

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ANEMIA
FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ENFERMERÍA
DEL CENTRO DE SALUD PROGRESO – CHIMBOTE, 2022**

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

SHEYLA LIZBETH MENDOZA LOYAGA

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ PRESIDENTE
- MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO MIEMBRO

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 381

Nº de Acta: 157

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia, a mis padres por estar acompañándome en cada momento para superarme, a mi esposo por su tolerancia y cariño, a mis hijos Gael y Ariana por estar dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y mejorar profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mis pasos durante todos los días.

A mi querida familia por estar en cada momento mostrándome su apoyo

A mis estimados docentes, que fueron mis guías durante el proceso de la
especialización en los cuidados de la familia.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darme la oportunidad de
seguir con la carrera de segunda especialidad y poder desarrollarme
profesionalmente.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 Objetivos	6
II.- MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes: Internacional, nacional y local.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	12
2.3 Conceptuales.....	15
2.4. Definición de términos básicos	23
III.- PLAN DE CUIDADOS.....	25
3.1 Valoración por dominios.....	30
3.2 Diagnósticos de enfermería	31
IV .- PLANIFICACIÓN	32
V .- EJECUCION Y EVALUACION	38
VI .-CONCLUSIONES	41
VII.- RECOMENDACIONES	42
VIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS.....	48

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico para optar la segunda especialidad titulado **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD PROGRESO – CHIMBOTE 2022**, se desarrolló en el Servicio de Enfermería en el consultorio de Crecimiento y desarrollo en el cual se evalúa a niños de 6 a 24 meses, desarrollando múltiples actividades preventivo promocionales, además de la atención a niños con diagnóstico y tratamiento de anemia, con la finalidad identificar y fortalecer los conocimientos de las madres quienes son responsables directamente de la alimentación saludable de sus hijos. Los resultados del trabajo serán elementales para afianzar el aprendizaje logrado durante el desarrollo académico de la Segunda Especialidad de Enfermería.

Por otro parte, el presente trabajo académico, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Se describe la situación problemática como un espacio de interrogantes que viabilice el planteamiento y resolución de los problemas encontrados.

Capítulo II: Se detallan los antecedentes internacionales y nacionales, el cual conectará la introducción con el tema de investigación, asegurando el flujo lógico que analicen el problema.

Capítulo III: Se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, con la finalidad de prestar una atención asistencial de manera racional, lógica y sistemática, centrado en evaluar de manera sincrónica los progresos y cambios en la mejora de un estado del bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados del enfermero.

Finalmente, el aporte metodológico estará reflejado en la consolidación de las actividades de investigación en salud familiar y comunitaria desde un enfoque cuantitativo.

La anemia ferropénica representa la principal causa de anemia en todo el mundo, y representa aproximadamente el 50% de la prevalencia total (1). Este tipo de anemia es un desafío global para la salud pública, especialmente entre los niños menores de 5 años en los países con bajos y medianos ingresos (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 43% de los niños de 6 a 59 meses en todo el mundo padecen anemia. Para el 2013, 6.3 millones de niños menores de 5 años murieron en países de bajos y medianos ingresos. El 45 % de estas muertes fueron atribuibles a factores relacionados con la desnutrición crónica, el retraso en el crecimiento y la anemia ferropénica. (3)

En el Perú, el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil tiene como meta reducir la anemia de 43.6% a 19% para el 2021 que afecta a niños menores de 3 años (4)

El objetivo de este informe es describir la Atención de Enfermería en la prevención, detección y control de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses que asisten al establecimiento de salud, a través del tamizaje de hemoglobina, una consejería nutricional efectiva y seguimiento oportuno de niños afectados, siendo estos los elementos esenciales que contribuirán a la disminución de la anemia, mejorar la salud del niño y disminución en la morbilidad.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia es de gran preocupación en la Salud Pública en muchos países por el aumento de casos de manera progresiva y más aún porque los niños son los que con mayor frecuencia la padecen. De hecho, se estima que la anemia está en aproximadamente 47% de los niños menores de 5 años, y en 30% de las mujeres en edad fértil no embarazadas. En cifras absolutas, estos porcentajes representan 293 millones de niños menores de 5 años, y 468 millones de mujeres no embarazadas afectados por anemia en el mundo (5).

En el mundo la anemia ferropénica, afecta a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población. La máxima prevalencia se da en los niños, se estima que afecta aproximadamente a 293 millones de la población infantil y sobre todo a los que tienen una edad menor a los cinco años, lo que equivale al 47% de los niños afectados por anemia en el mundo. Se estima que la prevalencia de anemia ferropénica en África es 64,6%, Asia sudoriental 61 %, y en Europa 16,4%. En los países Latinoamericanos 23 millones de infantes que aún no lean a los cinco años se ven afectados con anemia lo que corresponde al 29,3 % del total (6).

En Latinoamérica, la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años es del 29.3%, lo cual corresponde a aproximadamente 23 millones de niños afectados. Asimismo, la prevalencia en mujeres en edad fértil en Latinoamérica es de 17,8% (39 millones de afectadas) (7)

El Perú no escapa de este problema ya que a pesar de los esfuerzos que el gobierno realiza para contrarrestar la anemia, nada se ha podido hacer para evitar el incremento de casos de anemia en los niños, a pesar de haberse presentado una leve reducción en los niños menores de cinco años. Aún es un problema latente en nuestro país. Cabe señalar que la anemia epidemiológicamente tiene

una tendencia a incrementarse durante los primeros años de vida del niño, Lo que genera preocupación en diversos ámbitos sociales (8).

Según datos de ENDES la anemia es un problema de salud pública, cuya prevalencia nacional fue de 43.5% en el 2015, en el 2011 (41.6%) (INEI). En el 2015 había 977.585 niños anémicos (< 3 años). En el 2018 reportan que el 40.1% de anemia es comprendido entre los 6 meses a 3 años. (9) Esta realidad epidemiológica que afecta en gran medida a los niños menores de 3 años, ha generado múltiples cuestionamientos desasosiegos en diversos ámbitos responsables de la salud y bienestar de la población peruana.

En Lima provincia concentra el mayor número. Afecta a todas las regiones: Especialmente sierra (Puno 76%, Apurímac 56.8%, Pasco 56.1%) y selva (Loreto, Madre de Dios 58.2%, rural (51%), Quintil más pobre (52%). Así mismo once regiones tienen > 50% anemia (10).

En Chimbote la mitad de niños esta con anemia, la red de salud Pacífico Sur reveló que el 54,9% de los niños menores de 3 años del distrito de nuevo Chimbote sufre de anemia lo cual se determinó en el estudio que se desarrolló el año pasado y la cifra tuvo un incremento de casi 5 puntos, si se tiene en cuenta que en el 2016 el 50% de niños tenían esa enfermedad donde se demostró 2 factores que han provocado el aumento de los casos de anemia a falta de carencia de recursos humanos el 45.8% y a falta de interés de la población para tener hábitos de consumo saludable y concluye que el ministerio de la 6 salud hizo entrega de suplemento nutricional ricas en hierro, vitamina A y complejo B para así poder reducir la anemia en niños menores de 3 años (11).

En la Red de Salud Pacífico Norte, se informó que las cifras sobre la anemia en menores de tres años y gestantes a nivel de toda la región Áncash son preocupantes. Un último estudio en el 2021 revela que el 48.82% de menores padece de anemia, lo que equivale a 11 mil 680 niños (12)

El Centro de Salud de Progreso que pertenece a la Red de Salud Pacífico Norte no es ajeno a esta realidad, por lo que según la oficina de estadística e informática de la RSPN para el año 2021 se diagnosticaron a 92 casos de anemia en los niños menores de 3 años de nuestra jurisdicción.

