



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**REDUCIENDO LOS ÍNDICES DE ANEMIA EN NIÑOS DE  
6 MESES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD  
TÚPAC AMARU - CHIMBOTE, 2018**

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

**AUTORA:  
LIC. ENF. LEIDY NATALI TOLENTINO CRUZ**

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

**CHIMBOTE – PERÚ  
2018**

**JURADO EVALUADOR**

**Mgtr. Charcape Benites Susana Valentina**  
**Presidenta**

**Mgtr. Cabanillas De La Cruz Susana Elizabeth**  
**Miembro**

**Mgtr. Ñique Tapia Fanny Rocío**  
**Miembro**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la  
oportunidad de crecer  
profesionalmente, dándome  
fortaleza para llegar a este  
momento de mi vida

A mi asesora Elsa Lidia Palacios  
Carranza por su excelente labor en  
las etapas del proyecto

Al personal del puesto de salud  
Túpac Amaru, por permitirme  
realizar este trabajo de  
investigación

A mis padres por su sacrificio y  
regalarme la oportunidad de empezar  
en mi carrera profesional

## **DEDICATORIA**

A mi amado BILLY por apoyarme, por su comprensión, paciencia y amor incondicional

A mis pequeños CHRISTIAN y ANDRE que son mi motivo para superarme día  
a día y por ellos sigo llegando a mis metas

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
<b>I. PRESENTACION</b>	<b>1</b>
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	
2. 1. Título del Trabajo académico.	3
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	3
2.3. Población beneficiaria	3
2.4. Institución(es) que lo presentan.	3
2.5. Duración del proyecto.	3
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio.	3
2.7. Resumen del Trabajo académico.	4
<b>III. JUSTIFICACION</b>	<b>5</b>
<b>IV. OBJETIVOS</b>	<b>28</b>
<b>V. METAS</b>	<b>28</b>
<b>VI. METODOLOGIA</b>	
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	29
6.2. Sostenibilidad del proyecto.	33
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	<b>34</b>
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	<b>39</b>
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES</b>	<b>42</b>
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	<b>46</b>
<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b>	<b>46</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	52

## **I. PRESENTACIÓN**

La anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales más frecuentes, por lo que ha sido considerada a lo largo del tiempo como una de los mayores problemas de Salud Pública. Afecta a un porcentaje considerable de la población mundial, en todas las edades, razas, religiones y condición socioeconómica, siendo los más vulnerables los niños. A pesar de las graves consecuencias sociales y de salud, la anemia sigue sin control y se indica como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo (1).

En el período intra útero se puede iniciar un problema de anemia, debido a que la madre puede tener un déficit de hierro, sobre todo en el último trimestre de gestación afectando las reservas de hierro del feto. Cabe señalar que el recién nacido consume el hierro también a través de la leche materna (2).

El desarrollo y crecimiento de un niño puede verse afectado por un problema de anemia. Si el niño tiene un problema de anemia durante sus dos primeros años de vida, como consecuencia este niño puede ser afectado en su desarrollo de conducta y traer consecuencias negativas en su desarrollo de área psicomotora, aunque haya recibido tratamiento oral de hierro. Este binomio entre el desarrollo y la anemia ferropénica puede prolongarse hasta que el niño tenga cinco años y puede modificar su habilidad motora, cognoscitiva y de conducta. Asimismo repercute negativamente en el desarrollo del lenguaje, en la concentración,

genera falta de atención, problemas en el comportamiento y una actividad física lenta entre otras alteraciones. Se evidencia con mayor frecuencia después de los seis meses de vida, ya que durante los primeros seis meses el niño usa las reservas de hierro que ha obtenido de su madre durante su etapa uterina (3).

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: **REDUCIENDO LOS ÍNDICES DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD TUPAC AMARU-CHIMBOTE, 2018**, se apreciará la metodología de abordaje del problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, se hace uso el modelo de proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla.

Con este proyecto se espera que pueda ser de utilidad para el área de salud y especialmente para todo profesional de Salud preocupado por mejorar su situación problemática en la Institución donde labora.

Está dirigido de manera especial a todo aquel profesional de Enfermería que brinda servicio a todo niño con diagnóstico de anemia que tiene menos de seis meses y sus madres o cuidadores para que a través de una mejor educación sanitaria puedan prevenir la anemia en los niños y por ende disminuir el deterioro de su salud por enfermedades prevalente se de la infancia.

## II. HOJA RESUMEN

### a. TITULO DEL PROYECTO:

Reduciendo los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el puesto de salud

Túpac Amaru - Chimbote, 2018

### b. LOCALIZACION:

Distrito : Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

### c. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población Infantil de 6 meses atendida en el Puesto de Salud Túpac Amaru - Chimbote.
- **Beneficiarios Indirectos:** La familia, comunidad y profesionales de salud que laboran en el Puesto de salud Túpac Amaru - Chimbote.

### d. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto de Salud Túpac Amaru – Red de Salud Pacifico Norte – MINSA

### e. DURACION DEL PROYECTO: 01 año

Fecha Inicio : Enero 2019.

Fecha Término : Diciembre 2019.

### f. COSTO TOTAL: S/. 9,532

**g. RESUMEN DEL TRABAJO ACADEMICO:**

El presente Trabajo académico surge en base a la problemática encontrada en el Puesto de Salud Túpac Amaru, específicamente en el área niño, enmarcada en el principio de calidad de atención al usuario especialmente a la población más vulnerable: la infantil.

Es así que el presente proyecto, busca reducir los casos de anemia en niños de 6 meses mediante la sensibilización y capacitación de los cuidadores y el personal de salud sobre la importancia del tratamiento y las causas del anemia, así también resaltar la importancia del apoyo eficiente de las autoridades en la aplicación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia. Asimismo promover la gestión de la jefatura para la implementación de materiales y equipos.

Por lo cual se establecen como líneas de acción la gestión, sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: Gestión, sensibilización y gestión documental, elaboración del cuadro de: necesidades de equipos y materiales, documentos de gestión, plan de sensibilización, talleres de implementación y socialización de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia, gestión para compra de materiales y equipos .

Como profesional de enfermería, se espera contribuir con la mejora de la calidad de vida del niño de 6 meses y la disminución de la morbilidad y mortalidad por anemia.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El Puesto de Salud Túpac Amaru, se encuentra con una elevada tendencia frente a la anemia, a pesar de esto no se ha hecho aún un trabajo significativo que demuestre la causa de la anemia en niños de 6 meses, motivo primordial de la presente investigación. En el control CRED se evalúa la hemoglobina a los 6 meses y se realiza el control posterior a la suplementación de hierro por vía oral, pero sin evaluar los factores que se pueden corregir.

La anemia es de gran preocupación en la Salud Pública en muchos países por el aumento de casos de manera progresiva y más aún porque los niños son los que con mayor frecuencia la padecen. De hecho, se estima que la anemia está en aproximadamente 47% de los en los niños menores de 5 años, y en 30% de las mujeres en edad fértil no embarazadas. En cifras absolutas, estos porcentajes representan 293 millones de niños menores de 5 años, y 468 millones de mujeres no embarazadas afectados por anemia en el mundo (4).

En el mundo la anemia ferropénica, afecta a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población. La máxima prevalencia se da en los niños, se estima que afecta aproximadamente a 293 millones de la población infantil y sobre todo a los que tienen una edad menor a los cinco años, lo que equivale al 47% de los niños afectados por

anemia en el mundo. Se estima que la prevalencia de anemia ferropénica en África es 64,6%, Asia sudoriental 61 %, y en Europa 16,4%. En los países Latinoamericanos 23 millones de infantes que aún no leen a los cinco años se ven afectados con anemia lo que corresponde al 29,3 % del total (5).

Por otro lado en el Continente Americano tanto en el Centro como en el Sur, la anemia por déficit de hierro es considerada un problema grave en la salud ya que afecta a un promedio del 50% de niños y gestantes (6)

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

El Perú no escapa de este problema ya que a pesar de los esfuerzos que el gobierno realiza para contrarrestar la anemia, nada se ha podido hacer para evitar el incremento de casos de anemia en los niños, a pesar de haberse presentado una leve reducción en los niños menores de cinco años. Aún es un problema latente en nuestro país. Cabe señalar que la anemia epidemiológicamente tiene una tendencia a incrementarse durante los primeros años de vida del niño, Lo que genera preocupación en diversos ámbitos sociales (8).

A pesar de los avances gubernamentales en el sector salud y los esfuerzos de los trabajadores de salud para combatir la anemia aún no se ven resultados y los casos siguen incrementándose y más en la población

de la primera infancia. Es así que en un estudio de poblaciones realizado por ENDES se informó que de cada 3 niños uno de ellos sufre de anemia y que sus edades fluctúan entre 6 meses y 4 años con un dato porcentual de 34%, además este problema se presenta con mayor frecuencia en el área rural (39,5%) en comparación con el área urbana (31,1%). Además en comparación a los años en que se realizaron los estudios (1996-2013), el número de casos de niños con anemia sigue en aumento (9).

Según datos de ENDES la anemia es un problema de salud pública, cuya prevalencia nacional fue de 43.5% en el 2015, en el 2011 (41.6%) (INEI). En el 2015 había 977.585 niños anémicos (< 3 años), Lima provincia concentra el mayor número. Afecta a todas las regiones: Especialmente sierra (Puno 76%, Apurímac 56.8%, Pasco 56.1%) y selva (Loreto, Madre de Dios 58.2%, rural (51%), Quintil más pobre (52%). Asimismo once regiones tienen > 50% anemia (9).

Según la Red de Salud Pacífico Norte en lo que va del 2018 se tiene un 48.3% de casos de anemia, con la tendencia más alta en el menor de un año. (10)

En el primer semestre del año 2018 en el Puesto de Salud Túpac Amaru, en los niños de 6 meses de 19 tamizados 12 presentaron anemia (que representa el 63%) y sólo 3 se recuperaron (que representa el 4%) (10).

La anemia es una condición que indica que la hemoglobina contenida en la sangre se encuentra en cantidades inferiores a lo normal con relación

al sexo y edad del niño todo ello producto de la insuficiente cantidad de un elemento esencial como es el hierro y también de otros nutrientes como el ácido fólico, proteínas, vitamina B12 y zinc. Cabe señalar que el 90% de niños y los que se encuentran en la etapa de la adolescencia tienen anemia ferropénica, y es la más común en comparación con otros tipos de anemia (11).

