

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



**“PLAN DE INTERVENCIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS
DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERÚ COREA
PACHACUTEC. CALLAO. 2020”**

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

LIC. ENF. LUZ ELIZABETH RAMIREZ FELIX

Callao, 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ GÓMEZ SECRETARIA
- Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 7

Nº de Folio: 116

Nº de Acta: 35-2021

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

Callao, 11 de junio de 2021

Resolución de Sustentación:

Nº 083-2021-D/FCS.- Callao; 04 de junio 2021

DEDICATORIA

Dedicado a mi hermosa familia por todo el amor que me dieron para poder superar todo los obstáculos que la vida nos pone en cada meta que nos proponemos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme salud, en estos momentos tan difíciles que enfrentamos la pandemia del covid-19

A mis amados padres, por enseñarme y educarme con mucho amor a superarme en la vida

A mis estimados docentes, por la paciencia, carisma y sobre todo el conocimiento que me ayudan a crecer como profesional

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, porque a pesar de los tiempos difíciles siempre piensa en nosotros como profesionales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
CAPÍTULO II.	
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	12
2.2.1. La teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.....	12
2.2.2. Modelo las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson	15
2.3 Bases Conceptuales.....	17
2.3.1. Anemia ferropenica	17
A.- Definición	17
B.- Causas	18
C.- Cuadro Clínico.....	19
D.- Diagnóstico: Criterios De Diagnóstico	20
E.- Prevención Y Tratamiento De La Anemia	25
CAPÍTULO III.	
PLAN DE INTERVENCIÓN	37
3.1 Justificación.....	37
3.2 Objetivos	38
3.3 Meta	38
3.4 Programación de actividades.....	39

3.5	Recursos.....	42
	3.5.1. Recursos materiales	42
	3.5.2. Recursos humanos	43
3.6	Ejecución.....	43
3.7	Evaluación.....	45
	CONCLUSIONES.....	47
	RECOMENDACIONES.....	48
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS.....	49
	ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

La anemia, Es la disminución de los globos rojos en el organismo, esto juega un papel importante ya que transporta el oxígeno a los tejidos y su déficit puede provocar trastornos y complicaciones. Según la OMS, La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%)

El presente trabajo de académico titulado “PLAN DE INTERVENCION EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA FERROPENICA EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERU COREA PACHACUTEC 2020”. Tiene por finalidad describir las intervenciones de enfermería. En vista que hay muchos niños que no culminan el tratamiento de anemia, lo cual es muy importante para la salud pública, en el Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec, el 40% de la población de niños menores de 5 años en Pachacutec tienen anemia y no se recuperan, por no culminar con el tratamiento de anemia ya que mínimo son 6 meses de tratamiento por ende se optó por desarrollar diferentes intervenciones de enfermería para enfocarnos en la culminación del tratamiento de anemia .

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó: PLAN DE INTERVENCION EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA FERROPENICA EN EL C.S.M.I. PERU COREA PACHACUTEC 2020” el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante el año 2020, y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se

cuenta con evidencia de que se ha logrado reducir la anemia en niños de 6 a 24 meses.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de intervención en relación con la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia en niños menores de tres años es un problema de salud pública en el Perú y el mundo. Se estima que la causa principal de la anemia, aunque no la única, es la deficiencia de hierro. Existen muchos estudios y revisiones sobre cómo esta carencia en los infantes impacta negativamente en el desarrollo psicomotor y, a pesar de corregirse la anemia, los niños con este antecedente presentan, a largo plazo, un menor desempeño en las áreas cognitiva, social y emocional. Estos hallazgos se describen en estudios observacionales, de seguimiento, así como en experimentales con grupo control. La anemia puede disminuir el desempeño escolar, y la productividad en la vida adulta, afectando la calidad de vida, y en general la economía de las personas afectadas. Se describen algunos posibles mecanismos de cómo la deficiencia de hierro, con o sin anemia, podría afectar el desarrollo en la infancia; por ello, causa preocupación la alta prevalencia de anemia que se observa en este grupo de edad. La prevención de la anemia en el primer año de vida debe ser la meta para evitar consecuencias en el desarrollo de la persona a largo plazo (1).

SEGUN LA OMS

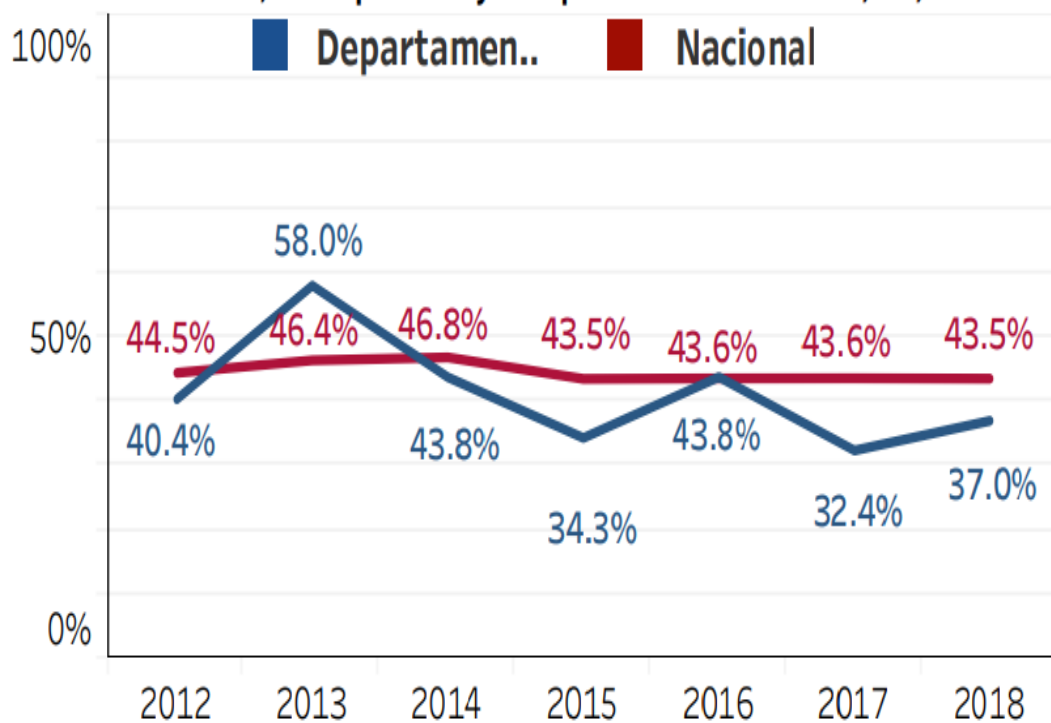
Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro (2).