Durante este primer semestre del año 2022 en el Centro de Salud Progreso, en los niños menores de 24 meses, de 60 tamizados 22 presentaron anemia (que representa el 36.6%) y sólo 3 se recuperaron (que representa el 5%) (12).

El personal de enfermería como encargado del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, tiene un rol muy trascendental en la prevención de la anemia, brindando un cuidado integral. En las tareas que realiza la enfermera en el Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño sobresale la labor educativa sobre la alimentación según los grupos etáreos y 18 los alimentos ricos en hierro, a la vez ejecuta visitas domiciliarias cada fin de mes para identificar potenciales factores de riesgo y así detectarlos a tiempo (13).

Es por ello los objetivos de este informe son:

- Describir la experiencia laboral en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Progreso 2022, a fin de que los resultados sirvan para conocer la situación actual de dicho problema de salud pública y sanitaria, permitiendo de esta manera formular conclusiones y recomendaciones.
- Describir la intervención del profesional de Enfermería en la reducción de la anemia en niños de 6 a 24 meses del establecimiento de salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.2 Antecedentes Internacionales

SANTAMARIA A., DOLORES R., y ALBA O. (GRANMA, CUBA AÑO 2015), realizaron su investigación en “CARACTERIZACIÓN DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA”, teniendo como objetivo caracterizar a los lactantes menores de 6 meses con anemia ferripriva.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 29 niños con anemia ferripriva en el año 2015. Los resultados obtenidos fue que existió un predominio en el sexo femenino 20 (68,97 %). Con respecto a los factores de riesgo presentes: 13 (61,90 %) de las madres tenían antecedentes de anemia durante el embarazo. Se observó que el mayor número de niños (14; 66,67 %) tenían anemia ligera. El tratamiento utilizado fue el fumarato ferroso en suspensión y el ácido fólico (1 mg), complementado con la dieta. Al 100 % de los niños se les brindaron los cuidados de enfermería. Finalmente concluyeron que la anemia se clasificó como ligera. Se recomendó la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses. Se brindaron cuidados de enfermería en relación con la nutrición y el tratamiento. (14)

1.1.1. Antecedentes Nacionales

VILCAPOMA E., (PUCALLPA, 2019) realizó su investigación sobre los FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS, el objetivo del estudio fue determinar los factores que influyen en la anemia ferropénica en niños menores de tres años, el estudio fue de tipo cuantitativo, retrospectivo, correlacional y transversal. El muestreo fue conformado por 96 historias clínicas de niños menores de 3 años con diagnóstico médico de anemia ferropénica. Los resultados fueron que al aplicar el estadístico de Chi cuadrado (p menor a 0,05), los factores relacionados con la madre: Bajo

grado de escolaridad ($p=0,867$), control prenatal incompleto ($p=0,487$), madre adolescente ($p=0,860$) y antecedente de anemia ($p=0,916$), no influyen estadísticamente en la anemia ferropénica en niños menores de tres años. Los factores relacionados con los cuidados de la madre: consumo de agua sin hervir ($p=0,836$), ablactancia precoz ($p=0,934$), no da tratamiento antiparasitario ($p=0,874$) y no da suplemento de hierro ($p=0,786$), tampoco influyen en la anemia ferropénica. Los factores relacionados al niño: bajo peso al nacer ($p=0,891$), prematuridad ($p=0,593$) y lactancia mixta o artificial ($p=0,075$), no influyen en la anemia ferropénica, pero EDA e IRA ($p=0,033$) y solo IRA ($p=0,011$), sí influyen en la anemia ferropénica en niños menores de tres años. Finalmente concluye que los factores relacionados con la madre y cuidados de la madre, no influyen estadísticamente en la anemia ferropénica. Los factores relacionados con el niño específicamente presencia de EDA e IRA e IRA, sí influyen estadísticamente en la anemia ferropénica en niños menores de tres años en la jurisdicción del Centro de Salud Micaela Bastidas, Pucallpa, 2019.

VELASQUEZ J. (APURIMAC 2020) realizó su investigación sobre PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑAS(OS) MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN ABANCAY, APURIMAC-2020., tuvo como objetivo reducir la incidencia de anemia en niños menores de tres años. La población de estudio fue la atención del 100% de niños con diagnóstico de anemia y se obtuvo como resultado que, en cuanto a la reducción de la anemia en niños menores de tres años, se logró que el 60.2% (47 niños) se recuperen de la anemia y sean dados de alta, el 19.2% se desplazan a otros establecimientos y 20.6% no se recuperaron, mejorando la cobertura y los indicadores de salud, evidenciando que el trabajo de la enfermera basada en las teorías de enfermería muestra mejores resultados. Finalmente concluyo que la priorización de visitas domiciliarias a los niños con anemia ferropénica, la articulación con autoridades locales, coordinadores de programas sociales y agentes comunitarios de salud participando activamente en las sesiones

demostrativa y visitas domiciliarias conjuntas, lo cual ha permitido que el 60.2% de los niños se recuperen de la anemia y sean dados de alta. (16)

TITI H., CAHUANA D. (AREQUIPA 2019) realizaron su investigación sobre “FACTORES ASOCIADOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6-36 MESES. C.S. EDIFICADORES MISTI AREQUIPA – 2019”., tuvo como objetivo determinar la relación entre factores asociados y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica. El estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta y como técnica el cuestionario; los instrumentos fueron una ficha individual, cuestionario de Factores asociados y el Test de Morisky-Green - Levine. La población de estudio fue de 163 madres, con una muestra de 115 madres de niños con anemia de 6 a 36 meses de edad, según criterios de inclusión y exclusión establecidos. Con la aplicación del estadístico no paramétrico del Chi Cuadrado, con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5%, se encontró relación estadística significativa a la adherencia; los factores sociales: el tipo de familia, apoyo en la crianza del niño, la ocupación y el estado civil de la madre; en cuanto a los factores económicos solo la tenencia de vivienda y dentro de los factores culturales el grado de instrucción y conocimiento sobre si la anemia se cura solo con medicamentos.(17)

MAMANI R., CHIARCCA HUANA M., (LIMA 2018) realizó su investigación sobre el CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCION DE ANEMIA FERROPENICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO SANO, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA-2018., tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años. La investigación es básica, de tipo descriptivo y diseño no experimental. Se considera una población de 69 madres por medio de la técnica de muestreo no probabilístico. Se empleó la encuesta, cuyo instrumento fue el cuestionario constituido por tres partes: datos

generales, conocimiento sobre la prevención de anemia ferropénica y la actitud respecto a medidas preventivas. De acuerdo a los resultados, la mayoría de madres (79,7 %) posee un nivel de conocimiento medio; en menor proporción (4,3%), el nivel de conocimiento es alto. En cuanto a la actitud sobre prevención de anemia ferropénica, se evidencia que la mayoría de madres (98,6%) “siempre” se oriente a una actitud favorable y la menor proporción (1,4%) “a veces” se orienta a una actitud favorable. Se concluye que las madres en su mayoría poseen un nivel de conocimiento medio y “siempre” se orienta a una actitud respecto a la prevención de anemia ferropénica. (18)