Fisiológicamente la anemia es producida por la disminución de hemoglobina en los eritrocitos y cuando éste es inferior a los valores considerados normales para el sexo, la edad y condiciones físicas del niño, lo que produce que el transporte de oxígeno a los tejidos sea insuficiente. La hemoglobina tiene que tener una buena cantidad de hierro para que pueda realizar sus funciones con normalidad y para que pueda sintetizarse, para ello el niño debe tener una dieta rica en hierro en cantidades adecuadas ya que el cuerpo no puede producir hierro por sí solo (12).

La anemia ferropénica puede deberse fisiológicamente a tres causas principales una de ellas por la pérdida de sangre del cuerpo, por la ingesta deficiente de hierro en la dieta y la reducción de su absorción, lo que resulta en la poca producción de hemoglobina que hace que los glóbulos rojos disminuyan (13).

Asimismo la anemia por déficit de hierro puede deberse a lo siguiente;

- Crecimiento rápido en el primer año de vida

- Cantidad deficiente de hierro al nacer
- Prematuridad
- Parto gemelar
- Post exanguino transfusión
- Infecciones crónicas repetidas (tracto gastrointestinal)
- Lactantes mayores de 6 meses alimentados a base de leche o con una introducción inadecuada de los alimentos que son fuentes de hierro (exceso de hidratos de carbono o dispensa de carne).

La mayoría de los síntomas son producidos cuando la anemia es moderada o severa, ya que la ligera generalmente no se detecta. Entre las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad se tiene: cansancio, fatiga, palidez de piel y membranas, falta de apetito, crecimiento deficiente y disminución de las defensas a las infecciones, entre otras. La anemia ligera es la que más prevalece, pero debido a que ningún síntoma parece grave o pone en peligro la vida, existe la costumbre de ignorar esta afección, la cual no debe ser menospreciada. (14)

Si durante los primeros años de vida del niño tiene anemia esto repercutirá para toda su vida y las secuelas se verán en su adultez. Una de las secuelas más notorias es en el desarrollo cognitivo, es que el desempeño como estudiante será inferior, en comparación con otros niños que no han padecido de anemia en los primeros años de vida, muchos de los niños que han sufrido de anemia tienen problemas en su aprendizaje y sus

capacidades son mermadas teniendo un aprendizaje lento. Es así que los niños con antecedentes de anemia tendrán pocos logros educativos y requerirán de otras estrategias de enseñanza para que puedan alcanzar las capacidades que logran otros niños de su edad. Igualmente, están más vulnerables a contraer enfermedades de tipo infeccioso aumentando su morbilidad y por ende la mortalidad, además las niñas que sufren de anemia, y en su etapa adulta queden embarazadas son más propensas a tener problemas durante su embarazo (15).

Debido a estas consecuencias a largo plazo, se explica el hallazgo de que la anemia en los niños pequeños tiene un enorme impacto económico, a través de un efecto negativo en el capital humano, lo que resulta en pérdidas de billones de dólares anualmente (16).

Otra investigación realizada por Sobrino indica que existen factores de riesgo latentes que pueden llevar a que el niño tenga anemia, entre ellos su edad, el lugar donde vive o reside habitualmente, el sexo o género del niño, su nivel económico, si vive en la costa o en la sierra (en relación con la altitud), el número de hijos que tiene la familia en donde vive entre otros factores que predisponen a que el niño pueda tener anemia en algún momento durante su primera infancia. Por otro lado según estudios se ha considerado que los niños son más propensos a padecer de anemia que las niñas. Por eso es importante considerar estos factores para tomar las medidas preventivas del caso (15).

Al igual que los factores mencionados la edad también es un factor de riesgo importante que se relaciona con la anemia, es así que los niños que tienen menos de dos años tienen un mayor riesgo de adquirir esta condición en comparación a los niños que tienen más de dos años hasta aproximadamente los cuatro años. Con relación al nivel económico los que tienen un nivel inferior es decir los “pobres” y los de nivel superior “ricos o pudientes” mostraron cierta diferencia, es así que los de nivel inferior tuvieron mayor probabilidad de tener anemia (17).

Si se habla de la parte anatomofisiológicos del niño podemos resaltar que el cerebro del niño se estructura y desarrolla de manera acelerada durante sus primera infancia (entre los 3 años), es en ésta etapa donde se produce la sinapsis o conexiones entre neuronas, en un promedio de 700 por segundo y a los cinco años se desacelera este proceso. Sin embargo es en esta etapa donde el niño es más vulnerable a los efectos de su entorno ya sea en su hogar o en la interacción que tenga con los demás niños y depende de las experiencias que viva y acumule desde que nace hasta los primeros años de vida. Asimismo el hierro se va acumulando en el cerebro durante su infancia hasta tener los niveles adecuados en su etapa de púber y adultez (18).

La mayor prevalencia de la 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 capacidad de memoria (19).

Muchos estudios han corroborado que los niños que ha tenido un problema de carencia de hierro han tenido algún problema en el desarrollo de su conocimiento, de su área motora y de su comportamiento y conducta, además se le ha relacionado con el déficit de concentración e hiperactividad, así también con pausas en la respiración (apnea), problemas en el sueño o insomnio, períodos de sollozos y ACV isquémico. Asimismo hay evidencias que un niño que ha sufrido de anemia antes de los 2 años tiene tendencia a tener alteraciones en su maduración, puntuaciones muy bajas en su test de conocimiento y de comportamiento, así como alteraciones en su visión y audición (20).

La anemia es considerada como tal cuando la hemoglobina es menor de 11g/dl, (parámetros considerados por el Ministerio de salud). Cabe señalar que durante los dos meses de vida del neonato suele haber una disminución muy marcada de la hemoglobina, eso debido a la fisiología propia del neonato. Los niños que han nacido entre las 37 y 42 semanas de gestación y se han alimentado con lactancia materna exclusiva, están menos expuesto a tener anemia, sin embargo si la madre durante la gestación tuvo anemia es muy probable que el producto no nazca con las reservas suficientes de hierro (18).

Otra cosa importante es que el niño captura sus reservas de hierro antes de los doce meses de vida período en el cual tiene mayores requerimientos, se diría que los requerimientos más elevados están en esa edad en comparación a otros momentos de su vida, durante los primeros seis meses de vida el niño requiere una cantidad de 0,27mg/dl de hierro el cual son cubiertas por el depósito de reserva que le proporciona la madre durante su embarazo, cuando la edad del niño aumenta entre los siete y doce meses requiere 11mg/dl de hierro. Como la alimentación del niño en el Perú no cubre la cantidad de hierro que requiere, se le suplementa con hierro y aporte alimenticio complementario que pueda garantizar su consumo adecuado para su edad. Si el recién nacido es pretérmino y además nace con bajo peso se le suplementa al mes de nacido (20).

Otro punto importante es que depende de la cantidad ingerida de hierro, de la dieta compuesta por este elemento y el trabajo que realice la mucosa intestinal en su absorción para que el hierro pueda ser asimilado por el organismo. Aquí entran a tallar los procesos químicos como la biodisponibilidad en la que se encuentra el hem o no hem y como éste se relacione con otros componentes de la dieta. El que tiene mejor disponibilidad es el hierro hemo, ya que no necesita relacionarse con otros componentes provenientes de la dieta. En conclusión los alimentos de origen animal aportan más hierro que otros alimentos (21).

Los lactantes que tienen mayor probabilidad de tener anemia son los:

- 1) Bajo peso: Las reservas de hierro en neonatos con bajo peso al nacer son menores en 1 a 2 g, por lo que tienen más riesgo de padecer anemia.
- 2) Prematuros: La disminución de las reservas de hierro y la mayor demanda por la recuperación del crecimiento pueden causar anemia por deficiencia de hierro, la cual rara vez se produce antes de que el peso al nacer se duplique.
- 3) Anemia materna: El riesgo de anemia ferropénica en los lactantes, secundaria a deficiencia materna de hierro se demostró en un estudio que se llevó a cabo en la India con 55 mujeres embarazadas que tenían anemia. En el estudio se encontró que el contenido de hierro de la muestra de sangre del cordón correlacionaba con la hemoglobina materna y los niveles de ferritina sérica. Asimismo, el hierro contenido en la leche materna se encuentra reducido en las madres con anemia grave, pero no se altera en las madres con anemia de leve a moderada.
- 4) Enfermedad perinatal: La infección bacteriana o viral mediada por citocinas causa una disminución en la utilización del hierro y la producción de glóbulos rojos.
- 5) Bajo nivel socioeconómico: Contribuye a la anemia infantil debido a que estos niños presentan una baja disponibilidad de los alimentos ricos en hierro; asimismo, se alimentan exclusivamente de leche materna.
- 6) Alimentación exclusiva al seno materno después de los seis meses sin complementación adecuada: Una alimentación exclusiva al seno

materno crea una disminución de aporte de hierro en la nutrición de los lactantes y escolares.

- 7) Resecciones intestinales: esto ocurre cuando el íleon terminal no cumple la función de absorber la vitamina B12 (resección mayor a 60cm), eso sucede porque sus receptores no pueden reemplazarse ni con el colon ni el yeyuno. Si la resección es mayor a 100 cm, las sales biliares no pueden absorberse, y como producto habrá déficit de sales biliares y una mala absorción de vitaminas liposolubles y grasas por la interrupción brusca durante la circulación entero hepática.
- 8) Pérdidas de Sangre: Esto puede ser producida por una herida, una lesión o por sangrado de los intestinos y son la causa principal de anemia ferropénica.
- 9) Diarrea crónica: Se produce cuando ocurre una enfermedad a nivel intestinal acompañada por anemia, sin embargo aún no está comprobado si esto se debe a la pérdida de sangre que potencia la disminución de hierro, o es secuela de una enfermedad inflamatoria persistente.
- 10) Ingestión precoz de leche de vaca: Mucho se ha hablado sobre este tema, y existe muchas razones para suponer que si el niño ingiere durante el año de edad la leche de vaca hay un mayor riesgo de tener anemia ya que esta leche tiene poco hierro e incluso puede originar sangrado a nivel intestinal y de estómago de manera oculta

- 11) Anomalías congénitas: Esto se refiere a las anomalías a nivel de los vasos del intestino, aunque son poco probables en los adolescentes y niños también deben considerarse si el niño tiene anemia crónica o tiene sangrado intestinal como diagnóstico. Se ha detectado hemorragia intestinal en los niños con síndrome de Turner por la presencia de varices y hemangiomas.
- 12) Alimentación basada en leche y carbohidratos: Es cuando la alimentación del niño es buena en cantidad de carbohidratos pero no tiene la cantidad de hierro requerida por el niño (22).

