

MANEJO TERAPEUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN GESTANTES Y PUERPERAS



Lic. Silvia Villegas Lazo.
Coord. ESANS –DIRESA JUNIN

ANEMIA FERROPENICA

- Se calcula que un 41,8% de las embarazadas del mundo padecen anemia₁, y se considera que como mínimo la mitad de esta carga de anemia obedece a la carencia de hierro ₂



1.OMS/CDC. *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO Global Database on Anaemia*. Ginebra, Organización,Mundial de la Salud, 2008

2. OMS/UNICEF/UNU. *Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001

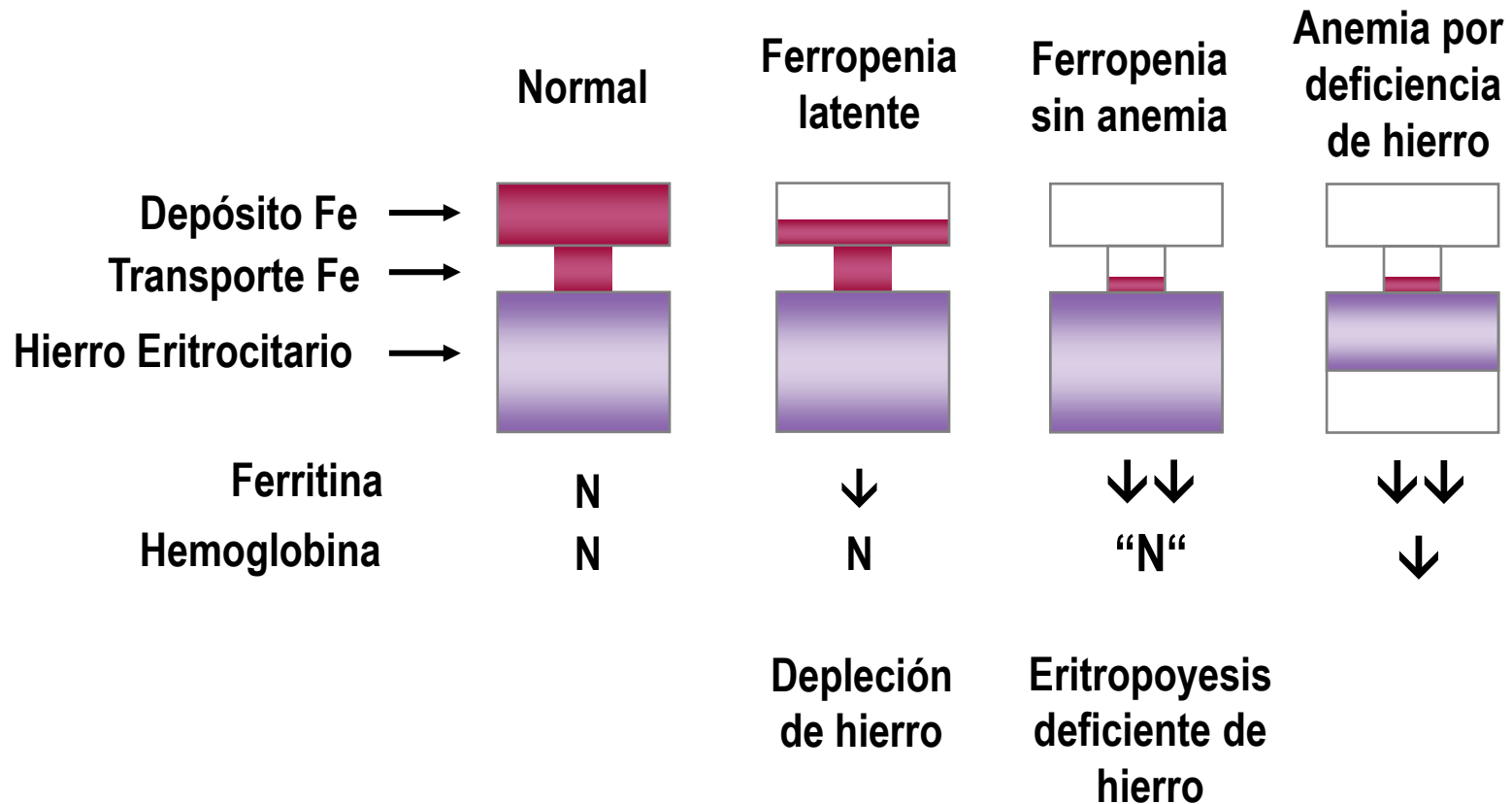
- La medición de las concentraciones séricas de hemoglobina es la prueba primaria para identificar anemia, pero no es específica para la identificación de la deficiencia de hierro ^{3,4,5}



