfermedad.

e. Incapacidad para absorber el hierro. El intestino delgado es la que se encarga de absorber el hierro, esta pasa por los torrentes sanguíneos. Los trastornos intestinales pueden afectar a la capacidad de absorción que tiene el intestino delgado, estos

trastornos pueden ser la celiaquía, la cual puede ocasionar anemias por escasas de hierro. Otra de las razones es la presencia de parasitosis intestinal. Si en algún caso el menor ha tuvo bypass es probable que haya la capacidad de absorción del hierro.²

f. Embarazo; se sabe que durante el embarazo se produce la primera etapa de crecimiento acelerado del feto, por lo que se requiere mayor Hierro en la gestantes por lo que es necesario que la gestante consuma suplementos de hierro y alimentos con hierro, ya que si no se realiza esta práctica, podría ocasionarse anemia en las mujeres gestantes, ya que son las encargadas de proporcionar hemoglobina al feto en desarrollo, dado que al no consumir alimentos que contengan hierro ocasionará que el niño o niña nazca con pocas reservas de hierro causando un riesgo mayor de padecer en sus primeros meses de vida anemia ferropénica.³

2.2.4. Signos y síntomas de la anemia ferropénica; Es inespecífica la manifestación de la mencionada enfermedad, principalmente si la anemia es leve, sólo se pueden presentar síntomas cuando la anemia es moderada o severa, para ello es necesario realizar una buena anamnesis y un examen físico, en el siguiente cuadro se detalla las manifestaciones clínicas:

Órganos o sistema afectado	Signos y Síntomas
Síntomas generales	Sueño incrementado, hiporexia (inapetencia), astenia, anorexia.

² Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición

³ Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición

	Fatiga, irritabilidad, vértigos, cefaleas, mareos, rendimiento físico disminuido y alteraciones en el desarrollo. En los lactantes pequeños y prematuros: ganancia baja ponderal.
Alteraciones en faneras y piel	Piel y caída de cabello, piel seca, uñas quebradizas, membranas mucosas pálidas y pelo ralo, con la curvatura inversa (coiloniquia) o aplanadas (platoniquia).
Conducta alimentaria y sus alteraciones	Pica: tendencia a comer la tierra (geofagia), hielo (pagofagia), pasta de dientes, cabello, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Disnea del esfuerzo, soplo y taquicardia. Esto puede presentarse cuando es muy bajo el valor de hemoglobina con (<5g/dl).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie, sensible, lisa, inflamada o adolorida, con un color rojo brillante o pálido) entre muchos otros.
Alteraciones inmunológicas	La capacidad bacteriana de los neutrófilos y los defectos en la inmunidad celular.
Síntomas neurológicos	Alteraciones de aprendizaje, atención y desarrollo psicomotor. Alteración en la memoria y sus funciones y respuestas pobres a los estímulos sensoriales.

2.2.5. Consecuencias de la anemia ferropénica en los niños

Según Prisma en su revista científica considera las siguientes consecuencias en niños que padecen de anemia ferropénica (19)

- **Poca energía durante el día;** La fatiga y cansancio lo suelen presentar los niños con anemia, cabe precisar que la atención no se encuentra al mismo nivel que los demás niños, lo cual afecta la vida en el día a día y en su desarrollo.

- **Tienen mayor riesgo a sufrir de enfermedades infecciosas;** Los niños con anemia solen contar con defensas bajas, generando que los niños padezcan muchos episodios de enfermedades.
- **Afecta su desarrollo cerebral.** Los menores que se encuentran con anemia son poco sociables, su desarrollo psicomotor es menos, así mismo, tienen deficiencias en la concentración y atención.
- **Bajo rendimiento escolar;** Debido a la presencia de la mencionada enfermedad, al mantenerse por tiempos prolongados suele alterar el desarrollo cerebral, generando limitaciones en la capacidad de aprendizaje al iniciar su etapa escolar, lo que se traduce en un bajo rendimiento escolar. Por estas razones es imprescindible prevenir desde su nacimiento.

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1. Fisiopatología; en depósitos y metabólico activo se distribuye el hierro, cabe precisar que el total del hierro que se encuentra en el cuerpo es de 3,5 g en varones que se encuentran sanos, mientras que en las mujeres es de 2,5 g, por el periodo de menstruación hay perdidas, dado esto el hierro es escaso, la cual es la diferencia con la que se relaciona el tamaño menor corporal de siguiente manera:

- Comportamiento del transporte de hierro: 3 mg
- Ferritina: 1 g (hombres), 0,6 g (mujeres)
- Mioglobina: 200 mg
- Hemosiderin: 300 mg
- Hemoglobina: 2 g (hombres), 1,5 g (mujeres)
- Enzimas tisulares (hem y no hem): 150 mg

2.3.2. Absorción de hierro; Para garantizar una presencia de hierro en el organismo es necesario que haya una adecuada absorción, se sabe que la absorción del hierro en esa porción del segmento superior de yeyuno y duodeno, esta absorción es de acuerdo al tipo de la molécula de hierro (Hierro HEM o NO HEM), **el hierro HEM o de alto valor**

biológico, es originario del reino animal, como la carne roja, vísceras y en la sangre. Se conoce que más del 20% de hierro lo absorbe el organismo. **El hierro NO HEM** está presente en las verduras o alimentos procedentes de los vegetales y otro en los animales.

