



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD
CHAVÍN - HUARAZ, 2019**

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

AUTORA:

EDITH VICTORIA GRANADOS AGUEDO

ORCID : 0000-0003-2788-9408

ASESORA:

ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

ORCID:0000-0003-2628-0824

HUARAZ – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Granados Aguedo, Edith Victoria

ORCID: 0000-0003-2788-9408

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad, Huaraz, Perú

ASESORA

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID: 0000-0003-2628-0824

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias de
la salud, Escuela profesional de Enfermería, Huaraz, Perú

JURADO

Charcape Benites, Susana Valentina

ORCID: 0000-0002-1978-3418

Cano Mejía, Alejandro Alberto

ORCID: 0000-0002-9166-7358

Molina Popayan, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909X

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y
ASESORA**

**MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES
PRESIDENTE**

**MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA
MIEMBRO**

**MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN
MIEMBRO**

**MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios por ayudarme y darme fuerza para hacer realidad mis sueños.

A mis padres, hermanas, abuelita, por confiar siempre en mi, apoyándome en todas las metas que me propongo en la vida.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos, consejos y experiencias que tienen en la vida.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo académico a la prestigiosa Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, por darme la oportunidad para realizar mis estudios como enfermera especialista.

Dedico este trabajo a todos los docentes de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, quienes influyeron con sus conocimientos y experiencias para formarme como enfermera especialista y prepararme para los retos que debo enfrentar, a todos y cada uno de ellos les dedico este trabajo académico.

También dedico este trabajo a mis compañeras y colegas de aula quienes en todo este tiempo hemos puesto a prueba nuestras capacidades y conocimientos en el desarrollo de este Proyecto de Intervención el cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas.

A mis compañeros de trabajo, para que este trabajo académico sirva de modelo de futuros proyectos que nuestro centro de trabajo necesita para seguir mejorando nuestra atención a nuestros usuarios.

La autora

ÍNDICE

	Pag.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
I. PRESENTACIÓN	1
II. HOJA RESUMEN	3
2.1. Título del proyecto	3
2.2. Localización	3
2.3. Población beneficiaria	3
2.4. Instituciones que lo presentan	3
2.5. Duración del trabajo académico	3
2.6. Costo total	3
2.7. Resumen de proyecto	4
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. OBJETIVOS	30
4.1. Objetivo general	30
4.2. Objetivos específicos.....	30
V. METAS	30
VI. METODOLOGÍA	31
6.1. líneas de acción y/o estrategias de intervención:	31
6.2. Sostenibilidad del proyecto	36
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	37
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	41
8.1. Humanos.....	41
8.2. Materiales	41
8.3. Presupuesto para las sesiones demostrativas y educativas de alimentos. ..	42
8.4. Resumen de presupuesto	42
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	43
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	47
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	53

I. PRESENTACIÓN

La anemia infantil en el Centro Poblado Chavín es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental. Aunque se ha avanzado mucho respecto al conocimiento de sus causas, aún existen muchas brechas de conocimiento que no permite tener una idea clara de los determinantes de la anemia infantil en el Centro Poblado Chavín.

Además de la deficiencia de hierro, otras causas de la anemia debieran ser estudiadas y consideradas en los esfuerzos de la salud pública orientados a controlar la anemia infantil en el Centro Poblado de Chavín. Asimismo, el presente estudio resume las iniciativas de salud pública que se han llevado a cabo, para hacer frente a la enorme carga que la anemia significa en la población infantil.

Por ello se plantea el presente trabajo académico: “Disminución de la anemia en niños menores de 3 años del Puesto de Salud Chavín”, con la necesidad de iniciar un proceso de cambio a fin de mejorar los procesos relacionados a la anemia en el Centro Poblado de Chavín y planteamos mejorar las capacidades del personal de salud, capacitar a las madres, considerando los aspectos básicos: Recursos humanos, materiales, capacitaciones y gestión de la calidad. Así también está contemplado la elaboración del plan de capacitación al personal de salud y a las familias de los niños menores de 3 años.

En este Trabajo Académico encontramos toda la metodología de cómo llegamos al problema, el planteamiento de objetivos y Plan de trabajo, se utilizó el Modelo de Proyectos de Bobadilla. Espero que este trabajo, académico sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática de sus centros laborales.

II. HOJA RESUMEN

2.1. Título del proyecto

DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD CHAVÍN – HUARAZ, 2019.

2.2. Localización

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. Población beneficiaria

Población directa: 30 Niños menores de 3 años con anemia del Puesto de Salud Chavín.

Población indirecta: 30 Madres de niños menores de 3 años con anemia y personal de salud involucrado en la prevención de la Anemia.

2.4. Instituciones que lo presentan

Puesto de Salud Chavin, Micro red Monterrey, Red de Salud Huaylas Sur

2.5. Duración del proyecto

2 años.

Fecha de inicio : Setiembre del 2019.

Fecha de término : Setiembre del 2021

2.6. Costo total

S/ 29,447.00

2.7. Resumen del proyecto

El presente estudio nace a raíz de la problemática de la anemia que se presenta en el Puesto de Salud Chavín, referente a los casos elevados de anemia de la población de menores de 3 años del Centro Poblado Chavín, debido a que las madres no cuentan con alimentos ricos en hierro debido a la lejanía que se encuentran de la ciudad, bajos recursos económicos, idiosincrasia que tienen las madres sobre el consumo de alimentos ricos en hierro, enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias agudas en los menores, lo que origina finalmente la anemia.

Por ello, el presente trabajo, busca disminuir la anemia en los niños menores de 3 años. A través de Líneas de acción como Gestión, capacitación, información, Educación y comunicación (IEC): Ampliación de la oferta de recursos humanos, conocimiento de las madres, activación de los Agentes Comunitarios de Salud. También incluye la elaboración del Plan de capacitación al personal de salud y los Agentes Comunitarios de Salud.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la disminución de la anemia en niños menores de tres años, del Centro Poblado de Chavín, Distrito de independencia, a fin de que los casos disminuyan y puedan tener una mejor calidad de vida en la sociedad y tengan una mejor oportunidad para el futuro.

III. JUSTIFICACIÓN

En el Puesto de Salud Chavín existe un problema de la anemia en los niños menores de 3 años, ya que el consumo de alimentos ricos en hierro es insuficiente, porque las madres no cuentan con estos alimentos a la mano y es difícil de adquirirlos ya que la distancia es lejana. Por otro lado, las madres tienen conocimiento sobre la importancia de los alimentos ricos en hierro, pero sin embargo no lo consumen. Está relacionado directamente con la situación de bienestar de los niños, el logro de las potencialidades de desarrollo, el problema de la malnutrición que implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, por tanto, incluye la anemia.

El presente trabajo académico justifica por su contribución a disminuir la anemia a través del consumo de alimentos balanceados ricos en hierro, sesiones educativas demostrativas a las madres, personal de salud y Agentes Comunitarios de Salud. A partir de esta información se podrá diseñar estrategias de promoción y prevención a la familia a fin de favorecer en disminuir la anemia.

Por otro lado, el personal de salud encargado directamente al control CRED no se encuentra capacitado para realizar eficientemente su trabajo, sumado a que la falta de equipos y ambientes no les permite realizar un control y monitoreo de los menores con problema de anemia; en el Puesto de Salud Chavín no se cuenta con una nutricionista.

El personal de Salud entrega una tarjeta de control para que las madres, lleven el control de cuando le toca su cita para CRED y reciban su charla de

orientación en nutrición, pero el inconveniente es que no asisten puntualmente a estos, por diversos problemas como son la distancia de donde viven, la falta de recursos económicos, falta de interés, entre otros.

Por otra parte, mucho de los niños sufren enfermedades diarreicas agudas lo que deshidrata al menor, llevándolo a que disminuya su hemoglobina y entre en la etapa de riesgo de anemia. En muchos de los casos estas EDAS no son comunicadas a tiempo lo que conlleva a que no se traten adecuadamente por lo que el menor lleva un proceso largo de recuperación (1).

En cuanto al aporte a la profesión de Enfermería, permitirá dotar con recursos humanos capacitados con adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños, programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación balanceada y un programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación. La contribución que se espera lograr es reducir la anemia en menores de 3 años y por consiguiente mejorar la calidad de vida de sus familias y de la sociedad.

Asimismo, la presente investigación tiene como fin sensibilizar y proporcionar conocimiento específico, válido y objetivo al equipo de salud de la anemia con la participación de la madre con niños con anemia menores de tres años. Así como promover el desarrollo de estrategias preventivo promocionales.

El presente proyecto contiene líneas de acción que van a mejorar con la calidad de vida de los niños menores de tres años, de este modo contribuir a la disminución de casos de anemia.

La Organización Mundial de la Salud se ha manifestado al respecto, alertando a las naciones a tener en cuenta que si la prevalencia de anemia supera el 40%, se califica como País con problema severo de salud pública, asimismo señala que es probable que el total de la población tenga deficiencia de hierro, ya que la anemia constituye el estadio final de dicha deficiencia en el cual el organismo ha agotado todo sus esfuerzos por mantener un adecuado equilibrio, es decir previo a que el examen de laboratorio señale un grado de anemia ya al interior del organismo se ha producido la llamada deficiencia de hierro de características subclínicas (2).