3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) routine care for healthy pregnant women. London, 2008.
4. Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong S, Oppenheimer C. UK guidelines on the management of iron deficiency in Pregnancy. British Society for Haematology, 2011.
5. Oregon Evidence-based Practice Center. Rockville (MD) Screening for Iron Deficiency Anemia in Childhood and Pregnancy: Update of the 1996 U.S. Preventive Task Force Review

Anemia por deficiencia de hierro

Etapas de la deficiencia de hierro



En el mundo, un 40% de las mujeres en edad fértil, tienen valores de ferritina que indican deficiencia subclínica de hierro.

En el Perú esta cifra puede ser hasta de un 80% (dependiendo de su condición social y su lugar de residencia).

Hierro y Gestación

Durante el último trimestre de la gestación, el feto acumula hierro suficiente para cubrir sus necesidades durante los primeros cuatro meses de vida extrauterina.

Cuando la madre presenta anemia por deficiencia de hierro, no dota a su hijo de cantidades suficientes del nutrimento, por lo que la reserva corporal del pequeño llega a ser menos de la mitad que la de los hijos de madres con un buen estado de nutrición en hierro y solo alcanzan aproximadamente dos meses post parto.

Suplementación y tratamiento oportuno de la anemia en gestantes



DIARIO OFICIAL DEL BICENTENARIO

El Peruano

FUNDADO EL 22 DE OCTUBRE DE 1825 POR EL LIBERTADOR SIMÓN BOLÍVAR

Enviar a un amigo



Descargar Contenido en



Aprueban Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas

RESOLUCIÓN MINISTERIAL

Nº 250-2017/MINSA

Lima, 12 de abril del 2017

Visto el Expediente N° 17-009903-001, que contiene la Nota Informativa N° 424-2017-DGIESP/MINSA, y el Informe N° 012-2017-DVC-DVICI-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral V del Título Preliminar de la precitada Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad establece que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;

Rangos de referencia para el diagnóstico de anemia en gestantes y puérperas (hasta 1000 msnm)

	Nivel de Hemoglobina	
	Normal	Anemia
Gestantes	≥11,0 g/dl	<11,0 g/dl
Puérperas	≥12,0 g/dl	<12,0 g/dl

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

Clasificación de la anemia según severidad clínica en gestantes y puérperas (hasta 1000 m.s.n.m.)

Grado de Severidad	Nivel de Hemoglobina	
	Gestantes	Puérperas
Anemia leve	10,0-10,9 g/dl	11,0-11,9 g/dl
Anemia moderada	7,0- 9,9 g/dl	8,0- 10,9 g/dl
Anemia Severa	< 7,0 g/dl	< 8,0 g/dl

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

DOSAJE DE HEMOGLOBINA

Para determinar el valor de la hemoglobina se utilizará únicamente métodos directos como la espectrofotometría y el hemoglobinómetro.

Dosajes de Hemoglobina en gestantes y puérperas sin Anemia por deficiencia de Hierro

Nº Dosaje	EDAD GESTACIONAL
1er.	Durante el primer control prenatal
2do.	Entre la semana 25 y 28 de gestación.
3er.	Entre la semana 37 y 40 (antes del parto)
4to.	A los 30 días post parto (término de la suplementación)

Dosajes de Hemoglobina durante el tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro

GRADO DE ANEMIA	DOSAJES DE HEMOGLOBINA
Anemia Leve Hb.: 10,0 - 10,9 mg	Cada 4 semanas hasta que la Hb. alcance valores de 11 g/dl a más (Valores ajustados a los 1000 m.s.n.m.)
Anemia Moderada Hb.: 7,0 - 9,9 mg	

- En lugares ubicados a > 1000 m.s.n.m, se hará el ajuste de la hemoglobina observada, estará a cargo **del responsable de la atención. (Laboratorio NO realizará el ajuste)**
- Se registrará en la historia clínica el tiempo de permanencia en el lugar donde se realizará la prueba. Si la permanencia es < 3 meses se tomará en cuenta la altura del lugar donde proviene la gestante.



Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altura.

ALTITUD (msnm)		Ajuste por altura	ALTITUD (msnm)		Ajuste por altura	ALTITUD (msnm)		Ajuste por altura
DESDE	HASTA		DESDE	HASTA		DESDE	HASTA	
1000	1041	0.1	3082	3153	2.0	4183	4235	3.8
1042	1265	0.2	3154	3224	2.1	4236	4286	3.9
1266	1448	0.3	3225	3292	2.2	4287	4337	4.0
1449	1608	0.4	3293	3360	2.3	4338	4388	4.1
1609	1751	0.5	3361	3425	2.4	4389	4437	4.2
1752	1882	0.6	3426	3490	2.5	4438	4487	4.3
1883	2003	0.7	3491	3553	2.6	4488	4535	4.4
2004	2116	0.8	3554	3615	2.7	4536	4583	4.5
2117	2223	0.9	3616	3676	2.8	4584	4631	4.6
2224	2325	1.0	3677	3736	2.9	4632	4678	4.7
2326	2422	1.1	3737	3795	3.0	4679	4725	4.8
2423	2515	1.2	3796	3853	3.1	4726	4771	4.9
2516	2604	1.3	3854	3910	3.2	4772	4816	5.0
2605	2690	1.4	3911	3966	3.3	4817	4861	5.1
2691	2773	1.5	3967	4021	3.4	4862	4906	5.2
2774	2853	1.6	4022	4076	3.5	4907	4951	5.3
2854	2932	1.7	4077	4129	3.6	4952	4994	5.4
2933	3007	1.8	4130	4182	3.7	4995	5000	5.5
3008	3081	1.9						

Esquema de suplementación con hierro y ácido fólico en la etapa preconcepcional, gestantes y puérperas

ETAPA	MICRO NUTRIENTES	CANTIDAD	PRODUCTO A UTILIZAR	TIEMPO
Pre-concepción	1 mg. de ácido fólico	1 tableta diaria	Ácido fólico	Tres meses antes del embarazo.
Gestación	500 ug. de ácido fólico	1 tableta diaria	Ácido fólico	Durante las primeras 13 semanas de gestación.
	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de ácido fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/ Ácido fólico o Hierro polimaltosado / Ácido fólico(*)	A partir de la semana 14 de gestación.
	120 mg de He elemental + 800 ug. de ácido fólico	2 tabletas diarias	Sulfato ferroso/ Ácido fólico o Hierro polimaltosado / Ácido fólico(*)	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32.
Puerperio	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de ácido fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/Ácido fólico o Hierro polimaltosado / Ácido fólico(*)	Hasta los 30 días después del parto.

Nota: (*) Ceñirse a la Norma técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el PNUME RM. N° 540-2011/MINSA.

Los medicamentos que se requieren para el tratamiento de la anemia son financiados por cada Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFA, según corresponda

Tratamiento de Anemia con hierro y ácido fólico en Gestantes y Puérperas

CONDICION DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO
Anemia Leve Hb.: 10,0 - 10,9 g/dl	120 mg de hierro elemental + ácido fólico	Sulfato ferroso + ácido fólico ò Hierro Polimaltosa + ácido fólico.
Anemia Moderada Hb.: 7,0 - 9,9 g/dl		
	Hasta que la Hb. alcance valores de 11 g/dl a más	
Anemia Severa Hb.: < 7,0 g/dl	Tratar como si fuera anemia leve o moderada y <u>referir</u> a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología). Al ser diagnosticada con anemia de grado moderado <u>retornará</u> al establecimiento del primer nivel de atención para continuar con su tratamiento, según norma vigente	



Cuando la Hemoglobina alcance valores de 11 mg/dl o más, se continuará con un tratamiento complementario en la misma dosis por un lapso de tres meses más para reponer las reservas de hierro.