SEGUN MINDIS

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) anunció que el nivel de anemia a nivel nacional en niños de 6 a 36 meses bajó de 43.5% en el 2018 a 40.1% en el 2019, es decir, en 3.4 puntos porcentuales a nivel nacional (3).

TENDENCIA DE ANEMIA EN LA REGION CALLAO

En la provincia constitucional del Callao, el 37% de menores de 35 meses de edad tiene anemia, valor por debajo del promedio nacional 43,5%, al 2018.



Fuente: INEI - ENDES 2010 - 2018

Anemia en niños es un tema muy conocido, ya que desde hace mucho tiempo venimos luchando contra la anemia. En la zona de Pachacutec tenemos muchos niños desertores del tratamiento de anemia, claro que debemos de saber que el tratamiento de anemia dura mínimo 6 meses por ende esto se hace muchas veces difícil de terminar el tratamiento.

En el Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec en el año 2020 el porcentaje de niños con anemia era de 46% y un 20% de niños que no terminaban el tratamiento y por ende no se recuperaban de anemia, así que se implementa intervenciones de enfermería:

- Seguimiento del tratamiento de anemia de forma virtual mediante un Excel
- Monitoreo semanal mediante llamadas telefónicas (adherencia), para sensibilizar a las madres de familia sobre el tratamiento de anemia.
- Citas para los niños continuadores para los diferentes servicios según norma técnica del tratamiento de anemia.
- Visitas domiciliarias

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

HUALCA (2016) realizó la investigación titulada “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe”, investigación descriptiva, cuali-cuantitativo y de campo. Teniendo como resultado: los principales factores de riesgo son el nivel educativo de la madre, anemia durante el embarazo, peso bajo al nacer, inadecuada lactancia materna, alimentación pobre en hierro. Concluyendo en la necesidad de prevenir la anemia diseñando estrategias orientadas a minimizar los factores de riesgo asociados a la educación de los padres /4).

PILCO (2016) realizó una investigación titulada “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prácticas alimentarias adecuadas en la prevención de anemia en niños de 1 a 4 años. Laimé San Carlos, Guamote”. El tipo de investigación es descriptivo, correlacional transversal, con un universo de 51 niños de uno a cuatro años. En conclusión, refleja evidencia entre la anemia con los factores de riesgo tales como: la edad del niño, enfermedades asociadas, horario de almuerzo y prácticas y manipulación de alimentos, demostrando la necesidad de implementar una estrategia educativa de intervención para prevenir la anemia en este grupo poblacional (5).

RODRÍGUEZ, CORRALES, GARCÍA, ET.AL (2015) realizaron un estudio titulado “Efectividad de estrategia educativa sobre anemia ferropénica para familiares de niños menores de 2 años”, estudio cuasi experimental, con una muestra de 33 casos. Teniendo como resultado que una adecuada estrategia debe comprender sesiones educativas sobre la lactancia materna, dieta con alimentos ricos en hierro, prevenir del parasitismo intestinal, adherencia a la suplementación y consumo de alimentos fortificados en hierro (6).

LÓPEZ YAGUAPAZ, KAREN LIZBETH; 2016, IBARRA – ESPAÑA. Realizo el estudio de tipo cualitativo y no experimental titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud “Baeza” 2016. Tuvo como objetivo principal Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses. Se concluyó que existe un alto conocimiento sobre la correcta alimentación complementaria, preparación y formas de alimentación. Las madres inician la alimentación complementaria a la edad 6 meses en un 74.5%, se encontró que las madres de niños de entre 6 y 24 meses conocen el tipo de alimentación que se debe brindar en dicha edad (7).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SERRANO UTANI, VILMA EI presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidados de enfermería en niños con anemia de 6 a 12 meses, Centro de Salud Tamburco, Abancay - Apurímac, 2016” tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería que debemos tener en niños con anemia. Así mismo contribuirá a detectar la anemia mediante el dosaje de hemoglobina oportuno y su

tratamiento inmediato del mismo modo determinar los factores de riesgo que aumentan la incidencia de la misma y coadyuvar a la recuperación de los niños mejorando así su desarrollo cognoscitivo(8).

CHUMPISUCA ARANDO, CONCHO El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidado de enfermería en niños menores de cinco años con anemia en el centro de salud Palpacachi – Microred Lambraña - Red de Salud Abancay 2015-2017" pretende dar a conocer la evaluación de los cuidados o actividades de Enfermería que se realizaron en niños menores de cinco años con anemia en el centro de Palpacachi, ya que los cuidados de enfermería facilita la recuperación de niños, los niños anémicos no tratados adecuadamente alcanzan una alta mortalidad y morbilidad de ahí la importancia de protegerlos rápidamente mediante las visitas domiciliarias, seguimiento continuo para la adherencia del tratamiento y otros cuidados de importancia que la enfermera debe brindar de acuerdo a las normativas emitidas por el MINSA. Para la obtención de datos estadísticos se empleará los datos estadísticos del Centro de Salud Palpacachi, donde se ubica los datos en el reporte anual de actividades de atención integral del niño en edades puntuales, además este informe servirá para determinar los cuidados del personal de enfermería y así unificar los criterios y unificar para crear un establecimiento de salud protocolario que contribuya a mejorar la calidad asistencial (9).

LUNA SEQUEIROS, DORIS EUFEMIA El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de enfermería en niños con anemia de 6-36 meses en el Centro de Salud de Combapata Cusco 2015-2017" A nivel mundial la anemia infantil afecta al 43.6% de los niños y niñas menores de 6 meses a 36 meses de edad

siendo más prevalente entre los niños de 6 meses a 18 meses sector en que el 6 de cada 10 niños presenta anemia. La desnutrición infantil se ha reducido en los últimos años sin embargo aún afecta el 13% de menores de 05 años. Se concluye que la intervención de la enfermera en niños con anemia de 6 meses a 36 meses en el Centro de Salud Combapata 2016-2017, contribuye a disminuir dicha condición presentada esto se asume del valor obtenido en los niños que expresan un valor normal en el año 2016 eran 99 con resultados normal y 87 con resultado de presencia de la anemia; en el año 2017, 143 niños y niñas presentaron nivel normal y 43 aun presentan anemia; existiendo una diferencia positiva de 44 niños recuperados del proceso de la anemia; por lo tanto la labor del personal de salud, ha ido provechoso, debido a que al realizar diversas actividades se disminuyeron los resultados de anemia (10).