En el Perú, la anemia afecta a los niños más pequeños, sobre todo en zonas rurales, en la sierra y a los que se encuentran en el quintil inferior de pobreza. Pero también, en los últimos años se observa un incremento en los índices de las zonas urbanas de las principales ciudades del país, lo que exige realizar un trabajo que implique diferentes escenarios y público objetivo. Los principales factores asociados a este problema son el deficiente régimen alimenticio y continuos episodios de enfermedades infecciosas (probablemente ligado a inadecuadas prácticas de higiene), así como otras determinantes de la salud, asociados a la pobreza, brechas que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades (3).

A nivel Regional, Según los resultados de la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes 2017), la tasa de anemia entre los niños de 6 meses a 5 años en Áncash es de 34.6%, porcentaje que se ubica ligeramente por encima del promedio nacional (34.1%). Debido a su alta prevalencia, y tomando en cuenta las consecuencias de la anemia para el desarrollo de las personas y la economía, es

relevante caracterizar la anemia en la región y estimar el impacto que tiene sobre la economía regional y nacional (4).

En el 2018, en la región Áncash, el índice de anemia en niños menores de 3 años, es de 42,8%, de acuerdo a los reportes de la Dirección Regional de Salud. El informe indica que los lugares en donde se concentran la mayor cantidad de casos son los pueblos ubicados en la jurisdicción de la Red de Salud Conchucos Sur y Red de Salud Conchucos Norte, en la zona sierra de Áncash. La especialista de Nutrición de la Red de Salud Pacífico Norte, Diana Espinola Herrera, mencionó que en el caso de la zona costa (provincias del Santa y Pallasca) el índice de anemia es de 47.6%, es decir, mucho mayor al promedio regional. “Las zonas en donde se concentran los mayores casos son las micro redes de Pallasca, el distrito de Santa y Miraflores Alto, en Chimbote. (4).

La funcionaria de salud dijo que, en el caso de los niños, la presencia de la anemia se puede deber a una mala alimentación, así como también pueden sumar condiciones del contexto en el que crecen los pequeños. En el caso de la zona sierra, aun cuando se tienen a la mano productos altamente nutritivos, indicó que hay una mala combinación de los alimentos. (5).

A nivel local en el 2018, La coordinadora de la Dirección de Salud Comunitaria de la Dires Ancash, Noemí Soto Espinoza reveló que, según últimos datos estadísticos de los establecimientos de salud, los casos de anemia en niños menores de 5 años en el distrito de Huaraz se han incrementado en 80.50%, entre el mes de enero a julio del 2018, es decir; de 4 389 niños, 3533 tienen anemia, lo que representa que de cada 10 niños 8 tienen esta deficiencia alimenticia. En

comparación al año 2017, la cifra era menor, con un reporte del 45.6% de menores con este problema (5).

En el caso del distrito de Independencia, también las cifras se han incrementado, presentando un índice de 69.2% de niños con anemia, donde de 5 223 niños menores de 5 años, 3 614 presentan cuadros de anemia, lo que significa que de cada 10 niños 7 son anémicos en este distrito (6).

La anemia es una masa eritrocitaria, cantidad de hemoglobina y volumen de hematíes menor de lo normal. Clínicamente esto se describe como un hematocrito o hemoglobina mayor de dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad. Para los niños de 6 meses y dos años, representa una concentración de hemoglobina < 11 g/dl.

El hierro cumple la función de transportar oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, tal transportador de electrones en la membrana intracelular, que es parte integrante del sistema enzimático en diversos tejidos (7).

Energía es cuando el ser humano utiliza la cantidad necesaria de los alimentos para realizar: actividades, para el crecimiento de órganos y otras funciones tales como concentrarse, metabolizar y digerir los alimentos, respirar y para la circulación de la sangre y el oxígeno. La mayor fuente de nuestra alimentación está basada en grasa, proteínas y carbohidratos la que es medida en kilocalorías (kcal) (8).

Hay 2 formas de realizar reajuste para la evaluación del estado de anemia: cambiando los límites de los niveles mínimos de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar o llevando a nivel del mar la medición observada.

Podemos clasificar a la anemia de la siguiente manera (8).

- La anemia leve: 10.0 - 10.9 g/dl
- Anemia moderada: 7.0 - 9.9 g/dl
- La anemia severa: < 7.0 g/dl

Existen múltiples causas de anemia, siendo la más frecuente la deficiencia de hierro, elemento fundamental sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina. Cuando el médico establece que la causa de la anemia es el déficit de hierro tiene a su vez que investigar y establecer la razón de la disminución. Las causas pueden deberse a una baja ingesta de hierro (dietas vegetarianas estrictas), a una mala absorción en el tubo digestivo (enfermedad celiaca, resección de estómago o intestino), a un incremento de las necesidades de consumo (embarazo, infancia), a que se pierde en algún punto del organismo (sangrado menstrual, sangrado digestivo) o a la combinación de algunas de estas causas (9).

Tipos de anemia:

- **Anemia por deficiencia de B12:** Conteo bajo de glóbulos rojos debido a deficiencia de B12.
- **Anemia por deficiencia de folato:** Disminución en la cantidad de glóbulos rojos debido a una falta de ac. fólico, vitamina B9.
- **Anemia ferropénica:** Déficit de hierro.
- **Anemia por enfermedad crónica:** Se encuentra en personas con ciertas afecciones prolongadas crónicas que involucran inflamación.
- **Anemia hemolítica:** Los glóbulos rojos en la sangre se destruyen antes de lo normal.

- **Anemia aplásica idiopática:** La cual la médula ósea no produce suficientes células sanguíneas.
- **Anemia megaloblástica:** Son un grupo de enfermedades que resultan bien sea de la carencia de vitamina B12, de Vitamina B9 (ácido fólico) o de una combinación de ambas.
- **Anemia perniciosa:** Disminución en los glóbulos rojos que ocurre cuando los intestinos no pueden absorber apropiadamente la vitamina B12.
- **Anemia drepanocítica:** Los glóbulos rojos se tornan frágiles y en forma similar a media luna o a una hoz, no pueden realizar correctamente su función.
- **Talasemia:** Es un trastorno sanguíneo hereditario en el cual el cuerpo produce una forma anormal de hemoglobina. Este trastorno ocasiona la destrucción de grandes cantidades de los glóbulos rojos, lo cual lleva a que se presente anemia (10).

Para el diagnóstico de la anemia se necesita:

El interrogatorio:

- Tipo de dieta: Déficit en la ingesta de alimentos ricos en hierro, exceso de carbohidratos y leche.
- Antecedentes de prematurez, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre.
- Antecedentes de patologías perinatales.
- Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, disnea, hematuria.
- Trastornos gastrointestinales: diarrea, esteatorrea (11).

Examen físico: La deficiencia de hierro puede provocar alteraciones a casi todos los sistemas de organismo. La palidez cutáneo –mucosa es el signo principal: también se puede observar: retardo del desarrollo, alteración de tejidos epiteliales y alteraciones óseas (11).

Estudios de laboratorio:

- Hemograma: Hemoglobina y hematócrito (disminuidos), recuento de reticulocitos, recuento leucocitario, morfología eritrocitaria (11).

Prueba Terapéutica: Consiste en administrar sulfato ferrosoa dosis terapéutica (3-6 mg/kg) y evaluar la respuesta eritropoyética (11).

Signos y síntomas de la anemia, en las personas con anemia mayormente son asintomáticas, por este motivo en las poblaciones con muy alta prevalencia se realiza el despistaje en mujeres gestantes, adolescentes, puérperas y niños (11).

Cuadro N° 1 Síntomas y signos de anemia.

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas

cardiopulmonares	condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

FUENTE: Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida (2016), adaptado de las referencias bibliográficas (12).

La dieta facilita dos tipos de hierro: El hierro hemo y no hemo. El hierro hemo se encuentra presente en las carnes, vísceras, aves, pescados y huevos. Se absorbe un 25 por ciento de lo que ingerimos. El hierro no hemo se encuentra en los alimentos de origen vegetal como: Las frutas, verduras, cereales, legumbres y sales de hierro. (13).

El tipo de hierro hemo atraviesa la membrana celular como una metaloporfirina intacta, una vez que las proteasas endoluminales o de la membrana del enterocito hidrolizan la globina. Los productos de esta degradación son importantes para el mantenimiento del hemo en estado soluble, con lo cual garantizan su disponibilidad para la absorción. En el citosol la hemoxigenasa libera el hierro de la estructura tetrapirrólica y pasa a la sangre como hierro inorgánico, aunque una pequeña parte del hemo puede ser transferido directamente a la sangre portal (14)

Aunque el hierro hemínico representa una pequeña proporción del hierro total de la dieta, su absorción es mucho mayor (20-30 %) y está menos afectada por los

componentes de ésta. No obstante, al igual que la absorción del hierro inorgánico, la absorción del hemo es favorecida por la presencia de carne en la dieta, posiblemente por la contribución de ciertos aminoácidos y péptidos liberados de la digestión a mantener solubles, y por lo tanto, disponibles para la absorción, ambas formas de hierro dietético (14).