El tratamiento de la anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad, es:

- a) El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día (Dosis máxima: 70 mg/d).
- b) Para el tratamiento se utilizará: jarabe de Sulfato Ferroso, Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico, Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico
- c) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- d) El control de hemoglobina se realizará al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (23).

La anemia es un problema multifactorial y sus efectos perduran en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas ponen énfasis en un abordaje integral e intersectorial.

Las medidas de prevención son:

- El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el descarte de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
- Brindar una adecuada consejería a la madre, familia o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicaciones y consecuencias irreversibles de la anemia; la calidad de la alimentación que debe ser variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.
- Poner énfasis en informar a los padres de niños y adolescentes, mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias irreversibles en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con secuelas incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas). (23)

El personal de enfermería como encargado del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, tiene un rol muy trascendental en la prevención de la anemia, brindando un cuidado integral. En las tareas que realiza la enfermera en el Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño sobresale la labor educativa sobre la alimentación según los grupo etáreos y

los alimentos ricos en hierro, a la vez ejecuta visitas domiciliarias cada fin de mes para identificar potenciales factores de riesgo y así detectarlos a tiempo (24).

El presente trabajo académico se sustenta en la teoría de enfermería de Nola Pender – modelo de promoción de la salud, en su teoría Modelo de Promoción de la Salud planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas debido a esto se identificó los factores que habían influenciado en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Este modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, es por ello que las madres como responsables de los niños deben saber las medidas para poder prevenir una enfermedad en su niño con el objetivo de mantener su salud estable (25).

Según este modelo las personas poseen algunos factores cognitivos – perceptuales que son los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, estos son las ideas, creencias que tienen las personas sobre la salud que las inducen a conductas o comportamientos determinados, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (25).

Pender toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, las potencialidades, la resiliencia, y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida, considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud, generando la participación en conductas saludables; para ello se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. Las características y experiencias individuales.
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. El resultado conductual (26).

Los lineamientos que sustentan el presente proyecto son los siguientes:

- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud.
- Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.
- Ley 29459 - Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Resolución Ministerial 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de

Salud”. Resolución Ministerial 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”.

- Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
- Resolución Ministerial 537-2017/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 137-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco años”.
- Resolución Ministerial 549-2017/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción y Control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 207-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA – Aprueba la Directiva N° 134- MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

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

A continuación se detallan algunas investigaciones relacionadas al tema:

Lanicelli, J. (27), en Argentina, 2013, realizó la investigación descriptiva de corte transversal titulada “Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata-Argentina”. El objetivo fue estudiar la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses. Conclusión. La prevalencia de anemia fue de 28,9% y descendió significativamente entre el 2010 y 2013. Fue mayor en varones, en niños nacidos con menor peso y con menores índices antropométricos. Los resultados, aun cuando tienen carácter local, reflejan el alto riesgo nutricional de la población menor de 6 meses.

Borge, E. (28), en Nicaragua, 2014, realizó la investigación descriptiva de corte transversal titulada “Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – Marzo - Nicaragua”. El objetivo fue determinar los factores asociados y la prevalencia de anemia relacionado al desarrollo en niños de dos meses a 10 años de edad en el Hospital San Juan de Dios de Estelí. Concluyendo que existe un mayor riesgo de anemia en aquellos niños que no han sido alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y se han alimentado con lactancia artificial y los que han recibido leche de vaca como sustituto antes del año de edad. Asimismo la mayoría de los niños no tuvieron una dieta adecuada en aporte de hierro según lo que requerían para su edad.

Hualca, M. (29), en Ecuador, 2016, realizó un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, sobre “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al centro de salud rural santa rosa de Cuzubamba de Cayambe”, tuvo como objetivo implementar estrategias preventivas para evitar la anemia ferropénica en niños menores de 24 meses que acuden a la unidad de salud. Conclusiones: se debe diseñar e implementar estrategias preventivas en base a la educación de los padres y madres de los niños para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población, obteniendo buenos resultados debido a que se mejoró el nivel de conocimiento sobre la

patología, beneficios de lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.

Pacheco, K. (30), en Ica, Perú, 2013, realizó una investigación descriptiva sobre Información de anemia ferropénica y medidas preventivas que tienen las madres de niños de 6 meses a 24 meses del centro de salud Subtanjalla – Ica, febrero 2013, el objetivo del estudio fue determinar la información sobre anemia ferropénica y acciones preventivas que tiene las cuidadoras de niños de 6 meses a 24 meses atendido en el C.S Subtanjalla – Ica, febrero 2013. Las conclusiones fueron: 54% de las madres realizan prácticas inadecuadas, según alimentos ricos en hierro el 52% fueron inadecuadas, el consumo de alimentos ricos en vitamina C solo alcanzó el 10%, el 48% manifiestan que no cumplieron con el consumo de multimicronutrientes

Maldonado, A. (31). En Arequipa, Perú, 2015, realizó una investigación cuantitativa, con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, titulada “Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 A 11 meses. Centro de salud 15 de agosto-Arequipa”, El objetivo fue determinar los factores relacionados con la anemia en lactantes. Conclusiones: Se ha demostrado que existe relación significativa entre la anemia en bebes lactantes cuyas edades fluctúan entre los 6 y 11 meses y el consumo de alimentos con poco contenido de hierro y variados, el tipo de leche con que es nutrido, diarreas persistentes y el aporte económico de los

padres a la familia. Asimismo del total de 134 lactantes el 46,3% tuvo anemia.

Ramos, K. (32), en Lima, Perú, 2016, realizó la investigación cuantitativa correlacional titulada “Medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años de edad en el Centro de Salud “Santiago Apóstol” Diciembre. Lima. Perú”. Este estudio tuvo como objetivo determinar las medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia por déficit de hierro en niños de 6 meses a 2 años de edad Centro de Salud “Santiago Apóstol”. Conclusión: Las medidas preventivas que aplican las madres para evitar que sus hijos tengan anemia no son las adecuadas y necesitan mejorar sus conocimientos con relación a los aportes nutricionales de sus hijos.

Cornejo, P. (33), en Lima, Perú, 2016, realizó una investigación descriptiva de corte transversal sobre Conocimiento y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un centro de salud Lima 2015, tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima. Conclusiones: la mayoría de las madres que acuden al Centro salud no conoce el tratamiento y las consecuencias de dicha enfermedad, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años. Asimismo que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia que

consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuencia y cantidad de acuerdo a la edad de su niño; por lo cual no cubren sus requerimientos

Gutierrez, L. (34) en Nuevo Chimbote, Perú, 2013, realizó una investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal titulada “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropenica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013 el objetivo fue establecer el nivel de conocimiento sobre anemia ferropènica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Las conclusiones fueron: más de la mitad muestran un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%), la mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropénica ( $p=0.021$ ). Asimismo, ante la prueba de riesgo, el poseer un nivel de conocimiento incorrecto se constituye en riesgo elevado para mostrar una actitud preventiva menos positiva (OR=3.2), p: significativo OR: Riesgo Elevado.

Arias, C. (35) en Chimbote, Perú, 2015, realizó la investigación descriptiva, correlacional y transversal titulada Factores de riesgo en la Anemia Ferropénica en el niño de 6 a 12 meses de edad, Centro de Salud Progreso. Chimbote, este estudio tuvo como objetivo: conocer la correlación entre los factores de riesgo y la anemia ferropénica en el niño de 6 a 12 meses de edad, Centro de Salud Progreso. Conclusiones: El

70,4% de niños de 6 a 12 meses presentan Anemia Ferropénica. En relación al Factor de riesgo biológico: Los antecedentes de enfermedad tienen relación significativa ( $p < 0,05$ ) con la Anemia ferropénica. En relación al factor de riesgo social: La etapa de vida de la madre tiene relación significativa ( $p < 0,05$ ) con la Anemia ferropénica. En relación al factor de riesgo cultural: Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo tiene relación significativa ( $p < 0,05$ ) con la Anemia ferropénica. La interrupción de la lactancia antes de los 6 meses de edad, el tipo de lactancia, ablactancia y nivel de conocimiento no tienen relación significativa ( $p > 0,05$ ).

Es importante que la madre de niños menores de 6 meses conozca aquellas medidas preventivas para poder mejorar la salud infantil, evitando futuras complicaciones y adoptar estilos de vida que puedan garantizar su salud (conductas promotoras). Para ello la mayoría de los profesionales de salud señalan que las mejores estrategias para disminuir esta incidencia de anemia ferropénica en los niños, es la promoción de la salud que comprende en brindar una buena educación acerca del tema.

El trabajo “Reduciendo los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el puesto de salud Túpac Amaru” es fundamental en el control de dicha alteración y mejorar la calidad de vida del lactante.

Es importante la realización de este trabajo académico porque permitirá al personal de enfermería intervenir mediante la educación sanitaria a todas las madres con niños menores de seis meses e involucrarlas en el cuidado

nutricional del lactante, aportando conocimientos sobre la importancia de una lactancia materna exclusiva y los beneficios en su organismo, además de comprometer y sensibilizar al personal de salud para la realización del seguimiento y monitoreo de los niños en estas edades tan importantes, ya que la anemia puede traer secuelas posteriores en su aprendizaje y desarrollo cognitivo del niño. Además de contribuir en la disminución de la incidencia del índice de anemia en la localidad.

**METAPARADIGMAS (36):**

**Salud:** Es un estado positivo que es de gran importancia para el individuo y la sociedad

**Persona:** Es un ser único e integral por su propio patrón cognitivo – perceptual. Entorno: Se representan por los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre las conductas promotoras de salud.

**Enfermería:** Es el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender nos ayuda a la integración de los cuidados de enfermería en las conductas de salud de las madres, nos sirve como guía para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud protegiendo así a los niños, por ende este modelo busca la educación en su autocuidado y en los hábitos saludables.

#### **IV. OBJETIVOS**

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

Reducción de los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud Túpac Amaru- Chimbote, 2018.