Tratamiento: 6 meses

Interacción entre nutrientes y fármacos

Prevención de preeclampsia

En áreas donde el consumo de calcio en la dieta es bajo, se recomienda la administración de suplementos de calcio durante el embarazo a dosis de 1.5 a 2.0 g de calcio elemental por día en todas las mujeres, pero especialmente en aquellas que tienen un riesgo alto de desarrollar preeclampsia.

Suplementación preventiva de calcio

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación en una dosis de 1500mg a 2000 mg al día, junto con los alimentos y en forma fraccionada (dos - tres veces /día) y a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto. La suplementación de calcio debe administrarse con varias horas de diferencia de la de hierro.

Contenidos priorizados en la consejería

- En el caso de administrar el Sulfato Ferroso con ácido fólico, indicar que su consumo debe ser realizado con el estómago vacío, ya sea en las mañanas (ayunas) o dos horas antes o después de las comidas.
- Si se consume Hierro Polimaltosado, no hay inconvenientes que se consuma junto a las comidas.



Contenidos priorizados en la consejería



- Los suplementos de hierro no deben ser administrados junto con antibióticos, se suspenderá su consumo durante dure el tratamiento y se reiniciará al termino del mismo (Excepto VIH y TB).
- Los suplementos de hierro deberán ser consumidos acompañados sólo de agua hervida. La combinación de suplementos de hierro con ácido ascórbico puede conducir, en algunos casos, al aumento de la tasa de efectos secundarios, por la liberación de altas dosis de hierro a nivel gastrointestinal.

Contenidos priorizados en la consejería



- Evitar su consumo junto con:
 - Leche, yogurt, café, té, soya, infusiones o mates de hierbas (manzanilla, anís, hierba luisa, muña, entre otros) porque impiden la absorción del hierro.

Interacción entre nutrientes y fármacos

La presencia de magnesio y calcio en productos combinados puede inhibir la absorción de Hierro polimaltosado: preparados de liberación lenta.

El tratamiento asociado a antibióticos como: Quinolonas, ciclinas, L-tiroxina, levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (Aluminio, Zinc) disminuye su absorción a nivel digestivo.

Interacción entre nutrientes y fármacos

- Ciprofloxacino (quela hierro)
 - Ranitidina, omeprazol y otros antiácidos (quela hierro)
 - Penicilina, tetraciclinas (biodisponibilidad se reduce con el hierro)
-
- Suspender la prescripción de hierro en la gestante por el periodo que se encuentre recibiendo antibióticos

Contenidos priorizados en la consejería ante la presencia de efectos secundarios

Explicar a la gestante que dentro de los efectos secundarios al consumo de sulfato ferroso se encuentran el estreñimiento o diarrea, dolores abdominales, y náuseas, sin embargo estas molestias son generalmente leves o pasajeras; si continúan, acudir al establecimiento de salud para su evaluación.

Las náuseas, vómitos y diarrea son temporales, se podría resolver fraccionando la dosis o cambiando el horario de su consumo.

El estreñimiento desaparecerá conforme consuma más alimentos ricos en fibra (cereales integrales, frutas y verduras) y agua.

Las heces podrían cambiar a un color oscuro o negro, ya que el hierro que no es absorbido se excreta en las heces y provoca un cambio en el color. Esto desaparecerá al finalizar la suplementación o tratamiento.

EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO

- Cuando la adherencia al sulfato ferroso + ácido fólico no sea adecuada ($< 75\%$) o se presentan efectos adversos que limiten la continuidad de la misma con este producto, se podrá emplear como alternativa el hierro Polimaltosado ^{10.11.12}. En estos casos, se deberá llenar el formato “Notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos para profesionales de la salud” aprobada con Resolución Directoral Nro. 993-99-DG-DIGEMID

10. Ortiz R, Toblli JE, Romero JD, Monterrosa B, Frer C, Macagno E, Breymann C. Efficacy and safety of oral iron (III) polymaltose complex versus ferrous sulfate in pregnant women with iron-deficiency anemia: a multicenter, randomized, controlled study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Nov; 24

11.. Kamar Ch, Zahedabano, Meenakumari A: Comparative study of efficacy and safety of iron polymaltose complex with ferrous sulphate in antenatal women with moderate anemia.

