



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES  
SOBRE UNA ALIMENTACION RICA EN HIERRO  
PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO  
DE SALUD 14 INCAS – CHIMBOTE, 2017**

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

**AUTORA:**

**LIC. ENF. LETICIA EMILIA MONZON GARCIA.**

**ASESORA:**

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

**CHIMBOTE –PERÚ  
2018**

## **JURADO EVALUADOR**

MGRT. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

**Presidenta**

MGTR. NELLY APOLINAR GONZALES

**Secretaria**

MGTR. BETSI MARGARET POZO CUSMA

**Miembro**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haber permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres y hermano que son la fortaleza para seguir adelante apoyando en cada meta trazada.

A mi Esposo por el apoyo incondicional, la paciencia y contribución para mi desarrollo como profesional.

A nuestra querida asesora Mgtr. Elsa Palacios, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de mi proyecto.

## **DEDICATORIA**

A mi tía Isabel, a la que tengo un cariño muy especial y adoro porque siempre me brindó su apoyo incondicional, sus consejos para ser una mejor persona y también por la forma que me trato haciéndome sentir diferente a los demás y hasta llegue a desarrollar por ella un afecto que solo podemos sentir por una Madre.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>I. PRESENTACION</b>	01
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	02
2.1.Título del Proyecto	02
2.2.Localización	02
2.3.Población Beneficiaria	02
2.4.Institución que lo Presenta	02
2.5.Duración del Proyecto	02
2.6.Costo Total	02
2.7.Resumen	03
<b>III. JUSTIFICACION</b>	05
<b>IV. OBJETIVOS</b>	29
<b>V. METAS</b>	29
<b>VI. METODOLOGIA</b>	31
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	31
6.2.Sostenibilidad del proyecto	35
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION</b>	36
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	44
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES</b>	49
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	57
<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b>	57
<b>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	58
<b>ANEXOS</b>	60

## **PRESENTACIÓN**

El presente Trabajo Académico denominado “Mejorando el conocimiento de las madres sobre una adecuada alimentación rica en hierro para niños menores de 3 años en el P.S. 14 Incas. Chimbote 2017”. Surge como producto de la creciente preocupación por los elevados casos de desnutrición crónica en la infancia es un problema de salud pública y un indicador de desarrollo social en el país, tiene efectos irreversibles en el desarrollo de habilidades y capacidades de la niña y niño.

Los efectos de la desnutrición crónica en el cual llamamos anemia se visualizan a través de las alteraciones del crecimiento y desarrollo que tienen influencia significativa en la vida de una persona.

La finalidad, además es de contribuir a la disminución de la tasa de los casos de niños con anemias, mejorando la calidad de vida de los niños menores de 3 años en el Centro Poblado del puesto de salud “14 Incas”. Está estructurado según el esquema de Percy Días Bobadilla que incluye: Justificación, Objetivos, Metas e Indicadores de Evaluación, Metodología de Trabajo, Cronograma de Ejecución de Acciones, Aspectos Organizativos e Institucionales y Coordinaciones Interinstitucionales.

Por último, esperamos que el presente trabajo académico contribuya al quehacer profesional de enfermería, a la realización de otros trabajos de investigación.

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE UNA ALIMENTACION RICA EN HIERRO PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD 14 INCAS – CHIMBOTE, 2017.

## **I. HOJA RESUMEN**

### **2.1 TITULO DEL PROYECTO:**

MEJORANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE UNA ALIMENTACION RICA EN HIERRO PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD 14 INCAS – CHIMBOTE, 2017.

### **2.2 LOCALIZACION:**

- Distrito : Chimbote
- Provincia : Santa
- Departamento : Ancash
- Región : Ancash

### **2.3 POBLACION BENEFICIARIA:**

- **Población Directos:** Los niños menores de 3 años que se atienden en Puesto de Salud “14 Incas”.
- **Población Indirectos:** Equipo de salud que labora en el Puesto de Salud “14 Incas”

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

- Red de Salud Pacifico Norte.
- Puesto de Salud 14 Incas.

### **2.5 DURACION DEL PROYECTO:** 02 años.

- Fecha Inicio : 2017.
- Fecha Término : 2019.

### **2.6 COSTO TOTAL:** S/. 92,575.00 soles

### **2.7 RESUMEN:**

La anemia es una afección que sufren más de 1600 millones de personas en todo el mundo, según los datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Es decir que casi una cuarta parte de la población mundial la sufre, siendo más frecuente en niños.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más frecuentes en países en desarrollo. El Perú no es ajeno a esta situación, por lo que el Estado se ha propuesto priorizar las intervenciones para reducir este problema y así mejorar la nutrición de nuestros niños menores de 03 años.

Por ello, en el Ministerio de Salud se ha asignado mayor presupuesto a través del programa articulado nutricional del Presupuesto por Resultados y se han incorporado la prevención y el tratamiento de la anemia en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. De este modo se están financiando tanto las actividades de promoción y prevención, directamente desde los servicios de salud de primer nivel de atención, como las necesarias para el diagnóstico y tratamiento de este mal, a través del Seguro Integral de Salud.

El Puesto de Salud 14 Incas, no es ajeno a esta realidad, pues actualmente acuden al consultorio de Crecimiento y desarrollo del niño con problemas de anemia, dentro de las causas es la falta de lactancia materna exclusiva, inadecuado manejo de suplemento de micronutrientes, desnutrición y parasitosis. Es por ello que se evidencia el gran desconocimiento por parte de las madres sobre la alimentación adecuada rica en hierro.

En el año 2017 se presentó 30 casos de anemia en la población menor de 3 años haciendo un total de 35.7% de casos, lo que aumenta la tasa de morbilidad en esta población infantil.

La anemia es un indicador tanto de mala alimentación y como de mala salud. Los efectos de la anemia más dramáticos sobre la salud general, a saber, el aumento del riesgo de la mortalidad materna e infantil debido a una anemia grave, han sido bien documentados.

Además, las consecuencias de la anemia por déficit de hierro en el desarrollo físico e intelectual de los niños y en el rendimiento de los adultos, particularmente en lo relativo a su productividad, son un motivo preocupación para la salud pública en general.

Para lo cual se establecen como Líneas de Acción: Implementación de brigadas de atención en salud Integral extramural, Creación de un consultorio de Enfermería en el establecimiento de Salud y ampliación de la capacidad del “P.S. 14 Incas”, Programas de difusión sobre los beneficios de la alimentación complementaria en el Niño menor de 3 años, Capacitación a las madres en temas relacionados con la alimentación balanceada en el niño menor de 3 años, Capacitación del personal de salud en propiedades de los alimentos de la zona y sobre los patrones culturales de las familias.

Como profesional de Enfermería, espero contribuir a disminuir el índice de anemia en la población infantil que acude al Puesto de Salud de 14 Incas, a fin de mejorar su calidad de vida.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

En el Puesto de Salud “14 Incas” existe un problema de salud pública y están relacionados directamente con la situación de bienestar de los individuos y el logro de las potencialidades de desarrollo de la sociedad, estos problemas se inician en el hogar de las familias en especial por cuanto las madres que a veces desconocen de los problemas de la malnutrición que implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, por tanto incluye la desnutrición como la sobrealimentación y al desconocimiento de los valores nutricionales que tiene cada alimento para los niños menores de 3 años.

Este proyecto de intervención se relaciona en el quehacer diario en el consultorio de CRED, porque constantemente se realizan procedimientos de control de descarte de anemia y de controles de peso y talla, donde muchas veces no se cuenta con los equipos, materiales y aun mas no se cuenta con la infraestructura, por lo cual no se brinda un adecuado servicio.

