



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FORTALECIENDO LA ADHERENCIA AL CONSUMO  
DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS (AS)  
MENORES DE 3 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD  
DE AIJA – ANCASH, 2018**

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

**AUTORA:**

**LIC. ENF. DENISSE LUPE SÁNCHEZ CASTILLO**

**ASESORA:**

**MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA**

**HUARAZ – PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR**

**Mgtr. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES**

**PRESIDENTA**

**Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA**

**MIEMBRO**

**Mgtr. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN**

**MIEMBRO**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la oportunidad, fortaleza y actitud para seguir adelante, y así alcanzar mis objetivos en la vida.

A mis queridos padres Lino Y Zenaida Quienes supieron guiar mi camino, inculcándome valores como persona y como profesional, gracias por estar siempre alentándome y apoyándome para cumplir mis sueños

A mis queridos hijos Aarón y Liam quienes son el motor y motivo de mi vida, ya que con un abrazo y sonrisa me fortalecen Para seguir creciendo personalmente.

## **DEDICATORIA**

Con todo cariño a mis queridos padres Lino y Zenaida por haberse sacrificado brindándome cuidado, cariño y educación en los primeros años de mi vida, hasta darme una carrera universitaria, con la cual puedo desenvolverme dentro de la sociedad, y por seguir confiando en mí brindándome su apoyo moral, y por estar junto a mí aun en esta etapa de mi vida.

**Denisse Lupe Sánchez Castillo**

## ÍNDICE

	<b>Pag</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iv</b>
<b>I. PRESENTACION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. HOJA RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
2.1. Título del trabajo académico.....	3
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región).....	3
2.3. Población Beneficiaria.....	3
2.4. Institución que lo presenta.....	3
2.5. Duración del trabajo académico.....	4
2.6. Costo total o aporte solicitado/ aporte propio.....	4
2.7. Resumen del trabajo académico.....	4
<b>III. JUSTIFICACION.....</b>	<b>6</b>
<b>IV. OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>V. METAS.....</b>	<b>2</b>
<b>VI. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.....	29
6.2. Sostenibilidad del trabajo académico.....	32
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION.....</b>	<b>34</b>
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS.....</b>	<b>42</b>
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>57</b>

## I. **PRESENTACIÓN :**

La baja adherencia al consumo de multimicronutriente es un problema social, que podría con llevar a la restricción del crecimiento infantil disminuyendo el sistema inmunológico. Los multimicronutrientes son una solución simple y viable que asegura que los niños reciban los nutrientes necesarios para controlar la anemia y crecer saludables y fuertes (1).

La anemia infantil por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú, con indicadores de prevalencia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, la erradicación de la anemia debería ser una prioridad por parte de los gobiernos del Perú. Dado que el hierro es necesario en varios procesos biológicos del cuerpo humano, su deficiencia tiene consecuencias dañinas. (2).

El centro de salud Aija se encuentra ubicado en la provincia de Aija, perteneciente a la jurisdicción de la red de salud Huaylas Sur, la población tienen su propia cultura y creencia, priorizan la agricultura y ganadería, dejando de lado el cuidado del niño, muy a pesar de la sensibilización y concientización brindada por el personal de salud, todo ello conlleva a la baja adherencia del consumo de multimicronutrientes, trayendo como consecuencia el incremento de casos de anemia en niños menores de 36 meses.

Estas madres o cuidadoras ignoraran la importancia del control de crecimiento y desarrollo, acuden con menor frecuencia a los consultorios de enfermería, ocasionando deserciones, ya que en estos controles se ejecutan las consejerías, sesiones educativas, demostrativas y los tamizajes, como consecuencia se observan grandes brechas.

Desconocen los beneficios de los multimicronutrientes, pese a estas actividades preventivo promocionales no se logra disminuir los casos de anemia, es posible que sea por la falta de concientización y la ejecución de las recomendaciones proporcionadas en cada control de sus hijos, quedando la necesidad de realizar el seguimiento y supervisión, atreves de las visitas familiares.

Por ello se hace necesario iniciar un proceso de cambio, para fortalecer la adherencia de consumo de multimicronutriente en niños menores de 3 años, que acuden al Centro de Salud Aija, en este contexto planteamos el trabajo académico denominado "FORTALECIENDO LA ADHERENCIA AL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS (AS) MENORES DE 3 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD AIJA- ANCASH, 2018". Se encontrara toda la metodología de como elaboraremos el problema, el planteamiento de objetivos y el plan de trabajo, Se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del “Sistema Nacional De Inversión Pública” y del “autor Bobadilla”. Se espera que este

proyecto sea de beneficio a todos los profesionales de la salud interesados en mejorar la problemática de su centro laboral.

## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. TITULO DEL TRABAJO ACADEMICO:

**“FORTALECIENDO LA ADEHERENCIA AL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES DE LOS NIÑOS (AS) MENORES DE 3 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE AIJA– ANCASH 2018”**

### 2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Aija  
Provincia : Aija  
Departamento : Ancash  
Región : Ancash

### 2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Niños menores de 3 años adscritas en el C.S Aija.
- **Beneficiarios Indirectos:** La familia de niños menores de 3 años y el equipo de salud del Centro de Salud Aija, lograremos fortalecer la adherencia al consumo de multimicronutriente en niños menores de 3 años.



#### **2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:**

Centro de Salud Aija, Microrred Aija, Red de Salud- Huaylas Sur -  
Ministerio de Salud

#### **2.5. DURACION DEL PROYECTO:** 2 años

Fecha Inicio : Enero 2019

Fecha Término : Enero 2021

#### **2.6. COSTO TOTAL:** S/. 4727.00

#### **2.7. RESUMEN:**

El presente trabajo académico nace a raíz de la problemática de baja adherencia al consumo de multimicronutrientes en niños menores de 3 años en el C.S Aija, lo cual trae como consecuencia el incremento de índices de anemia en este grupo etario, la anemia es altamente prevalente en el mundo, afecta a casi la mitad de los niños menores de cinco años, en países de bajos y medianos ingresos, como el Perú teniendo consecuencias negativas en el desarrollo cerebral afectando las funciones cognitivas y motoras, en tal sentido nuestro gobierno se ha propuesto priorizar una serie de intervenciones para reducir este problema.

Con este trabajo académico busco fortalecer la adherencia al consumo de multimicronutriente en los niños menores de 3 años, planteando como líneas de acción: Articular las actividades con el comité multisectorial, intensificar más las actividades extramurales mediante la consejería, realizar

sesiones educativas y demostrativas sobre alimentación balanceada y preparación de multimicronutrientes, capacitación a los padres de familia y los profesionales de la salud.

Como profesional de salud busco contribuir al fortalecimiento de la adherencia al consumo de multimicronutrientes en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Aija con la finalidad de disminuir los índices de anemia, y así lograr el óptimo desarrollo psicomotor del niño.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo académico se desarrolla debido al incremento de índices de anemia en niños menores de 3 años, debido a que en esta etapa se da casi el 90 % de desarrollo cerebral del niño, el cual influye disminuyendo el logro de potencialidades, este problema en algunos casos tienen su inicio en los primeros años de vida desde la etapa prenatal, ya que las madres o cuidadoras desconocen sobre alimentación adecuada o de los productos que contienen hierro, la poca accesibilidad a los productos ricos en hierro y la escasa adherencia al consumo de multimicronutrientes, existen ciertos factores que influyen como el nivel cultura de las madres sus costumbres, creencias y las reacciones adversas.

El presente trabajo académico nos llevara a fortalecer la adherencia al consumo de multimicronutrientes en los niños menores de 3 años, se entregarán en sus respectivos controles, visitas domiciliarias, para luego realizar el seguimiento en las guardias comunitarias y APS del personal, dicha actividad se realizara haciendo uso del formato de adherencia a los multimicronutrientes según estipula la normativa, se capacitara al personal en general para el apoyo respectivo, se concertara con las autoridades.

El Centro de Salud Aija, se encuentra ubicado en la Micro red de Salud Aija, Red Huaylas Sur, es un establecimiento de Primer nivel de atención I-3, cuenta con servicios de consulta externa Medicina General, Obstetricia, Enfermería, Odontología, Laboratorio y Farmacia con

personales como médicos, obstetras, enfermeras y técnicos en enfermería para atender una población de 4000 habitantes de los cuales solo 71 son menores de 36 meses de edad presentando índices de anemia en un 47.9 % de la población infantil según la distribución del cuadro:

<b>Sector</b>	<b>Población total</b>	<b>Niños con anemia</b>	<b>Niños sin anemia</b>	<b>%</b>
<b>A</b>	11	4	7	36 %
<b>B</b>	12	7	5	58.3 %
<b>C</b>	17	4	12	23.5 %
<b>D</b>	11	5	6	45,5 %
<b>E</b>	10	5	5	50 %
<b>F</b>	10	9	1	90 %
<b>C.S Aija</b>	<b>71</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>47.9 %</b>

**Fuente:** Oficina de estadística C.S Aija-2018

El ministerio de salud provee de multimicronutriente (chispitas) para todos los niños menores de 36 meses como suplementación, la cual cubre el requerimiento diario de hierro en niños en esta etapa de vida, por lo tanto su consumo evitaría los casos de anemia sin embargo la baja adherencia a multimicronutrientes hacen que los índices de anemia sean altos en esta localidad, la cual permite evaluar la labor que estamos realizando en el primer nivel de atención ya que es allí donde se realizan las visitas a las familias a través de las guardias comunitarias, atención

primaria de salud entre otras, muchas de ellas no está direccionando adecuadamente (1).

A la fecha no se evidencian estudios en nuestro medio local, que mencionen las pautas para fortalecer la adherencia del consumo de los multimicronutriente, por ello se crea la necesidad de ejecutar su estudio, para lo cual es necesario conocer cuál es la barrera fundamental que inciden en la adherencia del mismo.

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008 la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial. El grupo más afectado por la anemia son los niños en edad preescolar el 47,3 %, seguido del grupo de mujeres gestantes con el 41,8%. La prevalencia a nivel mundial de la anemia en otros grupos de población es del 25,4% en los 9 niños en edad escolar, del 23,9% entre los ancianos, del 30,2% entre las mujeres no gestantes y solas del 12,7% entre los varones en edad adulta (2).

Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (44,4%), es más frecuente en el área rural (52,6%) que en el área urbana (41,4%), Según región natural, en el primer semestre 2017, la prevalencia de la anemia es mayor en las regiones de la Selva (52,8%) y la Sierra (49,4%), que contrastan con la Costa, donde la prevalencia de esta carencia afecta al 39,4% de las niñas y niños menores de tres años de edad (3).

A nivel de Áncash se ha dado un preocupante incremento de la anemia infantil, la cual entre 2013 y 2014 subió de 37,7 a 45,8 por ciento entre los niños

menores de tres años, 26,8 a 32,7 por ciento entre los niños menores de cinco años, la información según ENDES sobre anemia y desnutrición en la región Ancash año 2015 reporta un 54% de anemia y un 40% de desnutrición Crónica principalmente en la zona sierra de los conchucos. En el año 2016, la anemia afectó al 43.6% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, es decir, a 681 mil niñas y niños. La anemia afectó al 53,4% de niñas y niños en el área rural (202 mil niños y niñas) y en el área urbana al 39,9% (479 mil niñas y niños). La anemia en el país es en mayor proporción leve y alcanzó al 62,4% (4).

La mayor prevalencia de anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño. Una deficiencia leve o poco severa en la edad preescolar, aun cuando sea corregida, reduce en forma permanente la destreza manual de los niños, limita su capacidad de concentración y debilita su memoria (5).

También es una condición en la que se observaron signos de un suministro comprometido de hierro a los tejidos. Cuando los niveles de hemoglobina individuales están por debajo de dos desviaciones estándar (- 2DE) de la distribución media de hemoglobina en una población del mismo sexo y edad que viven en la misma altitud, se considera que hay anemia por deficiencia de hierro (6).