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

1. Cuidador sensibilizado en causas, consecuencias y prevención de la anemia
2. Personal de Salud y autoridades comprometidos con la aplicación de protocolos y directivas para la prevención y tratamiento de anemia
3. Gestión eficiente por jefaturas para la implementación de materiales y equipos para prevención de anemia en el niño

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

1. Se realiza el contrato de un licenciado en enfermería y un técnico en enfermería para todo el año
2. El índice de anemia se reduce de 63% a 50% en el primer semestre y a 30% en un año
3. 100% de los cuidadores sensibilizados en el tratamiento y consecuencias de la anemia
4. El 50% de los profesionales de salud del Puesto de Salud aplica las normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia durante el primer semestre y el 80% al año

5. Se implementará en un 40% con materiales y equipos para las actividades preventivas de anemia en el primer semestre y el 80% al año
6. 06 sesiones educativas ejecutadas
7. 06 actividades de Control y monitoreo por familia
8. 06 talleres de socialización
9. 03 documentos de gestión por año
10. 02 talleres de sensibilización ejecutadas
11. 03 actividades de gestión ejecutadas

## **VI. METODOLOGIA**

### **6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE**

**INTERVENCIÓN:** Las estrategias para el presente proyecto es sensibilización, documentos de gestión y Asignación de recursos materiales, los que serán parte de la intervención durante todo su proceso de ejecución. A continuación se describen las líneas de acción:

#### **A. EDUCACIÓN SANITARIA:**

Es el proceso por el cual una persona aprende sobre su salud, y como prevenir enfermedades mediante el cambio de actitudes, se concientiza de la importancia de tomar acciones apropiadas sobre su salud y la de su familia (37).

Mediante la educación sanitaria se logra fortalecer la salud del individuo, el responsable de esta tarea es el personal de salud o una persona capacitada en el área de salud (37).

En el Puesto de Salud Túpac Amaru el 80% de personal de salud, no se encuentra capacitado en el manejo de normas sanitarias ya que no se realizan las réplicas por los responsables

**Acciones:**

**1a.-Sesiones educativas al cuidador sobre tratamiento y consecuencias de la anemia**

- ✓ Elaboración del plan sesiones educativas
- ✓ Ejecución de las sesiones educativas
- ✓ Evaluación e informe de las sesiones educativas

**1b.-Control y monitoreo al cuidador**

- ✓ Elaboración del cronograma de control y monitoreo al cuidador
- ✓ Ejecución del control y monitoreo mediante visitas domiciliarias
- ✓ Evaluación e informe del control y monitoreo

**B.-DOCUMENTOS DE GESTIÓN**

Los documentos de Gestión son instrumentos técnicos que regulan el modelo de gestión interna de las empresas e instituciones y que permiten mantener el control de la calidad en todos los ámbitos de la organización, así como establecer los lineamientos estratégicos de las acciones y las competencias entre las autoridades, las oficinas, cedes, recursos humanos, procedimientos, operaciones y todo lo relacionado a la empresa o institución pública del aparato funcional interno que

permitirá obtener los objetivos centrales de la empresa o las entidades públicas (38).

En el PS Túpac Amaru no se cuentan con planes de talleres solo se envía a la Red de salud Pacífico Norte los informes del trabajo realizado. Asimismo el trabajo realizado es bajo las normas y directivas del MINSA.

**Acciones:**

**2a.- Reunión con jefatura**

- ✓ Elaboración de la sustentación técnica
- ✓ Redistribución de personal

**2b.- Talleres de socialización de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia**

- ✓ Elaboración del plan de taller de socialización
- ✓ Implementación del Taller de sensibilización
- ✓ Ejecución del taller de socialización
- ✓ Evaluación del taller de socialización

**2c.-Implementación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia**

- ✓ Conformación del equipo responsable para la elaboración de normas y directivas
- ✓ Elaboración de normas y directiva
- ✓ Aplicación de normas y directivas

## **C.-DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES**

Los recursos materiales son de vital importancia en una organización, son implementos organizacionales importantes en una empresa o Institución que conjuntamente con el capital humano permiten la integración de estos recursos y el logro de su desarrollo, mediante el uso adecuado de materiales se promueve la calidad de los servicios que se brinda (39).

En el PS Túpac Amaru los materiales solo los tenemos en periodos, existiendo meses en los que no contamos con microcubetas para tamizar al niño.

### **3a.-Taller de sensibilización a las autoridades sobre la importancia de implementar materiales y equipos para prevenir la anemia**

- ✓ Conformación de responsables del plan de taller de sensibilización
- ✓ Elaboración de plan de taller de sensibilización
- ✓ Ejecución del taller de sensibilización
- ✓ Evaluación e informe del taller de sensibilización

### **3b.-Gestionar compra de materiales y equipos**

- ✓ Realizar inventario de materiales y equipos
- ✓ Coordinar con autoridades de salud
- ✓ Realizar seguimiento a las autoridades responsables de la Implementación de materiales y equipos.
- ✓ Monitorear la realización de la compra de equipos e insumos

## **6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Servicio Enfermería, específicamente en el Área de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) del Puesto de Salud Túpac Amaru, asumiendo el compromiso de realizar coordinaciones permanentes con el encargado de la Jefatura del P.S, con el propósito de impulsar y mantener este proyecto y lograr su sostenimiento a través del tiempo.

## VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

### MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
<b>Propósito:</b>  Reducir los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud Túpac Amaru-Chimbote, 2018.	Los índices de anemia se reducen en un 30%.	<u>N° de casos de anemia en niños de 6 meses x100</u>  Número de niños de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud.	Reducción del índice de anemia en niños de 6 meses.	Historias clínicas de los niños atendidos en el Puesto de Salud.	Todo el año	Lista de chequeo
Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
A.-Cuidador sensibilizado en el tratamiento y consecuencias de la anemia	90% de los cuidadores sensibilizados en las consecuencias de la anemia	<u>Número de madres y/o cuidadores sensibilizados y educados x 100</u>  Número de madres y/o cuidadores que acuden al Puesto de salud.	Cambio de actitud y compromiso de la madre y/o cuidador para lograr la calidad del producto	Registro de asistencia a los talleres de sensibilización HIS	4 sesiones educativas	Lista de chequeo

B.-Apoyo eficientes de las autoridades en la aplicación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia	El 80% de los profesionales de salud del Puesto de Salud aplica las normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia	El 80% de los profesionales de Salud aplica las normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia	Documentos de gestión que permitan asegurar la calidad de los procesos.	Normas y directivas aprobadas por las jefaturas	3 documentos por año	Lista de chequeo
C.-Gestión de las jefaturas para la implementación de materiales y equipos	Se implementará en un 80% con materiales y equipos para las actividades preventivas de anemia	<u>Gestión de las jefaturas ejecutada</u> x 100 Gestión de las jefaturas programada  Materiales y equipos implementados para las actividades preventivas de anemia	Atención de calidad con uso de recursos y materiales operativos	Facturas de compra de materiales y equipos para prevención de anemia.	3 actividades de gestión ejecutadas	Lista de cotejo

## MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frecuencia.	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
Cuidador sensibilizado en consecuencias de la anemia	<p>Sesiones educativas al cuidador sobre consecuencias de la anemia</p> <p>Control y monitoreo al cuidador</p> <p>Sesiones educativas al cuidador y/o madre sobre importancia de la lactancia materna exclusiva</p> <p>Realizar suplementación preventiva con hierro polimaltosado</p> <p>Reuniones de coordinación con el equipo multidisciplinario.</p>	2 sesiones educativas ejecutadas	<p>Porcentaje de madres y/o cuidadores sensibilizados y educados.</p> $\frac{\text{Nº de cuidadores sensibilizados} \times 100}{\text{Total de cuidadores}}$	Cambio de actitud y compromiso de la madre y/o cuidador para lograr la calidad del producto	Registro de asistencia al taller de sensibilización HIS	4 sesiones educativas antes de cumplir los 6 meses de vida	Registro de asistencia

<p>Apoyo eficientes de las autoridades en la aplicación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p>	<p>Talleres de socialización de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p> <p>Implementación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p>	<p>6 talleres de socialización</p> <p>3 documentos de gestión por año</p>	<p>Elaboración e implementación de normas y directivas</p> <p>N° de normas elaborados x100</p> <hr/> <p>Total de protocolos</p> <p>N° de directivas x100</p> <hr/> <p>Total de directivas</p> <p>Manual de normas y directivas terminado e implementado.</p>	<p>Documentos de gestión que permitan asegurar la calidad de los procesos.</p>	<p>Normas y directivas aprobadas por las jefaturas</p>	<p>Cada 3 meses</p>	<p>Lista de chequeo</p>
<p>Gestión de las jefaturas para la implementación de materiales y equipos</p>	<p>Elaboración de sustentación técnica</p> <p>Redistribución de personal</p> <p>Taller de sensibilización a las autoridades sobre la importancia de implementar materiales y equipos para prevenir la anemia</p> <p>Gestionar compra de materiales y equipos</p>	<p>Dotación de personal Técnico en áreas administrativas.</p> <p>2 talleres de sensibilización ejecutadas</p> <p>3 actividades de gestión ejecutadas</p>	<p><u>Gestión de las jefaturas ejecutada</u> x 100</p> <p>Gestión de las jefaturas programada</p> <p>Taller de sensibilización implementado</p> <p>Materiales y equipos implementados para las actividades preventivas de anemia</p>	<p>Número de Personal profesional y técnico de acuerdo a la norma para lograr la calidad de los procesos</p> <p>Cambio de actitud para lograr la calidad del producto</p> <p>Atención de calidad con uso de recursos y materiales operativos</p>	<p>Rol de programación de turnos</p> <p>Registros de asistencia al Taller de sensibilización</p> <p>Facturas de compra de materiales y equipos para prevención de anemia.</p>	<p>1 vez por mes</p> <p>3 por año</p> <p>1 por año</p>	<p>Lista de chequeo</p> <p>Registro de personal sensibilizado</p> <p>Lista de chequeo</p>

## 7.1 Beneficios

### **Beneficios con proyecto**

- ✓ Disminución de la morbilidad y mortalidad por anemia en niños de 6 meses
- ✓ Reducción de los índices de anemia en niños de 6 meses
- ✓ Niños con lactancia materna exclusiva
- ✓ Adecuada adherencia al tratamiento profiláctico
- ✓ Adecuada aplicación normas y directivas
- ✓ Cuidador sensibilizado en las consecuencias de la anemia
- ✓ Apoyo eficiente de las autoridades en la aplicación de normas y directivas
- ✓ Eficiente gestión de las jefaturas

### **Beneficios sin proyecto**

- ✓ Incremento de la morbilidad y mortalidad por anemia en niños de 6 meses
- ✓ Incremento de los índices de anemia en niños de 6 meses
- ✓ Niños con lactancia mixta o artificial
- ✓ Inadecuada adherencia al tratamiento profiláctico
- ✓ Inadecuada aplicación normas y directivas
- ✓ Cuidador poco sensibilizado en el tratamiento y consecuencias de la anemia
- ✓ Apoyo deficientes de las autoridades en la aplicación de normas y directivas
- ✓ Deficiente gestión de las jefaturas