Sin embargo, el ácido ascórbico tiene poco efecto sobre la absorción del hemo, producto de la menor disponibilidad de enlaces de coordinación de este tipo de hierro.¹⁵ Por su parte el calcio disminuye la absorción de ambos tipos de hierro por interferir en la transferencia del metal a partir de la célula mucosa, no así en su entrada a esta (14).

El tratamiento de la anemia es de manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico (14).

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

- a) En el caso de los niños la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. En el caso de las mujeres gestantes, puérperas y mujeres adolescentes, la suplementación con hierro, ya sea terapéutica o preventiva, será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal (15).

Cuadro N° 2 Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME.

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

Fuente: MINSA. La Norma Técnica – Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, Mujeres gestantes y púerperas (15).

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro (15);

- a) Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- b) Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- c) Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

- d) Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango “normal”, y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento (15).

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

- a) El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.
- b) En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.
- c) Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.
- d) Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua (15).

Cuadro N° 3 Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.

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

Fuente: Zavaleta N. Respicio G. and Garcia T. Nutr. 130: 462S–464S, 2000 (67) y WHO. 2016. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra (16)

Cuadro N° 4 Tratamiento con hierro para niños a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.

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

Fuente: Zavaleta N. Respicio G. and Garcia T. Nutr. 130: 462S–464S, 2000 (67) y WHO. 2016. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra (16).

El tratamiento de anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad.

- a) El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- b) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (16).

**Cuadro N° 5 Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 meses de edad
con anemia leve o moderada**

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

Fuente: Zavaleta N. Respicio G. and Garcia T. Nutr. 130: 462S–464S, 2000 (67) y WHO. 2016. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls. Ginebra (16)

Medidas de prevención de la anemia (15).

1. Realizar una dieta sana e equilibrada es básico para estar en forma y combatir cualquier dolencia. Si lo que deseamos es prevenir la anemia ferropénica podemos aumentar la ingesta de alimentos ricos en hierro.
2. Existen dos tipos de hierro. El hierro hemo que se encuentra en los alimentos de origen animal y el hierro no hemo que se encuentra en los vegetales. El hierro hemo tiene una mayor capacidad de absorción. Si queremos aumentar los niveles de hierro es mucho más aconsejable realizar una dieta mixta que incluya carne y verdura que una dieta vegetariana.
3. La vitamina C favorece la absorción del hierro. Tomar suplementos o alimentos ricos en hierro junto a alimentos ricos en vitamina C facilita la asimilación de este mineral tan necesario.
4. La vitamina A y los betacarotenos además de ser potentes antioxidantes también favorecen la asimilación del hierro y podemos encontrarlos en vegetales como la zanahoria, la calabaza, las espinacas, el pimiento rojo, los albaricoques o los tomates.
5. Si tomamos té o café tras las comidas estaremos dificultando la absorción del hierro. Los polifenoles presentes en estas bebidas forman un complejo con el hierro ingerido y dificultan su asimilación.
6. La leche, las bebidas ricas en cafeína, el alcohol o el chocolate dificultan la absorción del hierro. Mejor evitarlos si estamos tomando suplementos orales o haciendo una dieta rica en hierro.
7. Para la prevención de la anemia ferropénica también es importante realizar con cierta periodicidad un análisis de sangre. Podremos comprobar que todo está en orden o por el contrario saber si necesitamos algún suplemento.

8. Nunca debemos iniciar un tratamiento de hierro por nuestra cuenta. El exceso de hierro puede ser tóxico para nuestro organismo causando efectos graves para nuestra salud. Ante la sospecha de anemia siempre se debe consultar con un equipo médico.
9. El mejor momento para tomar un suplemento de hierro es una o dos horas después de las comidas con el estómago vacío, al llegar al estómago la absorción será mucho mayor.
10. Algunas personas **no toleran** los hierros orales. Pueden provocar molestias gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarreas. En ese caso se aconseja tomarlo junto a una pequeña cantidad de alimento (15)

El rol principal de la enfermera es prevenir la anemia ferropénica mediante una adecuada información a la madre, familia y a la comunidad, identificando las necesidades reales de la comunidad, para la aplicación del programa educativo de la prevención de la anemia en el país.

La enfermera tiene un papel muy importante en la atención primaria de salud, trabaja en la prevención y en la promoción del autocuidado del individuo en actividades habituales como en el Centro de Salud, domicilio y comunidad. Dentro de las intervenciones que realiza la enfermera contra la anemia son los siguientes:

- Suplementación para la anemia: Las gotas, jarabe y los multimicronutrientes.
- Sesiones educativas y demostrativas a las madres de familia, comunidad que se realizan en el establecimiento de salud.
- Seguimiento para el control oportuno de su CRED y vacunas.
- Promoción en la alimentación saludable como alimentos ricos en hierro,

micronutrientes, mediante la sensibilización a la familia, promotores de salud.

- Visitas domiciliarias en niños con anemia.

Por ende, dentro de mi función como enfermera en el Puesto de Salud de Chavín, es brindar una atención de calidad y calidez a la madre y al niño, proporcionando una actividad preventivo promocional en la disminución de la anemia y de esta manera tener niños sanos para el futuro de nuestro país.

El presente Trabajo Académico está basado con la teoría de Moyra Allen, conocida por su perspectiva futurista, dice que el principal objetivo de la enfermera es formar una alianza con la persona, familia para fomentar la salud. Allen, sostiene el modelo Mc Gill, en el cual la enfermera es un agente que proporciona cuidado directo, pero también se apoya en la interacción con la familia para involucrarla activamente en el cuidado del paciente a través de pequeñas acciones que permitan establecer el vínculo por medio de acciones verbales y no verbales de afecto, esta teoría es una herramienta en la cual se pueda brindad el cuidado de manera integral y organizada en: persona, la familia, salud y entorno, en el contexto del aprendizaje significativo de la salud y de los hábitos de la salud (8).

Marco legal.

En este contexto en el Marco Legal en el que se sustenta el trabajo es en los Objetivos del desarrollo sostenible cuyo objetivo 3 es la buena salud y bienestar, así como la ley N° 26842, Ley General de Salud. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud - Ley N° 29344.

Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Decreto Supremo N° 009- 2006-SA, que aprueba el reglamento de alimentación y nutrición infantil, Decreto supremo. N° 004-2007-SA, que establece el listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del seguro integral de salud (8).

La norma técnica N° 134 – MINS/2017/DGIESP, norma técnica de salud: manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niño, adolescentes, la mujer gestante y puérperas, la misma que forma parte integrante de la presente resolución ministerial.

La norma técnica 137 – MINS/2017/DGIESP, norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo de las niñas y los niños menores de 5 años, estableciendo disposiciones técnicas para el control del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas dentro del establecimiento de salud, identificación oportuna a situaciones de riesgo, se realiza durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, el tamizaje de hemoglobina de los niños menores de 3 años, la entrega de suplementación con micronutriente como medida preventiva y tratamiento en caso se diagnostique anemia, se realiza la consejería de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservación de los multimicronutrientes y el sulfato ferroso (8).

El Plan sectorial para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, 2017 -2021, debido a que esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad y los efectos que tiene el

desarrollo inadecuado, pueden ser irreversibles y acompañan al individuo por el resto de sus vidas, por tanto, la inversión en la primera infancia es la inversión social más rentable para un país (8).

Debido al incremento de los casos de anemia se implementa políticas y planes a nivel nacional en materia de nutrición y anemia; el acuerdo nacional 2002, el plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia DS. N° 001-2012-MIMP.; lineamientos de la primera infancia DS. N° 010-2016-MIDIS, el pacto nacional de control y reducción 2017; el Pacto Regional – Ancash – 2017, con todo ello buscan contribuir en mejorar la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo de la población infantil para el ejercicio pleno de sus derechos con equidad para el progreso económico y social. Reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses y gestantes y de la Desnutrición Crónica en los niños menores de 5 años del ámbito de la región Áncash, mediante la intervención efectiva y articulada (8).

En el año 2016, el gobierno viendo que los niveles de anemia seguían siendo altos, intervino estableciendo el Plan Nacional para la reducción de la anemia 2017-2021. En dicho Plan se plantearon diversas estrategias que pretenden hasta el año 2021 reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil (8).

Una de ella es la estrategia nacional para la Reducción de la anemia materno infantil 2016-2021. Este documento tiene como objetivo, reducir progresivamente la anemia en los niños de 6 a 36 meses hasta llegar a 19% en el año 2021. Para obtener dichos resultados el trabajo es en conjunto, el ministerio de salud establece diferentes acciones como son: la prevención de anemia en el niño y niña menores de 36 meses con los suplementos de hierro y fortificación casera (8).

En el presente trabajo académico tiene como antecedentes internacionales.

Coronel L. y Trujillo M (17). En Ecuador (2016). Realizó el estudio titulado. “Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca- diciembre 2015- mayo 2016” el objetivo general fue determinar la prevalencia de anemia en niños y niñas de 12 a 59 meses de edad con sus factores asociados y la capacitación a padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca”; la investigación se basó en un estudio descriptivo transversal de prevalencia, se efectuó mediante la obtención de pruebas de hemoglobina a 90 niños/niñas de 12 a 59 meses de edad y cuestionarios a los padres sobre factores de riesgo, a los mismos que se les aplicó encuestas validadas para visualizar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición respecto a la deficiencia de hierro.