Existen muchas clases de anemia, pues puede constituir la manifestación de una enfermedad hematológica o un síntoma de muchas otras patologías. Muchos de estos signos son leves, de corta duración y fácil tratamiento, mientras que otros son

graves, perduran durante más tiempo y, si no se tratan, pueden resultar letales. Algunos de los tipos de anemia, anemia ferropenia, aplásica, hemolítica, perniginosa, anemia por carencia de ácido fólico (6).

La anemia por deficiencia de hierro es un tipo frecuente de anemia, como su nombre lo indica, la anemia por deficiencia de hierro se debe a la falta de hierro. Sin el hierro necesario, el organismo no puede producir una cantidad suficiente de hemoglobina, sustancia presente en los glóbulos rojos que les permite transportar oxígeno. Si no consumes suficiente hierro, o si estás perdiendo mucho hierro, tu cuerpo no puede producir la hemoglobina necesaria, y con el tiempo se manifiesta la anemia por deficiencia de hierro. Los bebés, especialmente los prematuros o los de bajo peso al nacer, que no obtienen el hierro suficiente de la leche materna o maternizada pueden correr riesgo de padecer deficiencia de hierro. Los niños necesitan una cantidad adicional de hierro durante los períodos de crecimiento (7).

Presenta los siguientes signos y síntomas, como Fatiga extrema, debilidad. Piel pálida, dolor en el pecho, latidos del corazón rápidos o dificultad para respirar, dolor de cabeza, mareos o aturdimiento, Manos y pies fríos, Uñas quebradizas. Poco apetito, especialmente, en lactantes y niños con anemia por deficiencia de hierro. La anemia leve por deficiencia de hierro normalmente no causa complicaciones. Sin embargo, si no se trata, la anemia por deficiencia de hierro puede volverse grave y ocasionar problemas de salud. Problemas de corazón, problemas durante el embarazo, ocasionar anemia y también retrasos en el crecimiento y desarrollo. Además, la anemia por deficiencia de hierro está asociada con una mayor vulnerabilidad a las infecciones (7).

La anemia ferropenia se puede prevenir consumiendo alimentos ricos en hierro, como carne roja, mariscos, menestras, hígado, sangrecita, espinaca, alcachofa, brócoli, etc., El cuerpo absorbe más hierro de la carne que de otras fuentes se puede mejorar la capacidad de absorción de hierro del organismo se consume frutos y jugos cítricos u otros alimentos ricos en vitamina C cuando comes alimentos con alto contenido de hierro. La vitamina C en los jugos cítricos, como el jugo de naranja, ayuda al organismo a mejorar la absorción del hierro en tu dieta (8).

Es muy importante la vigilancia de la deficiencia de hierro. A nivel mundial, el método más común de tamizaje consiste en determinar la prevalencia de la anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina en la sangre o de hematocrito, Los glóbulos rojos tienden a ser pequeños y pálidos cuando hay carencia de hierro. Los niveles de hierro en la sangre y la transferrina (proteína que transporta el hierro cuando no se encuentra en el interior de los glóbulos rojos) deben medirse y compararse entre sí, con respecto a la edad de iniciar el tamizaje, se parte de que la mayoría de los bebés están en bajo riesgo antes de los 6 meses de edad porque sus reservas de hierro son adecuadas, por lo que la edad más temprana para iniciar la evaluación del estado de hierro es generalmente entre 6 y 9 meses (9).

Existen dos tipos de hierro en la dieta – hierro hem y hierro no hem: el hierro no hem (forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales es



absorbido con mucha eficiencia que el hierro no hem mas ahun porque potencia la absorción del hierro no hem, su porcentaje de absorción, es del 15 % al 35%. El no hem se encuentra en los vegetales verdes se encuentra principalmente oxidado, en forma férrica ( $Fe^{3+}$ ), los iones  $Fe^{3+}$  se absorben con dificultad y proteínas de la familia del grupo de las integrinas para absorberse. El hierro no hem presenta una menor biodisponibilidad, se absorbe del 2 al 10% (10).

El tratamiento no es suficiente con la ingestión de hierro en la dieta normal para compensar la pérdida del mismo, es necesario El tratamiento con este metal, los suplementos de hierro generalmente se administran por vía oral. Hacen que las heces tengan un aspecto oscuro o negro y con frecuencia causan estreñimiento. Se absorben mejor si se toman 30 minutos antes del desayuno, acompañados de una fuente de vitamina C (ya sea zumo de naranja o un suplemento de esta vitamina). Para restablecer completamente las reservas férricas del organismo, los suplementos de hierro deben consumirse durante un periodo de aproximadamente 6 meses después de que el hemograma haya recuperado sus valores normales (11).

El déficit de micronutrientes (mnm) está presente en las naciones industrializadas, pero más aún en las regiones en vía de desarrollo. Puede afectar a todos los grupos de edad, pero los niños y niñas menores de cinco años tienden a presentar un mayor riesgo de desarrollar este tipo de carencias específicas de nutrientes, entre las que se destaca la anemia, al ser la deficiencia nutricional más común en el planeta, y al estar vinculada a la desnutrición durante la infancia como factores de riesgo para la presencia de problemas en el crecimiento, capacidad de

trabajo físico, función inmunológica, desarrollo mental, habilidad cognitiva y capacidad de aprendizaje (12).

La suplementación con MNP busca prevenir la anemia desde los seis primeros meses de vida, brindando hierro para cubrir los altos requerimientos del niño. Los MNP contienen hierro, zinc, vitamina C, A y ácido fólico. Además, el hierro se encuentra encapsulado en una capa de lípidos, por lo que no tiene interacción con los alimentos, esta fortificación casera no altera el sabor de las comidas, y es de fácil preparación (13).

La vitamina C es una vitamina hidrosoluble. Es necesaria para el crecimiento y desarrollo normales, sirve para formar una proteína importante utilizada para producir la piel, los tendones, los ligamentos y los vasos sanguíneos sanar heridas y formar tejido cicatricial reparar y mantener el cartílago, los huesos y los dientes Ayudar a la absorción del hierro, también la vitamina C es uno de muchos antioxidantes que bloquean parte del daño causado por los radicales libre (12).

El otro compuesto es el Zinc un mineral esencial para nuestro organismo. Está ampliamente distribuido en diferentes alimentos. Nuestro organismo contiene de 2 a 3 gr. de zinc, El requerimiento diario va desde los 2 a 10 mg. diarios y se encuentra mayormente en productos de mar, carnes y lácteos, aunque también en frutos secos y cereales fortificados. Su dosis diaria es cubierta naturalmente en una alimentación normal, sus principales funciones son: Interviene en la síntesis

proteínas, promueve la cicatrización de heridas, intensifica la respuesta inmunológica del organismo, promueve la cicatrización de heridas, intensifica la respuesta inmunológica del organismo, aumenta la absorción de la vitamina A interviene en el normal crecimiento y desarrollo durante el embarazo, la niñez y adolescencia (12).

El Ácido fólico este compuesto es importante para la correcta formación de las células sanguíneas, es componente de algunas enzimas necesarias para la formación de glóbulos rojos y su presencia mantiene sana la piel y previene la anemia, se puede obtener de carnes (res, cerdo, cabra, etc.) y del hígado, como así también de verduras verdes oscuras (espinacas, espárragos, etc.), cereales integrales (trigo, arroz, maíz, etc.) y también de papas, su carencia provoca anemias, trastornos digestivos e intestinales, enrojecimiento de la lengua (13).

La vitamina A es un tipo de compuesto químico liposoluble, se encuentra en forma activa en retinol, favorece en el funcionamiento de la retina permitiendo distinguir diferentes tinciones, no solo se limita a trabajar en la vista sino que también actúa en las estructuras o tejidos óseos ayudando a su mantenimiento; además actúa en la piel y las implantaciones dentarias, La principal fuente de vitamina A es a través de la alimentación, pudiéndose encontrar en los vegetales, (frutas y verduras) de igual forma se encuentra también en productos de origen animal tales como la leche, huevos, carnes de res, pescado (13).

El hierro es esencial para la vida, está presente en la hemoglobina, la molécula de los glóbulos rojos de la sangre que transporta el oxígeno desde los

pulmones a los tejidos del cuerpo. El hierro también está presente en la mioglobina en los músculos. La mioglobina es similar a la hemoglobina y toma de oxígeno de la misma, manteniendo el oxígeno en el músculo hasta que se necesite (13).

La vitamina B12 (también llamada cobalamina, debido a que contiene cobalto) es una vitamina hidrosoluble esencial para el funcionamiento normal del cerebro, del sistema nervioso, y para la formación de la sangre y de varias proteínas. Es una de las ocho vitaminas del grupo B. Normalmente está implicada en el metabolismo de las células del cuerpo humano, especialmente en la síntesis y regulación del ADN; también en la metabolización de los aminoácidos, de los ácidos grasos y de los glúcidos (13).

Al respecto la OMS refiere que los lactantes y los niños son los grupos más vulnerables a la carencia de micronutrientes, pues necesitan una gran ingesta de vitaminas y minerales para su rápido crecimiento y para un desarrollo adecuado. Las carencias de vitamina y minerales, especialmente de vitamina A, hierro y zinc, contribuyen de forma significativa a la morbilidad y mortalidad de los menores de 5 años. Los polvos con múltiples micronutrientes son una forma alternativa de proporcionar micronutrientes a la población cuando resulta difícil poner en práctica otras intervenciones (15).

Del mismo modo la OMS recomienda en niños de 6 a 23 meses, enriquecer los alimentos complementarios en el lugar de consumo con polvos de micronutrientes que contengan hierro, a fin de mejorar la dotación de este mineral y reducir la anemia en poblaciones en las que la prevalencia de la anemia entre los menores de 2 años o los menores de 5 años sea igual o superior al 20% (15).

La norma vigente dispone que todo niño de seis meses que asiste a algún establecimiento de salud (ES) del Ministerio de Salud (MINSA) de Perú, debe recibir mensualmente 30 sobres de MNP durante 12 meses, para ser consumidos de manera diaria. Asimismo, para su uso se indica que el sobre de MNP se debe mezclar en dos cucharadas de comida de consistencia semisólida, a temperatura tibia y que, el consumo debe darse en los primeros 15 a 20 min. Cuando no se cumplen estas condiciones la capa lipídica que cubre el hierro del MNP puede romperse, exponiendo el hierro al oxígeno y ocasionando cambios en el color, sabor e incluso olor de la comida (16).

El hierro se absorbe mucho mejor cuando se combina con vitamina B6 (pescado, carnes rojas, cereales, frutos secos, lácteos), B12 (mariscos, hígado, algunos cereales de desayuno), vitamina C (cítricos, kiwi, tomate, fresas, etc.), ácido fólico (hortalizas de hoja verde, cítricos, legumbres), calcio (lácteos), cobre (ostras) y fósforo (carne y leche). Y su absorción se reduce consumido junto con el vino o el café (17).

Cereales integrales, preferiblemente los que no sean de origen vegetal, ya que su alto contenido de fibra dificulta la absorción del hierro, Vísceras como el hígado de ternera y morcillas de sangre roja, legumbres como soja, lentejas y garbanzos, Verduras de hojas verde oscuro, tales como las espinacas y las acelgas, Carnes de ternera, de pollo, pescado, pavo, por mencionar algunas, Frutos secos como el pistacho, almendras y nueces (17).

El modo de preparación de alimentos ricos en hierro es muy importante como consumir 1 o 2 raciones (180g) de carne al día y escoger las que son más ricas en hierro como el caballo, la ternera, el cordero y el cerdo. Se recomienda comer 2 o 3 yemas de huevo a la semana (17).

Tomar 4 o 5 veces a la semana pescado blanco y/o azul, Consumir 3 o 4 veces a la semana legumbres, Aproveche este día para tomar una fruta cítrica (frutas ricas en vitamina C) para absorber mejor el hierro, Tomar 2-3 piezas de fruta al día procurando que sean ricas en vitamina C: naranja, fresas, kiwi, limón, piña (17).