JARAMILLO RONDAN, CECILIA DELFINA El presente estudio titulado Disminuyendo la anemia en niños menores de tres años de la jurisdicción del centro de salud Quiches - Sihuas, 2020 Se realiza debido al elevado índice de casos de anemia presentados en el Centro de Salud Quiches en los niños menores de tres años, debido a que las madres de familia no tienen mucho acceso a los alimentos ricos en hierro, debido a los múltiples factores como es la economía de las familias, la lejanía de sus viviendas, las frecuentes enfermedades prevalentes a los que están expuestos los niños, a las creencias y religiones de algunas madres que interfieren en el consumo de hierro, haciendo esto que se presenten los casos de anemia. Por eso, el presente trabajo busca disminuir en los niños menores de tres años el flagelo de la anemia mediante las líneas de acción siguientes: Capacitación, educación, gestión, información y comunicación: sensibilización a todo el personal se salud, conocimiento de las madres de familia y trabajo articulado con

autoridades locales. Asimismo, incluye un plan de capacitación al personal de salud y a las autoridades locales. Como profesional de salud de enfermería, espero ayudar a reducir los casos de anemia de los niños menores de tres años, atendidos en el Centro de Salud Quiches, con el fin de reducir oportunidades de desarrollo y que tengan un mejor futuro (11).

2.2 Base Teórica

Dentro de mi práctica profesional, en mi función como enfermera en el Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec, cuyo propósito es brindar una atención de calidad a la madre y al niño ya que mediante la actividad preventivo promocional se disminuirá los casos de anemia, por lo cual el presente trabajo académico se enmarca en:

2.2.1 La teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Nola Pender propuso en 1975 un “modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud 26 dentro del contexto de la enfermería.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para

explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las

condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, la auto-

eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria (12).

2.2.2 Modelo las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson

Desarrolla un modelo de enfermería basado en la teoría de Maslow, pero desglosa las necesidades de éste en catorce necesidades básicas que son componentes de la asistencia de enfermería y constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar. Para Virginia Henderson la necesidad es un requisito no una carencia, este requisito es algo que condiciona a la supervivencia absoluta de una persona. Dentro de sus paradigmas definió:

Salud Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Además, Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Cuidado: Está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: Un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio.

Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral. Individuo que precisa ayuda para su recuperar su salud, independencia, o para tener una muerte tranquila. Enfermería: Asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas.

Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera, las necesidades se interrelacionan entre sí. Dentro de la necesidad básica de comer y beber adecuadamente describe: Justificación. El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir. Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud. Incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios). Medidas antropométricas y Aspectos psicológicos de la alimentación.

Por otro lado Virginia Henderson, en su modelo de las 14 Necesidades básicas, menciona entre sus 14 necesidades: Comer y beber adecuadamente como segunda necesidad básica y fundamental, explica que la necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo, Si la madre proporciona una alimentación rica en hierro durante la alimentación complementaria se disminuye el crecimiento de la magnitud de la anemia, de lo contrario, la prevalencia de esta enfermedad será cada vez más creciente (13).

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Anemia Ferropénica

A.- Definición

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en el organismo,

siendo generalmente los valores normales por encima a los 12 gramos por decilitro en la mujer, y a 13,5 en el hombre.

La hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos, a la que se une el oxígeno para su posterior transporte y utilización por los distintos tejidos del organismo. Los glóbulos rojos son los corpúsculos de la sangre encargados de transportar el oxígeno a los tejidos. Se originan en la medula ósea, un órgano que se halla dentro de algunos huesos y donde se fabrican la mayoría de los componentes sanguíneos.

B.- Causas

Existen múltiples causas de anemia, siendo la más frecuente la deficiencia de hierro, elemento fundamental sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina. Cuando el médico establece que la causa de la anemia es el déficit de hierro tiene a su vez que investigar y establecer la razón de la disminución.

Las causas pueden deberse:

- ✓ A una baja ingesta de hierro (dietas vegetarianas estrictas).
- ✓ A una mala absorción en el tubo digestivo (enfermedad celiaca, resección de estómago o intestino).
- ✓ A un incremento de las necesidades de consumo (embarazo, infancia).
- ✓ A que se pierde en algún punto del organismo (sangrado menstrual, sangrado digestivo) o a la combinación de algunas de estas causas.

Se estima que aproximadamente un 20% de las mujeres en edad fértil tiene déficit de los depósitos de hierro, y hasta un 7% dentro de este grupo, padece de anemia ferropénica en relación a las pérdidas menstruales. En ocasiones es preciso estudiar el tubo digestivo con endoscopia oral o colonoscopia para averiguar la causa del cuadro (14).

C.- Cuadro Clínico

C.1.- Síntomas y signos

Las personas con anemia suelen ser asintomáticas; por lo que, en poblaciones con alta prevalencia se realizará un despistaje regular en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

El Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 incluye el despistaje de anemia en todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, y el inicio inmediato del tratamiento de anemia según el diagnóstico de la Tabla N° 3, ya sea que presenten o no, los síntomas.

Los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Síntomas y signos de anemia

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	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).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida (2016), adaptado de las referencias bibliográficas^(18,19).

D.- Diagnóstico: criterios de diagnóstico

D.1.- Clínico

El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

- Anamnesis: Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño, adolescente y mujer gestante y puérpera para su registro.
- Examen físico: Considera los siguientes aspectos a evaluar:
 - ✓ Observar el color de la piel de la palma de las manos.
 - ✓ Buscar palidez de mucosas oculares
 - ✓ Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
 - ✓ Examinar sequedad y caída del cabello.
 - ✓ Observar mucosa sublingual.
 - ✓ Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

D.2.- Laboratorio:

Medición de Hemoglobina, Hematocrito y Ferritina Sérica

Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

D.2.1.- Medición de la concentración de Hemoglobina o Hematocrito:

- La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia.

- Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes o puérperas se utilizarán métodos directos como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro), o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma.
- De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.
- La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada.
- Todo Establecimiento de Salud, de acuerdo al nivel de atención, debe contar con uno de los métodos anteriormente descritos y sus respectivos insumos para la determinación de hemoglobina o hematocrito. Se deberá realizar el control de calidad de los datos obtenidos por cualquiera de estos métodos. En el caso de hemoglobina, se contará con una solución patrón de concentración de hemoglobina conocida.
- Cuando un Establecimiento de Salud no cuente con uno de estos métodos para la determinación de hemoglobina o hematocrito, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia entre la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, quienes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina. Este despistaje se realizará al

menos una vez por mes. El equipo de salud capacitado se movilizará para realizar la medición de hemoglobina con equipos portátiles.