Dando como resultado que la prevalencia de anemia fue un total de 43,3%, el 30% de los niños/as presento anemia leve y un 13,3 % padeció de anemia moderada; la afección tuvo un asocio importante con respecto a la edad, género, lugar de residencia, condición socioeconómica, factores perinatales y estado nutricional actual. Sobre los conocimientos y prácticas en relación a la alimentación, se pudo señalar que gracias a las capacitaciones se mejoró del 31.4% a un 89.9% al finalizar el estudio. Se llegó a la conclusión que: 23 “Se logró evidenciar ciertas relaciones importantes e indicadores de riesgo a pesar del número reducido de participantes. Brindar charlas y talleres de manera periódica a los padres y personal de CEDIUC para mejorar sus conocimientos y prevenir complicaciones a futuro se considera oportuno, necesario y preventiva”.

Gonzales T. (18). En Ecuador 2016. Realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro y sus consecuencias en niños de 6 meses a 5 años de edad que acuden a la atención médica en el Subcentro de Salud Tachina. El método de estudio fue descriptivo de campo, la muestra fue compuesta por 113 madres con niños de 6 meses a 5 años, el instrumento fue un cuestionario, se tuvo como resultados que el 65% declararon tener un conocimiento en lo que respecta a la anemia, por otro lado, también el 69% señaló que la anemia es producto de una mala alimentación, ya que el 78% le dan cereales todos los 17 días, llegaron a la conclusión de que la causa principal para que un niño adquiera anemia es la mala alimentación.

Alomar. M. (19). En Argentina 2015. Realizó un estudio titulado “factores de riesgo para anemia ferropénica en niños del centro provincial de salud”. Investigación observacional de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de factores de riesgo para anemia ferropénica; valorar y evaluar posibles factores que pudieran asociarse al cumplimiento o no del programa de suplementación con sulfato ferroso en niños.

La población estuvo constituida de 51 niños entre 6 a 23 meses que concurrieron al centro de salud en el tercer bimestre del año, se registraron datos relacionados con factores de riesgo para anemia ferropénica (dietéticos, socioeconómicos, antecedentes de patología) y estado de suplementación a partir de una encuesta elaborada. El 51% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y el 49% formulas infantiles fortificadas y leche materna.

El 60.8% consumen carne diariamente, 31.4% la consumen semanalmente y el 7.8% no la consumen. El 94.1% consume cereales y el 78.4% cítricos, pero la frecuencia de combinación de ambos es baja. El 15.7% de los niños recibe suplementación actualmente 64.7% la recibió anteriormente y 19.7% nunca la recibió. Los motivos argumentados reflejan problemas relacionados con el sistema sanitario, con el retiro del suplemento por los responsables del niño y con las reacciones adversas. No se encontró asociación entre la suplementación y los conocimientos de los encuestados sobre anemia.

Se concluye que la prevalencia de factores de riesgo de anemia es importante en la población de niños de 6-23 meses. Se encontró una baja proporción de suplementación que advierte acerca de la importancia de suplementación que advierte acerca de la importancia de adoptar otras estrategias para prevenir la anemia ferropénica.

En el presente trabajo tiene como antecedentes nacionales.

SEDANO. M. (20) Cocharcas (2017). Realizó un estudio titulado. “Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el Puesto de Salud Cocharcas”. El resultado nos mostró que de 26 madres (100%), 22 de ellas (84.6%) conocen sobre anemia ferropénica, pero de estas 7 madres (26.9%) tienen hijos con anemia leve y 15 (57.7%) presentan anemia moderada; respecto al nivel de prácticas alimenticias y el grado de prevalencia de anemia podemos ver que de las 26 madres (100%), 20 (76.9%) tienen prácticas alimenticias inadecuadas y de estas 07 madres (26.9%) tienen hijos con anemia leve y 13 (50%) tienen anemia moderada y no hay niños que presenten anemia severa.

La prevalencia de anemia no se relaciona con el nivel de conocimiento de las madres sobre anemia, pero si se relaciona significativamente con la práctica alimenticias.

Cornejo. C, (21) Lima (2016). Realizó un estudio titulado “Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015”. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 146 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de CRED. La muestra fue de 84 madres de niños de 6-24 meses. Conclusiones: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan prácticas adecuadas.

Por ello se concluye que la mayoría de las madres que acuden al Centro de 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 nutricionales. Palabras claves: Prevención de anemia ferropénica, conocimientos, prácticas alimenticias.

Pérez. V (22) Bagua (2015). Realizó un estudio con el objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 6 meses a 36 meses en el Centro de Salud de Chiriaco. el método fue cuantitativo, descriptivo,

observacional, la muestra fue de 108 madres. el instrumento fue un cuestionario, tuvo como resultados que el 74% de las madres tenían un conocimiento a nivel bajo; el 20.4% de nivel medio y el 5.6% de nivel alto. en referencia al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica el 61,1 % tuvieron un conocimiento de nivel bajo. Llego a la conclusión, la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la anemia.

En el presente trabajo tiene como antecedentes Locales

Ramírez, D; Armas, N (23) Coishco (2015), en su estudio "Factores socioculturales maternos y del lactante de 6 a 24 meses relacionados con la anemia ferropénica", refiere que existe un mayor porcentaje de lactantes de 6 a 24 meses con anemia ferropénica (90,9%). No existe relación significativa entre los factores socioculturales del lactante de 6 a 24 meses y 24 la anemia ferropénica. Sin embargo, el sexo se constituye en un riesgo leve, la edad, control de crecimiento y desarrollo y tipo de lactancia antes de los 6 meses en riesgo moderado, y en riesgo elevado tiempo de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses y tipo de leche que recibió antes de los 6 meses.

Blácido, G; Corzo, M; Charra, K. (24) Chimbote (2014), en su estudio "Algunos factores condicionantes y su relación con Anemia Ferropénica en el lactante de 6 a 23 meses del Pueblo Joven 3 de octubre", refieren que en la población de estudio estuvo conformada por 57 niños entre los 6 a 23 meses de edad y sus respectivas madres. Existe una proporción significativa de lactante de 6 a 23 meses del Pueblo Joven 3 de octubre (59,6%) con anemia ferropénica. El grado leve (67,6%) y el grado moderado (32,4%), son los grados de anemia ferropénica que prevalecen en el anémico de 6-23 meses del Pueblo Joven 3 de octubre.

En el presente trabajo académico, es disminuir la anemia de los niños menores de 3 años mediante el consumo de alimentos ricos en hierro, cambiando la idiosincrasia de las madres, mediante las consejerías que se realizan en el consultorio de Creimiento y Desarrollo del Niño y en las visitas domiciliarias, por parte del personal de enfermería debe brindar información sobre las consecuencias de la anemia en el niño, la importancia de consumir alimentos ricos en hierro, utilizar el formato de visitas de anemia en niños y niñas para ver si el niño esta consumiendo el sulfato ferroso y los micronutrientes.

Se mejorará la cobertura de la anemia en el Puesto de Salud Chavín mediante la sensibilización, el buen trato al usuario, la capacitación y el seguimiento a menores de tres años, para mejorar y de esta manera disminuir la anemia garantizando de esta manera mejorar la calidad de vida y mejores oportunidades a los niños.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Disminuir los casos de anemia en niños menores de tres años atendidos en el Puesto de Salud Chavín.

4.2. Objetivos específicos

- Ampliar la oferta de los recursos humanos en el Puesto de Salud chavin.
- Fortalecer el conocimiento de las madres sobre los beneficios de los alimentos ricos en hierro.
- Promover la participación de los Agentes comunitarios.

V. METAS

- 40% de niños menores de tres años no presentan anemia.
- 50% de recursos humanos ampliados.
- 60% de las madres mejoraran su conocimiento en alimentación balanceada ricos en hierro.
- 60% de actores sociales mejoraran su participación.
- Una contratación de un personal técnico.
- 5 capacitaciones al personal Técnico de enfermería sobre alimentación balanceada ricos en hierro.
- 8 sesiones educativas y demostrativas a las madres con niños menores de tres años en alimentación balanceada ricos en hierro.
- 4 campañas de difusión sobre los beneficios de alimentación balanceada ricos en hierro.

- 12 capacitaciones a los Agentes Comunitarios de Salud sobre la prevención de la anemia.
- 12 visitas de seguimiento a los niños con anemia.
- 2 gestiones de incentivos para los Agentes Comunitarios de Salud a la Municipalidad.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención:

Las estrategias para el presente trabajo académico, es fortalecer las capacidades del personal de salud de enfermería del servicio de consultorio CRED, para fortalecer el conocimiento y las capacidades de las madres con niños menores de tres años, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto de intervención por trabajo académico. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

A) GESTIÓN:

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud (25).

Ante la ausencia de una estructura física que cumpla con las especificaciones técnicas y la falta de recursos humanos, materiales y equipos para que pueda mejorar el servicio de CRED y nutrición, es

necesario gestionar los diferentes recursos a fin de conseguir la aprobación de los requerimientos, con la finalidad de lograr resultados que una persona no podría alcanzar por si sola.

Actividades:

A1.- Gestionar la contratación de un Personal Técnico de Enfermería.