Hay que evitar los siguientes alimentos porque disminuyen la absorción del hierro: te, café, chocolate, yema de huevo cruda, productos Integrales, Tomar 2 raciones de verdura al día. Es importante escoger los más ricos en ácido fólico como por ejemplo: Soja, espinacas, acelgas, escarola, col (17).

La forma de preparación de los multimicronutriente muy sencillo: solo tiene que separar una parte del alimento seleccionado para mezclar con las Chispitas, equivalente a dos cucharadas aproximadamente. Luego se debe rasgar una esquina superior del sobre y agregar todo su contenido sobre la porción separada (18)

Es preciso mezclarlo bien hasta que no se note el polvito en la comida, y ofrecerle primero al niño la parte del alimento mezclada con las Chispitas y luego el resto, se recomienda darles de una vez todo el contenido del sobre y no dejar un poco para después. Nunca deberán agregarse durante la preparación y cocción de los alimentos ni cuando los alimentos estén muy calientes (18)

No deben mezclarse con líquidos como leche, jugos, caldos, te, porque el polvo no se disuelve bien y se queda flotando en la superficie, la comida que contiene los micronutrientes debe consumirse antes de media hora, para mantener una de las ventajas de este producto que se resume en que no cambie el color, olor ni el sabor de los alimentos con los que se combinan, motivo por el cual es muy bien aceptado (18).

Existen ciertos factores sociales que influyen como son los determinantes (sociales de la salud Según ENDES 2007-2013 La prevalencia de anemia fue alta (47,9 %). Se identificaron doce factores asociados con la anemia: factores sociodemográficos como vivir fuera de Lima y Callao; en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel educativo; ser de sexo masculino con edad menor de 24 meses y antecedentes de fiebre reciente, y factores relacionados con el cuidado materno-infantil como la falta de control prenatal en el primer trimestre, la falta de suplemento de hierro durante el embarazo o administrado durante un periodo breve, parto en el domicilio, diagnóstico de anemia en la madre en el momento de la encuesta y ausencia de tratamiento antiparasitario preventivo en el niño (19).

Por ello se crea la necesidad de definir que son los determinantes sociales de la salud según la OMS define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas

adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (20).

La Organización Mundial de Salud declara que la adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona, la toma del medicamento, el seguimiento de un régimen alimentario y la ejecución de cambios del modo de vida se corresponden con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria (20).

Según la OPS la anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer su etiología y tener a disposición el conocimiento de cómo enfrentarla y de saber que las intervenciones son de bajo costo, aún no se ha podido superar este problema (21).

Este trabajo está orientado según el modelo de enfermería de Nola Pender que establece la teoría de la promoción de la salud en donde la enfermera es el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal, mediante la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, ella sostiene “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”(22).

Para que esta teoría funcione se tiene que identificar tres acciones como la Acción Razonada: explica que el mayor determinante de la conducta, es la



intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la Acción Planteada: 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, la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano (22).

El presente trabajo académico TIENE COMO BASE LEGAL:

Mediante esta resolución ministerial, se aprueba la NTS N087-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años" cuya finalidad es contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños de 0 a cinco años a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo y la detección precoz de riesgo, alteraciones o trastornos para facilitar el acceso oportuno a intervenciones efectivas (23).

Del mismo modo existe la resolución ministerial, que aprueba la NTS N 134- 2017 MINSA donde se establece el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes mujeres gestantes y puérperas ya sea de suplementación terapéutica o tratamiento que será realizado por el médico o personal capacitado que realice la atención integral de salud., para contribuir al desarrollo y bienestar del niño (24).

Así mismo la resolución ministerial N°410 -2018 MINSA, que modifica la NTS 134 donde establece que el dosaje de hemoglobina o hematocrito para

descartar anemia en los niños se realizara a los 6 meses de edad y en adelante cada 6 meses hasta que cumpla los 2 años de edad, a partir del año se realizara un dosaje al año. En caso de que no se haya realizado el dosaje de hemoglobina a los 6 meses de edad se realizara en el siguiente control (25)

Existen antecedentes a nivel internacional:

Borge E, Pineda L, Sandres A (26) en Nicaragua 2015 en su estudio titulado “Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – Marzo 2014.cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de anemia y factores asociados a su desarrollo en niños de dos meses a 10 años de edad en el Hospital San Juan de Dios de Estelí es un estudio es de tipo descriptivo de corte transversal del total del universo de 189 niños y niñas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia fueron seleccionados 40 niños y niñas. Se obtuvo la información a través de entrevista a padres y/o tutores y del expediente clínico sobre antecedentes patológicos, hábitos nutricionales y resultados de exámenes de laboratorio.

Entre los principales resultados del estudio destaca que la prevalencia de anemia encontrada fue de 21.1% no encontrando diferencia entre sexo, el 72% de los niños tenían IMC normal, un 75% de los niños recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses de edad y que el 80% de los niños recibían una dieta inadecuada de acuerdo a los requerimientos diarios de hierro, el 62% de los casos eran anemia leve, y el 50% de los niños presento anemia microcítica hipocrómica. Se concluye

que predomina anemia en niños menores de un año, la mayoría recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses y de estos un tercio recibió leche de vaca (26).

Los niños en su mayoría fueron ablactados antes de los 6 meses pero en su mayoría no recibían una dieta adecuada según requerimientos diarios de hierro y predominó la anemia microcítica hipocrómica que orienta a tratarse de Anemia Ferropénica (26)

Del mismo modo Bermeo D, Ramírez M (27) en Quito 2017 en su estudio titulado “Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz, en cuidadoras de niños menores de 3 años, del centro de salud Santa Anita, en el Centro Infantil del Buen Vivir “Nuevos Horizontes El Condado”, en la ciudad de Quito, periodo abril - julio del 2017”. El objetivo fue El objetivo de esta investigación fue determinar los principales factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz en niños menores de 3 años en el CIBV”Nuevos Horizontes El Condado”. El estudio es descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo y cualitativo; teniendo una población de 30 cuidadoras domiciliarias y 5 institucionales de niños menores a 3 años.

Mediante la encuesta se midió el conocimiento y administración de micronutrientes Chis Paz, determinándose el conocimiento de las cuidadoras es limitado, por tener una instrucción primaria básica y ser cuidadoras solteras. Además, con la revisión de la base de datos, se pudo evidenciar que existe un 6%

de niños que tienen alteración en cuanto al peso, talla y cifras de hemoglobina, lo que conlleva a promover una adecuada información y control con los cuidadores del niño para evitar el riesgo de desnutrición y anemia (27).

Del mismo modo Marden N (28) en Iquitos 2018, Realizó la investigación “factores asociados a la falta de adherencia al consumo de multimicronutrientes “chispitas”, en niños de 06 a 36 meses de edad, del puesto de salud i-2 masusa, año 2018.”el objetivo del estudio fue Determinar los factores asociados a la falta de adherencia al consumo de multimicronutrientes “Chispitas”, en niños de 06 a 36 meses de edad, del Puesto De Salud I-2 Masusa, año 2018.

La metodología utilizada fue un estudio Observacional, Analítico transversal, que incluyó a todos los niños, entre 06 a 36 meses de edad de la jurisdicción del Puesto de Salud I-2 Masusa que consumen los multimicronutrientes, hacen un total de 336; con una muestra representativa de 180 niños, seleccionados con el método probabilístico simple, Para recolectar la información se encuestó a las madres de los niños que consumen los multimicronutrientes, previa aceptación del consentimiento informado (28).

Concluyendo que el nivel de adherencia hacia los multimicronutrientes en el Puesto de Salud Masusa I- 2, del distrito de Punchana, provincia de Maynas, departamento de Loreto fue de 54.4%. Los factores actitudinales y las características de los MMN están más asociados a la falta de adherencia en el consumo de los MMN en el Puesto de Salud Masusa I- 2 seguidos de los factores sociodemográficos y características de la atención de salud (28).

Así mismo Cruz R, Dueñas E (29) en Puno 2016. Realizaron la investigación " Mejoramiento de la adherencia a los multimicronutrientes en niños menores de 2 años de los barrios del distrito de Ayaviri, 2016"; El presente estudio de investigación, tuvo como objetivo principal mejorar la adherencia a los multimicronutrientes en polvo en niños menores de 2 años de los barrios del ámbito de intervención del Centro de Salud Cono Norte del Distrito de Ayaviri, para ello se tuvo como sustento la alta tasa de prevalencia de anemia en esta población vulnerable El presente estudio responde a un diseño de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. Para el procesamiento de la información, se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y distribución porcentual, con el uso de software SPSS 23.0. (29).

El 100% de madres demuestran una actitud positiva frente a la administración del MMN se obtuvo como resultado el 73% del personal de salud brinda una adecuada consejería al final del primer mes de intervención, cumpliendo los 5 pasos que exige la norma vigente, el 100% del personal del consultorio de atención al niño (5 enfermeras) registra en la historia clínica y en el formato de monitoreo intramural la entrega del MMN y realiza el monitoreo de su consumo en las visitas domiciliarias que realiza a las madres de familia, el personal de salud fortaleció sus competencias en estrategias comunicacionales y aprueba el test de evaluación satisfactoriamente (29).

De la misma manera Yauri Y (30) Pariahuanca en 2016, en su proyecto de intervención realizado sobre "Factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes "Chispitas" y anemia en niños del puesto de salud

Pariahuanca - Ancash 2015"; con el objetivo objetivo determinar la relación entre los factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes "Chispitas" y la anemia en niños del puesto de salud de Pariahuanca - Ancash 2015, Para su desarrollo metodológicamente fue de tipo básico, diseño no experimental, descriptivo de naturaleza transversal de nivel correlacional.

Se trabajó con una muestra de 77 niños que consumieron los Multimicronutrientes "Chispitas"; y sus madres; se aplicaron dos técnicas de recolección de datos, la primera fue un cuestionario validado de 26 items para la variable factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes "Chispitas", la segunda fue la observación de las historias clínicas para la variable anemia. Para el análisis de los datos se empleó estadísticos descriptivos básicos y los parámetros del coeficiente de correlación de Spearman, mediante el programa SPSS versión 22 (30).

De los resultados se determinó, que existe correlación significativa y directa entre los factores terapéuticos y la anemia en niños del puesto de salud Pariahuanca con un Rho de Spearman = 0.445\*\*, interpretándose esto como una correlación moderada. Así mismo cada factor de adherencia como son: factor tratamiento, factor persona que suministra el tratamiento y factor personal de salud tuvieron una correlación moderada y significativa a diferencia del factor enfermedad que arrojó una correlación baja pero significativa (30).

Así mismo Rodríguez Jhon. (31) en Chimbote 2016. En su trabajo de investigación titulado "Factores asociados con la adherencia en 3 meses a la

Suplementación con Multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad, Chimbote, 2016” El presente estudio descriptivo correlacional, tiene por objetivo conocer los factores asociados con la adherencia en 3 meses a la Suplementación con Multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad, Chimbote, 2016.

La población estuvo constituida por 157 niños entre 6 y 24 meses del Puesto de Salud La Unión. El análisis se realizó en software especializado SPSS, llegándose a las siguientes conclusiones: La mayoría de niños/as tiene adherencia a la suplementación (63,7%) y, más de la tercera parte de la población (36,3%) tienen no adherencia. Existe relación significativa entre la adherencia y número de hijos ( $p=0.0361$ ). Y, tener 2 años de edad ( $OR=2.0$ ), tener nivel de instrucción primaria ( $OR=2.7$ ), ser divorciada ( $OR=2.2$ ), con más de 3 hijos ( $OR=2.6$ ), tener una ocupación diferente a ama de casa ( $OR=2.2$ ), se constituyen en riesgo para no adherencia a la suplementación (31).