Habiendo descrito la problemática y confrontado con literatura que demuestra la importancia de este proyecto de “Mejoramiento nutricional de niños menores de 3 años que acuden al puesto de salud 14 Incas” como enfermera es de gran interés contribuir a disminuir la anemia en menores de 3 años, mejorando también la calidad de vida de sus familiares, porque la sociedad nos exige que toda esta actividad esté presidida por criterios de buena gestión que el profesional de enfermería puede asumirlo por su formación técnicas-científico-humanístico.

En el Puesto de Salud “14 Incas”, existe un problema de salud pública y están relacionados directamente con la situación de bienestar de los individuos y el logro de las potencialidades de desarrollo de la sociedad, estos problemas se inician en el hogar de las familias en especial por cuanto las madres que a veces desconocen de los problemas de la malnutrición que implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, por tanto incluye la desnutrición como la sobrealimentación y al desconocimiento de los valores nutricionales que tiene cada alimento para los niños menores de 3 años.

Por otro lado el personal de salud encargado directamente al control CRED realiza también múltiples funciones y muchas veces su trabajo no es tan eficiente, sumado a que la falta de equipos y ambientes no les permite realizar un control y monitoreo de los menores con problema de anemia y de insumos económicos ya que por varios motivos se observa que en el Perú en varias zonas se presenta la incidencia de anemia; en el Puesto de Salud “14 Incas” cuenta con un local exclusivo para el control de Crecimiento y Desarrollo y para las capacitaciones en Nutrición, este proyecto se ha dado con mucho sacrificio por parte del personal de salud para lograr un consultorio adecuado para brindar una buena atención.

Durante los meses que el menor asiste a sus controles se va observando el estado de salud nutricional y sus exámenes médicos que se realizan durante los 6 meses de vida sus exámenes de sangre para descartar la anemia.

Por otra parte, mucho de los niños sufren enfermedades diarreicas agudas problemas respiratorios como faringoamigdalitis lo que conlleva a deshidratar 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.

En el Puesto de Salud de “14 Incas” no cuenta con médicos ni un Laboratorio donde pueda realizar los análisis para determinar anemia, contamos solo con 02 enfermeras que realizan múltiples funciones incluyendo CRED y 01 obstetra que realiza el control de embarazo y a mujeres en edad fértil. Para determinar si el personal de salud es suficiente para cubrir la demanda del servicio de CRED y de Capacitación en Nutrición vamos a analizar la oferta y demanda del servicio en términos de población demandante potencial, número de atenciones.

La población de referencia del Puesto de Salud “14 Incas” se presenta por grupo etáreo. Para determinar la capacidad de niños que contengan anemias menores de 3 años se determinó la población demandante potencial por grupo etáreo, que es el resultado de multiplicar la población de referencia por la tasa de morbilidad. Como antecedentes se detalla la población demandante potencial por grupo etáreo, del Puesto de Salud “14 Incas”

Así como se ha encontrado la demanda de la población y la demanda del consultorio de atención de CRED y Nutrición en base al número de atenciones, en el siguiente cuadro se determinara la oferta del consultorio de CRED y nutrición a partir del recurso humano que trabaja en el puesto de salud 14 Incas, considerando que trabaja 01 enfermeras dedicadas a estas actividades.

Esta oferta está definido como la capacidad de atención a partir del recurso humano (N° atenciones / año).

Personal de salud	N° de profesionales	N° de horas de atención anual (a)	Rendimientos (N° atenc/hora) (b)	N° de atenciones por año (a * b)
Controles de Crecimiento y desarrollo	1	1800	1.25	2318
<b>(a) (b) Según Directiva MINSA</b>				
<b>Fuente: Elaboración Propia</b>				
Personal de salud	N° de profesionales	N° de horas de atención anual (a)	rendimientos (N° atenc/hora) (b)	N° de atenciones por año (a * b)
Nutrición	1	1800	1.25	1158
<b>(a) (b) Según Directiva MINSA</b>				
<b>Fuente: Elaboración Propia</b>				

Estos datos nos permitirán determinar cuál es la capacidad de atención actual (oferta) y cuál es la demanda de atención, lo que finalmente nos podrá permitir calcular cual será la capacidad de atención que será instalada.

Según CCL (*Cámara de Comercio de Lima*) se refiere que más de 150 mil niños sufren desnutrición crónica en el Perú. La desnutrición es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que no satisface las necesidades de energía alimentaria, una absorción deficiente o un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos y genere una pérdida de peso corporal, por otro lado, la sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad. La desnutrición crónica infantil tiene implicancias económicas y sociales porque se relaciona con resultados de salud negativos, especialmente

con una mayor mortalidad infantil (1).

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil edad a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño (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 y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión, entre otros (3).

A deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y la población más vulnerable son las niñas y niños

menores de 36 meses. La anemia por deficiencia de hierro está relacionada a alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si la anemia se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años. En este periodo el daño puede ser irreversible. La corrección de la anemia en edades posteriores no conduce a mejor rendimiento intelectual, por lo que se debe enfatizar la prevención de anemia en edades tempranas de la vida (3).

Asimismo la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la Universalización de la Suplementación con Micronutrientes para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia (4).

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 (3).

Las causas inmediatas de anemia pueden ser por:

**a) Disminución de la producción de eritrocitos.**

Se debe al déficit de hierro, ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C). Dado que estos micronutrientes son necesarios para la producción de los glóbulos rojos (eritrocitos) durante la eritropoyesis, la disminución de estos nutrientes resulta en anemia crónica. La carencia de estos micronutrientes se debe principalmente a que las personas tienen una dieta que contiene cantidades insuficientes de éstos, o porque hay una mala absorción de ellos en el sistema digestivo (5).

El hierro ferroso ( $\text{Fe}^{2+}$ ) se incorpora a la protoporfirina IX (proteína) para formar el complejo de hierro porfirínico “Hemo” (Hem) indispensable para la síntesis de hemoglobina en la eritropoyesis (generación de los glóbulos rojos de la sangre). De los 5g de hierro presentes en una persona adulta, el 70% es utilizado en la síntesis de hemoglobina y el 30% restante es almacenado en el organismo bajo la forma de ferritina (proteína de reserva de hierro) y hemosiderina (proteína no soluble derivado de la descomposición de la hemoglobina cuando hay un exceso de hierro en el organismo) en médula ósea y el sistema retículo endotelial (3).

El déficit crónico de este nutriente conduce a la anemia por déficit de hierro (ADH). Así, el déficit de hierro (ferritina 8,3) no podemos confundir con la anemia por déficit de hierro (Hb8,3). El déficit de hierro se puede deber a dos causas: una de ellas es la deficiencia absoluta de hierro en el organismo, o a una

deficiencia de hierro funcional. La deficiencia absoluta de hierro implica ausencia total de las reservas de hierro en el organismo. Al inicio esta condición permanece asintomática debido a la existencia de mecanismos de compensación de la regulación del hierro y la eritropoyesis. El consumo de una dieta pobre en cantidad y calidad de hierro es la causa principal de deficiencia total de hierro. La mala absorción y pérdidas por sangrado son también causas de deficiencia absoluta de hierro, las cuales podrían concurrir con la primera (6).