LAZARO I., LUNA D., (HUARAZ - AÑO 2018) en su estudio titulado EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENOSRES DE 2 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MARIAN – 2018. El objetivo de la investigación fue determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres de niños menores de 2, la investigación fue de enfoque cuantitativo, aplicada, prospectiva, de diseño experimental. La población estuvo constituida por 32 madres de familia de niños menores de 2 años. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un pre y pos test denominado “Aprendiendo juntos sobre anemia ferropénica”. Los resultados evidenciaron que, antes de la intervención educativa el 75% de las madres tenía nivel de conocimientos bajo y solo el 3.1% tenía conocimientos alto; después de la intervención educativa el 100% de las madres tuvo nivel de conocimientos alto; esto se pudo corroborar a través de la aplicación de la prueba estadística t de Student, donde se obtuvo $t = -18.602$ y $p = 0.00$. Llegando a la conclusión de que la intervención educativa si es efectiva en el incremento de conocimientos de las madres de niños menores de 2 años que acuden al Puesto de salud de Marian, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. (19)

2.2.2 Antecedentes Locales

VERDE R. (CHIMBOTE 2019), en su estudio titulado “DETERMINANTES QUE INFLUENCIAN EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD EN NIÑOS CON ANEMIA EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO – CHIMBOTE, 2018”, el objetivo general describir los determinantes que influyen el cuidado de enfermería en la promoción, prevención y recuperación de la salud en niños con anemia. La investigación fue de tipo cuantitativo, de corte transversal y con diseño descriptivo de una sola casilla. La muestra para desarrollar el trabajo de investigación fue 115 Niños con anemia. Por ello se aplicó la técnica de entrevista y observación. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario sobre determinantes que influyen el cuidado de enfermería en la promoción, prevención y recuperación de la salud en niños con anemia. La información se procesó en la base de datos software PASW Statistics, versión 18.0. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de una sola casilla. Se concluye que más de la mitad de las madres tiene secundaria completa e incompleta, que más de la mitad de los jefes de familia tienen un trabajo eventual, que la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750 soles, que más de la mitad de los niños son varones, que la mayoría tiene los servicios básicos en sus domicilios, que la totalidad de los niños tienen sus vacunas completas y el control de acuerdo a su edad, más de la mitad duerme de 10 a 12 horas, la mayoría se bañan diariamente, casi todos tienen una dieta balanceada. La gran mayoría de las familias tienen SIS y ninguna familia encuestada recibía algún apoyo social organizado. (20)

MEDINA R. (CHIMBOTE 2018), en su estudio titulado “DETERMINANTES EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA PROMOCION, PREVENCIÓN Y RECUPERACION DE LA SALUD EN NIÑOS CON ANEMIA. PUESTO DE SALUD ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE 2018, el presente informe tuvo por objetivo

general describir los determinantes que influyen en el cuidado de enfermería en la promoción, prevención y recuperación de la salud en niños con anemia. La investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo de una sola casilla. La muestra para desarrollar el trabajo de investigación fue de 58 Niños con anemia. Por ello se aplicó la técnica de la entrevista y observación. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario sobre determinantes que influyen en el cuidado de enfermería en la promoción, prevención y recuperación de la salud en niños con anemia. La información se procesó en la base de datos software PASW Statistics, versión 18,0. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de una sola casilla. Se concluye, que en los determinantes biosocioeconómicos la mayoría de los niños fueron de sexo masculino, el grado de instrucción de las madres tuvieron secundaria incompleta, el ingreso económico es menos de 750,00 soles, el trabajo del jefe de familia es eventual, la mayoría de las viviendas son unifamiliar. En los determinantes de estilos de vida, todos los niños acuden al establecimiento para su control de CRED, y cuentan con carnet de vacunación, asimismo hay un déficit en la alimentación. En los determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias de los niños con anemia la mayoría de las madres no reciben apoyo social natural, la calidad de atención que reciben del personal de salud es buena y no existe delincuencia pandillaje por sus casas. (21)

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Teoría NOLA PENDER

Reconocida por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud que ofrece una solución para la política sanitaria ofreciendo una forma de motivar al cliente para el logro de su salud personal. Con este modelo se pretende influir en el comportamiento de salud de la persona influyendo en sus creencias y la atención en salud, la persona se compromete a adoptar comportamientos que se anticipan a los beneficios de un valor personal dando importancia a la cultura, entendiéndola

como un conjunto de conocimientos y la experiencia que se adquiere con el tiempo, lo que se aprende y se transmite de generación en generación. (22)

Nola Pender refiere que el rol de la enfermera reviste gran importancia en el rol educativo para el cumplimiento del régimen terapéutico y nutricional; promocionando y promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo y de fácil accesibilidad. En el programa de crecimiento y desarrollo, el personal de enfermería tiene una gran responsabilidad para con la familia, en especial con las madres quienes son las principales cuidadoras de los niños en el grupo familiar. El adecuado manejo en cuanto a promoción de la salud permitirá prevenir enfermedades en el niño, y si está enfermo evitar recaídas en el futuro. (22)

2.2.1.2. Metaparadigmas desarrollados en la teoría (23)

a) Persona

Para Nola Pender la persona es el individuo central, da a conocer que cada persona tiene una forma única definida por su patrón cognitivo – perceptual y sus factores variables, buscan crear condiciones de vida regulando su conducta para lograr expresar su propio potencial de la salud humana.

b) Cuidado

El personal de enfermería tiene como fin buscar el bienestar de la persona a través del cuidado teniendo como base la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios, siendo la enfermera(o) el principal agente encargado de motivar a la persona para que logre mantener su salud personal.

c) Salud

Esta teoría identifica en la persona factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas que favorecen la salud,

cuando existe una pauta para la acción. Logrando así que la persona pueda cuidar de sí misma.

d) Entorno

Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.

La atención al niño con anemia es prioridad para todo el equipo de gestión, ya que es una de las poblaciones más vulnerables, pero por la carga laboral y la falta de personal no se realiza un adecuado control y seguimiento (lo que se refleja en el escaso número de niños recuperados) sumado esto a la falta de materiales y equipos necesarios en la atención del niño con anemia, asimismo no se cuenta con documento normativos y directivas que especifiquen las actividades inherentes a la atención del niño de 6 meses con anemia. Por otro lado, el personal no tiene una capacitación permanente que fortalezca la eficacia y la eficiencia en la atención al usuario infantil y su familia.

2.2.2 TEORIA DE MADELEINE LENINGER “Cuidados Culturales”: Teoría de la Diversidad y La Universalidad.

El cuidado cultural de enfermería es relevante para el estudio y las prácticas de enfermería, los estilos de vida y los principios de las personas se relacionan en sus decisiones y en sus acciones (26).

El propósito de su teoría es mostrar que la diversidad y la universalidad de los cuidados de enfermería tienen sus principios, creencias donde las poblaciones de

diferentes culturas pueden educar y seguir a los profesionales capacitados en el campo de la salud (27).

Utilizar la teoría de Madeleine Leininger es de la promoción de la salud donde el profesional de enfermería, debe respetar las costumbres, creencias de las personas y por lo tanto debe fomentar estrategias desde el primer nivel de atención, como la consejería nutricional que debe brindar a la madre; respetando inicialmente los patrones culturales de la madre, luego realizar el plan de intervención enfermería sin obviar la realidad o entorno social de donde proviene, y así mejorar la incidencia de casos de la anemia (26).

1.3. Bases Conceptuales

A.1) Aspectos generales de anemia ferropénica

2.3.1 ANEMIA

Es una patología silenciosa que dificulta al niño crecer saludablemente debido a una serie de problemas que se presentan por una mala alimentación, también consideramos anemia cuando el número de la hemoglobina baja por debajo de los rangos normales (33).

Anemia ferropénica: es un tipo de anemia que se presenta por la carencia de hierro en el organismo, se produce por la ingesta deficiente de hierro en la comida diaria. El hierro es muy significativo ya que la médula ósea necesita de ello para generar la hemoglobina (34).

ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA FERROPENICA: Principales causas de la anemia

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 >= 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, Giardias, 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 Esteroides (AINES) y Aspirina que condicione pérdidas patológicas de hierro a nivel digestivo.

Fuente: Adaptado por el Ministerio de Salud de las referencias bibliográficas (15, 6, 35).

Síntomas y signos de anemia:

Síntomas generales: sueño, debilidad, mareos, pérdida de peso, deficiencia de energía, fatiga, palidez, dolor de cabeza, dificultad para respirar. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal. (35).

Alteraciones en piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).

Consecuencias: los niños con anemia suelen tener poca energía, suelen estar cansado y sentir fatiga. Están propensos a tener alguna patología, sus defensas suelen estar bajas. Afecta sus desarrollos cerebrales, y presentan carencia de atención y concentración, son poco activos, torpes y tienen bajo rendimiento académico.

Síntomas cardiopulmonares: Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL)

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE ANEMIA

A.2 Aspectos generales de prevención

Según la OMS la prevención de la enfermedad se refiere aquellos procedimientos desarrollados para evitar su aparición, controlando sus factores de riesgo. Esta prevención también se considera cuando la enfermedad ya está instaurada evitando complicaciones. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad. Prevención secundaria y terciaria tienen por objetivo detener o retardar la enfermedad ya presente, sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el

establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. Es necesario señalar que el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad.

a) Lactancia materna

La leche materna es un acto anhelado para la mamá y el niño. Amamantar genera un vínculo imborrable madre-hijo que perdurara toda la vida. Además, se considera que es la alimentación esencial ya que aporta todos los beneficios para satisfacer la necesidad del organismo del lactante los seis primeros meses (31).

Beneficios para el lactante:

- favorece un buen desarrollo cerebral y de su sistema de defensas.
- protege de muchas patologías entre ellas de infecciones.
- También disminuye la incidencia de alergias y de asma.
- También transmite confianza, seguridad, mejora su autoestima en el futuro.
- Se mantiene preparada y a la temperatura adecuada para el consumo inmediato y adecuado. Alimentos, derivados de animales buenos en hierro: Encontramos grandes cantidades de hierro en las sangrecitas, higadito, riñón, bazo, pescado entre otros, el consumo de estos derivados conlleva a tener una buena alimentación saludable y a no enfermarse de anemia ferropénica. (32) .

a) Alimentación complementaria rica en hierro

- ✓ **Generalidades de alimentación complementaria:** A partir de los 6 meses de edad, el niño debe recibir además de leche materna, otros alimentos que complementen su alimentación. De acuerdo a la edad del niño, varía en consistencia, frecuencia, cantidad, composición y el tipo de alimento. Es importante que el niño reciba alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro.

✓ **Hierro hémico (de origen animal):** El hierro hemo proviene principalmente de la hemoglobina y la mioglobina contenidas en la carne de animal. Se encuentra en carnes rojas, vísceras rojas, hígado, bazo, huevo y los productos animales. Tiene una absorción alta de 20 – 25%.

✓ **Hierro no Hémico (de origen vegetal):** El hierro no hemo suele absorberse menos que el hemo, los alimentos que contienen en menor cantidad de hierro se encuentran en verduras de hojas verdes y oscuras (acelga, espinaca), legumbres (frijoles, garbanzos, soya, lentejas), cereales (trigo, avena). Su absorción es baja 1- 8%.

✓ **Factores que aumentan la biodisponibilidad de hierro:** - El ácido ascórbico (frutas y jugos de frutas particularmente cítricos, vegetales) aumentan la disponibilidad, aun en presencia de factores inhibidores. Incluir 25mg de ácido ascórbico en dos comidas duplica la absorción de hierro no hemo. Debido a esto se recomienda consumir alimentos fuentes de vitamina C (limón, naranja, mandarina, y brócoli).

El factor cárnico (carnes rojas, pollos, pescados) además de aportar hierro hemo, aumenta la biodisponibilidad del hierro no hemo. El consumo de porciones entre 90 a 100g de carne, pescado y/o pollo, en 21 la comida más importante del día incrementa considerablemente la biodisponibilidad del hierro no hemínico.

✓ **Factores que disminuyen la absorción de hierro:** - Fitatos se encuentran en concentraciones elevadas en cereales integrales, granos de cereales, harinas integrales, frutos secos y alimentos leguminosos, los cuales a su vez actúan como potentes inhibidores de la absorción de hierro no hemo. Estos compuestos unen eficientemente varios metales en el duodeno pudiendo disminuir la absorción de hierro no hemo entre un 51 a 82%. Esto determina que a pesar de que el contenido de hierro no hemo de las leguminosas y cereales es alto, estos alimentos no son buena fuente de hierro. Sin embargo, el efecto de fitatos es

modificable por la adición de ácido ascórbico el cual puede inhibir la acción de estos últimos sobre la absorción del hierro no hémico.

- Taninos se encuentran en grandes concentraciones en el té, café y cacao, son los que tienen mayor efecto sobre la absorción. También tienen considerables cantidades de este compuesto los vegetales de hoja verde como espinaca y especies como el orégano. Los polifenoles inhiben la absorción de hierro no hémico debido a que en la luz intestinal forma complejos insolubles, impidiendo de esta forma que se encuentre biológicamente disponible para ser absorbido. Se sabe que la adición de 50 mg de ácido ascórbico reduce el efecto de los taninos en un 25%, mientras que la adición de 100 mg de ácido ascórbico anula su efecto inhibitorio.

- Calcio (Exceso de Calcio como leche, yogur, queso y productos lácteos) además de afectar la biodisponibilidad del hierro no hemo, es el único micronutriente implicado en la disminución de la biodisponibilidad del hierro hemo. El efecto del calcio sobre la biodisponibilidad del hierro es dosis dependiente, pero en cantidades menores a 40 mg, no muestra efecto y la máxima inhibición ocurre a partir de los 300 mg; cuando la biodisponibilidad de hierro disminuye hasta en un 50% (34)

2.2.1 CLASIFICACION

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dl)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años.	< 7.0	7.0 - 9.9.	10.0 – 10.9	> 11.0

DIAGNOSTICO DE LA ANEMIA

a. Hemoglobina:

La medición de la concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificidad, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas, por ejemplo. Su sensibilidad es también limitada dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierro deficiente. La distribución normal de la concentración de hemoglobina en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud de residencia del sujeto.

b.- **Hematocrito:** es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina. (15)

TRATAMIENTO

Farmacológico

Suplementación con sulfato ferroso: La suplementación de hierro es necesaria para poder corregir y de proveer la deficiencia de hierro, siendo su efecto a corto plazo; está dirigida a los grupos de riesgo, en este caso a todos los niños de 6 a 12 meses de edad, niños prematuros y los de bajo peso al nacer.

El objetivo del tratamiento es corregir la anemia y reconstituir las reservas orgánicas de hierro en la anemia por deficiencia de hierro.

Niños entre 2 – 5 años que residen en zonas con prevalencia de anemia (>40%), se debe suplementar con hierro 2 mg./Kg./día durante 3 meses.

Aproximadamente 30 mg. de hierro se absorben todos los días cuando se suministran 180 mg. de hierro elemental. El tratamiento debe extenderse durante 6 meses, para saturar los depósitos de hierro. (24)

Sulfato Ferroso

Es el tratamiento de elección para casos de anemia hipocrómica, debido a que incita la producción de hemoglobina, que está indicada como profiláctico en niños prematuros, niños en época de crecimiento, niños con dietas especiales, etc. Se

suministra en 2 esquemas, como preventivo y tratamiento. La concentración del fármaco es de 75 mg./5ml. (equivalente a 15 mg./5ml. de hierro elemental). (29)

Esquema preventivo: Según la Norma de Suplementación Nacional, se indica cuando el niño tiene un valor de hemoglobina mayor a 11 mg/dl.