Algunos factores institucionales se relacionan significativamente con la adherencia a la suplementación: el tiempo de espera ( $p=0.0186$ ) y, horario de atención ( $p=0.00014$ ). Y, esperar más de 2 horas ( $OR=4.4$ ), con horario de atención inadecuada ( $OR=4.2$ ), y de mala atención recibida ( $OR=2.2$ ) se constituyen en riesgo elevado para una no adherencia. El nivel de conocimiento sobre suplementación se relaciona significativamente con la adherencia ( $p=0.0001$ ). Y el tener un conocimiento inadecuado se constituye en un riesgo muy elevado para una no adherencia ( $OR=6.1$ ) (31).

Este trabajo académico está relacionado en mi quehacer diario en el servicio de CRED y Nutrición, ya que diariamente se realizan los descartes de anemia, controles de peso, talla y evaluación de desarrollo, donde contamos con los equipos, materiales pero no con una infraestructura adecuada para desarrollo del control CRED.

Habiendo descrito la problemática y confrontado con la literatura que demuestra la importancia de este proyecto de intervención "FORTALECIENDO LA ADEHERENCIA AL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS (AS) MENORES DE 3 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE AIJA – ANCASH, 2018" Mediante este trabajo académico busco difundir la problemática de baja adherencia al consumo de multimicronutrientes, y el incremento de índices de anemia para lograr un trabajo concertado con el comité multisectorial. Logrando la sensibilización y participación activa de la población en el óptimo desarrollo psicomotor de su población infantil, siendo asumida con responsabilidad, y basándose en conocimiento y base científica.



#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Fortalecer la adherencia al consumo de multimicronutriente en niños(as) menores de 3 años en el Centro de Salud Aija.-2018.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Incrementar la oferta del consumo y adherencia de multimicronutriente en niños menores de 3 años.
- Capacitar a las madres con niños menores de 3 años sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes.
- Motivar al cambio de Patrones culturales aceptables en las madres con niños menores de 3 años.

#### **V. METAS:**

- 70 % niños menores de 3 años fortalecen la adherencia al consumo de multimicronutrientes.
- 100 % de niños menores de 3 años reciben multimicronutrientes.
- 70% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el primer año.
- 100% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el segundo año.
- 70% de madres logran patrones culturales aceptables en el primer año.
- 100% de madres logran patrones culturales aceptables en el segundo año.
- 2 capacitaciones al personal de salud.
- 12 roles de turno con horarios diferenciados.

- 7 brigadas para la entrega de multimicronutrientes.
- 10 talleres de sensibilización dirigido a madres con niños menores de 3 años.
- 2 talleres de capacitación dirigido a madres con niños menores de 3 años.
- 2 consejerías a cada familias con niños menores de 3 años.
- 10 sesiones educativas y demostrativas dirigidos a madres con niños menores de 3 años sobre el consumo de multimicronutrientes.
- 10 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro.

## **VI. METODOLOGIA**

**6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:** Las estrategias para el presente proyecto son conformar el comité multisectorial, comité de calidad, aplicación de encuesta, capacitación, sensibilización, visitas domiciliarias, encaminar el trabajo del comité de calidad para la sostenibilidad del presente proyecto las líneas de acción se detallan en seguida:

### **A. GESTION:**

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» es defienda como un recorrido por la gestión de las organizaciones sanitarias con mirada práctica, espíritu crítico y reflexivo sobre el liderazgo, la gestión de las competencias de los profesionales sanitarios y el desarrollo de la planificación y estrategias más adecuadas al campo de la gestión de centros y su repercusión en la salud de los usuarios (32).

A nivel del centro de salud Aija la gestión es deficiente debido a los cambios constantes de jefatura, y la mala relación interinstitucional. Ante la poca adherencia al consumo de multimicronutrientes en los niños menores de 36 meses, es preciso gestionar los diferentes recursos a fin de asegurar la aprobación de

los requerimientos, con el fin de lograr frutos que un individuo no podría lograr por si sola.

**Actividades:**

**Ampliar horarios de atención en el C.S Aija**

- Reunión con el jefe del centro de salud para extender horario de atención.
- . Reunión con todo el personal para conciliar horario de atención.
- Programación de turnos con horarios diferenciados.

**Formar brigadas para la entrega y supervisión del consumo de multimicronutrientes en las visitas domiciliarios**

- Reunión con todo el personal para la formación de brigadas teniendo en cuenta los sectores.
- Brigadas conformadas.
- Visitas domiciliarias para la promoción del consumo de multimicronutriente.
- Entrega y supervisión del consumo de multimicronutriente en las visitas domiciliarias.

**B. CAPACITACION:**

La capacitación es un proceso a través del cual se adquieren, actualizan y desarrollan conocimientos, habilidades y actitudes para el mejor desempeño de una función laboral o conjunto de ellas. la capacitación es considerada como una forma extraescolar de aprendizaje, necesaria para el desarrollo (33).

La capacitación es un desafío en la actualidad en nuestro centro de salud de Aija, producto del avance de la tecnología en el área de Control de crecimiento y Desarrollo del niño sano. La formación de nuevos conocimientos es un requisito indispensable para ejecutar la labor de enfermería de manera integral y de calidad. Debido a esto se plantean las siguientes actividades.

**Actividades:**

**Capacitar al personal de salud del centro de salud Aija**

- Reunión con el comité multisectorial y jefe del C.S Aija.
- Reunión con el jefe del Centro de salud Aija.
- Plan de capacitación dirigido al personal del centro de salud.
- Cronograma de actividades.
- Ejecución de la capacitación.
- Evaluación.

**Capacitar a las familias con niños menores de 3 años**

- Elaborar el plan de capacitación dirigidos a familias con niños menores de 3 años.
- Ejecución del plan de capacitación al personal de salud
- Evaluación del informe de Capacitación.

**C. SENSIBILIZACION:**

La fase de sensibilización consiste en motivar la participación y el compromiso de las autoridades locales y de la población, en las acciones de

promoción de la salud, a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida (34).

En la provincia de Aija hay escasa sensibilización a la población en temas de salud, esto se debe al poco compromiso del personal de salud y escaso involucramiento de las autoridades.

**Actividades:**

**Taller de sensibilización sobre la importancia de multimicronutrientes.**

- Elaborar el plan para el taller de sensibilización.
- Ejecución del taller de sensibilización.
- Monitoreo de la ejecución

**D. INFORMACION EDUCACION Y COMUNICACIÓN**

Se define la presente estrategia a partir del concepto más puro de comunicación, que toma el origen de la palabra: comunis-facere: hacer común, hacer juntos, entendiendo a la comunicación como un proceso de doble vía, basado en el diálogo entre dos interlocutores (35).

En este proceso se da el intercambio de ideas y modo de percibir el mundo, posibilitando el compartir conocimientos, generando interacción y participación entre los involucrados y favoreciendo el desarrollo de conciencia crítica de los sujetos, quienes podrán tomar las decisiones que van a incidir en su vida. Con esto se busca promover el protagonismo de los

sujetos en la decisión de preservar su vida, la de su familia y la de su medio ambiente (35).

En la provincia de Aija se desarrollan las sesiones educativas y demostrativas pero no hay afluencia de participantes por el poco interés de la gente.

**Acciones:**

**Consejería a las familia sobre el propósito, beneficios e importancia de los multimicronutrientes**

- Cada brigada conformada realizara consejería durante la entrega de multimicronutrientes.
- Se realizara consejerías en los controles de crecimiento y desarrollo

**Sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre el consumo de multimicronutrientes**

- Elaborar un plan de sesiones educativas y demostrativas.
- Organización del grupo a desarrollar las capacitaciones.
- Cronograma de Ejecución.
- Adquirir insumos para la sesión demostrativa.
- Ejecución de la sesión educativa y demostrativa.

**Sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre alimentos ricos en hierro.**

- Organización del grupo a desarrollar las capacitaciones.
- Cronograma de Ejecución.
- Adquirir insumos para la sesión demostrativa.

- Ejecución de la sesión educativa y demostrativa

## **E. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del presente proyecto estará encaminado por el equipo de salud quienes se encargan directamente del control de crecimiento y desarrollo del niño sano, del mismo modo la inclusión de algunos programas como la CUNA MÁS y vaso de leche. La coordinadora del programa CRED, la Jefatura del Centro de Salud Aija y el equipo multisectorial directamente involucradas con el tema, tienen la finalidad de fomentar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo. Las Políticas institucionales de la RED DE SALUD HUYLAS SUR apoyan las estrategias para la disminución de casos de anemia en niños menores de 3 años.



## VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

### MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION
<b>FIN U OBJETIVO DE DESARROLLO</b>  Fortalecer la adherencia del consume de multimicronutrientes en niños menores de 3 años.	. 70 % niños menores de 3 años fortalecen la adherencia al consumo de multimicronutrientes	% de niños menores de tres años con adherencia a multimicronutrintes.  N° de niños menores de 3 años que consumen multimicronutrientes x 100/ Población total menor de 3 años.	Una buena adherencia terapéutica ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable.	Historia clínica, formato de visitas domiciliarias , formato de adherencia	Anual	Lista de chequeo
Incrementar la oferta del consumo y adherencia de	100 % de niños menores de 3 años	% de niños que consumen multimicronutrientes .	La oferta de servicios de salud está constituida por	Historias clínicas	Mensual	Lista de Chequeo

<p>multimicronutriente en niños menores de 3 años.</p> <p>Capacitar a las madres con niños menores de 3 años sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes.</p>	<p>reciben multimicronutrientes</p> <p>70% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el primer año.</p> <p>100% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el segundo año.</p>	<p>Nº de niños menores de 3 años que consumen multimicronutriente x 100/población total menor de 3 años.</p> <p>% de madres que conocen la importancia de los multimicronutrientes.</p> <p>Nº de madres con niños menores de 3 años que conocen sobre la importancia de los multimicronutrientes x 100 / población total de madres con niños menores de 3 años</p>	<p>los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, de información, de organización.</p> <p>Insumos, financieros.</p> <p>enfrentan a los requerimientos de la demanda.</p> <p>Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad</p>	<p>Plan de capacitación.</p> <p>Libro de actas</p> <p>Relación de participantes</p>	<p>Mensual</p>	<p>Lista de chequeo.</p>
--	---	--	--	---	----------------	--------------------------

<p>Motivar al cambio de Patrones culturales aceptables en las madres con niños menores de 3 años.</p>	<p>70% de madres logran patrones culturales aceptables en el primer año.  100% de madres logran patrones culturales aceptables en el segundo año.</p>	<p>% de madres con niños menores de 3 años con cambio de patrones culturales aceptable  Nº de madres con niños menores de 3 años con patrones culturales aceptables x 100 / población total de madres con niños menores de 3 años.</p>	<p>Los patrones culturales son un conjunto de normas que rigen el comportamiento de un grupo organizado de personas, en función de sus tradiciones, costumbres, hábitos, creencias, ubicación geográfica y experiencias, para establecer unos modelos de conductas</p>	<p>Plan de sensibilización.  Libro de Actas.</p>	<p>Mensual</p>	<p>Lista de chequeo</p>
---	---	--	--	--	----------------	-------------------------

### MATRIZ DE MONITOREO

<b>Resultado del marco lógico</b>	<b>Acción o actividad</b>	<b>Meta por cada actividad</b>	<b>Indicadores de producto o monitoreo por meta</b>	<b>Definición del indicador</b>	<b>Fuente de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Instrumento que se utiliza para la verificación</b>
A.- Incrementar la oferta del consumo y adherencia de multimicronutriente en niños menores de 3 años. .	A.1.- A.1.Capacitar al personal del centro de salud.	2 capacitaciones al personal de salud.	% de personal de salud capacitado. N° de personal de salud capacitado x 100 / población total de personal de salud que laboral.	Es el conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal	Libro de actas. Lista de participantes.	1 veces al año	Lista de chequeo
	A.2. Ampliar los horarios de atención en el C.S Aija.	12 roles con horarios diferenciados.	% de atenciones a niños menores de 3 años N de atenciones a niños menores de 3 años x 100 / Población total de	Permite mejorar el acceso teniendo cuenta la disponibilidad de las madres.	Libro de asistencia Registro intramural y extra- mural.	Anua Diario	Lista de chequeo

	A.3. Formar brigadas para la entrega y supervisión del consumo de multimicronutrientes en las visitas domiciliarios	7 brigadas para la entrega de multimicronutrientes.	niños menores de 3 años. N de horas de trabajo del personal profesional.  % de brigadas conformadas y activas. Nº de brigadas conformadas x 100 / población total de madres con niños menores de 3 años	Son grupos de personas organizadas y capacitadas para la entrega y supervisión de multimicronutrientes.	Libro de Actas Historias clínicas, ficha de supervisión de multimicronutrientes.		Lista de chequeo
--	---	---	---	---	--	--	------------------

B. Capacitar a las madres con niños menores de 3 años sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes.	B.1. Taller de sensibilización sobre la importancia de multimicronutrientes	10 talleres de sensibilización dirigido a madres con niños menores de 3 años	% de talleres de sensibilización ejecutadas.  N° de talleres ejecutados x 100 / N° talleres programados	Forma de prestar ayuda mediante la comunicación interpersonal y pretende apoyar a la persona en el proceso de tomar una decisión.	Libro de Actas, Lista de participantes, boleta de gastos.	Anual	Lista de chequeo
	B.2. Capacitar a las familias con niños menores de 3 años.	2 talleres de capacitación dirigido a madres con niños menores de 3 años.	% de familias capacitadas. N° de familias con niños menores de 3 años capacitadas x 100/programación total de familias con niños menores de 3 años.	Conocimientos teóricos y prácticos  Forma de prestar ayuda mediante la	Libro de Actas, Lista de participantes, boleta de gastos.	2 talleres al año  Diario	Lista de chequeo.