2.3.3. Transporte y utilización de hierro; Al ser consumido el hierro es depositado en la célula, desde donde es transferido por medio de transferrina, este es un transporte de las proteínas de hierro que esta en el hígado, asimismo la capacidad que tiene la transferrina es transportar hierro desde las células.

2.3.4. Deficiencia de hierro; Es cuando el cuerpo está a falta de hierro, se presenta por estadios y niveles. Cuando los depósitos disminuyen, habrá un aumento en compensación de la absorción del hierro de dieta; la deficiencia genera alteraciones de síntesis de los eritrocitos, de ello hay una consecuencia final la cual es la anemia.

2.3.5. Hemoglobina; Es considerada como la proteína principal que tiene la función de transportar oxígeno al organismo, está constituida por el hem, la cual tiene hierro y produce una coloración rojiza al eritrocito, asimismo da porción proteínica⁴.

2.3.6. Educación nutricional; esta direccionada al aprendizaje y tiene la finalidad de obtener cambios en el comportamiento y actitudes alimentarias que guarda relación con la salud, nutrición y bienestar⁵.

2.3.7. Hierro; este mineral está en el organismo del ser humano, así mismo es utilizada para generar hemoglobina, proteínas y mioglobina la cual se encarga de transportar oxígeno; la hemoglobina está en los glóbulos rojos y en el musculo de las personas esta la mioglobina; en los neurotransmisores y enzimas se encuentra el hierro⁶.

2.3.8. Suplementación; es una intervención en la entrega de hierro de forma preventiva con el fin de mantener o reponer en el organismo los niveles apropiados de hierro⁷.

⁴ NORMA TÉCNICA 134 MINSa

⁵ NORMA TÉCNICA 134 MINSa

⁶ NORMA TÉCNICA 134 MINSa

⁷ NORMA TÉCNICA 134 MINSa

2.3.9. Factor de riesgo; son situaciones considerados como, fenómenos o eventos al cual un individuo se expone, esta puede traer consigo daños o producir una enfermedad. Está demostrado que las condiciones en las que nacen las niñas y niños, ya sea esto con pesos bajos o prematuros, es por inadecuada alimentación, o también por las gestantes hayan tenido anemia durante el embarazo, presencia de episodios constantes de enfermedades prevalentes en los niños y niñas, condicionan o incrementan.

2.3.10. Peso al nacer; Otro factor importante en el que se debe intervenir es el peso bajo en el nacimiento y la prematurez, estos condicionan que los recién nacidos tengan menores hemoglobinas, los niños prematuros exhiben generalmente una velocidad alta en el crecimiento. Las causas de un peso bajo al nacer son muchos, los cuales son la escasa adquisición de peso de las madres que están en periodos de embarazo, su estado de nutrición y el inadecuado consumo de alimentos en el tiempo de embarazo, así como también la pre-eclampsia, hipertensión materna, síndromes genéticos, edad y consumo de alcohol, por lo que se deben enfatizar intervenciones que permitan corregir estas prácticas, así como fortalecer el cuidado nutricional o integral durante el embarazo.

2.3.11. Lactancia materna e introducción de otros alimentos; está ampliamente demostrado que la leche humana contiene hierro, dado ello es un gran beneficio en la lactancia, este previene la falta de hierro en los niños lactantes, diversos estudios mostraron que introducir alimentos que complementen la alimentación antes de los 6 meses de edad, reduce el incremento del hierro y también la reparación de los depósitos de hierro en el infante y su organismo.

Es necesario entender la importancia de iniciar una adecuada alimentación que complemente desde los 6 meses, ya que se ha evidenciado que la incorporación inadecuada de alimentos sólidos, precisamente en el momento que más lo necesitan, propician una deficiencia de Hierro poniendo en grave riesgo al niño o niña de padecer

de Anemia Ferropénica. Así mismo se debe tener en cuenta de no incorporar leche fresca o leches en polvo en su alimentación del niño que sean menores a 36 meses, dado que se ha evidenciado que la administración de leche entera causa insensibles pérdidas de la sangre por el intestino.

2.3.12. Adherencia; Cumplimiento del paciente en el consumo de suplementos, como un régimen ya sea terapéutico, prescrito o preventivo, el adecuado consumo de adherencia es cuando el consumo de la dosis indicada es de 75% a más y si esta completa el esquema de tratamiento o suplementación.