El hierro se presenta en dos formas en los alimentos, como hierro hemínico y como hierro no-hemínico. El hierro hemínico tiene mejor biodisponibilidad, lo que significa que se absorbe con mayor facilidad en el tracto intestinal (hasta 10 veces más que el hierro no-hemínico) lo tenemos presente en las carnes rojas, vísceras, pescados y aves. Por ejemplo: las carnes rojas tienen entre 30% a 70% de hierro hemínico, de la cual se absorbe aproximadamente entre el 15% y 35%. Las proteínas presentes en las carnes rojas, pueden incrementar la absorción de hierro en personas con suplementación ferrosa. A la vez el hierro hemínico ayuda a la absorción del hierro no-hemínico. Por su parte, el hierro no-hemínico se absorbe en menor cantidad (10%) y está presente en los vegetales (espinacas), menestras, lácteos y huevos (3).

La absorción del hierro es dependiente de la presencia conjunta de otros nutrientes o sustancias en la dieta. Así, la presencia de vitaminas como la C y la A, favorecen su absorción, mientras que los fitatos (presente en las cáscaras de semillas, frutas secas, cereales y fibra), los polifenoles (antioxidantes provenientes de las uvas, cacao, granadas, té, nueces y maní), los oxalatos

(constituyente de las leguminosas) y calcio disminuyen su absorción. La vitamina C (presente en las frutas cítricas como las fresas, naranjas, kiwi, guayaba, papaya, melón y en vegetales como el brócoli y el pimiento) favorece la absorción y metabolismo del hierro aún en presencia de inhibidores como los fitatos y oxalatos (3).

Esto atribuye a que la vitamina C favorece el medio ácido en el estómago, lo cual permite la solubilidad del hierro e incluso tiene efecto antioxidante y como tal, dona electrones intracelularmente para mejorar la actividad de la ferri-reductasa, enzima que participa en la absorción intestinal del hierro. Por su parte, la vitamina A o retinol, es importante en la eritropoyesis y se ha demostrado que mejora la eficacia de la suplementación con hierro. Los mecanismos no están completamente claros, pero se hipotetiza que el retinol actúa a través de los receptores de transferrina, aumentando la movilización del hierro y su absorción en el tracto digestivo. Asimismo, la vitamina A previene el efecto inhibitor de los polifenoles y de los fitatos (7).

Por tal motivo, su déficit podría estar implicado en la anemia en los niños. Por otro lado, tenemos compuestos alimenticios que disminuyen la absorción del hierro. Los fitatos, polifenoles, oxalatos y calcio reducen la absorción del hierro no hemínico entre 51% a 82% porque forman compuestos insolubles con el hierro que dificultan su absorción. Los polifenoles y taninos presentes en las bebidas de consumo frecuente, como el té y el café, podrían inhibir la absorción de hierro. En el caso del té, la absorción de hierro se vería afectada en un 90%. Sin embargo, se debe aclarar que esto no es motivo de eliminación de estos alimentos en la dieta de las personas, sino que lo ideal es consumirlos entre

comidas para que no interfieran en la absorción del hierro (3).

El hierro para ser absorbido a nivel intestinal debe estar en la forma bivalente ( $\text{Fe}^{2+}$ ). Sin embargo, para ingresar a la sangre debe oxidarse a su forma trivalente ( $\text{Fe}^{3+}$ ) y ser transportado por una proteína llamada transferrina a través de la circulación portal. Subsecuentemente, el  $\text{Fe}^{3+}$  va a ingresar a un órgano diana (hígado, músculo esquelético, médula ósea y células del sistema reticuloendotelial) a través de los receptores de transferrina (RTf), siendo el hígado el lugar principal de su almacenamiento y la médula ósea el sitio donde se utiliza el hierro para la síntesis de hemoglobina. Por otro lado, el hierro no utilizado, se reserva en el enterocito (célula epitelial del tubo digestivo) unido a una proteína llamada ferritina (3).

Para el diagnóstico de anemia por deficiencia de (ADH), se miden marcadores bioquímicos como ferritina, transferrina y receptores solubles de transferrina (TfRs) en sangre. La prueba estándar para determinar los niveles absolutos de hierro almacenado es el examen microscópico con azul de Prussia de aspirado de médula ósea. Sin embargo, las pruebas bioquímicas ferritina y receptores solubles de transferrina (TfRs) son las más usadas. La ferritina sérica es considerada el gold estándar, valores es un reactante de fase aguda (proteína liberada en procesos inflamatorios e infecciosos), por lo que su medición va acompañada de la medición de la proteína C reactiva. Como alternativa a la medición de la concentración de ferritina, se puede evaluar a los receptores de transferrina sérica (TfRs), que en el caso de ADH presenta valores por encima de 8.3ug/dl. (6).

Por otro lado, algunos estudios sugieren establecer una proporción entre

TfRs/ferritina sérica que podría ser útil para detectar el verdadero estatus de hierro corporal en poblaciones susceptibles (gestantes y niños). Al igual que el hierro, en la síntesis de hemoglobina participan varias enzimas, algunas de las cuales podrían verse afectadas ante la presencia de ciertos contaminantes ambientales (metales pesados como plomo) a concentraciones no adecuadas y a exposiciones prolongadas, esto conllevaría a una disminución de la producción de hemoglobina, y finalmente desencadenar anemia crónica (7).

La explicación de este proceso radica en que el plomo puede bloquear ciertas enzimas indispensables para la síntesis de hemoglobina, tales como la ácido delta amino levulínico sintasa, ácido delta amino levulínico deshidratasa y que al finalizar la síntesis del grupo hemo, se impida la unión del hierro a una enzima llamada ferroquelatasa. Por lo tanto, la presencia de contaminantes ambientales como el plomo disminuye la producción de hemoglobina y conduce a anemia crónica por déficit de hierro. Por otro lado, dentro de ADH, tenemos la deficiencia de hierro funcional, en la que si bien existe hierro en el organismo, éste no está disponible para la eritropoyesis. Las enfermedades inflamatorias crónicas (enfermedad renal crónica, lupus eritematoso, artritis reumatoide, falla cardíaca, procesos oncohematológicos, sarcoidosis, obesidad, entre otras) (6).

En estas condiciones patológicas, el sistema inmune monocito/macrófago secuestra el hierro y a la vez existe una respuesta medular inadecuada a la eritropoyetina (EPO), hormona que estimula la producción de glóbulos rojos. Estos dos procesos están mediados por el aumento de la interleucina 6, la cual estimula la producción de la hormona hepcidina. La interleucina 6 (IL-6) es una glucoproteína con efectos antiinflamatorios que es producida por los

macrófagos, células T y células endoteliales. La hepcidina es un polipéptido hormonal y se postula que tiene función reguladora central en la absorción y distribución del hierro. Este polipéptido actúa a nivel del sistema gastrointestinal y en las células de depósito (macrófagos). En las células intestinales la hepcidina se une a un transportador de hierro (ferroportina) degradándolo, lo cual impide que el hierro ingrese al plasma (8).

Por otro lado, la hepcidina impide el flujo del hierro de reserva, desde los macrófagos al plasma sanguíneo. Estos dos mecanismos traen como consecuencia menor concentración plasmática de hierro la que estaría implicada en la generación de anemia por déficit de hierro. La hepcidina se encuentra incrementada en estados de inflamación crónica, obesidad y gestación, generando deficiencia de hierro para la eritropoyesis, como se detallará luego. Asimismo, los deportistas podrían padecer de déficit de hierro debido a un incremento de los niveles de hepcidina por inflamación muscular producida por el entrenamiento físico constante (3).

El organismo necesita otros micronutrientes aparte del hierro, como el ácido fólico y la vitamina B12 para la eritropoyesis. Cuando existe déficit de estos dos micronutrientes, la eritropoyesis es ineficaz y se produce anemia megaloblástica. La anemia megaloblástica es producto de la interrupción de la síntesis de las cadenas de ADN por falta de estas dos vitaminas, lo cual determina una diferenciación inadecuada de los precursores hematopoyéticos. El ácido fólico desempeña funciones importantes como coenzima en vías metabólicas donde se hace necesario la transferencia de unidades carbono, tales como la síntesis de purinas y pirimidinas, componentes del ADN. Este compuesto es absorbido a

nivel duodenal (6).