Esquema de tratamiento: Según la Norma de Suplementación Nacional, se indica cuando el niño tiene un valor de hemoglobina menor a 11 mg./dl. y un peso mayor a 2.500 Kg.

- Recién nacido a término: Las indicaciones son de 3 mg./Kg./día, las fases y tiempo del tratamiento es la misma que el esquema preventivo, solo varia la dosificación.

- Recién nacidos con bajo peso y prematuros: La indicación es de 3 mg./Kg./día, las fases y tiempo del tratamiento es la misma que el esquema preventivo, solo varia la dosificación.

El tratamiento presenta reacciones secundarias como: eses oscuras, estreñimiento, tinción de los dientes, diarrea, fiebre. El suplemento debe estar guardado en lugares no accesibles a los niños para evitar la ingesta accidental, la cual puede causar intoxicación fatal. Del mismo modo se debe cuidar que el paciente no lo consuma junto con antibióticos, leche, alimentos, mates, café, chocolate, soya, entre otros, porque disminuyen la acción del fármaco. (30)

Hierro Polimaltosado

Es un complejo hidrosoluble de hidróxido de hierro férrico polinuclear y dextrina parcialmente hidrolizada. Se caracterizan por ser una sal de hierro, estable en presencia de jugo gástrico, y que no muestra tendencia a conjugarse con los alimentos o medicamentos, por lo que el hierro que proporciona es totalmente aprovechado por el organismo (33).

Prácticas alimentarias

A.- Definición

Es el método, forma de alimentación del individuo. Son procesos significativos que atribuyen en el desarrollo físico como también psíquico de una persona. Es la preparación, ingesta de varios componentes que adquirimos del entorno y que conforman parte de nuestro consumo diario (27).

a.1) Frecuencia de alimentos:

Las carnes rojas, las vísceras como hígado, corazón, sangrecita, mollejititas y otros, deben ir juntos con las menestras y alimentos que contengan vitamina C. En niños menores de 3 años agregar 2 cucharadas de alimentos de origen animal en su comida diaria, como mínimo 3 veces por semana para combatir la anemia

a.2) Cantidad y consistencia de alimentos

- Entre 6 a 8 meses, se debe proporcionar papillas, mazamorras o puré conteniendo hígado, sangrecita, bazo, yema de huevo y carne. Además de cereales, vegetales y frutas. Es necesaria la ingesta de tres comidas al día, además de continuar con la lactancia materna, por lo menos ocho veces al día.

- 9 a 11 meses, considerar en su plato alimentos picados y desmenuzados, agregando alimentos que se empleaban hasta los 8 meses. En esta etapa puede adicionarse clara de huevo. Es necesaria la ingesta tres comidas al día, además de continuar con la lactancia materna, por lo menos seis veces al día.

- De 12 meses hasta los 3 años, ya puede consumir todos los alimentos de la olla familiar. Tres comidas principales y dos refrigerios.

a.3) Suplementación de micronutrientes con hierro

1. Generalidades respecto a micronutrientes:

El Ministerio de Salud viene universalizando de manera progresiva la suplementación con hierro y otros micronutrientes a niños menores de 3 años. Teniendo en cuenta que el niño al nacer tiene alto contenido de hierro, por eso es necesario complementar los alimentos con micronutrientes para asegurar las vitaminas y proteínas que necesitan. (31)

✓ Propiedades de micronutrientes:

Es una combinación de vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la anemia y contribuye a la salud de los niños, contiene 5 micronutrientes importantes, 12,5 mg de Hierro, Ácido Fólico, Vitamina A, Vitamina C y Zinc. (35)

✓ Administración de micronutrientes

- Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros, Suplementación preventiva diaria desde los 30 días hasta los 6 meses cumplidos, en dosis de 2mg/kg/día en forma de gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico. - Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses en dosis de 2mg /kg/día y desde los 6 meses de edad, un sobre diario de micronutrientes (1 gramo en polvo) hasta que complete el consumo de 360 sobres. (28)

- Niños que no recibieron micronutrientes a los 6 meses de edad, podrán iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecida (6 a 35 meses, inclusive hasta los 3 años cumplidos). (28)

- Preparación de micronutrientes - Agregar micronutrientes (chispitas) en los alimentos tibios y de consistencia sólida o espesa (papilla, puré, menestra), según la edad del niño. Para garantizar el consumo separar 2 cucharadas de alimento en un plato y mezclar todo el contenido del sobre de micronutrientes, esta preparación no debe tener más de 15 minutos y los alimentos serán preparados bajo estrictas normas de higiene. (31)

2.2 Definición de términos básicos

Prácticas: Es un resultado, método o la forma de la alimentación del individuo. (35)

Madre: es aquella mujer que tiene hijo y la persona que es responsable de cuidar a su hijo (36).

Alimentación complementaria: Es el tiempo que comprende el momento donde el niño comienza la alimentación aparte de la LM (37).

Anemia ferropénica: se llama a la carencia de hierro en la sangre. (38)

Hierro: mineral fundamental para la producción de la hemoglobina en el cuerpo. (38)

Hemoglobina: Es fundamental porque transporta el oxígeno a diferentes partes del organismo (38)

Conocimiento: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

Micronutrientes: Son elementos esenciales que los seres vivos, incluido el ser humano, requieren en pequeñas cantidades a lo largo de la vida para realizar una serie de funciones metabólicas y fisiológicas para mantener la salud.

Promoción: Es la acción de promocionar una persona, cosa, servicio, etc. Tiene como objetivo promover y divulgar productos, servicios, bienes o ideas, para dar a conocer y persuadir al público de realizar un acto de consumo.

III.- PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD PROGRESO- CHIMBOTE, 2022

3.1.- Objetivo General:

- Contribuir en mejorar las intervenciones de enfermería en actividades de promoción y prevención de la anemia en niños menores de 24 meses.

3.2.- Objetivo Específico:

- Prevenir la anemia con suplementos de hierro en niños menores de 24 meses.
- Identificar a niños menores de 24 meses con anemia a través del dosaje de hemoglobina.
- Garantizar la adherencia a la suplementación con hierro polimaltosado a través del registro de seguimiento, para el control de la anemia a través de la visita domiciliaria.
- Promover el conocimiento sobre la alimentación rica en hierro, mediante las sesiones educativas y demostrativas.

3.4 Metas:

- Se logró realizar la consejería sobre la prevención de la anemia al 100 % de las madres de niños menores de 24 meses, que acuden al Centro de Salud Progreso.
- Se logró realizar el tamizaje de Hb y la suplementación preventiva al 100 % de los niños menores de 24 meses que acuden al control de crecimiento y desarrollo.
- Se logró al 100% realizar el seguimiento de la suplementación con hierro polimaltosado en niños y niñas menores de 24 meses.

- Se logró realizar el 100 % de sesiones demostrativas y educativas en el centro de salud, área de enfermería.

Datos de filiación

Datos de filiación:

Paciente:	N.A.H
Sexo:	Masculino
Edad:	12 meses
Hora:	10 am
Historia Clínica:	23995
Situación:	Lactante

Motivo de Consulta:

Paciente de 12 meses de edad que acude al centro de salud Progreso en compañía de su madre mensualmente para el control del niño sano en donde la madre manifiesta que su niño presenta falta de apetito y se muestra decaído y un poco somnoliento. En la valoración antropométrica mediante las curvas de crecimiento se detecta talla baja para la edad mediante la curva de longitud para la edad. Además, se detecta mediante el hemoglobímetro un valor de hemoglobina de 9.5 por lo que la paciente es diagnosticada con anemia moderada, además de talla baja.