2.3.13. Prevención; Son las acciones, intervenciones y procedimientos orientadas a la mejoría de condiciones de la vida, con el fin de mantener o mejorar la salud.

2.3.14. Promoción; Es el proceso a través del cual se brinda herramientas a las personas para cuidar su salud y ejercer control sobre ella.

2.3.15. Familia; es la conformación por dos a más individuos, la cual es considerada como núcleo básico dentro de una sociedad.

2.3.16. Salud; Estado de un equilibrio social, mental y físico, no observado simplemente, ello no siempre visto como la falta de enfermedad.

2.3.17. Rol del profesional de enfermería

Es de gran importancia la función que la enfermera tiene en los distintos niveles de atención, ya que es una profesional que de manera estratégica proporciona cambios del estilo de vida que lleva cada persona, promoviendo la salud; es una profesional con buen compromiso en su rol, en el cuidado que le brinda a sus pacientes, de manera integral interviene en aspectos de prevención y promoción, tienen gran trascendencia, dado que brindan una contribución para poder lograr a través de intervenciones de costos bajos y sencillos los Objetivos del Desarrollo del Milenio; la anemia infantil hace referencia a que en la sangre hay escasa hemoglobina, asimismo esta en relación a la falta de disposición que se tiene de micronutrientes de hierro en la alimentación diaria, como consecuencia es el menoscabo del desarrollo

cognitivo, cabe mencionar que este daño es irreversible si la alteración es presentada en menores a dos años, dado que es el periodo considerado como la mas crítica en cuanto a la diferenciación cerebral y crecimiento.

En la MINSA, en sus establecimientos de primer nivel con respecto a la atención, los personales de enfermería toma el liderazgo en las actividades correspondientes a la prevención y promoción, ofreciendo cuidados integrales a los niños.

Realiza específicas actividades con el fin de prevenir la anemia desde antes que nazca el niño, ello mediante una previa coordinación multidisciplinaria para poder promover embarazos saludables garantizando menores complicaciones con respecto a la salud del los neonatos, asegurando el peso y edad gestacional sea adecuada en el nacimiento; hasta los 6 meses de edad la promoción de lactancia materna es exclusiva al igual que el inicio de lactancia eficaz con una alimentación que tengan una cantidad educada de hierro y también de otros diversos nutrientes que ayuden en el desarrollo del niño, cuando se cumplió un periodo de 6 meses de lactancia los enfermeros profesionales brinda indicaciones del tamizaje de suplementación preventiva de hierro y hemoglobina, así mismo de una correspondiente educación sanitaria.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1 Justificación

El presente Plan para la intervención de enfermería en las familias con niñas y niños con edades menores a los 36 meses con diagnóstico de anemia ferropénica en el centro de salud Pachaconas, tiene como finalidad proponer planificar, organizar y brindar actividades orientadas a la modificación de prácticas de cuidado integral de salud y de nutrición infantil así como lograr comportamientos saludables en las familias, que permitan que los niños y niñas que fueron afectados por anemia ferropénica puedan recuperarse, así mismo prevenir de manera permanente y con soporte científico.

Hay evidencia de la prevención de la mencionada enfermedad en menores a los 36 meses. Este plan de intervención servirá como línea de base para futuras investigaciones, para toma de decisiones políticas en los gobiernos locales, para mejorar las intervenciones de los responsables de sector salud y para las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que están interesadas en combatir la anemia ferropénica, garantizando su prevención.

El plan de intervención cuenta con el enfoque de promoción de salud en cada actividad planteada, mismas que permitirán a otros profesionales en otros escenarios con la misma problemática, aplicar, complementar y mejorar sus intervenciones para lograr prevenir la anemia en niños con edades menores a los 36 meses.

La ejecución del plan de intervención está diseñada para reflejar la cualidad de liderazgo de enfermería, empoderarla en la gestión del cambio y desarrollo de actividades preventivas promocionales, que fomenten una vida.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Garantizar la Intervención de enfermería para la reducción de la anemia ferropénica en niños menores de 36 meses en el centro de salud Pachaconas.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Modificar los factores que influyen en la producción de la anemia ferropénica en los niños y niñas menores de 36 meses.
- Reforzar en los padres de familia y/o cuidadores, las prácticas de alimentación adecuada a los niños y niñas menores de 36 meses.
- Promover la suplementación preventiva con hierro en los niños y niñas menores de 36 meses.
- Garantizar la adherencia al tratamiento con Hierro en los niños y niñas menores de 36 meses.
- Promover la incorporación y consumo permanente de alimentos de origen animal ricos en hierro en la alimentación del menor de 36 meses.
- Fortalecer la intervención articulada multisectorial orientada a la recuperación y/o prevención de la anemia ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses.
- Desarrollar acciones educativas orientadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en las familias con niños y niñas menores de 36 meses, para la atención y/o prevención de la Anemia ferropénica