- Elaboración de documentos para la contratación del personal de salud.

C3.- Gestionar los incentivos para los Agentes Comunitarios de Salud a través de la municipalidad.

- Elaboración de documento para solicitar los incentivos de los ACS, al municipio.

B) INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN:

La información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje. Existen diversos enfoques para el estudio de la información (25).

La Educación es el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas (25).

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, habilidades

mediante palabras, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores” (26).

La comunicación, la información y la educación son importantes para desarrollar el presente trabajo académico debido a que se tiene que optimizar el recurso humano y esto debe comenzar con la debida capacitación información y educación, dirigido al personal de salud y las madres de familia del Puesto de Salud Chavín.

B.1.- Sesiones educativas y demostrativas a las madres en alimentación balanceada sobre alimentación ricos en hierro.

- Elaboración del plan de sesiones educativas y demostrativas a las madres de familia.
- Ejecución de los talleres de sensibilización.
- Evaluación e informe.

Actividades:

B2.- Difusión sobre los beneficios de la alimentación balanceada ricos en hierro.

- Elaboración de un programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, proporcionando temas:
 - Beneficios de los alimentos ricos en hierro.
 - La anchoveta, alimento alternativo rico en hierro.
 - Solicitud de aprobación del programa de difusión a la dirección del P.S. Chavín.

C2.- Visitas de seguimiento a niños con anemia.

- Elaboracion de un formato de visitas para niños con anemia que incluyan preguntas en:
 - ¿Esta tomando su sulfato ferroso?
 - ¿Cuándo está enferma, le da su sulfato ferroso o suspende?

C) CAPACITACIÓN:

La capacitación es una de las funciones claves de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema.

Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones incluida la capacitación interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización.

Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación; entre ellas, las principales son: (26)

- a) Las descripciones y especificaciones de los cargos;
- b) Las especificaciones de los itinerarios de carrera interna;
- c) Los manuales de organización, procedimientos y métodos de trabajo;
- d) El sistema de evaluación del desempeño;
- e) Los expedientes del personal.

El personal del servicio de enfermería del Puesto de Salud Chavín en su totalidad no cuenta con los conocimientos suficientes y práctica correcta para realizar la atención adecuada en el control de crecimiento y desarrollo, problemática que se evidenció en un estudio de investigación realizado por la autora de este proyecto, además no se cuenta con un plan de capacitación permanente por parte del servicio así como también por la institución a través del desarrollo de recursos humanos de la unidad de personal. Por lo que es fundamental el desarrollo de esta línea de acción para superar la brecha existente y poder alcanzar la meta trazada.

Actividades:

C1.- Capacitación a los Agentes Comunitario de Salud sobre la prevención de Anemia.

- Elaboración del plan de capacitación.
- Presentación del taller de capacitación.
- Solicitar y ejecutar el taller de capacitación.
- Evaluación e informe del taller.

A2.- Capacitación al personal Técnico de Enfermería sobre alimentación balanceada ricos en hierro.

- Elaboración del plan de capacitación.
- Presentar el plan y solicitar su aprobación.
- Ejecución de la capacitación.
- Evaluación e informe.

6.2. Sostenibilidad del proyecto

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el área CRED, la Jefatura del Puesto de Salud de Chavin tiene el compromiso de interrelacionarse con la Dirección de la Red Huaylas Sur con la finalidad de impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

Las Políticas institucionales apoyan las estrategias para la disminución de la anemia siendo así que el MINSA verifica periódicamente los reportes de anemia que se presentan periódicamente, comprobando el cumplimiento de metas propuestas para cada año. Para garantizar el cumplimiento de las metas la Red de Salud está comprometida en apoyar activamente al desarrollo del presente proyecto.

Además, hemos de permitirnos conocer los problemas más frecuentes por lo que las madres no cumplen con dar alimentos ricos en hierro a sus niños menores de tres años, por ende, que los niños se encuentren en riesgo de enfermar con anemia debido a que muchas de las familias tienen alimentos pobres en hierro.

Este plan de intervención busca involucrar a todo el personal y agentes comunitarios de salud como base fundamental para el logro de los objetivos, buscando garantizar la mejora de la calidad de vida.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Matriz de supervisión

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
Propósito: Disminuir los casos de anemia en niños menores de tres años del Puesto de Salud Chavín, Huaraz – 2019.	40 % de niños menores de tres años no presentan anemia.	N° de niños sin anemia/ Total de niños menores de tres años x 100.	N° de niños sin anemia. Total, de niños menores de tres años x 100.	✓ Registro de hojas de monitoreo de casos de anemia.	Trimestral	Lista de chequeo.
Resultados 1. Ampliar la oferta de los recursos humanos en el Puesto de Salud Chavín.	El 50% de recursos humanos ampliados.	N° de personal de salud /Total de Personal ampliado x 100.	N° de personal de salud.	✓ Documento de oferta de ampliación.	Trimestral	Lista de chequeo.
2. Fortalecer el	El 60% de las	N° de madres que	N° de madres que	✓ Registro de	Trimestral	Lista de chequeo.

conocimiento de las madres sobre los beneficios de los alimentos ricos en hierro.	madres mejoraran su conocimiento en alimentación balanceada ricos en hierro.	mejoraran su conocimiento sobre alimentación balanceada/ Total de madres con niños menores de tres años x 100.	mejoran su conocimiento.	asistencia de las madres que acuden a las sesiones demostrativas de alimentación balanceada ricos en hierro.		
3. Promover la participación de los Agentes Comunitarios de salud.	El 60% de Agentes comunitarios de salud mejoraran su participación.	N° de Agentes comunitarios mejoraran su participación / Total de agentes comunitarios x 100	N° de agentes comunitarios de salud mejorarn su participación.	✓ A través de formatos de visita a las madres.	Mensual	Lista de chequeo

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
1.- Ampliar la oferta de los recursos humanos en el Puesto de salud Chavín.	A1. Gestionar la contratación de un personal técnico.	A1. Una contratación de un personal técnico.	A1. N° Personal de salud contratado por modalidad CAS.	A1. Número de personal contratado.	A1. Contrato anual	Trimestral	Registro de asistencia
	A2. Capacitación al personal técnico sobre alimentación	A2. 5 capacitaciones al personal técnico de enfermería sobre alimentación balanceada ricos en hierro.	A2. N° de personal de salud capacitado/ Total de personal de salud capacitado.	A2. Número de personal capacitado.	A2. Informe de evaluación de conocimientos pre test? Pos test.	Trimestral	Lista de cotejo.
2.- Fortalecer el conocimiento de las madres sobre los beneficios	B1. Sesiones educativas y demostrativas sobre alimentación balanceada ricos en hierro.	B1. 8 sesiones educativas y demostrativas a las madres con niños menores de tres años en alimentación balanceada ricos en hierro.	B1. N° de madres con niños menores de tres años con anemia capacitados sobre alimentación/ Total de madres capacitados.	B1. Número de capacitaciones sobre alimentación	B1. Registro de sesiones ejecutadas.	Trimestral.	Lista de cotejo

de los alimentos ricos en hierro.	B2. Difusión sobre los beneficios de la alimentación balanceada ricos en hierro	B2. 24 campañas de difusión sobre los beneficios de alimentación balanceada ricos en hierro	B2 N.º de campañas realizadas/Total de madres participantes.	B2. N.º de campañas realizadas a las madres.	B2. Plan de campaña de difusión. Registro de programa de difusión.	Trimestral	Lista de cotejo
3.- Visita de seguimiento en niños con anemia.	C1- Capacitación a Agentes comunitarios de salud sobre la prevención de la anemia.	C1.6 capacitaciones a los Agentes Comunitarios de salud sobre la prevención de la anemia.	C1.Nº Capacitaciones a los agentes comunitarios/ total de ACS capacitados.	C1. N.º de capacitaciones de los agentes comunitarios de salud.	C1. Registro de capacitaciones ejecutadas.	Trimestral	Lista de cotejo
	C2. Visitas de seguimiento en niños con anemia.	C2. 12 Visitas de seguimiento a los niños con anemia.	C2. N.º de visitas ejecutadas/ Niños visitados.	C2. N.º de visitas ejecutadas a los niños.	C2. Formato de visita de anemia ejecutada.	Trimestral	Lista de cotejo
	C3. Gestionar incentivos para los agentes comunitarios de salud a través de las municipalidades	C3. 2 Gestiones de incentivos para los agentes comunitarios de salud a la municipalidad.	C3.Nº de gestiones de incentivos/ Total de ACS incentivados.	C3. N.º de gestiones de incentivos para los ACS.	C3. Documentos aceptados.	Trimestral	Lista d cotejo.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Humanos

RECURSO HUMANOS	HORAS MENSUAL	COSTO X HORAS S/.	COSTO TOTAL EN 2 AÑOS S/.
1 Técnico de Enfermería.	150	7.00	25,200.00
Costo total Recursos Humanos.	150	7.00	25,200.00

8.2. Materiales

Materiales para Capacitación

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Capacitación en el Puesto de salud Chavín.	0.00	0	0.00	0.00
2	Servicio de enfermería	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	91	0.00	45.50
4	Fotocopias	0.10	91	0.00	9.10
5	Ponente	80.00	7	0.00	560.00
6	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	91	0.00	182.00
7	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
8	Refrigerio	2.00	91	0.00	182.00
9	Movilidad local	2.00	91	0.00	182.00
	SUBTOTAL				1,160.60
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	1,160.60