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1 Humanos:

RECURSO HUMANO	CANTIDAD	HORAS MENSUAL	COSTO X HORAS S/.	COSTO TOTAL EN 1 AÑO S/.
Enfermera	1	100	0.00	0.00
Facilitador	1	100	0.00	0.00
<b>Costo Total Recurso Humano</b>		200		0.00

### 8.2 Materiales:

ITEM	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNT S/.	COSTO TOTAL S/.
1	Memoria portátil	2	40,00	40,00
2	Laptop	1	2,500	2,500
3	Impresora	1	300, 00	300
4	Hemocue hb 201	1	3,000	3,000
5	Microcubetas x25	3	750,00	750,00
6	Lancetas pediátricas x100	1	50,00	50,00
7	Guantes x100	1	15,00	15,00
8	Algodón	5	10,00	10,00
9	Alcohol x 96°	2	7,00	7,00
10	Papel toalla	10	25,00	25,00
11	Jabón líquido x 1lt	1	15,00	15,00
<b>COSTO TOTAL</b>			<b>S/.</b>	<b>6,712</b>

### 8.3 Presupuesto: Aportes solicitados (institución)

<b>CODIGO</b>	<b>DENOMINACION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO S/.</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
5.3.0	SERVICIOS Honorarios profesionales y técnicos	02	-	0.00
	MATERIALES	-		<b>6,712</b>
<b>TOTAL S/.</b>				<b>6,712</b>

### 8.4 Presupuesto para taller de sensibilización

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>PRECIO UNITARIO S/.</b>	<b>CANT.</b>	<b>APORTE PROPIO S/.</b>	<b>APORTE REQUERIDO S/.</b>
1	Auditorio del puesto de salud	0.00	0	0.00	0.00
2	Impresiones	0.40	100	0.00	40.00
3	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
4	Ponentes	100	6	0.00	600.00
5	Refrigerio	2.00	100	0.00	200.00
6	Movilidad local	4.00	120	0.00	420.00
	<b>SUBTOTAL</b>				680.00
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>1960.00</b>

### 8.5 Presupuesto para sesiones educativas

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del puesto de salud	0.00	0	0.00	0.00
2	Impresiones	0.40	100	0.00	40.00
3	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
4	Ponentes	100	6	0.00	600.00
5	Refrigerio	2.00	100	0.00	200.00
	<b>SUBTOTAL</b>				260.00
<b>COSTO TOTAL PARA SESION EDUCATIVA S/.</b>					<b>860.00</b>

### 8.6 Resumen de presupuesto:

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Recursos Humanos	36,000	0.00	0.00
Materiales	6,712	0.00	6,712
Talleres	940,00	0.00	2,820
<b>TOTAL</b>	<b>8,702</b>		<b>9,532</b>

## IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

### PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO GENERAL:** Reducción de los índices de anemia en niños de 6 meses, atendidos en el Puesto de Salud Túpac Amaru

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2019				
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Elaboración del trabajo académico “Reduciendo los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el puesto de salud Túpac Amaru-Chimbote, 2018”	1	Informe	700.00	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la jefatura del Puesto de Salud Túpac Amaru	1	Informe	500.00		X			Proyecto Presentado
3	Reunión con el encargado de la jefatura del Puesto de Túpac Amaru para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	100.00		X			Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	7,832			X		Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	150.00				X	Proyecto desarrollado
6	Presentación del Informe Final	1	Informe	250.00				X	Proyecto presentado

## PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Cuidadores sensibilizados en causas, consecuencias y prevención de la anemia

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV
1	Sesiones educativas al cuidador sobre consecuencias de la anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan sesiones educativas</li> <li>➤ Ejecución de las sesiones educativas</li> <li>➤ Evaluación e informe de las sesiones educativas</li> </ul>	Sesión educativa	4,200	X	X	X	X
2	Control y monitoreo a la madre y/o cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del cronograma de control y monitoreo a la madre y/o cuidador</li> <li>➤ Dosaje de hemoglobina al niño</li> <li>➤ Ejecución del control y monitoreo mediante visitas domiciliarias</li> <li>➤ Evaluación e informe del control y monitoreo</li> </ul>	Control y monitoreo	500,00	X	X	X	X

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Personal de Salud y autoridades comprometidos con la aplicación de protocolos y directivas para la prevención y tratamiento de anemia

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019				
			DESCRIPCIO N	COSTO S	I	II	III	IV	
1	Talleres de socialización de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de taller de socialización</li> <li>➤ Implementación del Taller de sensibilización</li> <li>➤ Ejecución del taller de socialización</li> <li>➤ Evaluación del taller de socialización</li> </ul>	Taller	1.000	X				
					X				
						X			
							X		
								X	
									X
2	Implementación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración de normas y directivas</li> <li>➤ Elaboración de normas y directiva</li> <li>➤ Aplicación de normas y directivas</li> </ul>	Documento	900.00	X				
					X				
							X		
								X	
									X

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** 3. Gestión eficiente por jefaturas para la implementación de materiales y equipos para prevención de anemia en el niño

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	Reunión con jefaturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración de sustentación técnica</li> <li>➤ Redistribución de personal</li> </ul>	Gestión	300	X			
2	Taller de sensibilización a las autoridades sobre la importancia de implementar materiales y equipos para prevenir la anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conformación de responsables del plan de taller de sensibilización</li> <li>➤ Elaboración de plan de taller de sensibilización</li> <li>➤ Ejecución del taller de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe del taller de sensibilización</li> </ul>	Taller	1.000	X		X	X
3	Gestionar compra de materiales y equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar inventario de materiales y equipos</li> <li>➤ Coordinar con autoridades de salud</li> <li>➤ Realizar seguimiento a las autoridades responsables de la Implementación de materiales y equipos.</li> <li>➤ Monitorear la realización de la compra de equipos e insumos.</li> </ul>	Gestión	2,672	X		X	X
								X

## **X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E NSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención “Reduciendo los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el puesto de salud Túpac Amaru-Chimbote, 2018” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión del Puesto de Salud, jefatura del Puesto de Salud, para mantener el apoyo gerencial que se necesita durante el proyecto y lograr el compromiso en todas las actividades propias del proyecto.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

- Red de Salud Pacifico Norte
- Municipalidad Provincial del Santa

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ewusie, A. Beyene, H. Prevalence of anemia among under-5 children in the Ghanaian population: estimates from the Ghana demographic and health survey. BMC Public Health. [revista en internet] 2014 [fecha de acceso 13 de marzo del 2015]; Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/626>
2. Miranda, A. Franceschini, S. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças de 12 a 60 meses no município de Viçosa, MG. Rev Nutr. 2003; (2):163-9.
3. Rivera, F. y Col. "Efecto de la anemia ferropriva en el lactante sobre el desarrollo psicológico en el escolar". 2010. Suplemento 1. [actualizado 15 de agosto 2013, fecha de acceso 24 de noviembre de 2017] URL Disponible en: [http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp\\_97360108\\_sup.pdf](http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp_97360108_sup.pdf)
4. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet, 378(9809), 2123-35.2011. Disponible en [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5).
5. Instituto Nacional de Salud. [internet]. 2016 [consultado el 15 de octubre del 2016] URL Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL\\_v.03mayo2016.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2016.pdf)
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2013.
7. Database, W. H. O. G. Worldwide prevalence of anaemia.2005.

8. Sen, A., & Kanani, S. J. (2006). Deleterious functional impact of anemia on young adolescent school girls. *Indian pediatrics*, 2006.
9. Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES). Perú. 2017.
10. Puesto de Salud Túpac Amaru. Oficina de Estadística e Informática. Chimbote. 2018.
11. Coutinho GGP, Bertollo EMG, Benelli ECP. Iron deficiency anemia in children: a challenge for public health and for society. *Med J. (São Paulo)*. 2005; 123(2):88-92.
12. Olivares, M. & Thomas, W. K. Consecuencias de la deficiencia de hierro. *Revista chilena de nutrición*. 2003.
13. Bornaz, G. Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños y adolescentes escolares de la ciudad de Tacna. 2015.
14. Sosa, M. Suárez, D. y otros Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica. Cuba. 2012
15. Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M., & Alarcón, J. (2014). [Child Malnutrition in children under 5 years of age in Peru: trends and determinants]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 35(2), 104-12
16. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9809), 2123-35.2011. Disponible en [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5).
17. Instituto Nacional del Perú. Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte. Lima-Perú.2015.

18. Ministerio de Salud. Estado nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del ministerio de salud. [Internet] MINSA; 2015. [actualizado 22 de octubre 2015, fecha de acceso 15 de noviembre de 2018] URL Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona\\_izquierda\\_1/INFORME%20GERENCIAL %201%20Sem%202014\\_Final.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/INFORME%20GERENCIAL%201%20Sem%202014_Final.pdf)
19. Picos, S. y otros. Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. Cuba. 2015
20. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. [Internet] MINSA; 2017. [actualizado 15 de agosto 2017, fecha de acceso 24 de noviembre de 2018] URL Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe /normas legales/2015/RM028-2015-M1NSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normas legales/2015/RM028-2015-M1NSA.PDF)
21. Achon, F. Cabral, L. Vire, F. & Zavala, B. Prevalencia de anemia en la población pediátrica de una comunidad rural del Paraguay y su asociación con el estado nutricional. Paraguay. 2013
22. CONAPEME. Consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento de la anemia en la infancia y adolescencia. Pediatría México.2012.
23. Ministerio de Salud. Norma técnica – manejo Terapéutico y preventivo de La anemia En niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Perú. 2017

24. Cespedes, M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurin 2010
25. El cuidado. [Internet] 2012 [actualizado 20 de febrero 2014, fecha de acceso 24 de noviembre de 2018] URL Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nolapender.html>
26. Teoría de enfermería Nola Pender. [Internet] 2013 [actualizado 20 de febrero 2014, fecha de acceso 24 de noviembre de 2016] URL Disponible en: <http://teoriasenfermeras.blogspot.pe/2013/06/teoria-de-laenfermeria-modelo-de.html>
27. Lanicelli, J Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata-Argentina.2013.
28. Borge, E. Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – Marzo –Nicaragua. 2014.
29. Hualca, M. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al centro de salud rural santa rosa de Cuzubamba de Cayambe- 2016.
30. Pacheco, K. Información sobre anemia ferropénica y medidas preventivas que tienen las madres de niños de 6 meses a 24 meses del centro de salud Subtanjalla – Ica. 2013.
31. Maldonado, A. Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 A 11 meses. Centro de salud 15 de agosto-Arequipa. 2015.