3.3. Metas

Las metas propuestas a alcanzar con la implementación del plan de intervención son:

Grupo objetivo /actividad	META
Disminuir los casos de anemia en niños menores 36 meses	70%
Niños menores de 36 meses recuperados de la anemia	80%
Dosaje de Hb.	25
Valoración nutricional de los niños y niñas menores de 36	25
Entrega de tratamiento de Hierro a menores de 36 meses	25
Seguimiento a niños con Anemia	100%
Sesión educativa	75
Sesión Demostrativa	75
Orientación y Consejería Nutricional	75
Visitas domiciliarias	100
Capacitación a autoridades locales	100%
Difusión de Spot radial en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia	12
Campañas de prevención de la Anemia	4
Reunión con Gobierno local y autoridades (Gestión de recursos)	4
Monitoreo a la Asignación de recursos pro gobierno local (PAN)	4
Evaluación de ejecución del Plan	100%

3.4. Programación de actividades

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLE
Elaboración del Plan intervención	Plan		01	X	X											Equipo de salud
Identificación de niños menores de 36 meses recuperados de la anemia	Persona	% de niños sin anemia	70%	X	X											Equipo de salud
Dosaje de Hb. A menores de 36 meses	Persona	% de niños con dosaje de Hb.	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Valoración nutricional de los niños y niñas menores de 36 meses	Persona	% de niños con valoración nutricional	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Capacitación a autoridades en anemia (diagnóstico, prevención, tratamiento)	Persona capacitada	% de niños con entrega de suplemento de Hierro	100%							X	X			X		Equipo de salud
Capacitación a padres de familia en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia, desnutrición,	Persona capacitada	% de padres de familia capacitados	100%						X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud

parasitosis intestinal, prácticas saludables.																			
Sesión educativa (lactancia materna, alimentación saludable, prácticas saludables)	Sesión	% de familias que participan en sesiones Educativas	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Sesión Demostrativa (Técnica de amamantamiento, preparación de alimentos)	Sesión	% de familias que participan en sesiones Demostrativas	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Orientación y Consejería Nutricional	Consejería	% de familias que reciben consejería nutricional	100%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Visitas domiciliarias a familias con niños menores de 3 años	Visita	% de familias que reciben visita Domiciliaria	80%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de salud
Difusión de Spot radial en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia, desnutrición, parasitosis intestinal, prácticas saludables	difusión	% de difusiones radiales	Mensual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Municipalidad
Campañas de prevención de la Anemia	campaña	% de campañas ejecutadas	04					X	X	X	X								Comité IAL

Reunión con Gobierno local y autoridades (Gestión de recursos)	Reunión	% de Reunión con Gobierno local y autoridades (Gestión de recursos)	Mensual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité IAL
Monitoreo a la Asignación de recursos pro gobierno local (PAN)	Monitoreo	% de ejecución de recursos financieros (PAN)	Trimestral			X			X			X				X	Comité IAL
Evaluación de ejecución del Plan	Evaluación	% de plan ejecutado	Anual													X	Comité IAL

3.5. INDICADORES

TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FORMA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR
INDICADOR DE IMPACTO	% de niños menores de 36 meses recuperados de la anemia	Registro de niños HIS MINSA	Anual
INDICADOR DE RESULTADO INTERMEDIO	% de familias que mejoran sus conocimientos sobre prevención de la anemia	Encuesta CAP	mensual
	% de Niños que completan esquema de tratamiento.	Registro de niños con tratamiento	Mensual
	% de niños con seguimiento oportuno según esquema	Registro de niños con seguimiento	Mensual
	% de familias que mejoran condiciones de cuidado del niño (a)	Ficha de Visita domiciliaria	Mensual
INDICADOR DE PROCESO	% de niños con dosaje de Hb.	Registro de laboratorio	Anual
	% de familias que participan en sesiones Educativas	Lista de Asistencia	Mensual
	% de familias que participan en sesiones Demostrativas	Lista de Asistencia	Mensual
	% de familias que reciben consejería nutricional	Registro de Consejería	Mensual
	% de padres de familia que participan en la capacitación	Lista de Asistencia	
	% de familias que reciben visita Domiciliaria	Ficha de visita domiciliaria	Mensual
	% de difusiones radiales	Parrilla de difusión	Mensual
	% de campañas de prevención de la Anemia	Fotos, lista de asistencia	Mensual
	% de Reunión con Gobierno local y autoridades (Gestión de recursos)	Actas de reunión	
	% de ejecución de recursos financieros (PAN)	Página amigable MEF	

3.6. Recursos

3.6.1. Recursos materiales

Descripción	Unidades
Papel bond	1000
Papelógrafos	10
Plumones	10
Cartulina	20
Lapiceros	05
Rotafolio	01
Equipo de cómputo	03
Impresora	01
Multimedia	01
Equipo de sonido	01
Kit de sesión demostrativa	01