8.3. Presupuesto para las sesiones demostrativas y educativas de alimentos.

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Alimentos para sesión demostrativas	0.00	0	0.00	2.400.00
2	Impresiones	0.50	104	0.00	52.00
3	Fotocopias	0.10	104	0.00	10.40
4	Refrigerio	2.00	104	0.00	208.00
5	Movilidad local	4.00	104	0.00	416.00
	SUB TOTAL				3,086.40
COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.					3.086.40

8.4. Resumen de presupuesto

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Recursos Humanos.	25,200.00	0.00	25,200.00
Capacitación.	1,160.60	0.00	1,160.60
Sesiones educativas y demostrativas	3,086.40	0.00	3,086.40
TOTAL			S/. 29,447.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir los casos de anemia en niños menores de tres años atendidos en el Puesto de Salud Chavín.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019		2021					
					II	I	II	I				
1	Elaboración del trabajo académico “Disminución de la anemia en niños menores de tres años en el Puesto de salud Chavín, Huaraz -2019”	1	Informe	200.00	X							Trabajo académico Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico a la Jefatura del Puesto de Salud Chavín.	1	Informe	100.00	X							Trabajo académico Presentado
3	Reunión con la Jefatura y personal de Enfermería para formar el comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	20.00		X						Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico de Desarrollo.	1	Informe	250,000.00			X					Trabajo académico ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico de Desarrollo.	1	Informe	300.00					X			Trabajo académico desarrollado
6	Presentación del Informe Final	1	Informe	150.00							X	Trabajo académico Presentado

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.: Ampliar la oferta de los recursos humanos en el Puesto de Salud Chavín.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2021						
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	II	I	II	I	II	I	
1	Dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional.	Elaboración del Plan de Formación del personal de salud en: Segunda especialización en familiar y comunitaria Solicitud de aprobación del Plan de Formación profesional en segunda especialización. Ejecución del Plan de Capacitación.	Gestión	25,200.00	X	X					

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer el conocimiento de las madres sobre los beneficios de los alimentos ricos en hierro.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2021					
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	I	II
1	Consejerías nutricionales sobre alimentación ricos en hierro.	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación del equipo responsable. - Realizar plan de actividades. - Implementación con un rotafolio. - Capacitación a las madres de familia. - Aplicación de consejerías nutricionales. - Elaboración del informe. 	Sesión educativa	100.00	X		X		X	
2	Realizar sesiones demostrativas	<ul style="list-style-type: none"> Conformación del equipo responsable. Realizar plan de actividades. Implementación con materiales e insumos. Realización de sesiones demostrativas. Elaboración del informe. 	Taller	2,000.00	X		X		X	

OBJETIVO ESPECIFICO 3. Promover la participación de los agentes comunitarios.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2021					
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	I	II
1	Participación de los agentes comunitarios de salud.	<p>Elaboración del Plan de capacitación y participación de los agentes comunitarios de salud que incluyen temas en:</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>Sesiones educativas y demostrativas</p> <p>Solicitud de aprobación del Plan de Capacitación a la dirección del P.S. Chavín.</p> <p>Ejecución del Plan de Capacitación.</p>	Capacitación	1.055.00		X		X		X

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico “DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD CHAVIN, HUARAZ - 2019” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, 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.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerán coordinaciones con la Micro red de Salud El progreso, la Red de Salud Huaylas Sur con quienes establecerá coordinaciones para el logro del proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La tuberculosis. Boletín informativo 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>.
2. OMS. Datos y Cifras de Tuberculosis (2014) (Internet). Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>.
3. MINSA. Situación de la Tuberculosis en el Perú y Política Nacional para su Control, Indicadores Epidemiológicos y Operacionales. Perú 2016
4. Instituto Peruano de Economía, Perú: mayo 2017. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/anemia-en-ancash/2013>.
5. El 42.8% de niños padece anemia en Áncash. Correo el Comercio. Jueves 17 de Septiembre de 2018; Normativa 8. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/chimbote/el-428-de-ninos-padece-anemia-en-ancash-842164/> 2015.
6. Casos de niños con anemia en Huaraz se incrementaron en un 80.5% Revista Huaraz en Línea. Miércoles, 11 de Noviembre 2015. Disponible en: <http://www.huarazonline.com/noticias/salud/11/11/2015/casos-de-ninos-con-anemia-en-huaraz-se-incrementaron-en-un-805>.
7. Sistema de Bibliotecas “Anemia por deficiencia de hierro”. Revista Peruana en Pediatría 2015. Lima – Perú. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/anteriores.htm>
8. Soleto. L . Fortalecimiento de la Administración de Micronutrientes en las Madres con niños menores de 36 meses. [Internet]. Ancash 2018. Publicado en

[2015]. Citado y Referenciado el [9 de mayo del 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/8959/MICRONUTRIENTES_MADRES_CON_NINOS_SOTELO_LEON_LUZ_FRANCISCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

9. Moreira. A, Román. R. Anemia Ferropénica tratamiento. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. [Internet]. Copyright, Madrid 2009, Publicado en [Enero 2009]. Citado y Referenciado el [10 Enero del 2009]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n1/paciente.pdf>
10. Alvaro Gaillour. Pautas para la alimentación en anemia. Proyecto salud y nutrición básica - Ministerio de Salud Lima – Perú 2011.
11. Donato. H, Alejandra. C, Maria. C. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento Iron deficiency anemia. Guideline for diagnosis and treatment, Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo, [Internet]. Arch Argent Pediatr 2009. Publicado en [Marzo 2009]. Citado y Referenciado el [22 Abril del 2009]. Disponible: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/anemia-ferrop-eacutenica-gu-iacutecia-de-diagn-oacutestico-y-tratamiento.pdf>
12. Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida . Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (Perú): 2016. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.

13. Cardiosalus cuidamos tu salud. Tipos y causa de la anemia [Internet]. México 2015. Publicado en [Mayo 2017]. Citado y Referenciado el [24 de mayo del 2017]. Disponible: <http://cardiosalus.com/salud/reportajes/tipos-y-causa-de-la-anemia.html>.
14. Mariela. B, Hortensia. Gautier. Revista, Cubana de Hematología, Inmunología y Hemanoterapia. Instituto de Hematología e Inmunología [Internet]. Habana (2000). Publicado en [Octubre 1999]. Citado y Referenciado el [11 de Enero del 2000]. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892000000300001
15. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica. Manejo Terapéutico y preventivo de anemia en niños y adolescentes, mujeres gestantes y puérperas trabajando para todos los peruanos. [Internet] Perú [2012]. Biblioteca Nacional. Publicado en 2017- 1ra. Edición. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.
16. Zavaleta N. Respicio G. and Garcia T. Nutr. Guideline. Daily Iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls . [Internet] Ginebra. [2016]. Publicado en [Enero 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.
17. Coronel L. y Trujillo. “Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca. Ecuador; 2016. Publicado en [Mayo del 2016]. Citado y Referenciado el [9 de mayo del 2016].

18. González Perlaza t. Conocimientos de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 meses a 5 años que acuden a la atención médica en el subcentro de salud “TACHINA” DE LA PROVINCIA DE. 2016.
19. Alomar. M. Factores de riesgo para anemia ferropenica en niños del centro provincial de salud N° 4. [Internet]. Puno – Perú 2015. Publicado en [Marzo 2015]. Citado y Referenciado el [22 Mayo del 2015]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2457/Paranco_Rodriguez_Cyntia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Sedano. M. Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud. [Internet]. Cocharcas 2017. Publicado en [Febrero 2018]. Citado y Referenciado el [5 de Febrero 2018]. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/189223>.
21. Cornejo. C. Conocimientos y Practicas sobre prevención de la anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses. [Internet]. Lima 2015. Publicado en [Octubre 2016]. Citado y Referenciado el [5 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4707>
22. Pérez V. Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica de las madres con niños de 6 a 36 meses. Centro de salud de Chiriaco. [Internet]. Chachapoyas-Perú 2015. Publicado en [Enero 2015]. Citado y Referenciado el [6 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/140/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20ANEMI>

A%20FERROP%c3%89NICA%20DE%20LAS%20MADRES%20CON%20N
I%c3%91OS%20DE%206%20A%2036%20MESES.%20CENTRO%20DE%2
0SALUD%20DE%20CHIRIACO.%20BAGUA2015.pdf?sequence=1&isAllo
wed=y.