3.5.- Enfermedad Actual:

Lactante de sexo masculino presenta los síntomas mencionados anteriormente desde hace 3 meses por lo que le preparaba jugos naturales, licuados con hígado de vaca, ya que sospechaba que su hijo padecía anemia por lo que posteriormente acude al Centro de Salud Progreso y le diagnosticaron Anemia Ferropénica Moderada.

3.6.- Antecedentes :

Antecedentes durante el nacimiento: Producto de una cesárea con 39 SG debido a bradicardia fetal, rotura de membranas sin trabajo de parto y aspiración meconial.

Antecedentes familiares:

Abuela materna padece de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

- **Antecedentes Socioeconómicos y culturales:**

Bajo recursos económicos y Nivel de Instrucción Secundaria incompleta.

3.7.- Examen Físico:

- **Cabeza:** A la inspección y toma de perímetro cefálico se obtiene un valor de 45.5 cm lo que corresponde a normocéfalo, cabeza simétrica, alineada con la línea media del cuerpo.

Exploración céfalo caudal:

- A la palpación superficial se detecta cierre completo de fontanela posterior, fontanela anterior normal.
- **Cuero cabelludo:** A la inspección cuero cabelludo con buena higiene.
- **Cabello:** A la inspección cabello de color castaño oscuro, en poca cantidad, bien distribuido. A la palpación el cabello tiene una textura delgada no desprendible a la tracción.
- **Cara:** simétrica, de coloración pálida, no presenta lesiones. A la palpación se palpa pulso en la zona temporal.
- **Ojos:** A la inspección párpados simétricos con pestañas íntegras, ojos de color marrones, simétricos, con pupilas isocóricas normo reactivas a la luz centrales circulares de color negro. Conjuntivas de color pálido y escleróticas blanquecina con vascularización normal.

- **Oídos:** pabellón auricular externo sin deformidad con buena implantación, presencia de cerumen en poca cantidad en el conducto auditivo externo. No presenta problemas en la audición.
- **Nariz y senos paranasales:** A la inspección nariz simétrica, presencia de cilios en poca cantidad, mucosas nasales de color rosado claro con presencia de moco transparente en poca cantidad, fosas nasales permeables, sin presencia de lesiones.
- **Boca:** labios rosados, mucosas orales húmedas sin presencia de lesiones, paladar íntegro, lengua pálida y simétrica, piezas dentarias en buen estado, con ausencia de segundos molares, con buena higiene y encías ligeramente pálidas.
- **Garganta:** A la inspección de color rosado, sin presencia de secreciones o dolor.
- **Cuello:** simétrico, flexible, no doloroso a la palpación ni a los movimientos de flexión, extensión, rotación derecha e izquierda y a la palpación tráquea en la línea media.
- **Ganglios linfáticos:** Adenopatías no visibles ni palpables.
- **Tórax anterior:** forma cilíndrica, simétrico, no se observan deformidades ni lesiones, sin presencia de tiraje intercostal. A la palpación con expansión torácica bilateral completa, rítmica y simétrica, no presenta dolor ni masas detectables.

Examen pulmonar: En la inspección se observa respiración toracoabdominal y se determina frecuencia respiratoria de 38 x' espiraciones regulares y superficiales. A la auscultación se identifica murmullo vesicular sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. En la percusión se detectan sonidos resonantes.

Examen cardíaco: A la auscultación ruidos cardíacos audibles sincrónicos con el pulso sin soplos cardíacos.

Tórax posterior: tórax alineado, sin presencia de lesiones, columna vertebral con presencia de lordosis y cifosis fisiológica, a la palpación se percibe piel tibia, seca.

Abdomen: ombligo central sin presencia de lesiones en la piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos disminuidos. A la palpación abdomen blando, depresible, sin presencia de dolor.

Sistema renal: Micción frecuente (5 veces al día), de color claro, sin dolor.

Genitales: A la inspección presenta regular estado de higiene, zona de genitales ligeramente enrojecida, pañal húmedo.

Extremidades superiores: tono muscular conservado sin limitación o dificultad para realizar movimientos, a la palpación extremidades tibias.

Las manos a la inspección presentan palidez palmar leve, espacios interdigitales sin lesiones, lechos ungueales de coloración pálida, llenado capilar menor a dos segundos, pulso radial y braquial palpables, rítmicos y sincrónicos.

Extremidades inferiores: A la inspección extremidades inferiores simétricas con tono muscular conservado, pies sin presencia de infecciones micóticas, uñas cortas sucias, lechos ungueales de coloración pálida, a la palpación presencia de pulso femoral, tibial y pedio rítmicos y sincrónicos.

Fuerza muscular: se encontró que el infante se encuentra con un desarrollo psicomotor normal en las áreas personal-social, motor fino-adaptativo, lenguaje y motor grande.

Hemograma	Valor Encontrado
Hemoglobina	9.5 g/dl
Hematocrito	30.4

3.8.- Exámenes Auxiliares:

Orina	Valor Encontrado
Color	Amarillo claro
Aspecto	Claro

- Peso: 9.500 kg
- Talla: 72 cm
- Heces duras a causa de terapia con hierro
- Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y complementaria, actualmente el proceso de lactogénesis fue interrumpido de manera irreversible.

- **Indicación Terapéutica**

Ferrimax 50mg/30 ml

Administrar 8 gotas 1 vez al día por 30 días

3.9.-Consideraciones Especificas

Valoración de enfermería Según Dominio

Valoración de los signos y síntomas del paciente (coloración de la piel, control de las funciones vitales, valoración en riesgo de infección, ver sus niveles de hemoglobina), alimentación rica en hierro y balanceada.

Datos Significativos	
Datos subjetivos:	Mamá refiere que su niño, no quiere comer, cada vez que come, bota la comida, y para inquieto.
Datos Objetivos:	Presenta piel y mucosas pálidas.
- Peso:	9.500 kg.
Talla :	72 cm

DOMINIO 2. Nutrición

Datos Significativos	
Datos subjetivos:	Mamá refiere que su niño comenzó a perder peso, no tiene ganas de comer y debilidad
Datos Objetivos:	- Paciente en regular estado general, piel y mucosas pálidas.
- Según examen de laboratorio:	Hemoglobina 9.5 g/dl.

DOMINIO 4 Actividad / Reposo.

DOMINIO 9. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Datos Significativos	
Datos Subjetivos:	Madre refiere que me siento triste por la salud de mi hijo, no sé qué hacer; tengo miedo que se empeore no tengo ayuda de nadie en mi hogar.
Datos Objetivos:	Se observó a la madre: Triste, estresada, poco colaboradora y preocupada por la situación de su niño.

DOMINIO 13: Crecimiento y Desarrollo

Datos Significativos	
Datos Subjetivos:	Madre refiere que su niño no tiene apetito, por momentos juega, pero luego se queda tranquilo.
Datos Objetivos:	Según evaluación de enfermería en su control de crecimiento y desarrollo, se encuentra con ganancia inadecuada en peso y talla.
Se evidencia: Peso: 9.500 kg. y Talla: 72cm.	

3.10 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Alteración de la perfusión tisular relacionado con volumen sanguíneo y del transporte de oxígeno evidenciado por hemoglobina 9.5 g/dl.
- Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta inferior a las necesidades evidenciado por pérdida de peso con un aporte nutricional inadecuado.
- Afrontamiento familiar comprometido relacionado con incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación evidenciado por poca ayuda de la familia.
- Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con nutrición inadecuada evidenciado por bajo peso y talla para su edad.