3.6.2. Insumos para sesiones demostrativas

Descripción	Kg
Legumbres	5
Carnes (sangrecita)	10
menestras	5
Carbohidratos	2
Vegetales	10
Frutas	10
Sal	¼
Aceite	½

3.5.2 Recursos humanos

Descripción	Cantidad
Lic. en enfermería	02
Téc. En enfermería	06
Nutricionista	01

3.7. Ejecución del Plan de Intervención

ACTIVIDADES EJECUTADAS

LUGAR: CENTRO DE SALUD PACHACONAS

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	MES												TOTAL	% EJECUCIÓN		
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Elaboración del Plan intervención	Plan	1				1											1	100%
Identificación de niños menores de 36 meses recuperados de la anemia	Persona	25			1												1	4%
Dosaje de Hb. A menores de 36 meses	Persona	25		10		15											25	100%
Valoración nutricional de los niños y niñas menores de 36 meses	Persona	25	5		7		6										18	72%
Capacitación a autoridades en anemia (diagnóstico, prevención, tratamiento)	Persona capacitada	8			8												8	100%
Capacitación a padres de familia en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia, desnutrición, parasitosis intestinal, prácticas saludables.	Persona capacitada	75		20		18	7										45	60%
Sesión educativa (lactancia materna, alimentación saludable, prácticas saludables)	Sesión	75			25		25										50	67%
Sesión Demostrativa (Técnica de amamantamiento, preparación de alimentos)	Sesión	75			25		25										50	67%
Orientación y Consejería Nutricional	Consejería	75			30		45										75	100%
Visitas domiciliarias a familias con niños menores de 3 años	Visita	100			15	10											25	25%

Difusión de Spot radial en prevención diagnóstico y tratamiento de la anemia, desnutrición, parasitosis intestinal, prácticas saludables	difusión	12			1		1										2	17%
Campañas de prevención de la Anemia	campaña	4		1	1	1	1										4	100%
Reunión con Gobierno local y autoridades (Gestión de recursos)	Reunión	4		1	1	1	1										4	100%
Monitoreo a la Asignación de recursos pro gobierno local (PAN)	Monitoreo	4			1		1										2	50%
Evaluación de ejecución del Plan	Evaluación	1															0	0%

Evaluación

El presente trabajo se viene ejecutando conforme se ha establecido en el cronograma de actividades, hasta la fecha se viene cumpliendo con la ejecución de las actividades planificadas, es así que podemos manifestar que se ha llegado a desarrollar la identificación de 25 niños con dosaje de hemoglobina de los cuales el 100% sin anemia, se han entregado suplemento de hierro a un total de 64 menores de 36 meses, se ha realizado el seguimiento a 22 niños para la verificación del consumo del suplemento de Hierro, se ha desarrollado 09 sesiones educativas y demostrativas en las que participaron un total 25 familias haciendo un total de 35%, lo que nos indica que se viene cumpliendo con la ejecución de sesiones educativas a las familias que están programadas de recibir las actividades educativas para fortalecer sus conocimientos y el cambio de actitud para mejorar la suplementación preventiva así como la alimentación con alimentos ricos en Hierro a los menores de 36 meses, para lograr la prevención de la Anemia ferropénica. Así mismo se ha logrado realizar la orientación y consejería a través de visita domiciliaria a un total de 89 familias, que alcanzan un total de 77%, familias en las que se reforzaron la práctica de administración del suplemento de hierro en sus niños menores de 36 meses y ha mejorado la alimentación complementaria, con lo que se viene incrementando el número de niños que vienen accediendo suplementación preventiva efectiva y logrando mejorar los niveles de hemoglobina encaminándolos a prevenir la Anemia por deficiencia de Hierro

Conclusiones

A continuación, mencionaremos algunas conclusiones a las que hemos arribado hasta el momento:

1. Como hemos podido observar los porcentajes de anemia ferropénica son altos en el ámbito de intervención, lo que justifica la implementación del Plan de Intervención.
2. Tras el análisis podemos deducir que la anemia ferropénica tiene como causa diversos factores en los niños menores a los 36 meses, sin embargo, los más frecuentes son la falta de conocimiento de los padres sobre la importancia de la alimentación, lo que conlleva a que no brinden alimentos que sean altos en hierro a sus hijos.
3. Tal y como hemos podido comprobar si los padres o cuidadores no participan activamente, en la aplicación de medidas preventivas en los menores de 36 meses, es mayor el riesgo y las posibilidades que estos menores padezcan de Anemia ferropénica.
4. Se ha podido comprobar que, si en las familias no hay una DISPONIBILIDAD permanente de alimentos que contengan gran cantidad de hierro, será muy difícil mantener niveles óptimos de hemoglobina en sus hijos, conllevándolos a padecer de Anemia por deficiencia de Hierro.
5. Ahora que hemos visto todo lo anterior podemos afirmar que, para lograr la reducción y prevención de anemia, es importante y necesario una intervención articulada multisectorial y la asignación de recursos que permitan atender las necesidades básicas insatisfechas en las familias orientadas a la atención y prevención de anemia por falta de hierro.