12 Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong S, Oppenheimer C. UK guidelines on the management of iron deficiency in Pregnancy. British Society for Haematology, 2011.

MINISTERIO DE SALUD

No. 069-2016/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, ...4... de FEBRERO... del 2016

Visto, el Expediente N° 15-117707-002 que contiene el Memorándum N° 5609-2015-DGSP/MINSA, el Informe N° 066-2015-DGSP-DAIS-ESN-ANS/MINSA, y el Memorándum N° 052-2016-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, así como el Informe N° 0012-2016-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud;



CONSIDERANDO:

SEGUIMIENTO A LA SUPLEMENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

- El equipo de atención integral que atiende a la gestante en la suplementación y tratamiento de la anemia (Médico, obstetra, nutricionista, técnico y otros) es responsable del monitoreo a nivel INTRAMURAL y EXTRAMURAL, para lo cual utilizará la «Ficha de seguimiento a gestantes en tratamiento y suplementación con ácido fólico»

EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- Todo personal de la salud que atienda a una gestante o puérpera en el EE.SS debe MONITOREAR LA ADHERENCIA AL CONSUMO



PINZAMIENTO OPORTUNO DEL CORDÓN UMBILICAL

Retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los cuatro meses de vida





foto: *clairity* / www.guiadebebes.com

La diferencia del hierro corporal total entre los bebés a los que se les ha practicado el pinzamiento temprano es equivalente a dos meses de requerimiento de hierro.

Es beneficioso tanto para el prematuro como en el bebé con bajo peso al nacer inclusive en las madres deficientes en hierro

Recomendaciones de la OMS

Se recomienda el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de dar a luz) en todos los nacimientos, al tiempo que se inician simultáneamente los cuidados básicos del recién nacido.

Salvo que el recién nacido sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación.

ALIMENTACION BALANCEADA Y RICA EN NUTRIENTES

ORIGINALES

Localizador web
Artículo 45.249

Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes

G.H. Marín, P. Fazio, S. Rubbo, A. Baistrocchi, G. Sager y A. Gelemur

Objetivo. Determinar la prevalencia de anemia y evaluar sus factores condicionantes.

Emplazamiento. Consultorios externos en el área de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Diseño. Estudio observacional, prospectivo.

Participantes. Todas las gestantes que consultaron por primera vez, excluyéndose aquellas con patología previa o ingesta regular de fármacos.

Mediciones. Se consideró anemia valores de Hb < 11 g/dl. Se realizaron encuestas para evaluar datos generales y tipo de alimentación y un estudio hematológico completo.

Resultados. Participaron en el estudio 1.218 gestantes. Se detectó anemia en 19% de ellas (16%) siendo la Hb promedio de este grupo 9,88 g/dl. Entre aquellas embarazadas normales y anémicas se detectaron diferencias respecto al peso en primera consulta (64,44 frente a 59,50; $p < 0,00001$), ingreso familiar (744,36 frente a 568,28 dólares; $p < 0,00001$), kilocalorías ingeridas (2.488,44 frente a 2.204,28; $p = 0,01$), porcentaje de proteínas de la dieta (15,73 frente a 13,69; $p = 0,002$) y hierro semanal consumido (15,24 mg frente a 13,04; $p < 0,0001$).

Conclusiones. En su primera consulta, un 16% de gestantes estaban anémicas. Existe mayor riesgo de presentar anemia en aquellas gestantes con dietas que contienen < 1.800 kcal, < de 13% de proteínas, valores < 7 mg de hierro semanal, hierro hémico < al 10% e ingreso mensual familiar < 400 dólares. Asegurar una dieta adecuada y mejorar las condiciones socioeconómicas de esta población disminuirá el riesgo de anemia durante la gestación y sus consecuencias perinatales.