En los niños menores de 6 meses es indispensable un consumo de 65 µg/día, en los mayores de 6 meses 80 µg/día y en aquellos de 1 a 5 años aproximadamente 150 µg/día. El ácido fólico se encuentra en gran cantidad en vegetales de hojas verdes, legumbres, frutas secas, entre otras. Su deficiencia, por lo general, se debe a un aporte inadecuado de estos alimentos, a síndromes de mala absorción (diarreas crónicas) y deficiencias enzimáticas. El consumo crónico de medicamentos también puede producir deficiencia de ácido fólico. Así tenemos que el trimetopim (antibiótico usado con frecuencia en la población pediátrica) inhibe la síntesis del tetrahidrofolato, que es la forma activa del ácido fólico, este riesgo se ha reportado en terapias prolongadas (mayores a seis meses) (6).

La fenitoína, fármaco anticonvulsivante, produce malabsorción del ácido fólico, por lo tanto se observa niveles séricos de folato disminuidos en las personas que la consumen. Hay reportes que indican que el déficit de folatos fue observado inmediatamente después del inicio de la terapia y no estuvo relacionado a la dosis de la fenitoína. Por otro lado, es probable que el déficit de ácido fólico se deba a un bajo aporte durante el desarrollo del niño en el útero, lo cual puede agravarse con infecciones (por ejemplo parasitosis materna). Asimismo, conocer la forma de preparación de los alimentos resulta importante, dado que el folato puede perder su actividad en un 95% ante la cocción prolongada de alimentos que lo contienen (6).

Por su parte, la vitamina B12 se caracteriza por poseer la estructura más compleja de las vitaminas debido a la presencia de un ion metálico de cobalto. Se obtiene de alimentos de origen animal y productos lácteos. El requerimiento

diario en niños menores de 6 meses es 0,4 µg/día, en aquellos entre 7 a 12 meses es 0,5 µg/día (0,05 ug/Kg) y en los menores de cinco años 1ug/día. Para su absorción es imprescindible la presencia del factor intrínseco, el cual es una proteína secretada por las células parietales del estómago. En el déficit de vitamina B12 están involucradas las condiciones que alteran la presencia o función de este factor intrínseco, como la anemia perniciosa congénita, trastornos propios del factor intrínseco (6).

**b) Incremento de las pérdidas de eritrocitos.**

En el grupo de niños menores de cinco años, la hemólisis es la causa predominante de anemia sobre las hemorragias. Aumento de la velocidad de destrucción de eritrocitos En un adulto normal el tiempo de vida de un eritrocito es 120 días y en un neonato es 70 días. Sin embargo, existen ciertas condiciones como los procesos infecciosos y enfermedades autoinmunes (que tienen que ver con la integridad del eritrocito), que hacen que los glóbulos rojos se desintegren prematuramente (hemólisis), que a su vez ocasiona como mecanismo de compensación que la médula ósea incremente su tasa de producción de glóbulos rojos; cuando los mecanismos de compensación son sobresaturados, se pierde el equilibrio entre la destrucción y la producción de los glóbulos rojos, generando la anemia (3).

Asimismo, hay enfermedades que producen defectos morfológicos en la membrana y el cito esqueleto de los eritrocitos, lo cual genera que sean removidos prematuramente de la circulación periférica, así tenemos a la esferocitosis y eliptocitosis hereditaria. Por otro lado, el déficit enzimático hereditario de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa también produce un aumento

en la pérdida eritrocitaria. La Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa participa en la vía metabólica de síntesis de NADPH, un antioxidante intracelular, y al carecer de esta enzima la hemoglobina formada se oxida fácilmente y se desnaturaliza (destruye) causando hemólisis eritrocitaria (7).

Finalmente, otra causa hereditaria de anemia por pérdida eritrocitaria resulta de los defectos en la producción de las cadenas de la globina (alfa o beta) que forman parte de la hemoglobina de los eritrocitos. Tal es el caso de las talasemias, donde los genes que codifican la hemoglobina producen ausencia de las cadenas alfa o beta o hay pocas cantidades de éstas, por consiguiente se producen pocos eritrocitos y como poseen las cadenas de hemoglobina precipitadas, dificulta su transporte y se destruyen anticipadamente generando anemia en estos pacientes. Las talasemias son más frecuentes en personas del Medio Oriente (Sudeste asiático y China) y del continente africano, siendo un factor de riesgo la etnicidad asiática, afroamericana y mediterránea (7).

Hay ciertos parásitos que producen anemia, tal es el caso de *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* agentes causales de la malaria. Se ha demostrado que ante la infección por estos parásitos, la homeostasia del sistema eritropoyético sufre múltiples fallas dentro de las que están involucrados factores que incrementan la destrucción de eritrocitos (hemólisis) y los que alteran su producción. La hemólisis es producida por la respuesta inflamatoria a *Plasmodium falciparum*. Luego de su ingreso al organismo, este parásito produce liberación de radicales libres de oxígeno que provocan daño oxidativo en la membrana eritrocitaria, a la vez disminuye su elasticidad generando prematuridad de los glóbulos rojos infectados y finalmente, su lisis (7).

La hemólisis intravascular causa la anemia aguda clásicamente vista en la malaria. Pero la malaria también puede causar anemia crónica y recurrente, principalmente a través de hemólisis extravascular, la cual se produce por alteraciones en la membrana eritrocitaria que induce a la fagocitosis del glóbulo rojo por macrófagos o por unión de anticuerpos IgG e IgM. En cuanto a la alteración en la producción de glóbulos rojos en las personas infectadas con malaria, se ha observado que hay una inefectividad en la eritropoyesis a pesar de tener niveles adecuados de hierro, ácido fólico y vitamina B12, esto probablemente responda a alteraciones citoesqueléticas o a otros factores inmunológicos como las citoquinas, factor de necrosis tumoral alfa (TNF), la IL10 y el factor inhibidor de la migración (MIF) que están implicados en la eritropoyesis (7).

La anemia es una enfermedad que sufren muchos peruanos y se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo. Los más vulnerables son las gestantes, los niños menores de 2 años y las mujeres en edad fértil (7).

¿Por qué la anemia es tan elevada entre los niños peruanos? Porque no consumen alimentos ricos en hierro (y micronutrientes) desde los 6 meses, especialmente el de origen animal como la sangrecita, el pescado y el hígado. Además, se ha reducido la lactancia materna exclusiva, las mujeres embarazadas usualmente no tienen una alimentación saludable, con lo cual corren el riesgo de contraer la anemia o de sufrir de hemorragias. Como consecuencia, sus niños nacen prematuramente y con bajo peso. Otros factores que intervienen son un

saneamiento básico pobre, inadecuadas prácticas de higiene y un limitado acceso al paquete completo de cuidado integral de la salud materno infantil (7).

Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la urbana el 40.5%. Estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica (7).

#### TRATAMIENTO DE LA ANEMIA (9).

El consumo de alimentos rico en hierro y proteína hace que la anemia disminuya en muestra la población en el cual mencionamos en los siguientes los componentes como se encuentra en:

- Los glóbulos rojos de la sangre, específicamente en la proteína Hemoglobina (aprox el 65% de hierro del organismo). Rol de transportar oxígeno desde los pulmones a los tejidos.
- Los músculos (aprox 10%).
- Las enzimas y neurotransmisores (aprox 3%) rol en circuitos aprendizaje.
- Los depósitos como la ferritina (aprox de 12 a 25%) en hígado y medula ósea.