Recomendaciones

- Se recomienda que, para lograr una mejor intervención, prevención y atención de anemia por la falta de hierro, debe garantizarse la asignación de presupuestos por parte de las instituciones competentes, contar con personal especializado y la logística que permita lograr la metas y objetivos propuestas en el Plan.
- Se recomienda continuar los procesos de fortalecimiento de capacidades y concientización a los cuidadores o padres de familia para que puedan realizar las buenas y saludables prácticas en el cuidado integral y alimentación saludables de los menores de 36 meses.
- Se recomienda que para hacer una mejor intervención en la reducción y/o prevención de anemia en los menores a 36 meses, deben conocer las condiciones, limitaciones y elementos con los que cuenta cada familia para enfrentar la anemia y las deficiencias de hierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Zegarra et al.** Niveles de Hemoglobina y Anemia en Niños. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2022.
2. **Red de Salud antabamba.** Actividades en el marco de la disminución de la anemia en Antabamba. Antabamba:, Apurímac; 2021.
3. **Red de Salud Antabamba.** Prevalencia de la situación de anemia crónica en niños menores de 3 años. Antabamba:, Apurímac; 2021.
4. **Red de Salud Antabamba.** Porcentaje de desnutrición en niños menores de 3 años. Antabamba:, Apurímac; 2022.
5. **Urquidi et al.** Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 24 meses de edad de tres Centros de Salud de la ciudad de La Paz. Revista chilena de pediatría. 2018.
6. **Martínez.** Anemia por deficiencia de hierro en niños: un problema de salud nacional. Revista de hematología. 2019.
7. **Pérez et al.** Prevalencia de anemia en la parroquia San Miguel. Parroquia San Miguel. 2021.
8. **Camacho et al.** Anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas. Enfermería investiga. 2018.
9. **Pirán et al.** Niveles de hierro en sangre según adherencia a la dieta libre de gluten en niños celíacos de edad escolar. Scielo. 2018.
10. **Dávila.** Anemia infantil. , Apurímac; 2018.
11. **Góngora.** anemia infantil, el objetivo fue identificar los factores de riesgo de anemia ferropénica en niños menores de un año pertenecientes al Policlínico Docente "7 de noviembre" del municipio Majibacoa durante el año 2020. Revista peruana de investigación materno infantil. 2021.

12. **Reyes.** anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. 2019.
13. **Cóndor et al.** Anemia en niños de 6 a 36 meses en un Centro de Salud urbano. Huánuco. Revista de investigación en salud. 2019.
14. **Reyes.** Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. 2019.
15. **Brugnará.** Diagnostic approach to the anemic patient. Algoritmos. 2022.
16. **Paúcar.** La anemia en niños menores de tres años. Revista peruana de investigación materno perinatal. 2018.
17. **Medlineplus.** Anemia causada por bajo nivel de hierro en los niños. 2022.
18. **Fernández.** La anemia por déficit de hierro es la causa más frecuente de anemia en el mundo, es una anemia microcítica e hipocrómica que es necesario diferenciar de otras causas de microcitosis, como la talasemia o la anemia de los trastornos crónicos. Puede tener co. Pediatría integral. 2021.
19. **Prisma.** Cinco consecuencias graves de la anemia en los niños y las gestantes. 2018.
20. **Góngora et al.** Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños menores de un año.

BIBLIOGRAFIA:

- **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares) [Internet]. Lima; 2017. Citado el 16 de agosto de 2018.
- **WHO/UNICEF/UNU.** Iron deficiency anemia: Assessment, prevention, and control. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NHD/01.3).
- **Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo** de la Niña y el Niño menor de cinco años. Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA. 2011.
- **NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica** de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- **Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T.** Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database System Rev.2012;(8):CD003248
- **CENAN/INS/MINSA. 2009.** Tabla Peruana de Composición de Alimentos 7ma. Edición. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1: REGISTRO DE ASISTENCIA

LISTA DE ASISTENCIA							
ACTIVIDAD:							
FECHA:							
LUGAR:							
Nº DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	CARGO	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	FIRMA	DNI

ANEXO 2: REGISTRO DE DOSAJE DE HEMOGLOBINA A MENORES DE 36 MESES

REGISTRO DE NIÑOS CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA

CTIVIDAD:	
ECHA:	
UGAR:	

Nº DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	EDAD	FECHA DOSAJE	RESULTADO HEMOGLOBINA	DIAGNÓSTICO	CITA

ANEXO 3: REGISTRO SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO

REGISTRO DE NIÑOS CON SEGUIMIENTO A TRATAMIENTO													
ACTIVIDAD:													
FECHA:													
LUGAR:													
Nº DE ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	EDAD	FECHA DX	DIAGNÓSTICO	FECHA DE SEGUIMIENTO					fecha dosaje de control		
						1º visita	2º visita	3º visita	4º visita	5º visita	1º control	2º control	3º control