3.11 PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

Reales

- Desequilibrio nutricional relacionado a la ingesta inferior a las necesidades evidenciado por pérdida de peso con un aporte nutricional inadecuado.
- Alteración de la perfusión tisular r/c volumen sanguíneo y del transporte de oxígeno e/p hemoglobina 9.5g/dl.

Potencial

- Riesgo de retraso en el desarrollo r/c nutrición inadecuada e/p bajo peso y talla para su edad.

Bienestar

- Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p poca ayuda de la familia.

IV.- Planificación

1.3.1. Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código:00002</p> <p>Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta inferior a las necesidades evidenciado por pérdida de peso con un aporte nutricional inadecuado</p>	<p>Código: 1009</p> <p>Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>01</p> <p>Lactante evidenciará equilibrio nutricional durante el seguimiento al tratamiento.</p> <p>07</p> <p>Niño recibirá diariamente suplemento y alimentos ricos en hierro.</p>	<p>Código: 5246</p> <p>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>- Fomentar la ingesta diaria de alimentos ricos en hierro (bazo, hígado, sangrecita, carnes rojas, menestras); vitaminas, calorías y proteínas para el niño.</p> <p>- Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento por el consumo de sulfato ferroso.</p> <p>-Realizar los controles mensuales de crecimiento y desarrollo del niño (control de peso)</p>	<p>La lactante evidencia equilibrio nutricional tolerando su hierro polimaltosado, acudiendo a sus controles CRED mensuales y control de peso.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Control peso 	<p>-Facilitar la identificación de las conductas alimentarias, a través de la educación por la nutricionista.</p> <p>. Enseñar a la madre a comprar alimentos de bajo costo y nutritivos y su preparación.</p> <p>Se realiza una charla educativa acerca de alimentación saludable.</p> <p>Se realiza seguimiento a través de la visita domiciliaria</p>	
--	--	--	--

Fuente: NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código: 00204</p> <p>Alteración de la perfusión tisular relacionado con volumen sanguíneo y del transporte de oxígeno evidenciado por hemoglobina 9.5 g/dl</p>	<p>Código:0405</p> <p>Mantener la perfusión tisular adecuada</p> <p>Se mantendrá los valores normales de Hb.</p> <p>Se Identificará las causas de la anemia.</p>	<p>Código 1802</p> <p>Ayuda con el autocuidado de alimentación:</p> <p>Orientar a la madre respecto:</p> <p>1.- Importancia de realizar el tamizaje de Hemoglobina según indica el periodo en caso de niño con anemia.</p> <p>2.- Educar a la madre acerca de los beneficios</p>	<p>Se realiza control de Hb de al mes de tratamiento con hierro polimaltosado.</p> <p>Se evidencia Hb de 10mg/dl</p>

		<p>de la administración del hierro.</p> <p>3.- Cumplir con el tratamiento médico: Hierro Polimaltosado de 50mg/30ml Ferrimax 7 gotas 1 vez al día.</p> <p>4.- Explicar a la madre los efectos adversos del hierro, principalmente los que le preocupan: cambio de color de heces, manchas, en los dientes.</p> <p>5.-Se coordinó con el servicio de nutrición para una alimentación rica en hierro.</p> <p>6.- Se brinda orientación y consejería a la mamá, acerca de los cuidados del niño.</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código:00111</p> <p>Riesgo de Retraso en el desarrollo relacionado con la nutrición inadecuada evidenciado por el bajo peso y talla para su edad.</p>	<p>Código:1826</p> <p>Cuidado de los hijos.</p> <p>Se garantizará los cuidados y estimulación del niño evidenciado por un desarrollo adecuado de su motricidad fina, gruesa, lenguaje y social, incluyendo su conducta alimentaria, de acuerdo a la edad.</p>	<p>Código: 8250</p> <p>Cuidados del desarrollo:</p> <p>Educación para la salud sobre completar y corregir las necesidades de cuidados específicos del niño, controles e inmunizaciones según calendario vigente.</p> <p>Se orienta a la madre sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Brindar sesión de estimulación temprana en el área coordinación, motor, social y lenguaje, dos veces por semana.</p> <p>Orientar a la madre acerca de la importancia de lavado de manos para la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia.</p> <p>Se orienta a la madre sobre la importancia de alimentación saludable, y suplementación con hierro.</p>	<p>La madre mantiene un entorno favorable que promueva el desarrollo del niño, mejora su estado nutricional.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Código: 00074 <p>Afrontamiento familiar comprometido relacionado con la incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación evidenciado por indiferencia de la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: 130207 <p>Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.</p> <p>Madre referirá encontrarse más tranquila después de ver la mejoría en su hijo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código: 5230 Mejorar el afrontamiento • Brindar apoyo psicológico a la madre. • Mantener la empatía en todo momento con la madre y familia. · Identificar con el paciente/cuidador las situaciones que producen estrés / ansiedad y como evitarlas. · Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. • Brindar cuidados espirituales, respetando su religión. · Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. • Código 5820 Disminución de la ansiedad • Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo. 	<p>Madre fortalece sus conocimientos acerca del cuidado de su niño.</p>

	<p>Código 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar información sobre las técnicas o procedimientos que se le van a realizar. · Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. · Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipiten la ansiedad. · Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad 	<p>Madre disminuye su ansiedad.</p>
--	---	--	-------------------------------------

V.- Ejecución y evaluación

5.1 Registro de Enfermería, SOAPIE:

S Lactante llega al centro de salud acompañado de madre quien refiere que su niño presenta falta de apetito, se muestra decaído y un poco somnoliento.

O A la valoración se encuentra, afebril, piel y mucosas integra, conjuntivas de color pálido, se observa lengua pálida, palmas de manos presentan palidez.

Peso: 9.500 gr., Talla: 72cm

En la valoración antropométrica mediante las curvas de crecimiento se detecta talla baja para la edad mediante la curva de longitud para la edad. Además, se detecta mediante el hemoglobímetro un valor de

hemoglobina de 9.5 por lo que la paciente es diagnosticada con anemia moderada, además de talla baja.

- A** Desequilibrio nutricional r/c ingesta inferior a las necesidades e/p pérdida de peso con un aporte nutricional inadecuado.
Alteración de la perfusión tisular r/c volumen sanguíneo y del transporte de oxígeno e/p hemoglobina 9.5g/dl.
Riesgo de retraso en el desarrollo r/c nutrición inadecuada e/p bajo peso y talla para su edad.
Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p poca ayuda de la familia.
- P** Niño recibe alimentos que tengan calorías según indicación médica
Niño recibe diariamente suplemento y alimentos ricos en hierro.
Control de peso y talla.
Incentivar a la madre la importancia de los controles y vacunas del niño.
Mantener los valores normales de Hb.
Integrar a los miembros de la familia para mantener la cohesión y vínculos emocionales.
Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.
Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- I** Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados, asegurando la ingesta diaria de alimentos ricos en hierro (bazo, hígado, sangrecita, carnes rojas, menestras); vitaminas, calorías y proteínas para el niño.

Realizar los controles mensuales de crecimiento y desarrollo del niño
(control de peso)

Facilitar la identificación de las conductas alimentarias, a través de la educación por la nutricionista.

Se valora el estado nutricional P/E, T/E y P/T del niño.

Se controla el peso y la talla del niño mensualmente.

Se fomenta en la familia las buenas prácticas de higiene y la prevención de enfermedades. Se realiza visitas domiciliarias de supervisión y monitoreo de la preparación de los alimentos para el niño.