El nivel de absorción del hierro varía en función al tipo de alimento (entre 1% y 50%) y en función a los depósitos en el organismo (9). Hay dos tipos de hierro en los alimentos:

- Hierro de productos animales
- Hierro procedente de los vegetales

#### CAUSAS DE LA ANEMIA EN LOS NIÑOS (9).

La anemia puede estar causada por distintos motivos:

1. La deficiencia de hierro es la principal causa de la anemia infantil. Una alimentación pobre en alimentos ricos en hierro puede provocar la anemia.
2. Una enfermedad parasitaria intestinal también puede provocar pérdidas de sangre, al ser consumida por los parásitos.
3. Algunas enfermedades o infecciones, como las infecciones urinarias, la tuberculosis, el paludismo, los tumores, la fiebre tifoidea y la leucemia, entre otras, pueden causar anemia.
4. Una ingestión de leche entera de vaca u otros animales en los menores de 1 año puede producir una pérdida de glóbulos rojos, lo que provocaría una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo, anemia.
5. Una exposición diaria a la contaminación ambiental que producen las fábricas de pinturas, tintes, baterías y talleres de metalmecánica. Esas situaciones pueden llevar a una intoxicación progresiva por plomo del organismo y ocasionar una anemia severa.
6. Algunos antibióticos pueden producir anemia cuando se usan por largos periodos de tiempo. Por esta razón, cuando el pediatra recete algún antibiótico al bebé, es importante seguir estrictamente sus instrucciones en cuanto a la dosis y al tiempo de duración del tratamiento.
7. La deficiencia en vitamina B12 también puede ser una causa de anemia.

#### ROL DE LA ENFERMERA PARA DISMINUIR LA NUTRICION

La enfermera cumple el rol de la capacitación y charlas mensuales en el cual se brinda la administración de Suplementación con micro nutriente de la cual el menor debe consumir diariamente dentro de las actividades tenemos los siguientes (10).

Suplementación con hierro.

- Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad.
- El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.
- En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.
- La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando las niñas y niños están recibiendo antibióticos.
- En niñas y niños menores de 36 meses que residen en zonas endémicas de malaria se debe descartar la presencia de la enfermedad (identificación del parásito) y dar tratamiento antes del inicio de la suplementación.

Este trabajo está orientado según el modelo **JEAN WATSON**: Basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación (11):

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades

de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí (11).

- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud (11).

**NOLA PENDER:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (12).

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable: “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (12).

**Según la UNICEF**, la amplia población posee un conocimiento y actitud deficiente es por ello que la mayoría de sus niños posee problemas relacionados a su nutrición ya que es la principal causa de muerte en niños pequeños de países en desarrollo, ya que muchas veces las implementaciones de programas de prevención sobre la nutrición son escasas, un gran factor predisponente es el nivel de instrucción en las madres con problemas en la alimentación en sus niños en la edad escolar. **FREETOWN (2007) (5)**).

**SEGÚN LA OMS (Organización Mundial de la salud)** considera a la obesidad como una enfermedad crónica que se ha transformado en epidemia en algunas zonas estimándose que 17,6 millones de niños menores de 5 años serían obesos en el mundo; y muchas veces el factor predisponente es la falta de información o el déficit cognitivo por parte de ambos padres y la actitud frente a estos problemas que atraviesan al ingresar sus niños a la escuela (1).

**El Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN)-Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentario Nutricional**, ha recopilado y analizado información correspondiente al estado nutricional del niño menor de 5 años en la población peruana, obteniendo como resultados: prevalencia de Desnutrición Crónica a nivel nacional el 26.7% y a nivel departamental (Ancash) el 48.3% según MONIN CENAN – INS 2016.

**PANAMÁ :LA DIRECCIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD**

**ESCOLAR MANIFIESTA EN SU INFORME DEL 2017** que como parte del Programa de Educación Alimentaria Nutricional realizó un seminario de conceptos básicos de nutrición y alimentación el día 26 de junio en el Centro de Capacitación Ascanio Arosemena de la Autoridad del Canal de Panamá (ACP), en donde participaron las madres de los niños de los Centros de Orientación Infantil de Panamá Centro; con la finalidad de establecer conocimiento previos sobre la alimentación y la implementación adecuada en sus loncheras escolares .

Dentro del Programa de Educación Alimentaria Nutricional de la Dirección Nacional de Nutrición y Salud Escolar del Ministerio de Salud, se confeccionó el libro de colorear "5 colores que te ayudan a crecer sano y fuerte", con el patrocinio de Panadería Santa Librada y Pascual, reproduciéndose 10,000 ejemplares, los cuales se han distribuido en todas las regiones educativas a niños de educación inicial; con el objetivo de orientar a los estudiantes, padres de familia y docentes sobre la importancia de consumir frutas y vegetales diario en nuestras comidas, divirtiéndose coloreando el niño aprenderá nutrición. **Enrique Martín Criado (2017)**

**En COLOMBIA** un estudio realizado y difundido, a la par que se decidió comparar el conocimiento y la práctica que las madres tenían sobre la implementación de las loncheras escolares en el nivel educativo para evaluar el nivel de cognición y adquirecimiento de conocimiento decidieron evaluar los indicadores de peso para la edad, longitud/estatura para la edad y peso para la longitud/estatura según ambos sistemas de referencia (OMS y NCHS) en una población de niños colombianos menores de 5 años, con el propósito de suministrar a los organismos nacionales y departamentales información sobre posibles cambios en la prevalencia de malnutrición al utilizar las nuevas normas. Reforzar el conocimiento en las madres para llevar una

alimentación adecuada y balanceada.

En el **PERÚ según las últimas investigaciones de OMS resalta en que** los programas de alimentación a escolares son y han sido por lo general aplicados en contextos de pobreza. Desde el punto de vista de equidades, la transferencia de recursos a los hogares mediante raciones alimentarias desde las aulas ha sido vista por los padres como buena contribución a sus economías. Esta perspectiva ha contribuido a mejorar las tasas de matrícula y asistencia escolar, en especial en las áreas rurales (7).

En una investigación realizada por requeña RAYGANZA LISSETT IVONNE, titulada **“Conocimiento y actitud que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional de la institución educativa no. 524 nuestra señora de la esperanza”, en octubre 2015.** Tiene como objetivo: Establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y el estado nutricional del preescolar. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 150 madres y sus niños, se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple (13). El instrumento fue el cuestionario, la técnica fue la encuesta y una ficha de Evaluación Nutricional. Los resultados fueron que del 100% (150) de madres, 38% (57) tienen conocimiento medio; 36% (54) bajo y 26% (49) alto. En cuanto al Estado Nutricional 49.3% (74) son normales; 50.7% (76) tienen problemas nutricionales. Las conclusiones fueron que el mayor porcentaje de madres poseen conocimiento de medio a bajo relacionado a que desconocen la importancia de la lonchera, los alimentos reguladores, los alimentos que favorecen la absorción de los demás y la bebida que se debe enviar a los niños en la lonchera (13).