ANEXO 4: CAUSAS DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

INCREMENTO DE NECESIDADES Y/O BAJOS DEPÓSITOS DE HIERRO	BAJO APORTE DE HIERRO
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuros (considerado como el grupo de mayor riesgo por lo que su atención es prioritaria) y/o Niños con bajo peso al nacer y/o gemelares. • Niños nacidos a término y/o con Buen peso al nacer. • Niños menores de 2 años. • Niños con infecciones frecuentes • Gestantes (sobre todo en el 3er trimestre). • Parto: Clampaje precoz del cordón umbilical, antes de 1 minuto. • Adolescentes, principalmente mujeres. • Mujeres en edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta dietética insuficiente o inadecuada. <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación complementaria deficiente en hierro hemínico a partir de los 6 meses de edad con o sin lactancia materna. - Alimentación complementaria tardía (inicio después de los 6 meses de edad). - Falta de acceso a los alimentos ricos en hierro de origen animal (hierro hemínico). - Falta de ingesta de los alimentos ricos en hierro hemínico. - Dieta basada principalmente en leche (leche de vaca y otros \geq 24 onzas/día) y carbohidratos. • Dieta vegetariana sobre todo con alto contenido de fitatos y taninos.
DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN	PÉRDIDAS SANGUÍNEAS
<ul style="list-style-type: none"> • Factores dietéticos que inhiben la absorción del hierro: taninos que están en el té, café, mates y gaseosas; fitatos que están en la fibra y calcio en los productos lácteos. • Patologías del tracto digestivo como diarreas, síndrome de mala absorción gastritis crónica, ausencia del duodeno pos quirúrgica. • Medicamentos que reducen la absorción del hierro: Omeprazol, Ranitidina, Carbonato de Calcio, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias: Intrauterinas, perinatales, digestivas, etc. - Menorragia (adolescentes) - Introducción de la leche de vaca en el primer año de vida puede producir microsangrado - Infestaciones parasitarias: Uncinarias, Giardia, Plasmodium. - Infecciones por bacterias como Helicobacter Pylori. - Patologías: Algunas anemias hemolíticas intravasculares, por ejemplo en el caso de malaria y otras patologías que producen hemólisis, u operaciones quirúrgicas, entre otros. - Epistaxis reiteradas, hematuria, hemoptisis, hemorroides sangrantes, pérdida de sangre por heces, etc. - Uso crónico de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) y Aspirina que condicione pérdidas patológicas de hierro a nivel digestivo.

ANEXO 5: CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

- a) Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos (Ver Anexo 4).
- b) Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, considerando los siguientes contenidos:
 - Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
 - Evitar la anemia desde la gestación y en los primeros tres años de vida, dado que afecta el desarrollo físico y mental del niño desde la etapa gestacional. Las consecuencias de la anemia en la gestación son: hemorragias, mortalidad materna, bajo peso al nacer, prematuridad. Luego del nacimiento puede afectar el crecimiento infantil, reducir el rendimiento escolar y el desarrollo intelectual. La anemia en las mujeres adolescentes pone en riesgo las reservas de hierro.
- c) Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.
- d) El tratamiento con hierro se administra de manera separada con ciertos antibióticos (quinolonas, ciclinas), L-tiroxina, levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (aluminio, zinc) ⁽⁴⁰⁾.
- e) El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior ^(34, 35, 38,39).
- f) El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios ⁽⁴¹⁾, y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.
- g) Se debe brindar información y orientación a la madre o cuidador del niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera, entregándole material educativo adecuado.
- h) Importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- i) Beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida.
- j) Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- k) Importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

ANEXO 6: CONSEJERÍA EN USO Y CONSERVACIÓN DEL SUPLEMENTO DE HIERRO

<p>Explicar a la madre, padre o cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrir el frasco de suplemento de hierro (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico) en gotas o jarabe y administrar según la dosis correspondiente, de manera directa en la boca del niño, que no debe contener alimentos. • Utilizar el gotero o la cucharita para medir el suplemento en gotas o jarabe. • Tratar de dar el suplemento a la misma hora cada día. • El suplemento debe darse espaciado de las comidas, 1 a 2 horas después de las comidas. • Tomar el suplemento de preferencia con jugos ricos en vitamina C o agua hervida. • Asegurarse que el niño tome todo el jarabe o las gotas inmediatamente para evitar la tinción de los dientes. • No administrar el suplemento junto con otros medicamentos. • El consumo del suplemento de hierro en gotas o jarabe o los Micronutrientes deberán ser suspendidos cuando los niños se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento de antibióticos. <p>NO OLVIDAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos con agua y jabón. • Lavar el dosificador (vasito, gotero, cucharita), enjuagar con agua hervida y mantener en un lugar limpio hasta la próxima dosis
--