32. Ramos, K. Medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años de edad centro de salud “Santiago Apóstol” Diciembre. Lima. Perú – 2016.
33. Cornejo, P. Conocimiento y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un centro de salud Lima. 2015.
34. Gutierrez L. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013
35. Arias, C. Factores de riesgo en la Anemia Ferropénica en el niño de 6 a 12 meses de edad, Centro de Salud Progreso. Chimbote 2015
36. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. [Internet] 2010 [actualizado 20 de febrero 2014, fecha de acceso 24 de noviembre de 2016] URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>
37. Ministerio de Educación. Manual de Educación sanitaria. [Internet] 2013 [actualizado 18 de mayo 2015, fecha de acceso 11 de agosto de 2016] URL Disponible en [www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/46.pdf](http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/46.pdf)
38. Arizmendi. H. Instrumentos de gestión en la empresa. México. 2013
39. MINSA. gestión de recursos humanos. Perú Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf> f. Último acceso 21 de diciembre 2016.

## ANEXOS

### ANEXO 1: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Túpac Amaru, cuenta con una población menor de un año asignada según INEI de 125 niños, pero es sobreestimada, ya que por padrón nominal RENIEC sólo se cuentan con 32 niños en la jurisdicción, pero acuden también de las zonas aledañas (Porvenir, La Esperanza, Progreso, La Unión, 21 de Abril, Pensacola, César Vallejo) incluso de otros distritos (Santa, Nvo. Chimbote)

Las principales causas de morbilidad en los niños menores de 1 año son: IRAs y dermatitis.

Se cuenta con una infraestructura limitada ya que sólo tenemos un consultorio de enfermería que también realizamos vacunatorio, consejerías y control adolescente; se atiende en turno de 6 horas por la mañana, con un promedio de atención de 7 niños por turno, y cuando detectamos enfermedades prevalentes son derivados al consultorio de medicina en una interconsulta para su tratamiento, se cuenta con dos licenciadas nombradas que realizan turno de 6 horas y que no se dedican exclusivamente al área niño ya que también son responsables de otras estrategias teniendo múltiples funciones.

La mayoría de las madres tienen como grado de instrucción secundaria completa, son trabajadoras y sus hijos son cuidados por familiares o personas contratadas quienes no acompañan al control de CRED al niño pero influyen en su crianza, hábitos y cuidado; además son evaluados por pediatras particulares donde reciben consejería distinta a lo establecido por las normas del MINSA; sumado a todo esto la poca importancia que los padres y la familia le da a la anemia, debido a que en sus grados leves no manifiesta síntomas.

**REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL  
PROBLEMA**

R.M. N° 250-2017 - MINSA “Manejo  
Terapéutico y Preventivo de la Anemia”.  
Aprobado en Lima 12 de Abril del 2017

R.M. N° 249-2017 - MINSA Plan  
Nacional para la Reducción y Control de  
la Anemia y la Desnutrición Crónica

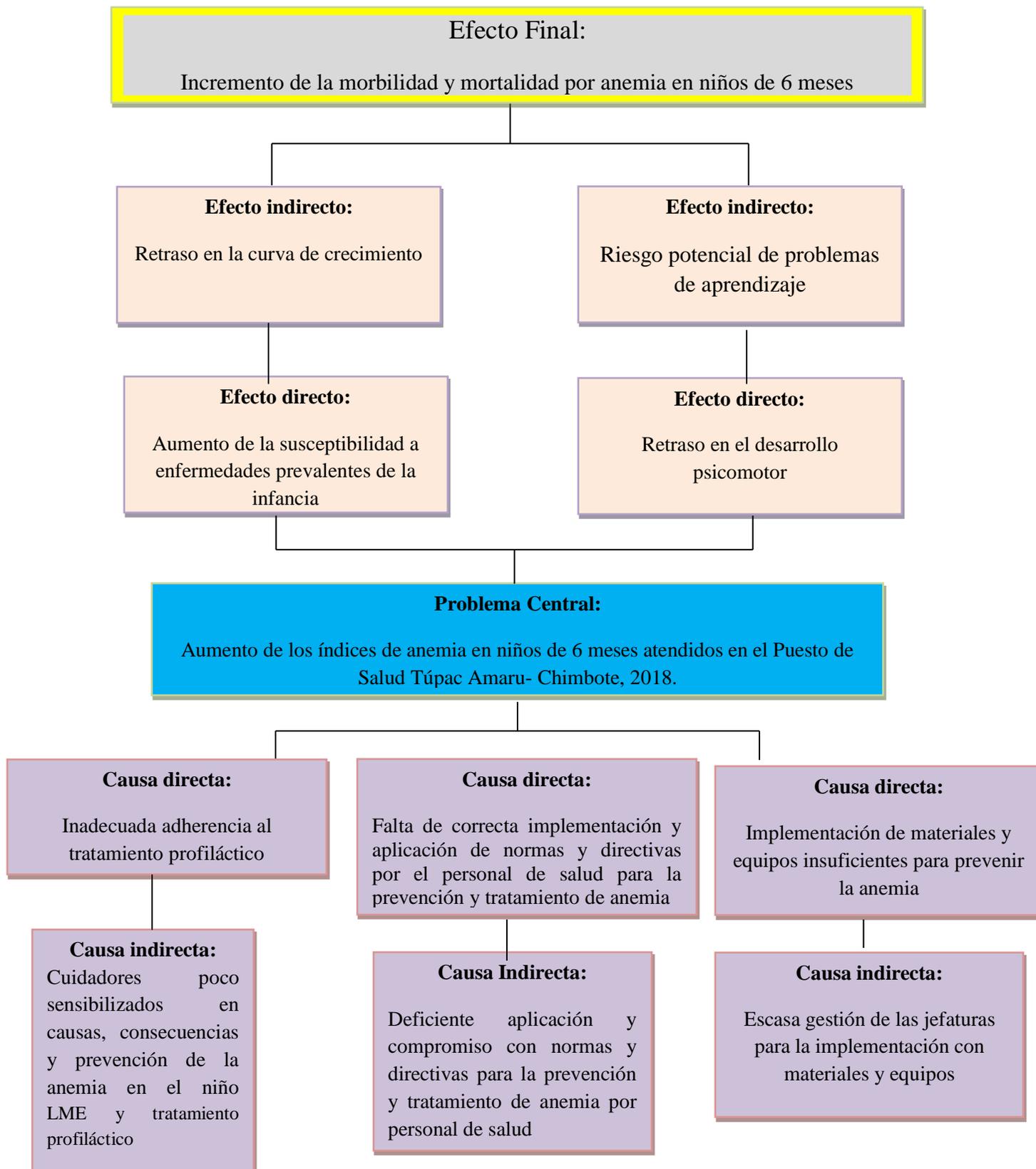
Niños de 6 meses del  
P.S. Túpac Amaru,  
Chimbote, Provincia  
del Santa, Región  
Ancash, que  
pertenece a la Red de  
Salud Pacifico Norte

Aumento de índices de anemia en  
niños de 6 meses atendidos por el  
Puesto de Salud Túpac Amaru-  
Chimbote, 2018

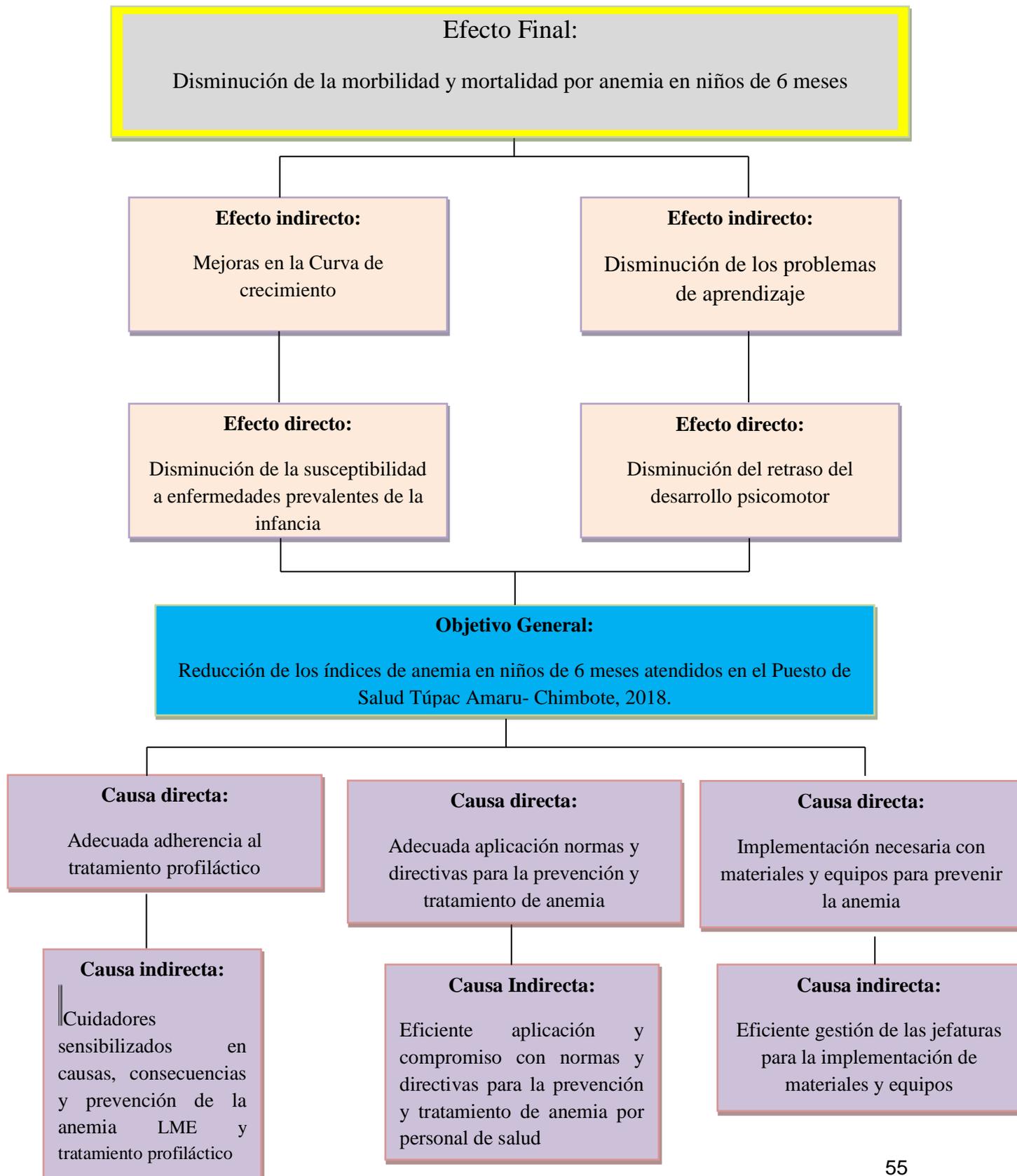
En el primer semestre  
del año 2018 en el  
Puesto de Salud Túpac  
Amaru, en los niños de  
6 meses de 19  
tamizados 12  
presentaron anemia