	B.3. Consejería a las familias sobre el propósito, beneficios e importancia de los multimicronutrientes	2 consejerías a cada familias con niños menores de 3 años.	% de familias que reciben consejerías.  Nº de familias que recibir 2 consejerías x 100 /población total de familias con niños menores de 3 años.	comunicación interpersonal y se pretende apoyar a la persona en el proceso de tomar una decisión a cambiar estilos de vida saludables	Historia clínica, ficha de visitas domiciliarias.		Lista de chequeo.
C.- Motivar al cambio de Patrones culturales aceptables en las madres con niños menores de 3 años.	C.1. Sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre el consumo de multimicronutrientes.	10 sesiones educativas y demostrativas dirigidos a madres con niños menores de 3 años sobre el consumo de multimicronutrientes.	% de familias que reciben sesiones educativas y demostrativas.  Nº de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas x 100 / programación total	Una técnica que, a través de la observación y la evaluación de un contexto, refleja en un gráfico los diferentes vínculos entre los miembros de un grupo.	Libro de actas, lista de participantes, boleta de gastos.	10 sesiones educativas y demostrativas al año	Lista de chequeo

	C.2.sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre alimentos ricos en hierro.	10 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro.	% de familias que reciben sesiones educativas y demostrativas. Nº de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas x 100 / programación total	Es una actividad educativa, en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos de la zona en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de las niñas y niños menores de 3 años.	Libro de actas, lista de participantes boleta de gastos fotografías	10 sesiones demostrativas al año.	Lista de chequeo.
--	---	---	---	--	---	-----------------------------------	-------------------



## 7.1. Beneficios

### ➤ **Beneficios con proyecto**

- ✓ Disminución de los índices de anemia en la Jurisdicción.
- ✓ Fortalecer la adherencia al consume de multimicronutriente en niños menores de 3 años.
- ✓ Incremento de la oferta para el consumo y adherencia al consumo de multimicronutrientes en el centro de salud de Aija.
- ✓ Madres con conocimiento sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes.
- ✓ Madres con patrones culturales aceptables.

### ➤ **Beneficios sin proyecto**

- ✓ Aumento de los índices de anemia en niños menores de 3 años.
- ✓ Poca adherencia al consumo de micronutrientes en niños menores de 3 años.
- ✓ Oferta insuficiente para el consumo y adherencia de multimicronutrientes en niños menores de 3 años.
- ✓ Madres desconocen la importancia de los multimicronutrientes.
- ✓ Madres con patrones culturales negativos.

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 6.1 Materiales para Capacitación

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del Centro de Salud	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.20	400	0.00	<b>80.00</b>
4	Fotocopias	0.20	400	0.00	<b>80.00</b>
5	Folder	3.00	140	0.00	<b>420.00</b>
6	Cartulina	0.50	60		<b>30.00</b>
7	Plumones	2.00	20		<b>40.00</b>
8	Lapiceros	0.50	140		<b>70.00</b>
9	Papel bon	0.10	300		<b>30.00</b>
10	Tijera	3.00	03		<b>9.00</b>
11	Goma	5.00	04		<b>20.00</b>
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
7	Refrigerio	2.00	200	0.00	<b>400.00</b>
8	Movilidad local	20.00	14	0.00	<b>280.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1459.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>1459.00</b>

### 6.2 Sesiones Educativas y Demostrativas:

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del Centro de Salud	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Impresiones	0.20	200	0.00	<b>80.00</b>
3	Fotocopias	0.20	200	0.00	<b>80.00</b>
4	Folder	3.00	140	0.00	<b>420.00</b>
5	Cartulina	0.50	60		<b>30.00</b>

6	Plumones	2.00	20		<b>40.00</b>
7	Lapiceros	0.50	140		<b>70.00</b>
8	Papel bon	0.10	300		<b>30.00</b>
9	Tijera	3.00	03		<b>9.00</b>
11	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
12	Baner	30.00	7	0.00	<b>210.00</b>
13	Utensilios para la presentación de alimentos	8.00	14	0.00	<b>112.00</b>
14	Movilidad local	20.00	14	0.00	<b>280.00</b>
15	Hígado, sangrecita	3.00	14		<b>98.00</b>
16	Pescado, carnes	5.00	14		<b>70.00</b>
17	Menestras	3.00	14		<b>98.00</b>
18	Arroz, trigo	3.50	14		<b>49.00</b>
19	Frutas	2.50	14		<b>35.00</b>
20	verduras	2.00	7		<b>14.00</b>
21	Leche	3.00	20		<b>60.00</b>
22	Queso	2.50	7		<b>17.5</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1728.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS</b>				<b>S/.</b>	<b>1728.00</b>

### 6.3 PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del Centro de Salud	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.20	200	0.00	<b>80.00</b>
4	Fotocopias	0.20	200	0.00	<b>80.00</b>
5	Ponentes	100.00	7	0.00	<b>700.00</b>

6	Refrigerio	2.00	200	0.00	<b>400.00</b>
7	Movilidad local	20.00	14	0.00	<b>280.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1540.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>1540.00</b>

#### **6.5 RESUMEN DE PRESUPUESTO:**

<b>DENOMINACION</b>	<b>APORTE REQUERIDO S/.</b>	<b>APORTE PROPIO S/.</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
Capacitación	440,00	0.00	<b>1459.00</b>
Taller de sensibilización	1,100.00	0.00	<b>1728.00</b>
Sesión demostrativa y educativa	570.00	0.00	<b>1540.00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 4727.00</b>

**IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.**

**PLAN OPERATIVO**

**OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer la adherencia al consumo de multimicronutriente en niños(a) menores de 3 años en el Centro de Salud Aija-2018.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		INDICADOR				
					2019		2020		
					I semestre	II semestre	I semestre	II semestre	
			DESCRIPCION	COSTOS					
1	Elaboración del trabajo académico “Fortaleciendo la adherencia al consumo de multimicronutriente en niños menores de 3 años en el centro de salud de Aija –Ancash, 2018”	1	Informe	300	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la Jefatura del C.S Aija.	1	Informe	40.00	X				Proyecto Presentado
3	Reunión con la Jefa del C.S Aija y personal en general para formar Comité de mejora continúa para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	10	X				Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	4727		X	X	X	Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	50			X	X	Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	100.00				X	Proyecto presentado

## PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO ESPECIFICO:** Incrementar la oferta del consumo y adherencia de multimicronutriente en niños menores de 3 años.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II
1	Capacitar al personal de salud del centro de salud Aija	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reunión con el comité multisectorial y jefe del C.S Aija.</li> <li>➤ Reunión con el jefe del Centro de salud Aija.</li> <li>➤ Plan de capacitación dirigido al personal del centro de salud.</li> <li>➤ Cronograma de actividades.</li> <li>➤ Ejecución de la capacitación.</li> <li>➤ Evaluación.</li> </ul>	Reunión	00.00	X			
			Reunión	60.00	X	X	X	X
2	Ampliar los horarios de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reunión con el jefe del centro de salud para extender horario de atención.</li> </ul>	Reunión	00.00	X			
			Visitas domiciliarias					

3	Formar brigadas para la entrega y supervisión del consumo de multimicronutriente en las Visitas domiciliarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reunión con todo el personal para conciliar horario de atención.</li> </ul>	60.00	X			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Programación de turnos con horarios diferenciados.</li> <li>➤ Reunión con todo el personal para la formación de brigadas teniendo en cuenta los sectores.</li> <li>➤ Brigadas conformadas.</li> <li>➤ Visitas domiciliarias para la promoción del consumo de multimicronutriente.</li> <li>➤ Entrega y supervisión del consumo de multimicronutriente en las visitas domiciliarias.</li> </ul>	360.00	X			
				X			
					X	X	X
					X	X	X

**OBJETIVO ESPECIFICO 2:** Capacitar a las madres con niños menores de 3 años sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II
1	Realizar taller de sensibilización sobre la importancia de multimicronutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborar el plan para taller de sensibilización.</li> <li>➤ Ejecución del taller de sensibilización.</li> <li>➤ Monitoreo de la ejecución.</li> </ul>	Taller	60.00	X			
				1540.00		X	X	X
								X
2	Capacitar a las familias con niños menores de 3 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborar el plan de capacitación dirigidos a familias con niños menores de 3 años.</li> </ul>		48.00	X			



3	<p>Consejería a las familias sobre el propósito, beneficios e importancia de los multimicronutrientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ejecución del plan de capacitación al personal de salud</li> <li>➤ Evaluación del informe de Capacitación.</li> <li>➤ Cada brigada conformada realizara consejería durante la entrega de multimicronutrientes.</li> <li>➤ Se realizara consejerías en los controles de crecimiento y desarrollo</li> </ul>	<p>Consejerías.</p>	<p>1399.00</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
								X
						X	X	X
						X	X	X

**OBJETIVO ESPECIFICO 3:** Motivar al cambio de Patrones culturales aceptables en las madres con niños menores de 3 años.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II
1	Realizar sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre el consumo de multimicronutrientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborar un plan de sesiones educativas y demostrativas.</li> <li>➤ Organización del grupo a desarrollar las capacitaciones.</li> <li>➤ Cronograma de Ejecución.</li> <li>➤ Adquirir insumos para la sesión demostrativa.</li> <li>➤ Ejecución de la sesión educativa y demostrativa.</li> </ul>	Documento	600.00	X	X	X	X
2	Realizar sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre el consumo de alimentos ricos en hierro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Organización del grupo a desarrollar las capacitaciones.</li> <li>➤ Cronograma de Ejecución.</li> <li>➤ Adquirir insumos para la sesión demostrativa.</li> <li>➤ Ejecución de la sesión educativa y demostrativa.</li> </ul>	Sesiones educativas y demostrativas	600.00	X	X	X	X

--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **XI. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención “Incrementar la adherencia al consumo del multimicronutrientes en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Aija” será ejecutado por la autora con el apoyo de equipo de salud, comité multisectorial de la provincia de Aija, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Incrementar la adherencia al consumo del multimicronutrientes en niños menores de 3 años en el Centro de Salud Aija”

## **XII. CORDINACIONES INSTITUCIONALES**

Se realizara coordinaciones con la Red de Salud Huaylas Sur, jefatura del M.R Aija, el comité de salud y comité multisectorial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Zavaleta1 N, Astete L Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo: RPMESP 2017; 34 (4): 17-18.
2. Organización Mundial de la Salud Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS 1997, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997. [12 de enero 2018].
3. Organización WHO Global Data base on Anemia” 2015, Perú, Organización WHO Global ,2015.
4. Acosta J. En Áncash la mitad de los niños menores de tres años tienen anemia. Bloc de noticias 2015; 152: 20; 22.
5. Instituto Nacional de Estadística Informática. Compendio estadístico del Perú 2013 [Libro en línea] Perú 2013. [13 diciembre 2018] URL disponible.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/.../libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/.../libro.pdf).
6. Calvo E. Anemia por deficiencia de hierro en niños y embarazadas. Boletín PROAPS – REMEDIAR, Perú: 2012, octubre 8 B. P. 4.
7. Donato H, Rapetti MC. Anemia ferropenia y trastornos hereditarios del metabolismo del hierro. Arch Argent Pediatr 2017.