- En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada (ver antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses. La orden de laboratorio deberá consignar esta localidad.
- Los Establecimientos de Salud que se encuentran sobre los 1,000 msnm, deberán contar con el listado de localidades, centros poblados o comunidades de su jurisdicción con su respectiva altitud.
- El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o la responsable de la atención del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera verificará el ajuste por altitud respectivo. El valor ajustado de hemoglobina es el que se considerará para el diagnóstico de anemia.
- Los criterios para definir anemia se presentan en la Tabla N° 3. Estos han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud.
- En el caso de diagnosticarse anemia en cualquier grupo de edad, se debe iniciar el tratamiento inmediato según esta Norma.

Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en
Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 ⁽²⁶⁾

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra ⁽²⁶⁾

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

D.2.2.- Medición de la Ferritina Sérica

Las concentraciones normales de Ferritina dependen de la edad y del sexo. Son elevadas al nacer y disminuyen progresivamente durante el primer año. Este indicador mide las reservas de hierro corporal. La medición se usa cuando la anemia persiste sin evolución favorable, a pesar de haber iniciado el tratamiento y contar con una buena adherencia al suplemento. Si la Ferritina es normal, la causa de la anemia no es la falta de hierro. Para una adecuada interpretación -en caso de sospecha de cuadro inflamatorio agudo- el punto de corte del valor de Ferritina Sérica se reajusta según el resultado de la medición de Proteína C Reactiva (PCR) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4.
Deficiencia de Hierro según concentración de Ferritina
en suero en menores de 5 años

	Ferritina en Suero (ug/L)	
	VARONES	MUJERES
Disminución de las reservas de hierro	< 12	< 12
Disminución de las reservas de hierro en presencia de proceso inflamatorio (PCR > 3 mg/L)	< 30	< 30

Fuente: OMS. Concentraciones de ferritina para evaluar el estado de nutrición en hierro en las poblaciones. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Ginebra, 2011(OMS/NMH/NHD/MNM/11.2) ⁽²⁶⁾.

D.3.- Diagnóstico Diferencial

Cuando la anemia es por deficiencia de hierro es microcítica, hipocrómica. Luego de 3 meses de suplementación y comprobarse una adecuada adherencia al suplemento de hierro, y no observar una respuesta al tratamiento, se puede solicitar algunos exámenes auxiliares o referirse a un establecimiento de mayor complejidad o especializado.

D.4.- Exámenes Auxiliares

En la evaluación de causas de la anemia se pueden solicitar los siguientes exámenes:

- Examen parasitológico en heces seriado.
- Gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria.
- Frotis y si es posible cultivo de sangre periférica, si hay sospecha de Enfermedad de Carrión.
- Otras pruebas especializadas se realizarán de acuerdo al nivel de atención y capacidad resolutive del Establecimiento de Salud como: morfología de glóbulos rojos y constantes corpusculares.

E.- Prevención y tratamiento de la anemia

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, como se señala a continuación en la Tabla No 5. El diagnóstico de anemia se basa en los valores de la Tabla N° 3, según edad, sexo y condición fisiológica.

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

- a) En el caso de los niños la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. En el caso de las mujeres gestantes, puérperas y mujeres adolescentes, la suplementación con hierro, ya sea terapéutica o preventiva, será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal.

Tabla N° 5
Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACION	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml= 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

- a) Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- b) Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- c) Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.
- d) Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango “normal”, y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento.

Sobre el consumo de suplementos de hierro (preventivo o tratamiento):

- a) El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.
- b) En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.
- c) Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.
- d) Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.

E.1.- Manejo Preventivo De Anemia En Niños

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso que no se haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control. El diagnóstico de anemia se basa en los valores de la Tabla N° 3.

La prevención de anemia se realizará de la siguiente manera:

- a) La suplementación preventiva se iniciará con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
- b) Se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad (Tabla N° 6).
- c) Luego se continuará con la entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día).
- d) El niño que no recibió Micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).
- e) En el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el Establecimiento de Salud no cuente con Micronutrientes, estos podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico.
- f) En el caso de suspenderse el consumo de Micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres; se procurará evitar tiempos prolongados de deserción.

Tabla N° 6
Suplementación Preventiva con Hierro y Micronutrientes
para niños menores de 36 meses

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ¹ (Via 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

* Si el EESS no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal


E.2.- Manejo Terapéutico De Anemia En Niños

Los niños que tienen diagnóstico de anemia según los valores de la Tabla N° 3 deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

E.2.1.- Tratamiento De La Anemia En Niños Menores De 6 Meses De Edad:

E.2.1.1.- Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer:

- a) El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.
- b) Se administrará tratamiento con hierro según la Tabla N° 7, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- c) Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 7
Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia ^(13, 42) 

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ² (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer	Desde 30 días de edad	4 mg/Kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos.	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

E.2.1.2.- Niños Nacidos a Término y/o con Buen Peso al Nacer menores de 6 meses:

- a) El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- b) Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, según se indica en la Tabla N°8 en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tabla N° 8
Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ³ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	3 mg/Kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos.	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

E.2. 2.- Tratamiento De La Anemia En Niños De 6 Meses A 11 Años De Edad

- El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día, según la Tabla N° 9.
- Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (15).

Tabla N° 9
Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ¹ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Ácido Fólico:** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada, antes y en las primeras semanas de la gestación, disminuye el riesgo defectos del tubo neural (DTN).
- **Adherencia:** Es el grado en que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada.
- **Ajuste de hemoglobina según altitud:** Las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia.
- **Altitud:** Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Anemia:** Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.
- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF).

- **Atención del puerperio:** Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos hospitalarios y ambulatorios que se brinda a la mujer durante el periodo puerperal, con la finalidad de prevenir o detectar complicaciones.
- **Atención prenatal reenfocada:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.
- **Concentración de hemoglobina:** Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dL) o gramos por litro (g/l).
- **Consejería a gestantes y puérperas:** Es un proceso educativo comunicacional entre el profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado en consejería nutricional y la gestante o puérpera (idealmente con la presencia de la pareja y/o familiares), con el propósito de analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y reflexionando sobre aquellas de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.
- **Consulta nutricional:** Es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.

- **Contra referencia:** Es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejarlo o monitorizar el problema de salud integral.
- **Educación nutricional:** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Ferritina Sérica:** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.
- **Fortificación casera:** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **Hematocrito:** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.
- **Hemoglobina:** Es una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una

porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.

- **Hemoglobinómetro portátil:** Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina.
- **Hierro:** Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.
- **Hierro Hemínico (hierro hem):** Es el hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 – 30%.
- **Hierro no Hemínico (hierro no hem):** Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10%, tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción.
- **Hierro Polimaltosado:** Es un complejo de hierro de liberación lenta. La polimaltosa actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación

con otras sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento.