Palabras clave: Embarazo. Nutrición. Anemia.

PREVALENCE OF ANAEMIA IN PREGNANCY AND ANALYSIS OF THE UNDERLYING FACTORS

Objective. To determine the prevalence of anaemia and to evaluate the factors that condition its occurrence.

Setting. Out-patient clinics in the La Plata area, Buenos Aires, Argentina.

Design. Observational and prospective study.

Participants. All the pregnant women consulting for the first time, excluding those with prior pathology or regular use of medical drugs.

Measurements. Anaemia was defined at values of Hb < 11 g/dl. Questionnaires were administered for general data and the type of nutrition, and a complete haematological report was compiled.

Results. 1218 pregnant women started the study. Anaemia was detected in 19% of them (16%), with average Hb 9.88 g/dl. Between normal and anaemic pregnant women, the following differences were found between the first and second consultations: weight (64.44 vs 59.50, $p < 0.00001$), family income (US\$744.36 vs 568.28, $p < 0.00001$), kilocalories ingested (2,488.44 vs 2,204.28, $p = 0.01$), percentage of proteins in diet (15.73 vs 13.69, $p = 0.002$), and weekly iron consumption (15.24 mg vs 13.04, $p < 0.0001$).

Conclusions. Pregnant women run a greater risk of suffering anaemia if they have diets of < 1800 kcal, < 13% proteins, less than 7 mg of iron per week, and haemic iron < 10%; and family income below US\$400. Ensuring a proper diet and improving the social and economic conditions of this population group will reduce the risk of anaemia during pregnancy and its perinatal consequences.

Key words: Pregnancy. Nutrition. Anaemia.

Hospital San Martín. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires-La Plata.

Conclusiones. En su primera consulta, un 16% de gestantes estaban anémicas. Existe mayor riesgo de presentar anemia en aquellas gestantes con dietas que contienen < 1.800 kcal, < de 13% de proteínas, valores < 7 mg de hierro semanal, hierro hémico < al 10% e ingreso mensual familiar < 400 dólares. Asegurar una dieta adecuada y mejorar las condiciones socioeconómicas de esta población disminuirá el riesgo de anemia durante la gestación y sus consecuencias perinatales.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA GESTANTE

La gestante debe comer más veces que antes, además de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) es necesario incluir un refrigerio al día

Las puérperas deben comer tres comidas principales más dos refrigerios



Ejemplos de refrigerios para gestante (Aprox. 285 Kcal)

Refrigerios nutritivos para gestantes o puérperas

- Una papa mediana sancochada, con una tajada de queso y un vaso de limonada.
- Un plato mediano de mazamorra de maíz con leche.
- Un pan con un huevo duro y un vaso de naranjada.
- Una papa rellena de hígado de pollo con un vaso de limonada.
- Un plato mediano de saltado de sangrecita con media papa sancochada.



La gestante no debe comer el doble, sólo añadir a la comida regular un refrigerio nutritivo.



La gestante debe comer 5 cucharadas de
alimentos de origen animal como: hígado,
sangrecita, bazo, pescado, etc
2 VECES AL DIA

TODOS LOS DÍAS.

NIVEL DE ABSORCIÓN DEL HIERRO

El nivel de absorción del hierro varía en función al tipo de alimento (entre 1% y 50%) y en función a los depósitos en el organismo.

Hay dos tipos de hierro en los alimentos:

- Hierro de productos animales (Heme)
- Hierro procedente de los vegetales (no Heme)



HIERRO HEMINICO : Hierro contenido en las carnes (ALTA ABSORCIÓN ENTRE 15 A 35%)



Figura 2: Contenido de hierro* en 100 g. de alimentos de origen animal

Alimento	Hierro (mg)	Alimento	Hierro (mg)
Sangre de pollo cocida	29,5	Pavo, pulpa	3,8
Bazo	28,7	Carne de res, pulpa	3,4
Hígado de pollo	8,5	Pescados	2,5-3,5
Riñón	6,8	Carnero, Pulpa	2,2
Pulmón (Bofé)	6,5	Pollo, Pulpa	1,5

*Cantidad de hierro promedio.