8. Layrisse M, García C. Estrategia para la prevención y disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro a través de la alimentación. Buenos Aires. Argentina.: CESN; 2010. [13 diciembre 2018]
9. Ministerio de Salud .Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños y adolescentes en establecimiento de salud del primer nivel de atención. [RM No 28] 2015.
10. MABEL G, Revisión de Metodologías de Cálculo de la Absorción del Hierro. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2016.
11. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª edición. McGraw-Hill-Interamericana; 2013.
12. Monteagudo E, Ferrer B. Deficiencia de hierro en la infancia. Acta Pediátrica Esp. McGraw-Hill-Interamericana 2013
13. GUERI M. Deficiencias de micronutrientes en las Américas OPS. Boletín de la Oficina Panamericana. 1994; 11(6): 477 – 82.
14. Comité Nacional de Hematología. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2009;107:353-61
15. OMS La anemia por deficiencia de hierro estrategias OMS/OPS 2013.

16. Ministerio de salud, Lima – Perú Directiva sanitaria N° 342 norma técnica N° 134-2017-minsa manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas; 2017
17. Ríos E. Prevención de deficiencia de hierro en lactantes de bajo peso de nacimiento: comparación de dos métodos de administrar hierro. Rev Chil Pediatr 2013; 70 (5):384-9.
18. Perú, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer. Propuesta de la implementación de micronutrientes en tres regiones: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Lima: MINSA, MINDES; 20015
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES 2013.Lima: INEI; 2013; 599:297.
20. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS 2013; 202:47-52.
21. Organización Panamericana De la Salud. anemia en la primera infancia. OPS 2017; 200:40.
22. Pender N. El modelo de la promoción de la salud 2011; 8 (4): 4 Morfi Samper R. El arte del cuidado de enfermería con el anciano en estadio terminal. Congreso Internacional de Gerontología. La Habana, Editado CD Palacio de las Convenciones, 2008.

23. Ministerio de salud, Lima – Perú Resolución ministerial N° 250 -2017 Modificada con resolución ministerial N° 410-2018-minsa manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas; 2018.
24. "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años- R. M. - N° 990 - 2010/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud Lima - Perú 2011. UDR disponible:
25. Ministerio de salud aprueba la NTS N 134-2017MINSA donde establece manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños adolescentes mujeres gestantes y puérperas.
26. Borge E, Pineda L, Sandres A. Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – Marzo 2014 [tesis monográfico para optar el título de médico cirujano]. Nicaragua: UNAM Managua; 2015.
27. Bermeo D, Ramírez M. Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz, en cuidadoras de niños menores de 3 años, del centro de salud Santa Anita, en el Centro Infantil del Buen Vivir. [proyecto de investigación].Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017.
28. Marden N. factores asociados a la falta de adherencia al consumo de multimicronutrientes “chispitas”, en niños de 06 a 36 meses de edad, del puesto de salud i-2 Masusa, año 2018. [tesis para optar grado académico].Iquitos: universidad Nacional de la amazonia peruana; 2018.



29. Cruz R, Dueñas E. Mejoramiento de la adherencia a la multimicronutrientes en niños menores de 2 años de los barrios del distrito de Ayaviri, 2016. [Proyecto de intervención].Puno: Universidad nacional del altiplano; 2017.
30. Yauri Y. Factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes “Chispitas” y anemia en niños del puesto de salud Pariahuanca - Ancash 2015. [Maestría]. Parihuanca: Universidad Cesar Vallejo; 2015.
31. Rodríguez Jhon. Factores asociados con la adherencia en 3 meses a la Suplementación con Multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad, Chimbote, 2016. [tesis de Maestría].Chimbote: Universidad el Santa: 2017.
32. Guerrero J. [Diapositiva].Venezuela: RSD 2014.9 diapositivas
33. Guzmán Valdivia, Isaac. Capacitación y Desarrollo de Personal, México, Editorial Trillas, 2013.
34. México salud. Educar y sensibilizar al personal. Agencia effe, México: 2014 junio  
29. Seccion B.P.1
35. Ministerio de Salud. Metodología de Educación de Adultos en Saneamiento. Serie Rural 4. Perú. 1997. p 55 – 113.

## ANEXO 1

### I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

#### 1.1. RAZON SOCIAL: C.S.AIJA

#### 1.2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** Establecimiento de salud sin Internamiento.

**CLASIFICACION** : I-3

**NOMBRE** : C.S.AIJA

**DIRECCION** : Jr Erick Antúnez de Mayolo s/n.

**DEPARTAMENTO** : Ancash

**PROVINCIA** : Aija

**DISTRITO** : Aija

**TELEFONO FIJO** : 043445033

**INSTITUCION PERTENECIENTE:** MINSA

**DISA** : Ancash

**RED** : Huaylas Sur

**MICRO RED** : Aija

**RADIO** : SI

**TIPO DE DOCUMENTO** : MINSA

**Nº DE FUNCION** : MINSA

**E.MAIL DEL ESTABLECIMIENTO.** No tiene

**Nº AMBIENTES DEL ESTABLECIMIENTO** 13

**1.3. NÚMERO DE SERVICIOS** : 7

#### **1.4. SERVICIOS BRINDADOS:**

- ❖ Medicina general
- ❖ Obstetricia
- ❖ Enfermería
- ❖ Odontología
- ❖ Laboratorio
- ❖ Farmacia
- ❖ Tópico
- ❖ Triage
- ❖ Admisión
- ❖ Área de sala de partos

**1.5. HORARIO DE ATENCION:** Lunes a Sábado 7:00 am – 01:00 pm. Domingos solo emergencias.

#### **REPRESENTANTE DEL C.S SALUD**

**NOMBRES Y APELLIDOS** : Ana Karina Trujillo Trujillo.

**Nº DE DOCUMENTO** : No

**Nº DE IDENTIDAD:**

#### **SITUACION DEL ESTABLECIMIENTO**

**ESTADO** : Activo

**SITUACIÓN** : Registrado

**CONDICIÓN** : Funcionamiento

**ANALISIS SITUACIONAL:**

## **II. SITUACION GEOPOLITICA:**

## 2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA LOCALIDAD

La provincia de Aija, denominada en el verbo fecundo de Raymondi como “Perla de las Vertientes” , considerada como ciudad raigambre prehispánica dice la tradición que debe su nombre a una danza guerrera de ancestro Inca, La Saya Huanca, estos danzantes bailan repitiendo "Ja,ja Aixa Burr" o la exclamación apasionada : ¡Ah Hija! De un rubicundo Español enamorado de una doncella, flor nativa de esta tierra, allá en el tiempo de la Colonia. Quizás uno de los acontecimientos más resaltantes en toda su historia fue su creación como Provincia, ya que significó todo el anhelo de muchas generaciones. Por lo que en ésta reseña histórica señalamos los más importantes procesos seguidos para conseguir dicho objetivo.

1908-1911 El 28 de julio de 1908, siendo Alcalde Distrital don Bernardo Pajuelo, se realiza la sesión solemne en homenaje a la Patria: en ella pronuncian discursos encendidos de patriotismo, don José María Antúnez, don Eliseo Larragán y el Gobernador don Guillermo Romero Mejía, quien lanza la arenga a su generación, para recoger la idea de sus mayores y trabajar para convertir a Aija en Provincia.

El 15 de agosto de 1908, los Aijinos henchidos de fervor regionalista fundan la sociedad “El Porvenir de Aija”, con la siguiente Junta Directiva: Presidente, José María Antúnez, Vicep - Eliseo Larragán; Miembros; Guillermo Romero, Enrique Roldán, Nicanor Pajuelo, Macario Ortiz y Humberto Flores. Estos ciudadanos, investidos de la

función de líderes, inician la marcha hacia la conquista del ideal: la Provincia de Aija.

1916-1917 Corre el tiempo y llega 1916; de la Sociedad Porvenir de Aija queda solo el recuerdo. He aquí, que Recuay y Carhuáz ya han despertado, y el movimiento regionalista de cada una ya está en marcha, para ser propio, se levantan de su letargo, y el 12 de noviembre de 1916, en Asamblea Pública, bajo la presidencia del gobernador don Darío Antúnez, fundan el “Comité Pro Nueva Provincia”, con la siguiente Junta Directiva: Presidente, José María Antúnez, Vicepresidente Guillermo Romero Mejía: Miembros, Enrique Roldán, Darío Antúnez, asamblea continuada el día 14 de noviembre, se nombran las comisiones para recorrer nuevamente pueblos de las zonas norte, centro y sur de la región de las Vertientes, para desplegar propaganda y captar adhesiones. Los cargos recayeron en las mismas personas que actuaron durante la vigencia de “El Porvenir de Aija”.

1934-1936 Llegó 1934 y un suceso histórico en Ancash, golpeó muy fuerte la conciencia de los Aijinos. Carhuáz ya era Provincia: el Congreso Constituyente que legislaba desde 1931, con mucha facilidad y sin oposición había aprobado la Ley respectiva. Los Aijinos de aquel tiempo, seguramente se golpearon el pecho e hicieron mucha reflexión, para sopesar sus acciones pasadas. Nuevamente despertaron. La provincia fue creada por Ley del 05 de marzo de 1936, con su capital

Aija, junto con la tercera Provincia de Huaraz, por división de la segunda provincia de este mismo nombre de Huaraz.

Por fin, la larga lucha de las generaciones de aijinos había fructificado, después de muchas batallas e indecibles sacrificios. La noticia de esta victoria, cayó como ya bomba luminosa a Aija, que originó una explosión de euforia y algarabía desbordante del Pueblo. Los Aijinos de entonces, chicos y grandes, llenaron las calles y se confundieron en abrazos, en vivas y urras, al retumbo de los cohetes y al son de las bandas de músicos.

Luego la inauguración de la nueva provincia fue el 30 de agosto de 1936. Hoy cuenta con 5 distritos: Aija, La Merced, Huacclán, Succha y Coris.

## **2.2. UBICACIÓN POLITICA Y GEOGRAFICA**

La provincia de Aija, se encuentra ubicada en el Sur Oeste de la Región Ancash, parte alta de las cuencas hidrográficas de Huarmey y Culebras y flanco occidental de la Cordillera Negra. Limita por el Norte con la provincia de Huaraz, por el Este con las provincias de Huaraz y Recuay, por el Sur con la provincia de Recuay y Huarmey por el Oeste con la provincia de Huarmey. Su capital es la ciudad de Aija y está conformada además por los distritos de Coris, Huacclán, La merced y Succha. Aija también es llamada "Perla de las Vertientes" y se encuentra en la Cordillera Negra.

## **2.3. SUPERFICIE TERRITORIAL Y ALTITUD**

La provincia de Aija tiene una superficie territorial de 696.72 km<sup>2</sup>, siendo el distrito más grande el distrito de Coris con 267.15 km<sup>2</sup>, seguido de los distritos de Aija, La Merced y Succha con 159.74, 153.08 km<sup>2</sup> y 78.84 km<sup>2</sup>

respectivamente. Y por otro lado con menor extensión de superficie es el distrito de Huacllán con 37.91 km<sup>2</sup>.