- **Requerimientos o necesidades nutricionales:** Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.
- **Sulfato Ferroso:** Es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal hepta-hidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.
- **Suplementación:** Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabe o tabletas, para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo.
- **Puerperio:** es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días post parto.
- **Referencia:** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia.
- **Salud Intercultural:** Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud.
- **Tubo neural:** Es la estructura que dará origen al cerebro y la médula espinal. Un cierre inadecuado del sistema nervioso central

puede dar problemas de espina bífida, encefalocele y anencefalia. La anencefalia no es compatible con la vida y la espina bífida puede dar síntomas de parálisis infantil, falta de control de los esfínteres y problemas en el aprendizaje.

- **Volumen Corpuscular Medio (VCM):** es un parámetro usado en el estudio de la sangre que mide el tamaño de los eritrocitos (glóbulos rojos) a través de la media del volumen individual y se utiliza para ayudar a diagnosticar la causa de la anemia.

CAPÍTULO III

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

PLAN DE INTERVENCION

3.1 Justificación

Anemia Ferropénica es muy común en niños, se da por la disminución de glóbulos rojos en la sangre. Esta patología ha constituido un problema de salud pública

Los niños que no ingieren hierro adecuadamente o que lo pierden por algunas patologías no pueden fabricar suficiente hemoglobina, lo que se traduce en menos glóbulos rojos o glóbulos deficientes.

En un niño en desarrollo, este déficit puede causar alteraciones en crecimiento, ganancia de peso, desarrollo cerebral y déficit de energía, lo que va a ocasionar problemas en comportamiento y en el aprendizaje (16).

El descarte de anemia en el niño de 6 a 36 meses es una de las actividades que realiza la enfermera en el consultorio de CRED, con el propósito de la detección oportuna de la anemia, consejería preventiva de anemia en los niños de 6 a 36 meses, consejería de lactancia materna, realización de seguimiento al niño con anemia , dosaje de hemoglobina al niño de 6 meses, dotación con los multimicronutrientes a los niños de 6 meses, seguimiento a los niños para cumplir con la dotación de micronutrientes, y en las actividades extramuros realizan visitas domiciliarias de seguimientos ya sea a niños con anemia o por dotación con micronutrientes, también se realiza dosaje de hemoglobina, entre otros. Esta información se consigna en la historia clínica y en un padrón virtual para un mejor seguimiento.

Por tal motivo se busca con la realización del plan de intervención mejorar el seguimiento de los casos de anemia en los niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec.

3.2 Objetivos

3.1.1 Objetivo General

- Contribuir a mejorar la intervención de enfermería en el seguimiento de niños de 6 a 24 meses con anemia ferropénica en el Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec – 2020.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Mejorar la intervención de enfermería en el seguimiento de la anemia en los niños menores de 24 meses.
- Sensibilizar a la madre sobre los riesgos y complicaciones de la anemia en el niño y sus beneficios en el cumplimiento al tratamiento.
- Implementar y actualizar el padrón nominal de niños con anemia y un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños anémicos.
- Fomentar las intervenciones de visitas domiciliarias a cada familia de los menores de 24 meses anémicos.
- Capacitar a todo el personal del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec sobre estas actividades para la disminución de la anemia.

3.3 Metas

- Más del 80% de los casos de anemia de los niños de 6 a 24 meses se lograron disminuir del Centro Materno Infantil Perú Corea Pachacutec – 2020.
- Más del 80 % se incrementaron los conocimientos y prácticas adecuadas en las madres de los niños anémicos.

3.4 Programación de actividades

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Mejorar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los niños de 6 a 24 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar captación de niños en el consultorio CRED. Realizar el seguimiento en las actividades extramurales (en sectores alejados de la comunidad). visitas domiciliarias a los niños que no acuden a centro de salud para recibir su tratamiento de anemia debido a la pandemia de covid-19. Coordinar con el área de nutrición en dar cita a niños con anemia para dosaje y tratamiento de anemia. 	Niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de CRED	<p>Registro en el parte diario.</p> <p>Registro en seguimiento de CRED</p> <p>Registro en el seguimiento de anemia virtual.</p>	Más del 80% de niños de 6 a 24 meses lograron disminuir la anemia.	Enero a diciembre 2020	Licenciadas de enfermería del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec
<p>Sensibilizar a la madre sobre la importancia de las medidas preventivas de la anemia y sus beneficios en el cumplimiento al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo semanal mediante llamadas telefónicas para la 	Madres de niños de 6 a 24 meses sensibilizados.	Historia clínica, registro parte diario de consejerías.	100% de madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de	Enero a diciembre 2020	Licenciadas de enfermería con trabajo remoto , internos de enfermería, técnicos de enfermería del Centro De Salud

<p>supervisión de la adecuada dosis, adecuada alimentación y dar cita para los diferentes consultorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar sesiones educativas en la sala de espera. Se elabora materiales de difusión sobre la anemia, prevención, alimentos ricos en hierro, prevención, higiene de mano. 			CRED .		Materno Infantil Perú Corea Pachacutec
<p>Implementar y actualizar el padrón nominal de niños con anemia y un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños anémicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Distinguir las historias clínicas de los niños con anemia e implementar un cuadro para facilitar el seguimiento de anemia Sensibilizar a las madres que comuniquen cuando cambien domicilio. Educar a madres cuando ya no cuentan con el seguro del niño para evitar deserción en la adherencia al tratamiento de anemia. 	Registro en el padrón de seguimiento de niño con anemia.	Relación de niños de 6 a 24 meses con anemia para el seguimiento oportuno.	100%de niños de 6 a 24 meses registrados en el padrón de seguimiento de Anemia.	Enero a diciembre 2020	Licenciada de enfermería encargada y responsable del consultorio preventivo de Anemia del Policlínico Retablo.