La mayoría de las madres tienen prácticas inadecuadas en cuanto al contenido de la lonchera, donde se encontró que la mayoría de las madres envían a sus hijos galletas, infusiones, leche, pan con pollo y mayonesa. Es por ello que el estado nutricional de los escolares predominan los problemas nutricionales. Al establecer la relación mediante la prueba del chi cuadrado se encontró que no existe relación entre el conocimiento de las madres sobre el contenido de la lonchera y el estado nutricional del preescolar. (13)

En una Investigación titulada “**conocimiento materno que tiene las madres sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional en el centro de promoción familiar pestalozzi del distrito de lima- cercado**”. Realizada por JANET LILIANA FLORES ROMO en el 2016 para la obtención del título profesional de enfermería. Llega a la conclusión lo siguiente: En cuanto a los conocimientos que poseen las madres sobre la adecuada alimentación, de 45 (100%), 36 (69%) poseen un conocimiento medio y 9 (20%) poseen un conocimiento bajo sobre aspectos relacionados a la alimentación del pre-escolar. En relación al estado nutricional de los pre-escolares tenemos que de 45 (100%) de los niños evaluados, 30 (70%) tienen un estado nutricional normal, 15 (30%) se encuentran desnutridos, de los cuales 8 (18%) tienen una desnutrición crónica, 8 (18%) tienen una desnutrición global y 2(4%) desnutrición aguda (14).

#### **IV. OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorando el conocimiento de las madres sobre una alimentación rica en hierro para niños menores de 3 años Puesto de Salud 14 Incas - Chimbote 2017.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Ampliación de recursos humano.
- Personal capacitado sobre tema de desnutrición y alimentos rico de hierro.
- Adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud e Higiene)
- Enseñar a las madres sobre la importancia del lavado de mano en niños menores de 3 años para así disminuir enfermedades.
- Mejorar el conocimiento por parte de las familias sobre los valores y beneficios de una adecuada alimentación rica en hierro.
- Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud y las familias de la zona.

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

1. Disminución de la anemia de 10 % a 7 % en el primer año, niños menores de 1 año y de un año hasta los 3 años que son nuestra prioridad.
2. Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.
3. Lograr que el 100 % de las familias logren conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, durante el primer año de ejecución del Proyecto.
4. Lograr que el 100 % de los profesionales de la salud y familias de la zona concilien los patrones culturales.

5. Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año.
6. Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año.
7. Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.
8. Ampliación al 30 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año.

## **VI. METODOLOGIA**

### **6.1.- LINEAS DE ACCION Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:**

Es lo que se quiere lograr, aquella actividad que agrupa iniciativas y orienta acciones. Una Línea de Acción se traduce en un enunciado que expresa la intencionalidad y modo en que se modificará dicho ámbito crítico. Para la o las líneas de acción puede resultar importante definir indicadores de logro y resultados esperados. Esto contribuirá a determinar las formas en que se controlará la eficacia y la calidad de la ejecución y los resultados de las actividades.

Un “indicador de logro” es un criterio consensuado, a través del cual se operacionaliza una línea de acción (o una actividad o proceso) para determinar si ésta ha sido alcanzada. Funciona como una variable que informa (junto a otros indicadores) acerca del correspondiente estado o situación del trabajo. De este modo, el indicador responde a la pregunta ¿qué se ha logrado con el esfuerzo realizado: El indicador sirve para: (a) describir (obtener información) y (b) Valorar (apreciar los efectos o los resultados de una acción).

Las estrategias para el presente proyecto es mejorar el servicio nutricional incluyendo mejorar las capacidades del personal, capacitación a las madres cuidadoras e implementando un consultorio de Enfermería adicional y exclusivo para la realización de SE, SD y consejerías del PAI.

Las líneas de acción propuestas, es resultado del árbol medios y fines, las cuales nos van a permitir orientar el desarrollo del proyecto en sus diferentes etapas, a través de la gestión, promoción y capacitación, en donde se verán involucradas las autoridades locales, con el apoyo técnico del personal de salud que labora en el Puesto de Salud 14 Incas.

## **A. GESTION**

Henri Fayol por la creación de las cinco funciones de gestión que son el pilar del cuerpo de conocimiento relacionados con proyectos y programas de gestión.

Las personas encargadas del cuidado de los niños deben tener capacidad de gestión, lo que implica que al detectar alguna alteración en su desarrollo, coordinen con las entidades correspondientes y los niños sean atendidos oportunamente.

### **Acciones:**

**A1.** Implementación de brigadas de atención en salud Integral extramural.

- Solicitar y coordinar para la contratación de personal.
- Realizar sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en atención extramural
- Elaboración de un Plan para sustentar el trabajo que desarrollaran dichas brigadas.

**A2.-** Creación de un consultorio de Enfermería en el establecimiento de Salud y ampliación de la capacidad del “P.S. 14 Incas”.

- Solicitar y coordinar con el CLAS para que proporcione un ambiente
- Elaboración de un expediente técnico
- Elaboración de planos.
- Elaboración del cuadro de necesidades para su funcionamiento.
- Implementación con las normas y guías de trabajo según MINSA.

## **B. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la

salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la anemia.

Promoción de la salud nos permite interactuar con los diferentes sectores para poder intervenir oportunamente y disminuir los riesgos que se puedan presentar en el futuro.

### **Acciones:**

**B1.-**Programas de difusión sobre los beneficios de la alimentación complementaria en el Niño menor de 3 años.

- Incluir los programas de difusión radial en el Plan de Capacitación Anual del establecimiento.
- Coordinar con Jefatura de enfermería para que una Lic. en Enfermería sea la responsable de salir en los programas radiales que se programen.
- Elaboración de dípticos, trípticos.
- Adquirir o alquilar una unidad móvil para la difusión

**B2.** Capacitación a las madres en temas relacionados con la alimentación balanceada en el niño menor de 3 años.

- Elaborar un plan de capacitación sobre temas de nutrición en niños menores de 3 años.
- Programar capacitaciones en horarios de disponibilidad de las madres.
- Talleres de evaluación sobre los temas tratados

### **C. CAPACITACION**

Es una actividad sistemática, planificada y permanente cuyo propósito general es

preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño de todos los trabajadores en sus actuales y futuros cargos y adaptarlos a las exigencias cambiantes del entorno .

Capacitar a los profesionales es muy importante ya que de ellos depende el cambio de actitud en las madres; las constantes capacitaciones en las personas los mantienen con los conocimientos presentes para actuar previniendo los daños en el usuario.

**C1. Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.**

- Reunión con jefatura de enfermería para su participación en la elaboración de los planes de capacitación.
- Solicitar al jefe del Establecimiento la aprobación del plan de capacitación al personal.
- Programar las fechas de las capacitaciones dentro del horario de trabajo.
- Programar y solicitar el pase para la realización de pasantías.
- Informe y replica de pasantías.

**C2. Ampliación de la capacidad del puesto de salud**

**D1. Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.**

- Incluir los programas de capacitación en base a la nutrición debemos tener en cuenta la cultura de la población.

- Coordinar con Jefatura de enfermería para que una Lic. en Enfermería sea la responsable en los diversos talleres de nutrición.
- Elaboración de dípticos, trípticos.
- Adquirir equipos de motivación para que la capacitación sea agradable para la comunidad.

## **D2. Educación a agentes comunitarios en captación oportuna de migrantes**

- Elaborar un plan de capacitación sobre temas de nutrición en niños menores de 3 años a los agentes.
- Programar capacitaciones en horarios de disponibilidad para los agentes comunitarios.
- Talleres de evaluación sobre los temas tratados para ver si captaron el tema tratado.

## **6.2.- SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO**

La sostenibilidad del Trabajo Académico estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el área de nutrición, la Jefatura del Puesto de Salud “14 Incas” tiene el compromiso de interrelacionarse, 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.

## VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

### 7.1 MATRIZ DE SUPERVISIÓN:

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p><b>Propósito:</b> Mejorar el conocimiento de las madres sobre una adecuada alimentación rica en hierro para niños menores de 3 años en el P.S. 14 Incas. Chimbote 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento en nutrición de las madres de niños menores de 3 años en:</li> <li>80% en el primer año</li> </ul>	<p>Nº De madres cuidadoras que han mejorado su conocimiento sobre la nutrición, entre el total de madres asistentes.</p>	<p>Las Madres presentan un adecuado conocimiento sobre la nutrición de sus niños.</p>	<p>Registros de asistencia Evaluaciones Pre y post test</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Lista de chequeo</p>
<p><b>Resultados</b> <b>1.</b> Ampliación de la oferta de los servicios de AIS niño por el Establecimiento de salud de la zona.</p>	<p><b>1.1.</b> Campañas de difusión sobre AIS del niño del establecimiento: En el primer año 5 campañas</p>	<p>% de campañas realizadas. Sobre total de campañas programadas.</p>	<p>A través de las campañas de difusión se da a conocer a la comunidad sobre los servicios que brinda el EE.SS.</p>	<p>Registros de atención en los diferentes servicios del EE.SS.</p>	<p>Mensual</p>	<p>Lista de chequeo</p>

<p>2. Mejorar el conocimiento de las familias sobre los beneficios de una adecuada alimentación.</p>	<p>2.1. Familias con conocimientos sobre una alimentación de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un 80% en el primer año,</li> </ul>	<p>2.1. % de familias con conocimientos sobre una alimentación adecuada que cumplan con los criterios de evaluación de calidad.</p>	<p>Los conocimientos previos permiten brindar un cuidado adecuado a la persona de acuerdo a lo que necesita según la circunstancia en la que se encuentre.</p>	<p>Visitas domiciliarias</p>	<p>Mensual</p>	<p>Lista de cotejo.</p>
<p>3. Conciliación de los patrones culturales de las familias con los servicios de salud.</p>	<p>3.1 Familias Conciliadas con los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el primer año un 50%.</li> </ul>	<p>% de familias conciliadas con los servicios de salud.</p>	<p>La conciliación permite un trato directo entre familias y los servicios de salud, observándose cambios en los estilos de vida.</p>	<p>Registros de Familias</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Lista de chequeo</p>

## 7.2. 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
A.-Ampliación de la oferta de los servicios para el niño en el Establecimiento de salud de la zona del "P.S. 14 Incas".	A.1.Implementación de brigadas de atención en salud Integral extramural.	Conformación de brigadas de atención en salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 brigadas en el primer año</li> </ul>	Número de brigadas conformadas. Sobre las atenciones realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la población de madres que fueron atendidas por año.</li> <li>• Aumento del número de consultas realizadas.</li> <li>• Aumento del número de intervenciones en los casos detectados.</li> </ul>	Registros del servicio de enfermería.	Trimestral
	A2.-Creación de un consultorio de Enfermería en el establecimiento de Salud y ampliación de	Creación e implementación progresivamente del centro de vigilancia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% en el primer semestre</li> <li>50% en el segundo semestre</li> </ul>	Número de consultorios de Enfermería creados e implementados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la capacidad de atención de los establecimientos de salud</li> <li>• Aumento del número de sesiones educativas y demostrativas así como de las consejerías nutricionales</li> </ul>	Registros de referencia y contra referencia	Mensual

	la capacidad del “P.S. 14 Incas”.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del número de referencias y contra referencias entre centros de vigilancia y establecimiento de salud</li> </ul>		
<b>B.-</b> Mejorar el conocimiento de las familias sobre los beneficios de una adecuada alimentación.	<b>B1.-</b> Programas de difusión sobre los beneficios de la alimentación complementaria en el Niño menor de 3 años.	<p>Programas de difusión radial periódicamente.</p> <p>En el primer año</p> <p>Programación de capacitaciones sobre alimentación balanceada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el primer año 5 talleres</li> </ul>	Número de programas de difusión radial sobre los beneficios de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de la población con conocimientos básicos sobre alimentación complementaria.</li> <li>• Porcentaje de la población informado de los beneficios de la alimentación complementaria.</li> <li>• Porcentaje de la población capacitada o informada que aplica los conocimientos aprendidos.</li> <li>• Reducción de la Tasa de morbilidad en niños menores de 3 años.</li> </ul>	Encuestas	Mensual

	<b>B2.</b> Capacitación a las madres en temas relacionados con la alimentación balanceada en el niño menor de 3 años.		Porcentaje de madres capacitadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de casos de enfermedades específicas de la niñez</li> <li>• Tasa de prevalencia de las principales enfermedades producidas por la inadecuada alimentación.</li> </ul>	Encuestas Registros estadísticos	Trimestral
C.-Conciliación de los patrones culturales de las familias con los servicios de salud.	<b>C1.</b> Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.	<p>Programación de días para la difusión de los talleres que se realizara.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 en el primer año</li> </ul> <p>Sesiones educativas</p> <p>4 sesiones en el primer año</p> <p>3 sesiones en el segundo año</p> <p>1 sesión en el tercer año</p>	<p>N° de capacitaciones realizadas.</p> <p>N° de trabajadores que labora en el establecimiento que acude a las capacitaciones programadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de profesionales de la salud que aplica la difusión</li> <li>• Aumento de la demanda por consultas en Enfermería</li> </ul>	<p>Evaluación pre y post test</p> <p>Encuestas</p> <p>Registros de Enfermería</p>	<p>Semestral</p> <p>Mensual</p>

	<b>C2.</b> Capacitación del personal de salud en propiedades de los alimentos de la zona y sobre los patrones culturales de las familias.	Programación de capacitaciones al personal de salud. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 en el primer año</li> </ul> Sesiones demostrativas con alimentos de la zona: 4 sesiones en el primer año 3 sesiones en el segundo año 1 sesión en el tercer año	N° de capacitaciones realizadas.  N° de trabajadores que la labora en el establecimiento que acude a las capacitaciones programadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de profesionales de la salud que aplica los conocimientos recibidos en las capacitaciones.</li> <li>• Aumento de la demanda por consultas en Enfermería</li> <li>• Aumento de la calidad de la atención entre los profesionales de salud capacitados</li> </ul>	Evaluación pre y post test  Encuestas  Registros de Enfermería	Semestral  Mensual  Mensual
D1. Mejorar la estrategia de capacitación del personal de salud y familiares basándonos en los patrones culturales.	<b>D1.</b> Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.	Programación de capacitaciones al personal de salud. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 en el primer año</li> </ul> Sesiones demostrativas 4 sesiones en el primer año	N° de capacitaciones realizadas.  N° de trabajadores que la labora en el establecimiento que acude a las capacitaciones programadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de profesionales de la salud que aplica los conocimientos recibidos en las capacitaciones.</li> <li>• Aumento de la demanda por consultas en Enfermería</li> <li>• Aumento de la calidad de la</li> </ul>	Evaluación pre y post test  Encuestas  Registros de Enfermería	Semestral  Mensual  Mensual

		3 sesiones en el segundo año 1 sesión en el tercer año		atención entre los profesionales de salud capacitados		
	<b>D2.-</b> Educación a agentes comunitarios en captación oportuna de migrantes	Programas de educación periódicamente. En el primer año Programación de capacitaciones sobre alimentación balanceada: <ul style="list-style-type: none"><li>En el primer año 5 talleres</li></ul>	Número de agentes comunitarios que fueron captados en su oportunidad  Porcentaje de los agentes comunitarios captados en su momento oportuno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de la población de los agentes comunitarios.</li> <li>Porcentaje de la población informado de los beneficios de la que se tiene en la captación.</li> <li>Porcentaje de la población capacitada o informada que aplica los conocimientos aprendidos.</li> </ul>	Encuestas  Encuestas Registros estadísticos	Mensual  Trimestral

### **7.3 BENEFICIOS**

#### **❖ Beneficios con proyecto**

- Disminución de la tasa de anemia en los consultorios del Puesto de Salud de 14 Incas.
- Satisfacción del usuario por contar con un consultorio específico para actividades de nutrición

#### **❖ Beneficios sin proyecto**

- Aumento de la tasa de anemia del Puesto de Salud de 14 Incas.
- Insatisfacción del usuario por no contar con un consultorio de Enfermería para actividades de Nutrición

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1.- Recurso Humano.