La provincia de Aija presenta una altitud que varía desde los 750 m.s.n.m. hasta los 4,996 m.s.n.m. como altitud máxima. Que se ubica a una distancia de 69.7 Kms. de la ciudad de Huaraz, a una altitud de 3,384 m.s.n.m.

### III. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

#### 3.1. PIRAMIDE POBLACIONAL DE AIJA



Fuente: Oficina de estadística C.S Aija-2018.

#### 3.2. CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL

- ❖ **Transporte:** Terrestre. No cuenta con carreteras asfaltadas.
- ❖ **Medios de Comunicación:** Radial y televisiva

- ❖ **Telefonía y acceso a internet:** Cuenta con teléfono fijo, celulares e internet.
- ❖ **Organización política local:**
  - ✓ **Autoridades locales:** Alcalde, Teniente Gobernador, Juez de Paz, Presidente de Comunidad Campesina, JASS, directores de instituciones educativas, entre otros.
- ❖ **Entidades públicas y sus Representantes:** Municipalidad, Banco la Nación, Fiscalía, Juzgado Centros educativos, Parroquia, entre otras.
- ❖ **Actividad Económica, Productiva y Comerciales Predominante:** Las principales actividades económicas son:
  - ✓ Zona principalmente minera: zinc, plata, estaño.
  - ✓ Zona agrícola: trigo, papa, cebada, maíz, frutales en la zona baja.
  - ✓ Zona Ganadera: Vacuno, lanar, caprino, porcino

### 3.3. CARACTERISTICAS DE LA PRESENCIA DE RIESGOS:

- ❖ **Riesgo de origen natural**
  - ✓ **Clima:** En Aija, los veranos son cortos, frescos, áridos y parcialmente nublados y los inviernos son fríos y nublados. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de  $1\text{ }^{\circ}\text{C}$  a  $17\text{ }^{\circ}\text{C}$  y rara vez baja a menos de  $-1\text{ }^{\circ}\text{C}$  o sube a más de  $18\text{ }^{\circ}\text{C}$ .
  - ✓ **Suelo:** Corresponde a zona de suelos consolidados y compactos, que se han visto alterados por las lluvias intensas. Zona sísmica.
- ❖ **Riesgo de contaminación ambiental:**



- ✓ Agua no segura: Actualmente el agua de consumo de las familias corre riesgo de contaminación por la presencia de Minas.

#### **IV. ANALISIS DE LOS DETERMINANANTES SOCIALES DE LA SALUD**

El análisis situacional de la salud que incluye el sistema de salud (respuesta organizada de la sociedad) se refiere aquel componente que LALONDE denomina sistema sanitario y que va desde la protección, promoción, prevención hasta el tratamiento – recuperación y rehabilitación de la salud.

##### **4.1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD**

❖ **CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS:** tenemos las siguientes características:

- ✓ El crecimiento demográfico acelerado.
- ✓ La emigración es el 80% aproximadamente.
- ✓ El 60 % tiene ocupación independiente y el 36% son estudiantes, el 14% son profesionales.
- ✓ La inserción de la mujer en el ámbito laboral es gradual.
- ✓ El ingreso promedio mensual: es por debajo del sueldo mínimo, a razón que la mayoría cuenta con trabajo independiente como son negociantes, jubilados, empresarios, comerciantes, ambulantes, obreros.
- ✓ Población económicamente activa de 45%.
- ✓ Tasa de desempleo: 40%.

- ✓ La distribución de los recursos genera sectores urbanos marginales y cuya situación es de pobreza y pobreza extrema según SISFOH.

#### ❖ **CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:**

En relación a la condición de la vivienda el 65% de la población tienen casa propia y el 35% es alquilado. El material que predomina en las viviendas es del 70% de adobe y el 30% material noble. En relación al abastecimiento de agua el 65% tiene red pública dentro de la vivienda y el 67% cuenta con alumbrado eléctrico.

#### ❖ **CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS:**

Cuenta con instituciones educativas públicas nivel inicial, primario y secundario. Anualmente existe una deserción escolar de 4% en nivel secundario y este es más alto en las mujeres que en los varones.

Respecto al nivel educativo el 32.7% tiene secundaria y el 29.1% tiene primaria, cabe recalcar que los adolescentes para continuar estudios secundarios y superiores se desprenden de sus padres a temprana edad por lo que salen a Huaraz a otras ciudades a trabajar y estudiar.

El idioma que predomina el 85% es castellano, 13% quechua.

#### ❖ **CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO:**

La población económicamente activa ocupada según sexo predomina el masculino a pesar que la mujer también se inserta en el área laboral en menor porcentaje y labor doméstica no es remunerada.

❖ **ESTADO CIVIL:**

Las familias cuentan con un 68.7% con convivencia o condición estable y el 21.7% es casado.

**V. NECESIDADES SENTIDAS DE LAS PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD.**

❖ **SOCIALES-CULTURALES:** cuenta con indicadores socioculturales de amplio desarrollo comunitario:

❖ **Patrón religiosos:** 90.5% son católicos, las principales fiestas costumbristas de la zona se celebra en el mes de Febrero (Virgen Candelaria), Julio (Santiago Apóstol), Agosto (Aniversario de la creación política) y Noviembre (san Martín de Porres).

❖ **ANÁLISIS DEMANDA DE INTERVENCIONES SANITARIAS:**

✓ Porcentaje de población afiliada: El tipo de seguro que cuenta las familias es del.60% con SIS y el 30% tiene ES SALUD.

✓ Porcentaje de parejas protegidas: El 60%.

✓ Porcentaje de gestantes controladas. 90%

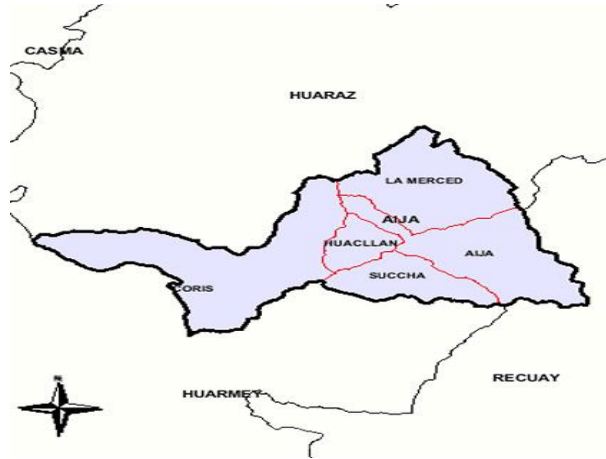
✓ Porcentaje de partos institucionales. El 100 %.

✓ Cobertura de vacunación: El 98%.

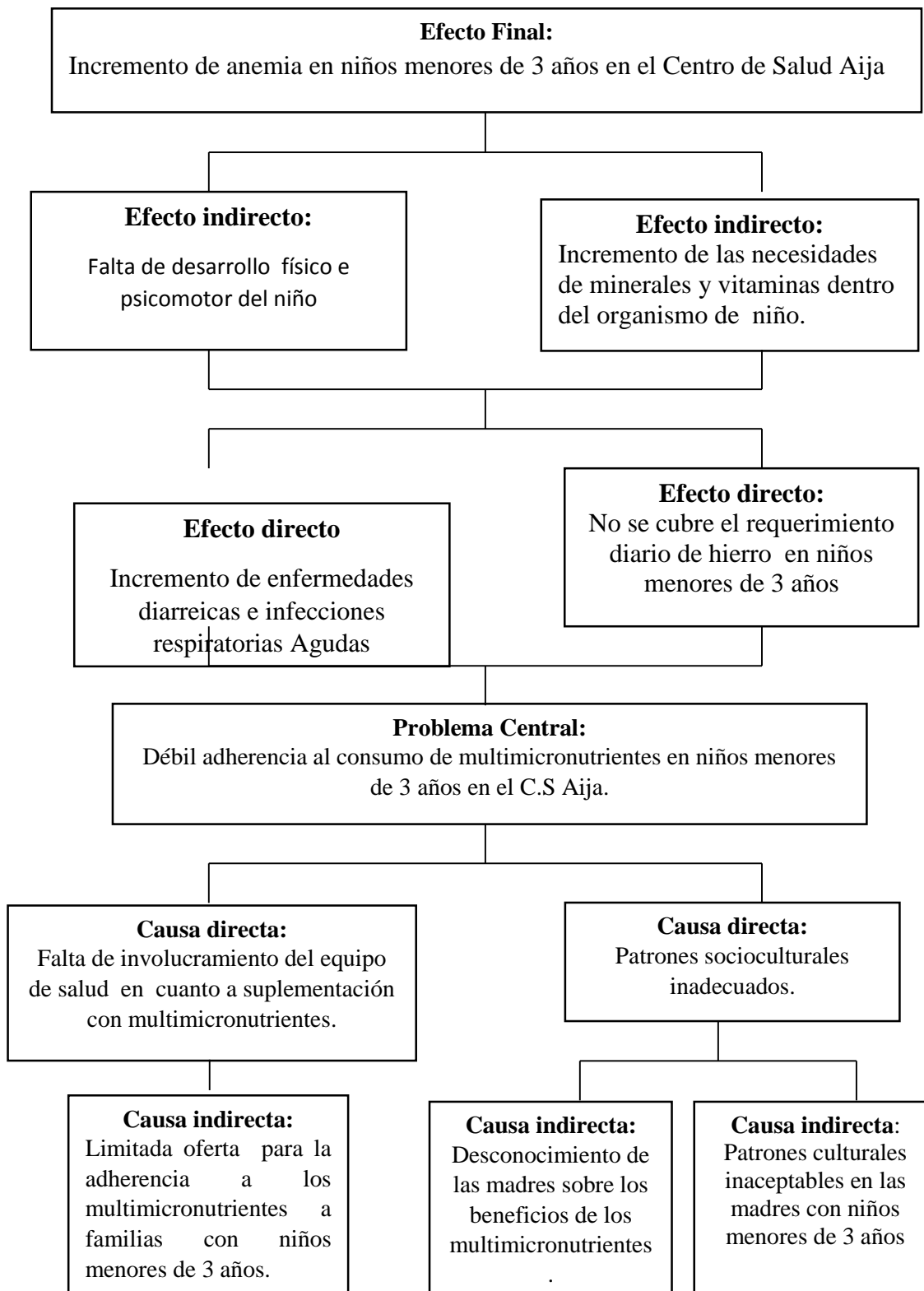
✓ Programas Sociales: Se cuenta con Pensión 65 y Vaso de leche.