23. RAMÍREZ, D; ARMAS, N. Factores socioculturales maternos y del lactante de 6 a 24 meses relacionados con la anemia ferropénica. [Internet]. Coishco, 2015. Tesis para Optar título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Publicado en [Mayo 2015]. Citado y Referenciado el [6 de Mayo del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2780/30763.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. BLÁCIDO, O; CORZO, M y Colab. Algunos factores condicionantes y su relación con Anemia Ferropénica en el lactante de 6-23 meses del Pueblo Joven 3 de Octubre. [Internet]. Chimbote 2014. Tesis para Optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Publicado en [Octubre 2015]. Citado y Referenciado el [3 de Octubre del 2015]. Disponible: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2098/27184.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, El Salvador. 2008.
26. Licencia Creativa Commons Atribucion Compartir 2012. Disponible: https://es.wikipedia.org/wiki/Intervenci%C3%B3n_en_la_salud.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud de Chavin cuenta con una inadecuada infraestructura y pocos recursos, tanto humanos como materiales, conllevan muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, la distribución de sus ambientes hace que la mayor cantidad de estrategias sanitarias funcionen en un solo ambiente, como por ejemplo Tuberculosis funciona en el primer piso, en un solo ambiente donde se hace el ingreso del afectado por TB, evaluación por el equipo multidisciplinario, administración de tratamiento supervisado y consejerías, produciendo incomodidad tanto para el personal como para los demás afectados, debido al reducido espacio en donde funcionan dichos ambientes.

Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir todos los sectores del distrito debido al número reducido de promotores de salud y la ausencia de éstos en algunos sectores dificultando así la aplicación de fichas familiares e intervención de las familias de riesgo.

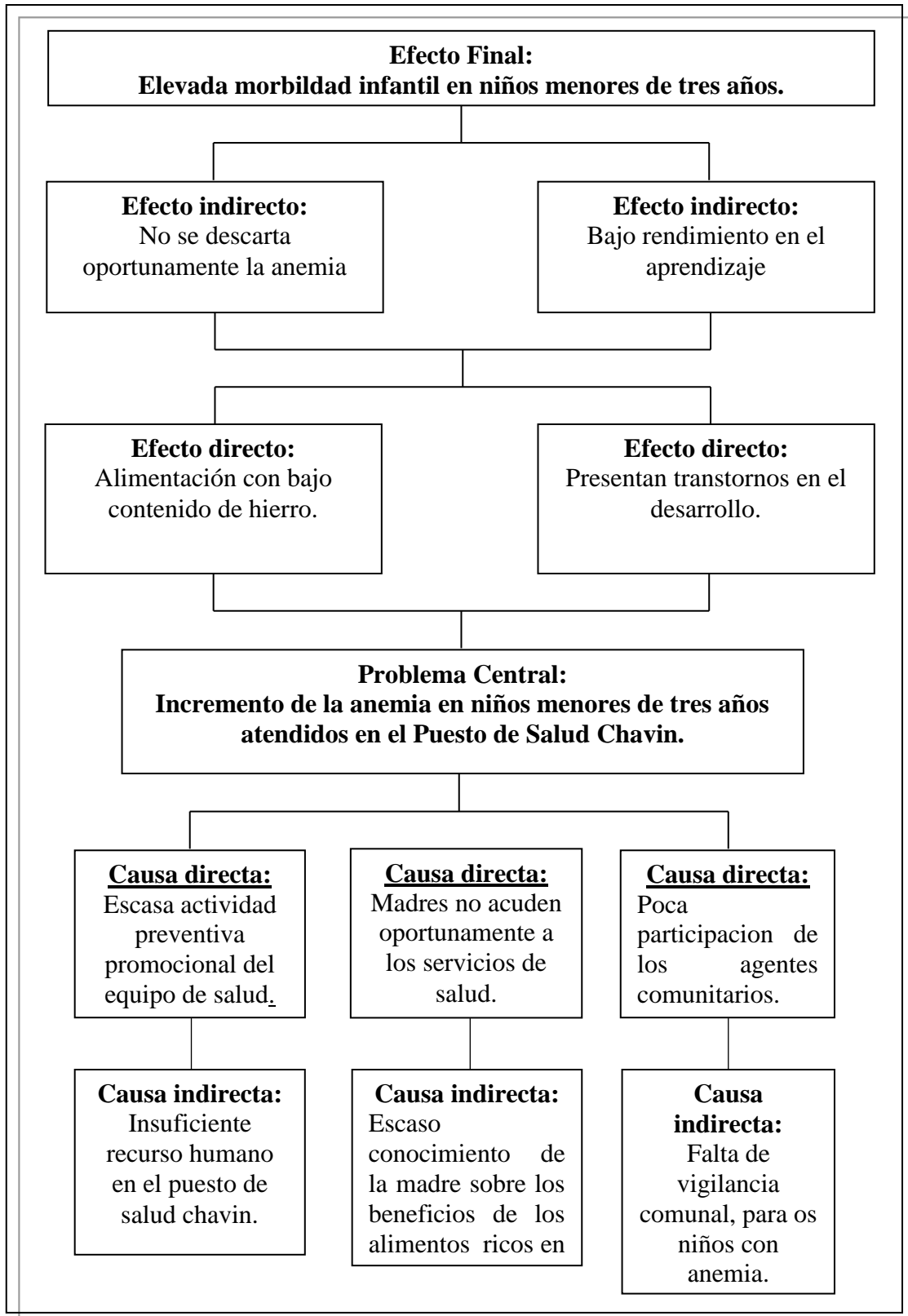
El Centro Poblado de Chavin no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una comunidad con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. En los sectores de Chavin se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso como, por ejemplo: sala, comedor y dormitorio, mascotas domiciliarias sin medidas sanitarias y preventivas.

El Subempleo es un problema presente en el centro poblado de Chavin, siendo una de sus causas la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo es la agricultura. Es así que la PEA de 15 ó más realiza actividades Agrícolas y ganadería en un 80%, es por eso que la mayor parte de la PEA trabaja en la condición de obreros en las construcciones de viviendas.

También presenta problemas respecto a una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermar debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento.