El MINSA incrementó la  
suplementación preventiva con hierro  
polimaltosado al niño de 4 y 5 meses

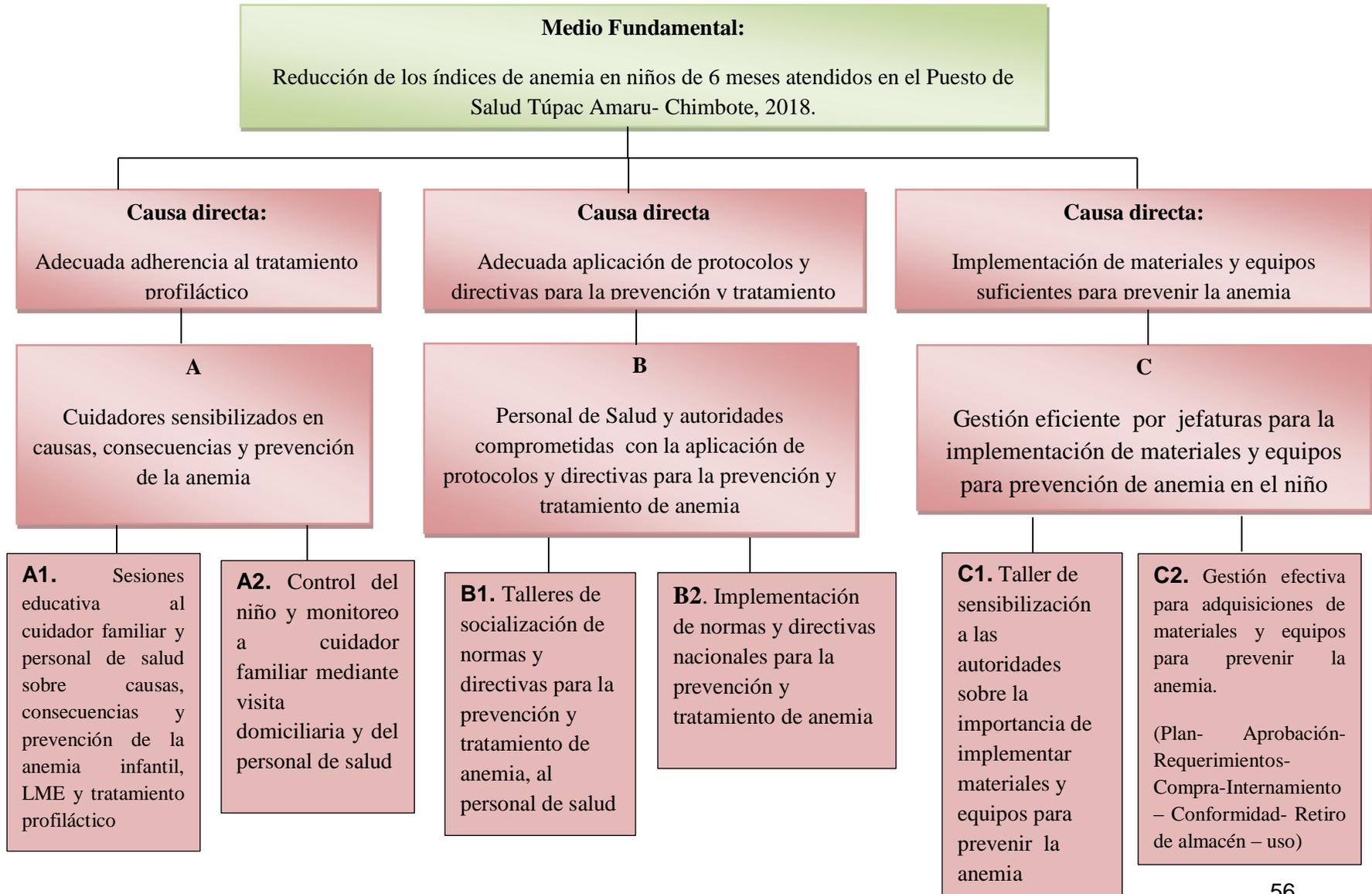
## ANEXO 2: GRÁFICA N° 1: ARBOL DE CAUSA Y EFECTO



**ANEXO 3: GRÁFICA N° 2: ARBOL DE MEDIOS Y FINES**



**ANEXO 4: GRÁFICA N° 3: ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS**



### ANEXO 5: MATRIZ DE MARCO LÒGICO

CORRESPONDENCIA					
	RESUMEN DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>Fin</b>	Disminución de la morbilidad y mortalidad por anemia en niños de 6 meses				
<b>Propósito</b>	Reducir los índices de anemia en niños de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud Túpac Amaru- Chimbote, 2018.	Los casos de anemia se reducen en un 30%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de anemia en niños de 6 meses}}{\text{Número de niños de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud}} \times 100$	Historias clínicas de los niños atendidos en el Puesto de Salud	El P.S. Túpac Amaru prioriza acciones y financiamiento para prevenir anemia en niños de 6 meses

<b>Causa/ efecto</b>	<b>Com pone ntes</b>	<p>A.-Cuidador sensibilizado en el tratamiento y consecuencias de la anemia</p> <p>B.-Apoyo eficientes de las autoridades en la aplicación de protocolos y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p>	<p>100% de los cuidadores sensibilizados en el tratamiento y consecuencias de la anemia</p> <p>El 80% de los profesionales de salud del Puesto de Salud aplica las normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p> <p>Elaboración de sustentación técnica</p> <p>Redistribución de personal</p>	<p><u>Número de cuidadores sensibilizados X 100</u> Número de cuidadores que acuden al Puesto de salud.</p> <p><u>N° de profesionales de salud que aplica las normas y directivas X 100</u> N° total de profesionales que labora en el Puesto de salud</p> <p><u>Gestión de las jefaturas ejecutada x 100</u> Gestión de las jefaturas programada</p>	<p>Reporte de asistencia de cuidadores</p> <p>Normas y directivas aprobadas por las jefaturas</p> <p>Rol de programación de turnos</p>	<p>Profesionales de salud calificado en atención de calidad</p> <p>Autoridades con capacidad resolutive que garantiza la aplicación de normas y directivas</p> <p>Profesionales de salud con responsabilidad y compromiso en la aplicación de normas y directivas</p> <p>Lista de chequeo</p>
--------------------------	------------------------------	--	--	---	--	---

		C.-Eficiente gestión de las jefaturas para la implementación de materiales y equipos	Se implementará en un 80% con materiales y equipos para las actividades preventivas de anemia	Materiales y equipos implementados para las actividades preventivas de anemia	Facturas de compra de materiales y equipos para prevención de anemia.	Prevención de la anemia con equipos y materiales suficientes y operativos
<b>Causa/ efecto</b>	Acciones	A1.- Sesiones educativas al cuidador sobre tratamiento y consecuencias de la anemia  A2.-Control y monitoreo al cuidador	6 sesiones educativas ejecutadas  6 actividades de Control y monitoreo por familia	Nº de sesiones educativas ejecutadas  Nº de control y monitoreo ejecutados	Registro de asistencia a las sesiones educativas  Plan de sesiones educativas impresas  Informe de sesiones educativas realizadas  Presentación del plan de control y monitoreo Plan de visitas domiciliarias presentadas Informe de visitas domiciliarias	El personal de salud realiza las visitas domiciliarias de manera constante

		<p>B1.- Talleres de socialización de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p> <p>B2.- Implementación de normas y directivas para la prevención y tratamiento de anemia</p> <p>C1.- Taller de sensibilización a las autoridades sobre la importancia de implementar materiales y equipos para prevenir la anemia</p>	<p>6 talleres de socialización</p> <p>3 documentos de gestión por año</p> <p>2 talleres de sensibilización ejecutadas</p>	<p>N° de talleres de socialización de normas y directivas ejecutadas</p> <p>N° de Normas y directivas aplicadas</p> <p>Normas y directivas implementadas y aplicadas en el Puesto de Salud</p> <p>Taller de sensibilización a las autoridades ejecutadas</p>	<p>Normas y directivas impresas</p> <p>Normas y directivas impresas para cada personal de salud</p> <p>Asistencia a los talleres de sensibilización</p> <p>Informe de los talleres de sensibilización ejecutados</p> <p>Informe de actividades de gestión realizadas</p>	<p>Personal de salud conoce y aplica protocolos y directivas</p> <p>El personal de salud aplica las normas y directivas para favorecer un atención de calidad</p> <p>Autoridades sensibilizadas sobre la implementar materiales y equipos para prevenir la anemia</p>
--	--	---	---	--	--	---

		C2.- Gestionar compra de materiales y equipos	3 actividades de gestión ejecutadas	Nº de actividades de gestión realizadas	Facturas de compra de materiales y equipos	Materiales y equipos implementados y operativos para la prevención de anemia
--	--	---	-------------------------------------	---	--	--

## ANEXO 5

### CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DEL PUESTO DE SALUD TÚPAC AMARU:



#### A. División Política:

El Puesto de Salud Túpac Amaru tiene como única área de responsabilidad para realizar todas las acciones de salud preventivo – promocional y recuperativas, programadas en la Urb. El Carmen, y la sectorización está conformado de la siguiente manera:

\*Sector “A”: Mz 1,2,3,4,5

\*Sector “B”: Mz. 8,9,10

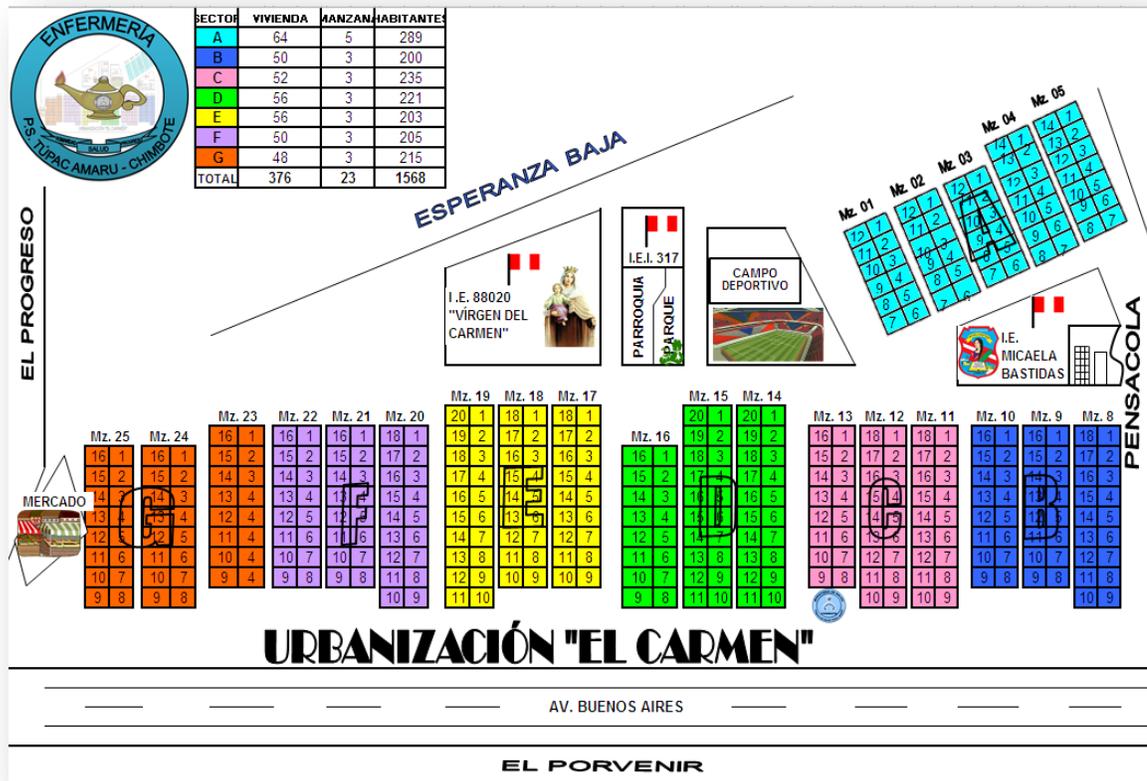
\*Sector “C” : Mz. 11,12,13

\*Sector “D”: Mz. 14,15,16

\* Sector "E": Mz. 17,18,19

\* Sector "F": Mz. 20,21,22

\* Sector "G": Mz.23,24,25



B. Superficie Territorial y Limites:

La Jurisdicción del puesto de salud Túpac Amaru está conformado por la Urb. El Carmen, en su totalidad, cuenta con una población asignada para el año 2017 de 7 610 habitantes.

**LIMITES:**

NORTE : AA.HH. La Esperanza Baja

SUR : PP.JJ. El Porvenir

ESTE : PP.JJ. Pensacola

OESTE : PP.JJ. El Progreso.

**Clima:**

En el verano la temperatura sube hasta los 32°C. En invierno baja hasta los 14°C.

**Actores sociales según nivel administrativo:**

- \* Agentes comunitarios de salud (2 activos)
- \* Comité de Salud: No activo

**Instituciones educativas:**

- \* I.E Micaela Bastidas (Nivel Secundario)
- \* I.E. Virgen del Carmen N°88020 (Nivel Primario)
- \* Jardín inicial N°317

**Instituciones religiosas:**

- \* 01 Parroquia: “San Pablo”

**Organizaciones de la comunidad:**

- \* 01 Vaso de leche

## C. Población

### C.1 Estructura Poblacional:

La población del P.S. “Túpac Amaru” para el año 2016 fue de 4 210 habitantes y el año 2017 fue de 7 610, observándose un aumento porcentual en 55.3 %.

## 1. **INFRAESTRUCTURA**

El Puesto de Salud Túpac Amaru tiene aproximadamente 16 años de construido durante estos años como consecuencia del aumento de la demanda por servicios de salud, el establecimiento ha sufrido una serie de ampliaciones y modificaciones. Si bien es cierto que en lo que respecta a la infraestructura se ha optimizado los ambientes, éste ya resulta insuficiente, siendo necesario ampliar su infraestructura, situación que permitirá la satisfacción de los usuarios internos y externos a la Institución.

La infraestructura del Puesto de Salud Túpac Amaru cuenta con 12 ambientes, de los cuales 08 ambientes son de material noble, 01 ambientes son de material tipo triplay que no es adecuado para una buena atención al usuario como por ejemplo: el área de ESNP y CTB, , además 03 ambiente de material tipo Drywall que corresponde al Área de Cadena de Frio, Odontología y Triage.

## 2. RECURSO HUMANO

Uno de los objetivos de la Institución es priorizar los Recursos Humanos debido a que ellos representan los pilares de la atención a demanda de la población asignada al puesto de salud Túpac Amaru.

PROFESIONAL	MODALIDAD	CANTIDAD
MÉDICO	CONTRATADO	01*
ODONTÓLOGO	LOCADOR	01
ENFERMERAS	NOMBRADAS	02
OBSTETRIZ	NOMBRADA	01
PSICÓLOGO	SERUMS	01
TÉCNICO * EN ENFERMERÍA	NOMBRADOS CONTRATADO	03 01
TÉCNICO EN FARMACIA	NOMBRADA	01
<b>M</b> <b>e</b> ARTESANO	NOMBRADO	01
TOTAL		12

\* (Plaza Bloqueada)

➤ **INGRESOS Y GASTOS:**

En la actualidad contamos con una caja chica muy deficiente de 550 nuevos soles al mes el cual no abastece los gastos realizados en el establecimiento tales como: Pago de servicios básicos (Agua, Luz, teléfono, internet), pago por eliminación de residuos sólidos, pasajes, compra de material de escritorio y limpieza, copias, etc.

**3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL  
P.S TUPAC AMARU – AÑO 2016

<b>N°</b>	<b>DAÑOS/MORBILIDAD</b>	<b>%</b>
1	INFECCIONES VIAS RESPIRATORIAS	28.4
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD ORAL	23.8
3	DORSOPATIAS	15.8
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	8.3
5	ENFERMEDAD DEL SITEMA URINARIO	6.1
6	ENFERMEDAD GASTRICA	5.0
7	DERMATITIS	4.8
8	PARASITOSIS INTESTINAL	3.4
9	INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	2.8
10	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL	1.6

#### 4. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD:

ETAPA DE VIDA	PROBLEMAS DE SALUD	OBJETIVOS	METAS	ESTRATEGIAS
NIÑO	➤ Incremento de IRAS	➤ Evitar las complicaciones de las IRAS	➤ Disminuir la tasa de morbilidad	➤ Brindar educación individual y colectiva
	➤ Prevalencia de enfermedades parasitarias	➤ Evitar episodios diarreicos y desnutrición.	➤ Disminuir los casos de parasitosis.	➤ Realizar campañas de desparasitación
	➤ Prevalencia de anemia en <5 años	➤ Promover la alimentación balanceada	➤ Disminuir los casos de anemia	➤ Realizar campañas y/o sesiones demostrativas de alimentación balanceada.
ADOLESCENTES	➤ Incremento de embarazos adolescentes	➤ Evitar las complicaciones de los embarazos adolescentes	➤ Disminuir los embarazos adolescentes	➤ Brindar educación individual y colectiva
	➤ Trastornos en la nutrición	➤ Evitar la desnutrición aguda y crónica	➤ Población adolescente.	➤ Promover una alimentación balanceada
	➤ Prevalencia de enfermedades de cavidad bucal	➤ Disminuir la prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal	➤ Disminuir la caries.	➤ Brindar atención integral odontológica
ADULTO MUJER	➤ Trastornos del aparato genitourinario (ITU) en mujeres embarazadas	➤ Disminuir las complicaciones de las infecciones genitourinarias	➤ Evitar la aparición de enfermedades genitourinarias	➤ Brindar educación individual a MEF.
	➤ Enfermedades odontológicas: Caries y pérdida de piezas dentarias en gestante	➤ Promocionar el consumo de alimentos ricos en calcio durante el embarazo.	➤ Promover el consumo de alimentos ricos en calcio y demás minerales.	➤ Promover campañas odontológicas
ADULTO VARON	➤ Episodios frecuentes de EDAS y otras enfermedades digestivas	➤ Disminuir el riesgo de enfermar con EDA y otras enfermedades digestivas	➤ Evitar la aparición de enfermedades de digestivas	➤ Realizar actividades preventivas-promocionales a nivel familia y comunidad.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermedades odontológicas: Caries y pérdida de piezas dentarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promocionar el consumo de alimentos ricos en calcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover el consumo de alimentos ricos en calcio y demás minerales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover campañas odontológicas</li> </ul>
ADULTO MAYOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermedades odontológicas: Caries y pérdida de piezas dentarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promocionar el consumo de alimentos ricos en calcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover el consumo de alimentos ricos en calcio y demás minerales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover campañas odontológicas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Episodios frecuentes de enfermedades digestivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disminuir el riesgo de enfermedades digestivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evitar la aparición de enfermedades digestivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar actividades preventivas-promocionales a nivel familia y comunidad.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incremento de enfermedades degenerativas crónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evitar las complicaciones de las enfermedades degenerativas crónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover estilos de vida que disminuya los riesgos de complicaciones de enfermedades degenerativas crónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar campañas preventivo-promocionales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alteración visual y auditiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mejorar los estilos de vida en el adulto mayor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover estilos de vida saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar campañas de atención integral.</li> </ul>

## **5. ANALISIS FODA:**

### **FORTALEZAS:**

- Ubicación céntrica y de fácil acceso.
- Personal de salud capacitado.
- Equipo básico operativo.
- Conformación del comité para el fortalecimiento de la gestión.

### **OPORTUNIDADES:**

- Población accesible.
- Aseguramiento universal al SIS.
- Instituciones educativas comprometidas con la salud de la comunidad.
- Agentes comunitarios capacitados.
- Apoyo de estudiantes, internos y Serums en actividades prácticas en salud.

### **DEBILIDADES:**

- Falta de identificación con el establecimiento.
- Falta de presupuesto para las diferentes estratégicas.
- Falta de equipamiento, insumos y medicamentos.
- Capacidad resolutive limitada del establecimiento de salud

### **AMENAZAS:**

- Idiosincrasia, creencias y costumbres de la población.
- Falta de sensibilización de la población en atenciones preventivas.