❖ **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:** La comunidad organizada, la comunidad en general, participan en actividades socioculturales, así como en subdesarrollo comunitario

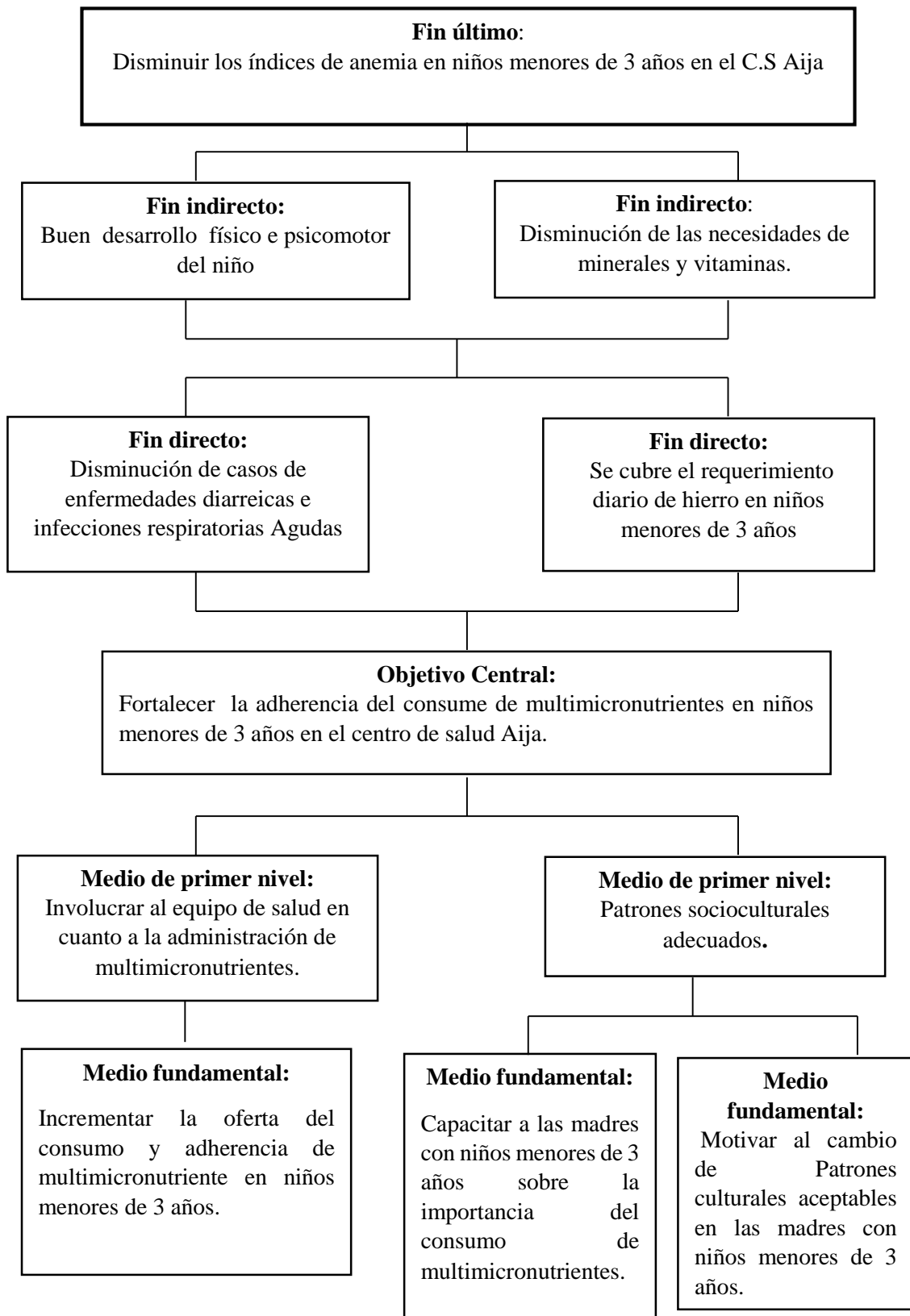
## UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA PROVINCIA DE AJJA:



**ANEXO.N ° .2: ARBOL DE CAUSAS Y EFECTOS**

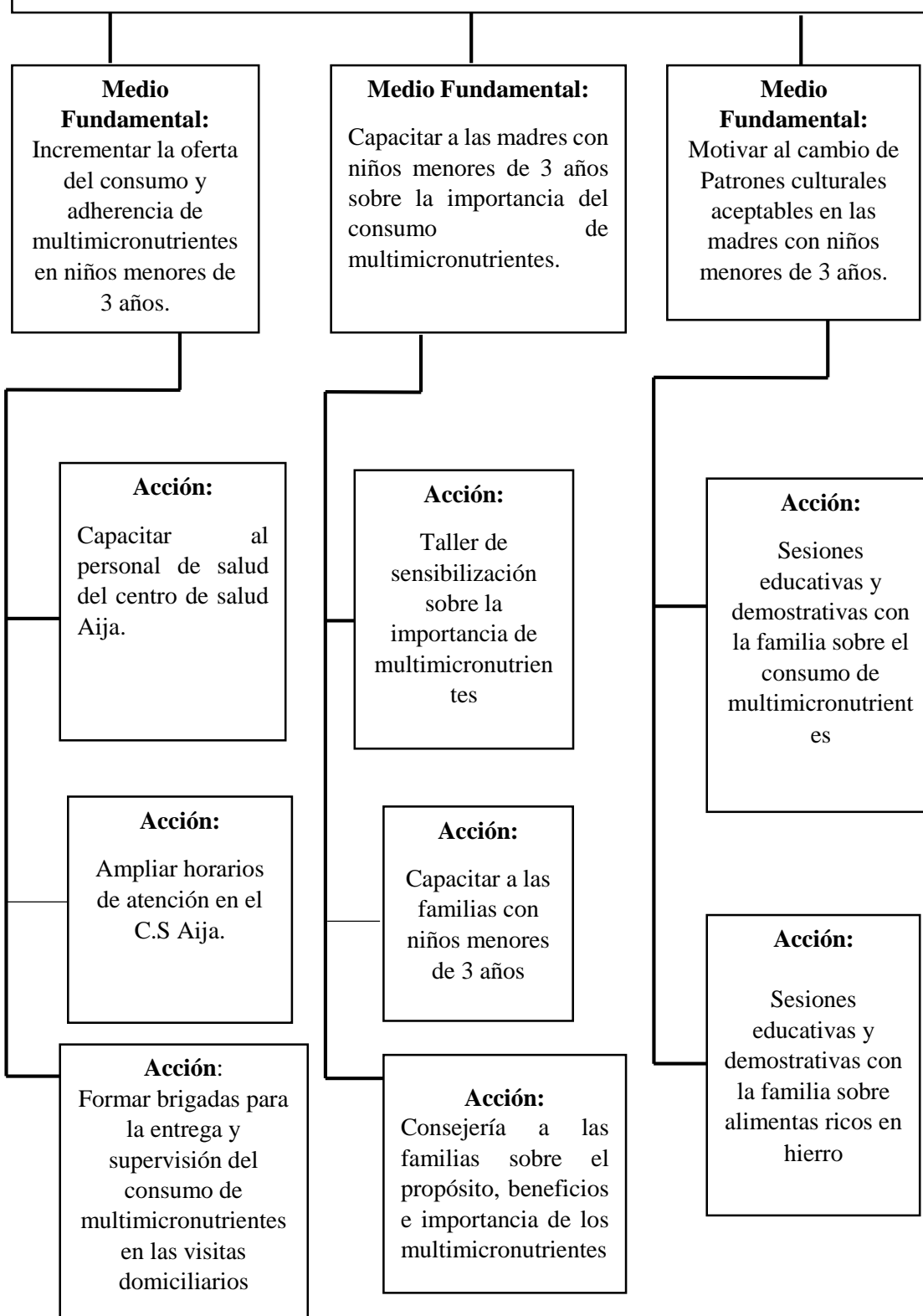


### ANEXO. N °.3: ARBOL DE FINES Y MEDIOS



## Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas

Fortalecer la adherencia del consumo de multimicronutrientes en niños (as) menores de 3 años en el centro de salud Aija



**ANEXO N°. 5: MARCO LOGICO**

Correspondencia					
JERARQUÍA DE OBJETIVOS		META	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>Fin</b>	Disminuir los casos de anemia en niños menores de 3 años en el C.S Aija				
<b>PROPÓSITO</b>	Fortalecer la adherencia del consumo de multimicronutrientes en niños menores de 3 años en el centro de Salud Aija.	70 % niños menores de 3 años fortalecen la adherencia al consumo de multimicronutrientes.	% de niños menores de tres años con adherencia a multimicronutrientes.  Nº de niños menores de 3 años que consumen multimicronutrientes x 100/ Población	Historia clínica, formato de visitas domiciliarias, formato de adherencia.	Niños menores de 3 años consumen multimicronutrientes.



			total menor de 3 años.		
<b>COMPONENTES</b>	Incrementar la oferta del consumo y adherencia de multimicronutrientes en niños menores de 3 años.	100 % de niños menores de 3 años reciben multimicronutrientes	% de niños que consumen multimicronutrientes . Nº de niños menores de 3 años que consumen multimicronutriente x 100/población total menor de 3 años.	Historias clínicas Reporte estadístico	Todos los niños menores de 3 años consumen multimicronutrientes.

	Capacitar a las madres con niños menores de 3 años sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes	70% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el primer año.  100% madres conocen sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes en el segundo año.	% de madres que conocen la importancia de los multimicronutriente.  Nº de madres con niños menores de 3 años que conocen sobre la importancia de los multimicronutrientes x 100 / población total de madres con niños menores de 3 años	Plan de capacitación.  Libro de actas  Relación de participantes	Todas las madres cuentan con conocimiento sobre la importa de los multimicronutrientes.
	Motivar al cambio de Patrones culturales aceptables de las madres con	70% de madres con niños menores de 3 años logran patrones	% de madres con niños menores de 3 años con cambio de	Plan de sensibilización.  Libro de Actas.	Madres con niños menores de tres años realizan una adecuada

	niños menores de 3 años	<p>culturales aceptables en el primer año.</p> <p>100% de madres con niños menores de 3 años logran patrones culturales aceptables en el segundo año.</p>	<p>patrones culturales aceptable</p> <p>Nº de madres con niños menores de 3 años con patrones culturales aceptables x 100 / población total de madres con niños menores de 3 años.</p>		combinación de alimentos balanceados.
<b>ANCIONES</b>	A.1.Capacitar al personal de del centro de salud.	2 capacitaciones al personal de salud.	N de personal de salud capacitado x 100 / N de personal de salud que labora.	Libro de actas. Lista de participantes.	Personal de salud capacitada.
	A.2.Ampliar horario de atención	12 roles de turno con horarios diferenciados	% de atenciones a niños menores de 3 años	Libro de asistencia	Personal de salud labora 8 horas.

	<p>A.3. Formar brigadas para la entrega y supervisión del consumo de multimicronutrientes en las visitas domiciliarios</p> <p>B.1. Taller de sensibilización sobre la importancia de multimicronutrientes</p>	<p>7 brigadas para la entrega de multimicronutrientes.</p> <p>10 talleres de sensibilización dirigida a madres con menores de 3 años.</p>	<p>N de atenciones a niños menores de 3 años x 100/población total de niños menores de 3 años.</p> <p>N de brigadas conformadas x 100 / N de brigadas programadas.</p> <p>N de talleres ejecutados x 100 / talleres programados</p>	<p>Libro de Actas</p> <p>Historias clínicas, ficha de supervisión de multimicronutrientes.</p> <p>Libro de Actas, Lista de participantes</p>	<p>Las 7 brigadas cumplen sus objetivos.</p> <p>Madres con niños menores de 3 años sensibilizados sobre las importancias de los multimicronutrientes.</p> <p>Familias con niños menores de 3 años capacitados.</p>
--	---	---	---	--	--

	B.2. Capacitar a las familias con niños menores de 3 años.	2 talleres de capacitación dirigido a madres con niños menores de 3 años.	N de familias con niños menores de 3 años capacitadas x 100/ N de familias con niños menores de 3 años.		Familias reciben por lo menos 2 consejerías.
	B.3. Consejería a las familias sobre el propósito, beneficios e importancia de los multimicronutrientes	2 consejerías a cada familia con niños menores de 3 años.	N de familias que recibir 2 consejerías x 100 / N de familias con niños menores de 3 años.	Libro de Actas, Lista de participantes, boleta de gastos.	Se ejecuta las 10 sesiones educativas y demostrativas programadas.
	C.1. Sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre el consumo de multimicronutrientes	10 sesiones educativas y demostrativas dirigido a madres con niños menores de 3 años sobre el	N de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas x 100 /	Historia clínica, ficha de visitas domiciliarias.	Se ejecuta las 10 sesiones educativas y

	C.2. Sesiones educativas y demostrativas con la familia sobre alimentos ricos en hierro.	consumo de multimicronutrientes.  10 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro.	programación de sesiones educativas y demostrativas.  N de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas x 100 / programación de sesiones educativas y demostrativas.	. Libro de actas, lista de participantes boleta de gastos	demostrativas programadas.
--	--	---	--	---	----------------------------