ANEXO 7: INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

EN LA GESTACIÓN	EN EL PARTO	PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 - 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones ⁽⁹⁰⁾	Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico ^(9,12) .
Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.	Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.	Suplementación preventiva con Hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4to mes hasta los 35 meses ⁽¹⁴⁾ . En localidades con prevalencia de anemia infantil, mayor al 20%, se suplementará a las adolescentes mujeres escolares, en dosis semanal para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año.
Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción		

ANEXO 8: CONTENIDO DE HIERRO EN ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

ALIMENTOS	Cantidad de Hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (Bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne seca de llama	1.2
Corazón de res	1.1
Carne de Carnero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

ANEXO 9: CONSEJERÍA EN PREPARACIÓN DE MICRONUTRIENTES

- Los Micronutrientes en polvo son minerales y vitaminas que hacen más nutritiva la comida del niño y ayudan a evitar la anemia permitiendo que crezcan sanos y fuertes. Contienen 5 micronutrientes: Hierro, Zinc, Vitamina A, Ácido Fólico y Vitamina C. Son reconocidos como fortificantes caseros pues se agregan a una ración de comida.
- Los Micronutrientes no necesitan cocinarse, solo deben ser añadidos en una ración de comida espesa de los bebés, ya sea en papillas, purés o segundos.
- Se debe mezclar el contenido del sobre de Micronutrientes con 2 cucharadas de la comida, cuando se encuentre a temperatura que el niño ya pueda comerla.
- Explicar a la madre o cuidador que los Micronutrientes no le cambiarán el sabor ni el color a la comida, siempre y cuando no se utilice comida caliente para realizar la mezcla y se consuma antes de los 15 minutos. Por ello es preciso advertir que se debe evitar agregar el polvo de Micronutrientes en la comida caliente, pues le cambiará de color, olor y sabor a la comida y el niño no querrá consumirla.
- Se recomienda no mezclar los Micronutrientes con líquidos o semilíquidos como leche, jugos, agua o sopas, debido a que el polvo de Micronutrientes se quedará "suspendido" y no se mezclará adecuadamente.
- La ración de comida a la cual se agregó los Micronutrientes no se puede recalentar.
- El consumo de Micronutrientes no debe ser administrado junto con otros medicamentos, debe ser suspendido si el niño está tomando antibióticos y podrá reiniciarse al terminar el tratamiento de antibióticos.

Para preparar los Micronutrientes debemos cumplir con los siguientes pasos:

- Debemos lavarnos las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento del bebe.
- Separar 2 cucharas de comida de consistencia espesa (puré, mazamorra o segundo) en el plato del niño servido y dejar que se entibie.
- Abrir el sobre con los dedos o tijera (no con los dientes) por la esquina y con cuidado.
- Cuando la comida este tibia, echar todo el contenido del sobre en las 2 cucharas de comida espesa separada.
- Mezclar bien las 2 cucharas de comida separada con los Micronutrientes.
- Finalmente, ofrecerle de comer primero las 2 cucharas mezcladas con los Micronutrientes, en no más de 15 minutos, y luego continuar con el resto de la comida.

ANEXO 10: SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA A MENORES DE 36 MESES

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ¹ (Vía oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes*: Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

ANEXO 11: SUPLEMENTACIÓN A NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER O PRETÉRMINO

Peso del Niño o Niña (Kg)	Dosis Preventiva: 2 mg/kg/día			
	SULFATO FERROSO		COMPLEJO POLIMALTOSADO	
	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE
2	3	½	2	
3	4	½	2	
4	6	½	3	
5	8	½	4	
6	10	1	5	½
7	11	1	6	½
8	13	1	6 ½	½
9	14	1	7	1
10	16	1	8	1
11	18	1 ½	9	1
12	19	1 ½	10	1

ANEXO 12: TRATAMIENTO DE ANEMIA SEGÚN PESO CORPORAL EN NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO Y CON BUEN PESO AL NACER

Peso del Niño o Niña (Kg)	Dosis Terapéutica: 3 mg/kg/día			
	SULFATO FERROSO		COMPLEJO POLIMALTOSADO FERRICO	
	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE
4	10	1	5	
5	12	1	6	
6	14	1 ½	7	
7	17	1 ½	8	½
8	19	1 ½	10	½
9	21	1 ½	11	½
10	24	1 ½	12	½
11	26	2	13	½
12	29	2	14	¾
13	31	2	15	¾
14	34	3	17	¾
15	36	3	18	1
16	38	3	19	1
17	41	3	20	1
18		3 ½		1
19		3 ½		1
20		4		1
21		4 ½		1 ½
23		4 ½		1 ½
25		4 ½		1 ½
28		4 ½		2
32		6		2