<p>Capacitar al personal de enfermería del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec sobre actividades para la disminución y prevención de la anemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a todo el personal de enfermería asistencial presencial y de trabajo remoto sobre las actividades para la disminución y prevención de la anemia de 6 a 24 meses de edad. • Sensibilizar al personal de enfermería asistencial presencial y de trabajo remoto sobre las actividades para la disminución y prevención de la anemia de 6 a 24 meses de edad. 	<p>Cuestionario de preguntas. Registro de asistencia a las capacitaciones.</p>	<p>Relación del participantes.</p>	<p>100% del total de personal capacitado</p>	<p>Enero a diciembre 2020</p>	<p>Licenciada de enfermería encargada de Anemia y responsable de consultorio CRED del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec</p>
---	--	------------------------------------	--	-------------------------------	--

3.5 Recursos

3.5.1 Materiales

- Papel lustre 10 pliegos (color azulino)
- Hojas bond A4 (2 millar)
- Plumones de Colores N° 56 (color rojo, azul, negro, verde, 5 unidades cada uno)
- Plumones de pizarra acrílica (azul, negro, verde, rojo 3 unidades cada uno)
- Cartulina de colores (blanca, rosada, celeste, amarilla, verde 10 unidades cada una).
- Globos N°9 (01 bolsa de 50 unidades color rojo y una bolsa de 50 unidades color verde)
- Centímetro (04)
- 01 Caja Organizadora N° 50 con ruedas.
- Tijeras de papel (4 unidades)
- Goma (02 frascos grandes)
- Papel crepe 15 pliegos de colores (blanco, rojo, fucsia, amarillo, verde 3 cada color)
- Alfileres 3 cajas
- Chinchas 3 cajas
- Impresiones a colores (40 hojas)
- 01 regla de 20 cm
- Grapas 2 cajas.
- 16 pilas AA para el equipo del hemoglobinometria (nuevos) y para el micrófono.
- 6 pilas grandes para el megáfono Altavoz (perifoneo).

3.5.2 Humanos

- Coordinadora de Enfermería: Lic. Victoria Cuchi
- Enfermera encargada de Anemia: Lic. Luz Elizabeth Ramirez Felix
- Profesionales de Enfermería en trabajo presencial (4) en el consultorio de CRED del C.S.M.I. Perú Corea Pachacutec
- Profesionales de Enfermería en trabajo remoto (03) del C.S.M.I. Perú Corea Pachacutec
- Profesional de Nutrición del C.S.M.I. Perú Corea Pachacutec: Lic. Yanet Diestra
- Técnicos de Enfermería.
- Área de Digitación del C.S.M.I. Perú Corea Pachacutec: Srta. Kimberly Azabache

3.6 Ejecución

La ejecución de las actividades del plan de intervenciones se ha realizado el 2020 en 150 niños de 6 a 24 meses con anemia del consultorio de CRED del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec con el personal de enfermería capacitado. Las intervenciones se han realizado como parte de la atención diaria en el consultorio de CRED y actividades extramurales.

Se realizó un padrón de niños de 6 a 24 meses de la jurisdicción de Centro De Salud Perú Corea Pachacutec con diagnóstico de anemia.

Monitoreo semanal sobre el consumo del tratamiento de anemia y actualización de datos, mediante llamadas telefónicas a cargo de las colegas que trabajan de modo remoto

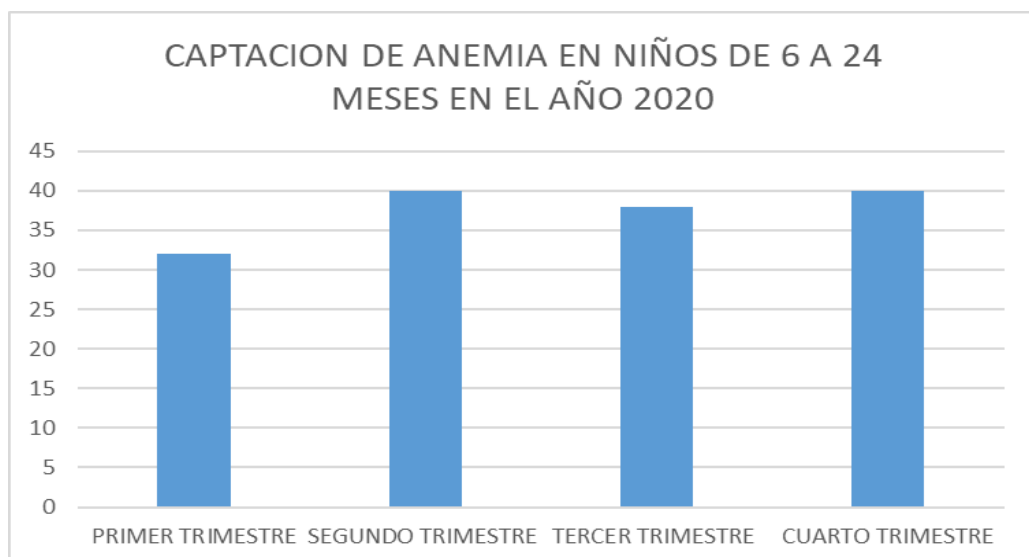
Se hizo un distintivo en las historias de los niños con diagnóstico con anemia y se colocó un cuadro para podernos facilitar el seguimiento de anemia anexo 2

Se organizó las citas con nutrición para dosaje de hemoglobina y citas con medicina para recibir el tratamiento de anemia mensual

Se realizó visitas domiciliarias por faltar a sus citas.

Durante la ejecución de las intervenciones hubo mucho apoyo de parte del personal de salud para poder lograr los objetivos deseados a pesar de la pandemia del covid-19. La consejería que se dio a las madres de familia vía telefónica o presencial en todo momento también tocábamos el tema de las medidas de prevención sobre el covid-19, sabíamos que a pesar que estábamos pasando momentos muy difíciles en la historia del mundo, nuestra meta de disminuir la anemia estaba por encima de todo, no podíamos continuar viendo tantos niños con anemia así que continuamos con todo lo que estaba organizado.

CAPTACION DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA EN EL AÑO 2020					
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
CAPTACION DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN EL AÑO 2020	32	40	38	40	150



**SEGUIMIENTO DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA
SE DESIGNA POR COLOR**

COLOR	LIC. ENFERMERIA	Nº NIÑOS CON ANEMIA
	LIC. DENIS	32
	LIC. LUZ CONTRERAS	40
	LIC. ROSANGELA	38
	LIC. YANETH	40

3.7 Evaluación

Las actividades de la intervención de enfermería en niños con anemia de 6 a 24 meses fueron realizadas en un 90% por diversos motivos.

Durante los primeros meses del año hubo dificultades debido a la pandemia covid-19 de parte del personal de enfermería y de la población en general, ya se apertura el área IRAS/COVID y eso disminuyo el recurso humano destinado para las actividades de la intervención de enfermería en los niños de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia debido a ello se implementa el monitoreo vía telefónico semanal y así poder no solo dar consejería de anemia sino también de la pandemia que estábamos pasando y que se llevó muchas vidas. Durante las visitas domiciliarias las madres no deseaban recibir al personal de salud, hubo direcciones falsas, madres que se habían mudado a otro distrito, madres que se habían ido a provincia por vacaciones escolares y debido a la pandemia ya no pudieron regresar, etc. Todo esto fueron pocos casos

Durante los últimos meses tuvimos mejor aceptación con las actividades de intervención de enfermería para niños de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia de parte la población en general,

ya que pudimos sensibilizar a las madres y padres de familia para que sus menores hijos no fracasen con el tratamiento de anemia y puedan recuperarse.