E El niño recibe alimentos ricos en hierro.

La madre mantiene un entorno favorable que promueva el desarrollo del niño, mejora su estado nutricional.

La madre refiere que asiste a controles y vacunas de su niño y se encuentra mejorando.

Madre fortalece sus conocimientos acerca del cuidado de su niño.

Madre disminuye su ansiedad.

VI.- CONCLUSIONES

1. Los ingresos económicos en un hogar juegan un rol importante para invertir en la salud, ya que somos uno de los países con más altos índices de Anemia, que viene siendo un problema de salud pública no resuelto. La anemia ferropénica implica un costo importante de inversión en las personas, para adquirir productos de calidad y a un bajo costo y de necesidad diaria de vitaminas y nutrientes necesario para establecer una buena salud.
2. Las enfermeras del Centro de Salud Progreso, realizaron la atención oportuna a niñas y niños con diagnóstico de anémica ferropénica, basada en las teorías de enfermería de Nola Pender y Madeleine Leninger, haciendo un enfoque de interculturalidad.
3. Para la atención de enfermería fue importante garantizar la cantidad de suplementación de hierro a los niños con anemia ferropénica, la articulación con autoridades locales, coordinadores de programas sociales y agentes comunitarios de salud participando activamente en las sesiones demostrativa y visitas domiciliarias conjuntas.
- 4.- La anemia, no solo limita la actividad física, social y emocional del pequeño, sino que afecta su capacidad de aprendizaje y retención.
- 5.- Insistir en la lactancia materna exclusiva de los niños hasta los 6 meses
6. Estimular en el cumplimiento de las recomendaciones de las normas para la Alimentación complementaria en niños menores de 24 meses.

VII.- RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia Ferropénica a través del diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de CRED y a la comunidad en general.
2. Continuar en el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de las visitas domiciliarias.
3. Realizar sesiones demostrativas y talleres dirigidos a madres de niños menores de 24 meses que acuden al centro de salud Progreso, para el control de crecimiento y desarrollo del niño, sobre alimentación saludable que permita favorecer la prevención y/o recuperación de niños con diagnóstico de anemia.
4. Concientizar a los padres de familia sobre las consecuencias de la anemia en niños y repercusión en su rendimiento académico.
5. - Continuar las atenciones de Tele salud en el Centro de Salud Progreso para ofertar diversas atenciones sanitarias de: tele orientación, tele consejería, tele monitoreo y tele consultas, a efectos de captación, tratamiento y recuperación de niñas(os) con anemia ferropénica en la jurisdicción del Centro de Salud Progreso.
6. Realizar trabajos de investigación que ayuden a identificar los factores de riesgo nutricionales que influyen en el rendimiento de los niños.
7. Concientizar a los padres de familia y la sociedad sobre las consecuencias de anemia y la repercusión que tiene en el rendimiento padres de familia sobre alimentación saludable que permita favorecer

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández A. Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico. Madrid: Pediatr Integral; 2016. Disponible en: https://www.pediatrintegral.es/wpcontent/uploads/2016/07/Pediatria-Integral-XX-05_WEB.pdf#page=7.
2. Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell R. Worldwide Prevalence of Anemia. 1993–2005. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Miller L. Iron Deficiency Anemia: A Common and Curable Disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2013; 3(7).
4. Séraphin N, Xinguang C, Ayoya A, Ngnie I, Boldon E, MamadoultaiboU A, et al. Childhood anemia in Rural Haiti: the potential role of community health workers. Glob Health Res Policy. 2017; 2: 3.
- 5.- Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet, 378(9809), 2123-35.2011. Disponible en [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5).
- 6.- Instituto Nacional de Salud. [internet]. 2016 [consultado el 15 de octubre del 2016] URL Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03m_ayo2016.pdf.
7. Database, W. H. O. G. Worldwide prevalence of anaemia.2005
8. Sen, A., & Kanani, S. J. (2006). Deleterious functional impact of anemia on young adolescent school girls. Indian pediatrics, 2006
- 9.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ministerio de Economía y Finanzas. ENDES. 2018; I(Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013-2018 – Primer Semestre):53.
10. Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES). Perú. 2019

11. Chimbote periodo 14 de marzo 2018. Fecha de acceso 16 de mayo de 2018.
URL

<http://radiorsd.pe/noticias/la-mitad-de-ninos-de-nuevo-chimbote-esta-con-anemia>.

12. La república Mayo 2018 Chimbote-Perú

<https://larepublica.pe/sociedad/1251610-ancash-48-ninos-padecen-anemia>.

13. Cespedes, M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurin 2010.

14. <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/168/83>

15. Cornejo Cari, Cinthia Pamela "Conocimiento Y Practicas Sobre Prevención de la Anemia Ferropénica En Madres de Niños de 6 a 24 Meses de un Centro de Salud. Lima. Título de licenciada en Enfermería. Lima. Universidad Mayor de San Marcos.2016 .Articulo de web.

Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4707>. Consultado el 15 de Junio 2017.

16. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/5710>.

17. URI: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8089>.

18. <https://hdl.handle.net/20.500.12970/171>

19. URI: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3386>

20. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/25602>

21. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/26622>

22. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 7° ed. España: Elsevier-Mosby; 2011 disponible en:

<file:///F:/teorc3ada-nola-j-pender-modelo-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>.

23. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.

24. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. 2015. Perú.

25. Ávila M. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense, (2009).

26. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana, (2011).

27. Ministerio de salud: norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Perú: Minsa; 2017 [Citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.

28. Ministerio de salud. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [en línea]. Lima: 1ra ed. Publicado en Biblioteca Central del Ministerio Salud, 2017 [Citado: 20 de mayo 2018]; Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

29. Lucerga Romera J. Curso básico de cuidados paliativos la visita domiciliaria. 2012.

30. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. 2015. Perú..

31. Ministerio de Salud. Más vida suplemento de salud con niñas y niños de hierro, Adiós a la anemia. [en línea] Lima: 2014. [Citado: 16 de junio 2018]; Disponible en:

<https://www.minsa.gob.pe/web2015/images/publicaciones/masVida/17-Vida-Anemia.pdf>

32. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7ª ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 22.

33.-

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280854-norma-tecnica-manejo-terapeutico-y-preventivo-de-la-anemia-en-ninos-adolescentes-mujeres-gestantes-y-puerperas>

34. Ministerio de Salud, Nutri Wawa. Suplementación con micronutrientes. [en línea] Lima; 2015. [Citado: 06 de julio 2018]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/suplementacion.html>.

35. Nutrición: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018. Alimentación Complementaria. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/

37. Real Academia Española. [Internet]. España. Madre. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=NpxaH7S>

38. Alimentación Complementaria. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/

39. Ministerio de salud: norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Perú: Minsa; 2017 [Citado 3 de junio de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

ANEXOS

SESION DEMOSTRATIVA



Cantidad de alimento de origen animal rico en hierro para el consumo de niñas y niños de 6 a 23 meses



2 cucharadas

MENSAJES CLAVES



INVITACIÓN

Sr(a)

Le invitamos a participar de la Sesión Demostrativa, donde aprenderemos juntos a preparar comidas ricas, nutritivas y baratas para usted y su familia.

Día **Hora** **Lugar**

Por favor, si le es posible colabore con este alimento:

..... **Cantidad**

PARTICIPANTES EN SESION DEMOSTRATIVA

Sesión demostrativa de preparación de alimentos en base a productos que contienen hierro, con familias de niños y niñas menores de 3 años.





VISITA DOMICILIARIA



INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