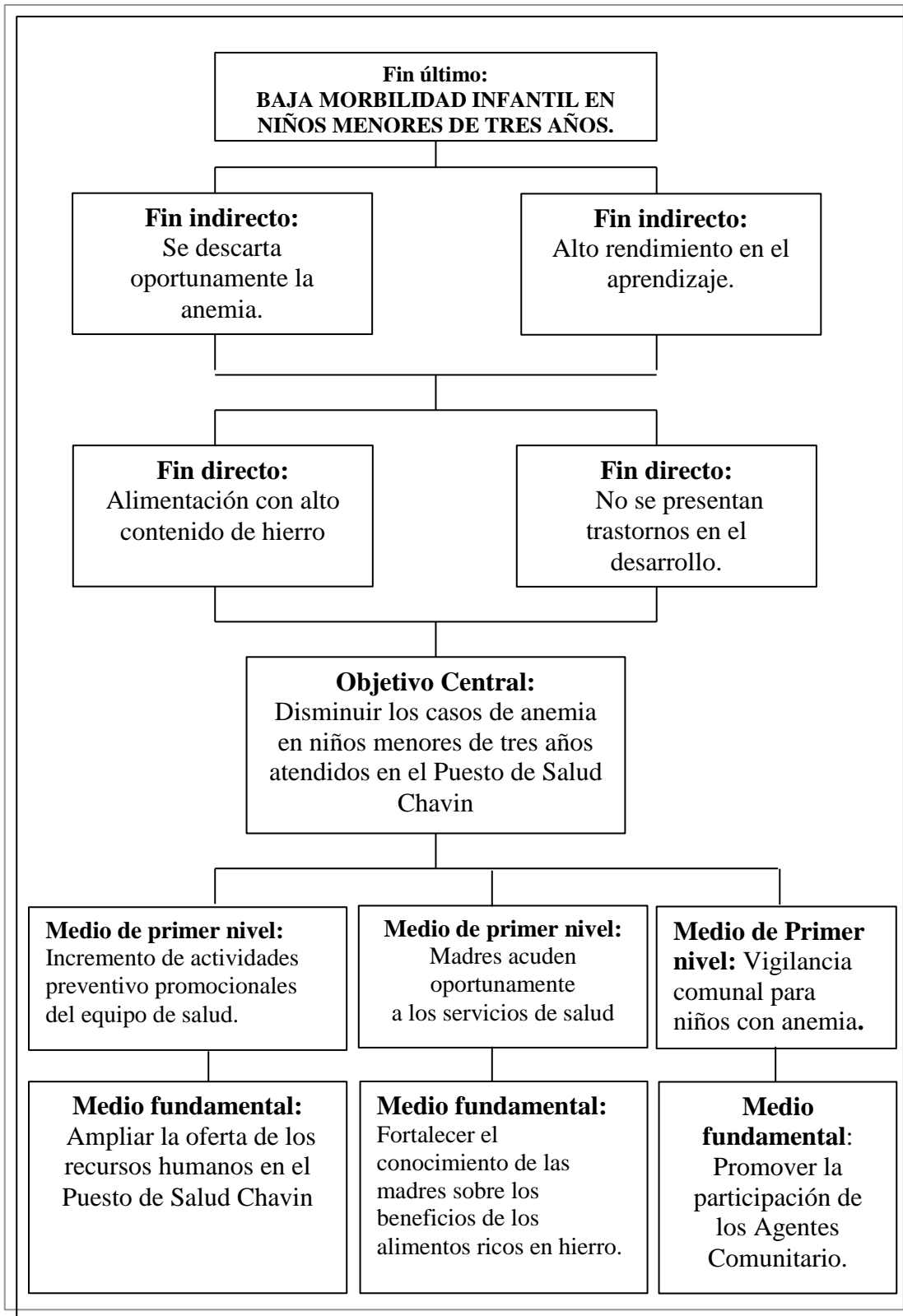
ANEXO 2

Gráfico N° 1: ÁRBOL DE CAUSA – EFECTO

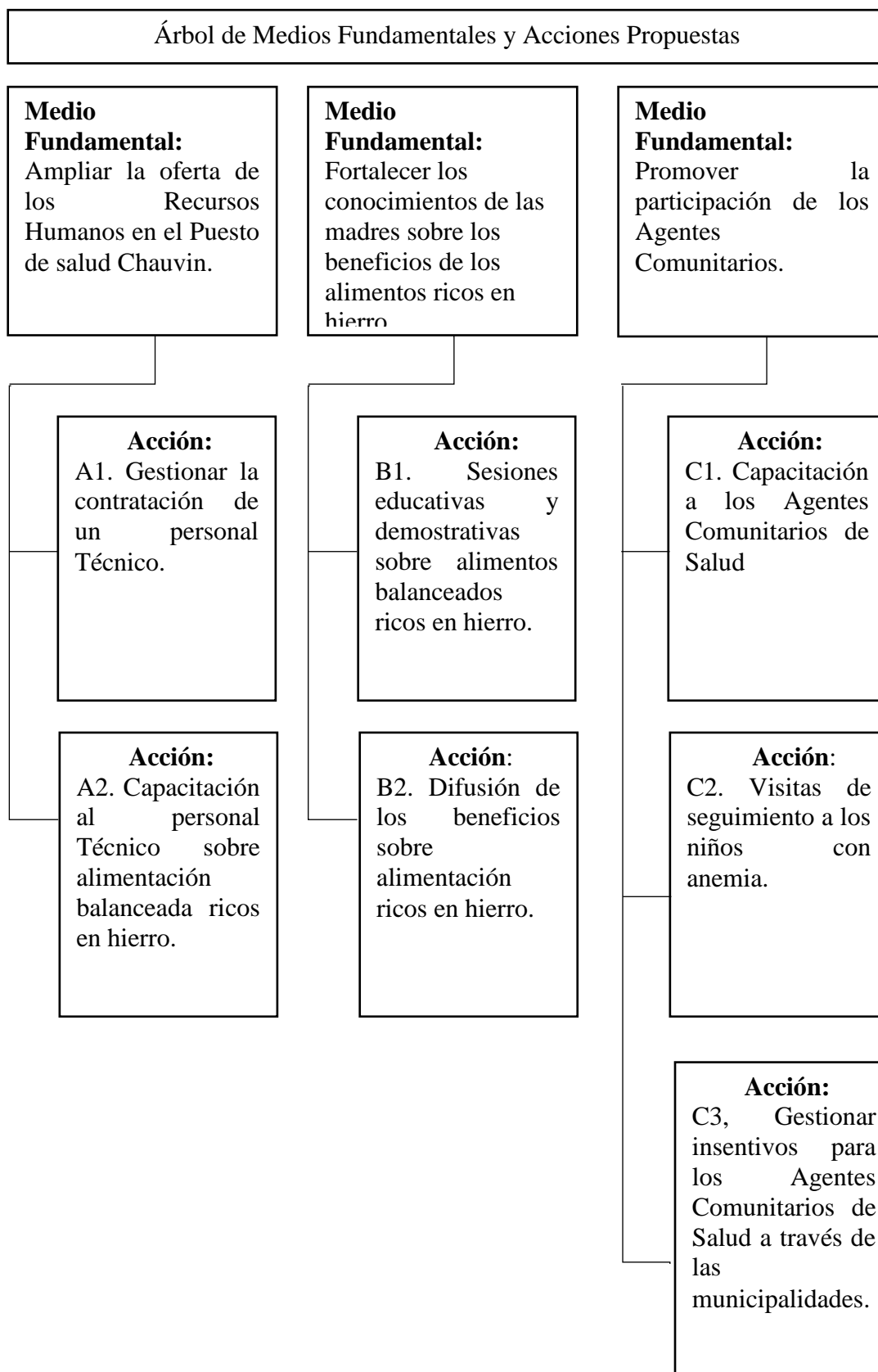


ANEXO 3

Gráfico N° 2: ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO 4



ANEXO 5
MARCO LÓGICO

Cor					
	Resume de Objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Baja morbilidad infantil en niños menores de tres				
Propósito	Disminución de la anemia de niños menores de tres años en el Puesto de Salud Chavín.	El 40% de niños menores de tres años no presentan anemia.	N° de niños sin anemia / Total de niños menores de tres años.	Registro de hojas de monitoreo de casos de anemia.	Niños menores de tres años sin anemia.
Componentes	1. Ampliar la oferta de los recursos humanos en el Puesto de Salud	1.1. El 50% de los recursos humanos ampliados.	1.1. N° de personal de salud/Total de personal ampliados.	1.1. Documento de oferta de ampliación.	Se cuenta con personal de salud ampliado su servicio.
	2. Fortalecer el conocimiento de las madres sobre los beneficios de los alimentos ricos en hierro.	2.2. El 60% de las madres mejoraran su conocimiento en alimentación balanceada ricos en hierro.	2.1. N° de madres que mejoraran su conocimiento sobre alimentación balanceada ricos en hierro/Total de madres con niños menores de tres años.	2.1. Registro de actividades de las madres que acuden a las sesiones demostrativas de alimentación balanceada ricos en hierro.	Madres mejoran su conocimiento sobre los beneficios de alimentación balanceada Madres mejoran su preparación de alimentos balanceados.

	3. Promover la participación de los Agentes comunitarios de	El 60% de actores sociales mejoraran su participación.	3.1. N° de Agentes comunitarios mejoran su participación/Total de agentes	3.1 A través de formatos de visita a las madres.	Participación de los Agentes comunitarios en su totalidad.
Acciones	A1. Gestionar la contratación de un personal técnico.	A1. Una contratación de un personal técnico.	A1. N° de personal contratado por modalidad CAS	A1. Contrato anual	A1. Se encuentra con personal Técnico de Salud permanente.
	A2. Captación al personal Técnico sobre alimentación balanceada ricos en hierro.	A2. 05 capacitaciones al personal técnico de enfermería sobre alimentación balanceada ricos	A2. N° de personal de salud capacitado / Total de personal de salud capacitado	A2. Informe de evaluación de conocimientos. Pres test/ pre test.	A2. Puesto de Salud cuanta con personal de salud capacitado.
	B1. Sesiones educativas y demostrativas sobre alimentación balanceada ricos en hierro.	B1. 08 sesiones educativas y demostrativas a las madres con niños menores de tres años en alimentación ricos	B1. N° de madres con niños con anemia capacitados/ Total de madres capacitados.	B1. Registros de sesiones ejecutadas.	B1. Madres ponen en práctica en sus casas lo aprendido en los talleres.
	B2. Difusión sobre los beneficios de la alimentación balanceada ricos en hierro.	B2. 04 campañas de difusión sobre los beneficios de alimentación balanceada ricos en hierro.	B2. N.º de campañas realizadas / Total de madres participantes.	B2. Plan de campaña de difusión. Registro de programa de difusión. Registro de asistencia de familias	B2. Madres sensibilizadas sobre los benéficos de alimentación balanceada.

C1. Capacitación a los agentes comunitarios de Salud sobre la prevención de la anemia.	C1. 12 capacitaciones a los agentes comunitarios sobre prevención de la anemia.	C1. N° de capacitaciones ejecutadas a los agentes comunitarios/Total de ACS capacitados.	C1. Registro de capacitaciones ejecutadas.	C1. Agentes Comunitarios de Salud capacitado.
C2. Visitas de seguimiento en niños con anemia.	C2. 12 visitas de seguimiento a los niños con anemia.	C2. N° visitas ejecutadas/ Niños visitados.	C2. Formato de visita de anemia ejecutada.	C2. Visitas de seguimiento a niños con anemia en su totalidad.
C3. Gestionar incentivos para los Agentes Comunitarios de Salud a través de las municipalidades.	C3. 2 gestiones de incentivos para los agentes comunitarios de salud a la municipalidad.	C3. N° gestiones de incentivos/ Total de ACS incentivados.	C3. Documentos aceptados.	C3. ACS, cuentan con incentivos.

ANEXO 6



MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH MICRORRED PALMIRA CENTRO DE SALUD PALIMRA

PUESTO DE SALUD PARIÁ

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	:	I-1
NOMBRE	:	PUESTO DE SALUD CHAVIN
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	:	MINSA
DIRECCIÓN COMPLETA	:	Centro Poblado de Chavin
DEPARTAMENTO	:	Ancash
PROVINCIA	:	Huaraz
DISTRITO	:	Independencia
SERVICIOS QUE BRINDA	:	<ol style="list-style-type: none">1. Medicina General2. Obstetricia3. Enfermería4. Inmunizaciones5. Farmacia6. Tópico7.
HORARIO DE ATENCIÓN	:	Lunes a Sábado: de 8.00 a 2.00 pm
JEFE DEL CENTRO DE SALUD	:	Dr. Ermes Curo Olivera
COLEGIO PROFESIONAL	:	COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

ESTADO	:	Activo
CONDICIÓN	:	En Funcionamiento
INSPECCIÓN	:	Por inspeccionar