En el presente cuadro se puede deducir que se cumplió la meta propuesta. Ya que en el primer trimestre tuvimos 32 niños de 6 a 24 meses diagnosticados con anemia y de las cuales 29 fueron recuperados esto quiere decir un 90%.

CUADRO DE COBERTURA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES CON ANEMIA

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
NIÑOS CON 1ER DOSAJE DE HEMOGLOBINA	30	40	36	38	144
NIÑOS CON 2DO DOSAJE DE HEMOGLOBINA	0	29	38	35	102
NIÑOS CON 3ER DOSAJE DE HEMOGLOBINA	0	0	29	37	66

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo se realiza debido al aumento de deserción (20%) de los niños de 6 a 24 meses con el diagnóstico de anemia del Centro De Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec. Luego de implementado el plan de intervención se llegaron a las siguientes conclusiones:
2. Al tener las historias con una distinción favoreció en identificar a los niños con diagnóstico de anemia y así no perder la oportunidad de supervisarlo en el tratamiento de anemia, si en caso viniera al centro de salud por otros motivos.
3. Al realizar un padrón de los niños de 6 a 24 meses diagnosticados con anemia se puede evidenciar el mejor seguimiento y/o monitoreo por ende un menor porcentaje de deserción al tratamiento de anemia.
4. Al mantener constante comunicación mediante las llamadas telefónicas semanal con las madres de los niños de 6 a 24 meses pudimos resolver sus dudas o consulta del tratamiento de anemia y así conseguir una educación de prevención adecuada y evitar que los niños fracasen en el tratamiento de anemia.
5. Se logra también sensibilizar sobre anemia a las madres y así esto sea multiplicado en la familia y comunidad.
6. La supervisión por medio de las visitas domiciliarias favoreció en gran medida a la adherencia al tratamiento y a evitar el fracaso al tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda en este presente trabajo a DIRESA CALLAO que implemente multidisciplinario conformado por médico, enfermera, nutricionista y técnico para el seguimiento de anemia permanente en los establecimientos de salud.
2. Se recomienda a trabajo en equipo, organizado y tener un clima laboral armonioso entre el personal de salud para así poder lograr los objetivos orientadas en la prevención de anemia desde la captación, suplementación y seguimiento.
3. Se sugiere dar sesiones educativas sobre alimentación saludable y lactancia materna para prevenir la anemia en nuestros niños menores de 6 meses.
4. Se sugiere el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, seguimiento y monitoreo permanente de los casos de anemia en niños de 6 a 24 meses
5. Se sugiere que el monitoreo vía telefónica sea una consejería integral y holística para así poder mantener sano no solo al niño en tratamiento de anemia sino también en sus vacunas, control de CRED y a los integrantes de la familia,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavaleta Nelly, Astete-Robilliard Laura. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2017 Oct [citado 2021 Feb 24]; 34(4): 716-722. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400020&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251>.
2. The prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015.
(https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/, accessed 7 September 2015)
3. <https://gestion.pe/peru/peru-redujo-nivel-de-anemia-en-ninos-de-435-a-401-en-el-2019-anuncio-el-midis-noticia/#:~:text=La%20meta%20del%20Gobierno%20%E2%80%93seg%C3%BAAn,hasta%2019%25%20en%20el%202021>
4. Hualca Cabrera, M. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán- Ecuador; 2016. 39
5. Pilco Yambay, N. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre prácticas alimentarias adecuadas en la prevención de anemia en niños de 1 a 4 años. Laime San Carlos, Guamote, enero a junio 2016. Tesis para optar el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Ecuador; 2016.
6. Rodríguez García, M. Corrales Reyes, I. García Raga, M. Rodríguez Suárez, C. Algas Hechavarría, L. (2015). Efectividad de estrategia

educativa sobre anemia ferropénica para familiares de niños menores de 2 años. Rev. de investigación de Ciencias Biológicas y de la Salud [internet] 2015; [consultado 25 de agosto 2019] Vol. XX. Número 1, 27 - 31. Disponible en:

<https://biotecnia.unison.mx/index.php/biotecnia/article/view/526>

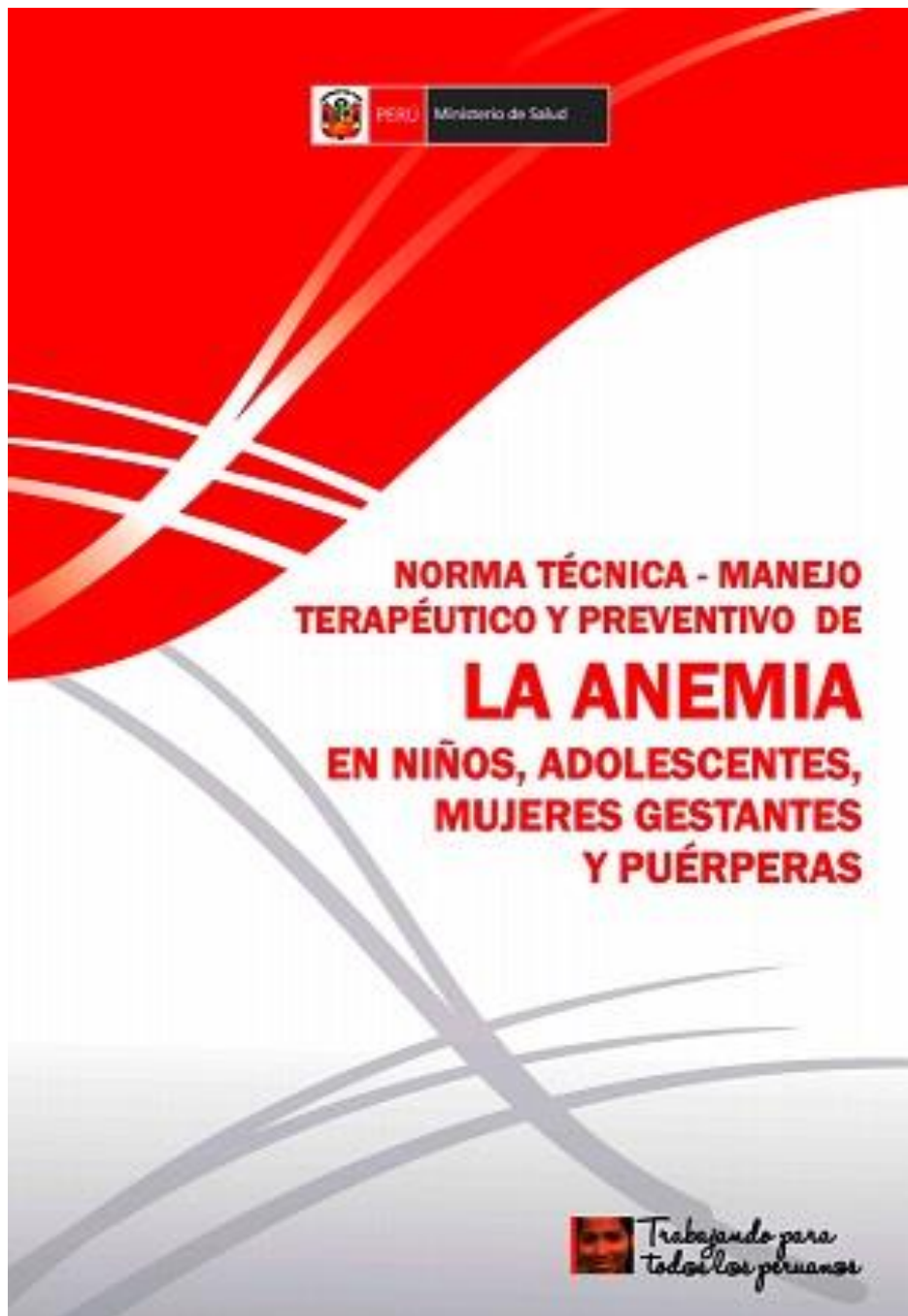
7. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5672/1/06%20ENF%20782%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
8. Serrano Utani, Vilma Cuidados de enfermería en niños con anemia de 6 a 12 meses, Centro de Salud Tamburco, Abancay - Apurímac, 2016
9. Chumpisuca Arando, Concho "Cuidado de enfermería en niños menores de cinco años con anemia en el centro de salud Palpacachi – Microred Lambraña - Red de Salud Abancay 2015-2017"
10. Luna Sequeiros, Doris Eufemia "Cuidados de enfermería en niños con anemia de 6-36 meses en el Centro de Salud de Combapata Cusco 2015-2017"
11. Jaramillo Rondan, Cecilia Delfina. Disminuyendo La Anemia En Niños Menores De Tres Años De La Jurisdicción Del Centro De Salud Quiches - Sihuas, 2020. 2021.
12. Yusneily Baralt Diseño: Kleyber Castellano. Rol de enfermería en los niveles de prevención [Internet]. Publicado el [30 de jul. de 2012]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/blacksaturn/rol-de-enfermera-en-losniveles-deprevencion>
13. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de 67 Enfermería de Jaén; 2010
14. Anemia ferropénica: Tratamiento. BASTOS OREIRO, M.Rev. esp. enferm. cavar. [en línea]. 2009, vol.101, n.1, pp.70-70. ISSN 1130-0108.
15. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas

16. Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA www.ins.gob.pe
17. <https://www.clinicasanfelipe.com/articulos/anemia-ferropenica-pediatria>

ANEXOS

ANEXO 1


NORMA TÉCNICA DE MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE ANEMIA




ANEXO 2

HISTORIA DIFERENCIADA DE ANEMIA

Gobierno Regional del Callao
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
ESTABLECIMIENTO



HISTORIA CLÍNICA



APPELLIDO PATERNO: FUERTO

APPELLIDO MATERNO: SOSA

NOMBRES: GOZARLO

1	0	0	4	79
---	---	---	---	----

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

ANEXO 2

MODELO DE FORMATO PARA LA HISTORIA CLINICA

FICHA DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO
TERAPEUTICO DEL NIÑO CON ANEMIA

FECHA	EDAD	EXAMEN DE		TRATAMIENTO		VISITA DOMICILIARIA
		HEMOGLOBINA	N°	FECHA		
16/09/20	8m	10.7 g/dl	1	16/09/20		
		HB DE INICIO				
19/10/20	9m	11.7	2	19/10/20		
		1ra HB Control				
			3	19/10/20		
12/12/20	11m	12.1	4	12/12/20		
		2do HB Control				
			5	18/12/20		
17/2/21	1a1m	10.4	6	17/2/21		
19/3/21	1a2m	11.7	TA	19/3/21		
		3er HB Control				

N° Archivo clínico: 100179

UBICACIÓN

COORDENADAS

N° Historia clínica:	SD-N00000919
Sexo:	Masculino
Tipo seguro:	
NINGUNO	: SD-N00000919
Fallecido:	
Fallecido:	

TUVAL

Provincia:

Dirección: mz. d it. 26 aa. hh. los pinos

Localidad:

Referencia: a 2 cuadras antes de llegar a guadalupe

N° Teléfono: N° Celular:

Fecha de Atención	Servicio / Consultorio	Diagnóstico (Motivo de Atención)

NINGUN : SD- N00000919 tucto SOSA gonzalo A.C: 100179

27/12/2019

ANEXO 3
MODELO DE VISITA DOMICILIARIA



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CALLAO



HOJA DE VISITA DOMICILIARIA

ESTABLECIMIENTO: CSMI. PERÚ COREA PACHACUTEC

NOMBRE DEL VISITADOR Y CARGO:.....

NOMBRE DEL VISITADO:.....

EDAD:.....Nº H.CL:.....FECHA:.....

DIRECCIÓN:.....

MOTIVO DE LA VISITA:.....

ACUERDOS:.....

.....

.....

FIRMA VISITADOR

.....

FIRMA DEL VISITADO

ANEXO 4

MODELO DE FICHA DE ANEMIA

FICHA DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO TERAPEUTICO DEL NIÑO CON ANEMIA

FECHA	EDAD	EXAMEN DE	TRATAMIENTO		VISITA DOMICILIARIA
		HEMOGLOBINA	N°	FECHA	
		HB DE INICIO	1		
		1ra HB Control	2		
			3		
		2do HB Control	4		
			5		
			6		
		3er HB Control	TA		

ANEXO 5
FOTOS DE CAPACITACIÓN EN ENERO 2019



FOTOS DE VISITAS A NIÑOS COM ANEMIA EN ENERO 2019



ANEXO 6

FOTOS DE REUNIONES PARA EVALUACION SEMESTRAL DE LAS INTERVENCIONES



FOTOS DE VISITA A NIÑOS DE ANEMIA EN EL 2020