Fuente: INS/CENAN. Tabla Peruana de Composición de Alimentos. 7ma Edición.

El pescado graso además contiene ácidos grasos importantes para la inteligencia de los niños (DHA y EPA)

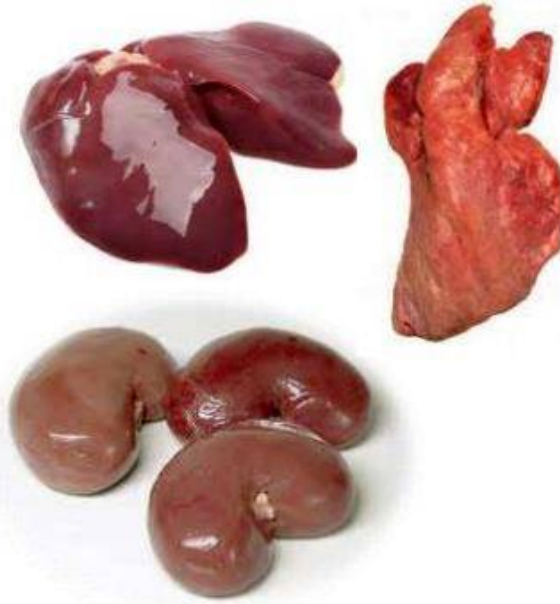
HIERRO NO HEMINICO: Hierro contenido en cereales, leguminosas, tubérculos, vegetales en general, su absorción está limitada por promotores e inhibidores presentes en la dieta (fitatos, taninos) aprox. **5%.**

“Lentejas, arvejas, pallares, habas, frejoles, etc.”

Otros nutrientes en los alimentos de origen animal.



Carnes Rojas y Vísceras



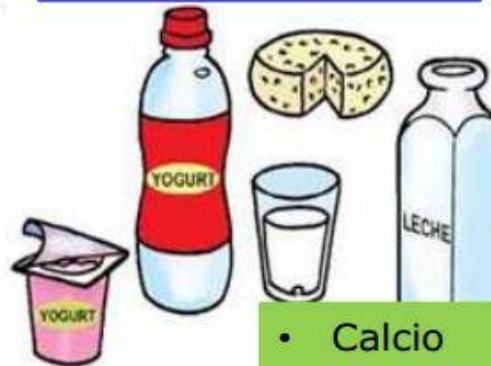
- Acido fólico
- Vitamina A
- Zinc



- Acido fólico
- Vitamina A
- Zinc

Pescados y mariscos

Lácteos y derivados



- Calcio
- Vitamina A

Huevos



- Acido fólico
- Vitamina A

¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES COSTO-EFECTIVAS QUE SE DESARROLLAN DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA DISMINUIR LA DEFICIENCIA DE HIERRO Y PREVENIR LA ANEMIA?



1ra. Medida:
Suplementación con
hierro ácido fólico
desde la semana 14 de
gestación.
Anemia: Tratamiento
inmediato
Seguimiento
continuo y oportuno

2da. Medida:
Corte
oportuno del
CU: 2 a 3
minutos
después de
nacimiento

3ra. Medida:
Promoción y
protección de la
lactancia materna,
dentro de la 1ra. hora
de nacido, exclusiva
hasta los 6 meses de
edad y prolongada
hasta los 2 años.

4ta. Medida:
Suplementación
con
MMN/HIERRO a
niñas y niños de
4 a 35 meses.

5ta. Medida:
Alimentación
complementaria
que *incorpore*
alimentos de
origen animal
ricos en hierro.

6ta. Medida:
Promoción de la
práctica de
lavado de manos
con agua y jabón

Niña/Niño:

- Desarrollo cognitivo normal
- Capital humano preservado
- Desarrollo individual y social

Embarazo

Parto

6 meses

3 años

Periodo de rápido crecimiento



“Prevenir y tratar precozmente la deficiencia de hierro y la anemia en las gestantes, con intervenciones efectivas, ayudará en la disminución de la incapacidad y por ende la pobreza en nuestro país”.





Muchas Gracias