RECURSO HUMANO	CANT. PERSONAL	MESES	MENSUALIDAD	COSTO TOTAL EN 2 AÑOS S/.
Enfermera	2	24	2500	60,000.00
Obstetra	1	12	1500	18,000.00
<b>Costo Total Recurso Humano</b>				<b>78,000.00</b>

### 8.2. MATERIALES Y EQUIPOS

A continuación, se detalla los materiales y equipos que utilizaran en el presente proyecto.

Ítem	Detalle	Unid	Cant.	Precio Unit. (S/.)	Precio Total (S/.)
	<b>Equipamiento:</b>				
1	Escalinata de dos peldaños	1	unid.	100.00	100.00
2	Escritorio	1	unid.	500.00	500.00
3	Sillas	3	unid.	50.00	150.00
4	Vitrina	1	unid.	250.00	250.00
5	Balanza de pie	1	unid.	150.00	150.00
6	Balanza bebes métrica 16 Kg x 20 gr	1	unid.	175.00	175.00
7	Juegos de pantalones para balanza bebes	5	unid.	50.00	250.00
8	Estetoscopio tipo Littman pediátrico (*)	1	unid.	560.00	560.00
9	Termómetros (oral)	1	glb.	50.00	50.00
10	Centímetro o cinta métrica inextensible	1	unid.	5.00	5.00
11	Papelera	1	unid.	15.00	15.00
12	Juego de platos para niños	1	glb.	25.00	25.00
13	Caja vacuna 2.8 litro	1	unid.	175.00	175.00
14	Tallímetro de crecimiento para bebes/niños	1	unid.	250.00	250.00

15	Tallímetro para niños preescolares	1	unid.	250.00	250.00
16	Tambores 18 x 18	2	unid.	95.00	190.00
	<b>Batería para el TA:</b>				
17	cubos de madera de 2.5 cm x lado (color rojo)	10	unid.	15.00	150.00
18	Campanita de bronce	1	unid.	5.00	5.00
19	Argolla roja de 12 cm de diámetro con un cordel de 50 cm	1	unid.	5.00	5.00
20	Pañal pequeño	1	unid.	5.00	5.00
21	Lámina con figura de animales (del TEPSI)	1	unid.	5.00	5.00
	<b>Insumos:</b>				
22	Bajalenguas	1	glb.	10.00	10.00
23	Alcohol	1	glb.	10.00	10.00
24	Alcohol yodado	1	glb.	10.00	10.00
25	Algodón	1	glb.	10.00	10.00
26	Gasa	1	glb.	10.00	10.00
27	Esparadrapo	1	glb.	10.00	10.00
28	Guantes estériles	1	glb.	10.00	10.00
29	Jabón	1	glb.	10.00	10.00
30	Jabón líquido	1	glb.	10.00	10.00
31	Vasitos descartables	1	glb.	10.00	10.00
32	Cepillos dentales y molde dental para educación	1	glb.	10.00	10.00
	<b>Formatos:</b>				
33	Historia Clínica (Ficha de Atención del Niño)	1	glb.	25.00	25.00
34	Padrón de niños	1	glb.	25.00	25.00
35	Registros de atención	1	glb.	25.00	25.00
36	Carnés de crecimiento y desarrollo	1	glb.	25.00	25.00
37	Recetario	1	glb.	25.00	25.00
38	Indicaciones médicas	1	glb.	25.00	25.00
39	Test Abreviado	1	glb.	25.00	25.00
40	Test Desarrollado*	1	glb.	25.00	25.00

41	Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor*	1	glb.	25.00	25.00
42	Rotafolios	1	glb.	25.00	25.00
43	Folletos educativos	1	glb.	25.00	25.00
44	Afiches educativos	1	glb.	25.00	25.00
45	Batería para educación nutricional (guías, tarjetas de alimentos)	1	glb.	25.00	25.00
	<b>Ropa:</b>				
46	Mandiles	1	glb.	25.00	25.00
47	Toalla de mano	1	glb.	25.00	25.00
48	Batas para examen	1	glb.	25.00	25.00
<b>TOTAL</b>				<b>3245.00</b>	<b>3775.00</b>

### 8.3. COSTOS PARA DIFUSION Y CAPACITACION

a) Programa de tratamiento para menores de 3 años sobre una adecuada alimentación rica en hierro.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0	0	2	<b>0</b>
2	Servicio de central de esterilización	0	0	2	<b>0</b>
3	Impresiones	0.1	140	2	<b>30.00</b>
4	Fotocopias	0.1	140	2	<b>30.00</b>
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	2	<b>560.00</b>
6	Equipo multimedia	0	0	2	<b>0</b>
7	Refrigerio	2	140	2	<b>500.00</b>
8	Movilidad local	4	50	2	<b>200.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA DIFUSION</b>				<b>S/.</b>	<b>1,320.00</b>

b) Capacitación a padres en de adecuada manipulación de alimentos.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0	0	6	0
2	Servicio de central de esterilización	0	0	6	0
3	Impresiones	0.1	140	6	90.00
4	Fotocopias	0.1	140	6	90.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680.00
6	Equipo multimedia	0	0	6	0
7	Refrigerio	2	140	6	1680.00
8	Movilidad local	4	50	6	1200.00
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>4,740.00</b>

c) Capacitación en adecuadas prácticas de consumo adecuado de Hierro en niño menores de 3 años.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0	0	6	0
2	Servicio de central de esterilización	0	0	6	0
3	Impresiones	0.1	140	6	90.00
4	Fotocopias	0.1	140	6	90.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680.00
6	Equipo multimedia	0	0	6	0
7	Refrigerio	2	140	6	1680.00
8	Movilidad local	4	50	6	1200.00
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>4,740.00</b>

d) Capacitación en adecuadas prácticas de higiene personal.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	NUMERO DE CAPACITACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0	0	6	0
2	Servicio de central de esterilización	0	0	6	0
3	Impresiones	0.1	140	6	90.00
4	Fotocopias	0.1	140	6	90.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2	140	6	1680
6	Equipo multimedia	0	0	6	0
7	Refrigerio	2	140	6	1680
8	Movilidad local	4	50	6	1200
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>4,740.00</b>

#### 8.4. COSTOS DE INVERSIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

A continuación, se detalla el cuadro resumen de los costos totales de inversión para la ejecución del proyecto.

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
	S/.	S/.	S/.
Recursos Humanos	96,000.00	0	<b>78,000.00</b>
Equipos de Laboratorio	59,860.00	0	<b>3775.00</b>
Capacitación	1,576.00	0	<b>4,740.00</b>
Difusión	1,576.00	0	<b>1,320.00</b>
Elaboración del Proyecto	1,000.00	1	<b>4,740.00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>92,575.00</b>

Elaboración propia

**IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES**

**PLAN OPERATIVO**

**OBJETIVO GENERAL:** Mejoramiento nutricional de niños menores de 3 años que acuden al puesto de salud “14 Incas” para disminuir la anemia.2017

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS	COSTOS (S/.)	CRONOGRAMA				INDICADOR
			DESCRIPCION		2017				
					I	II	III	IV	
1	Elaboración del proyecto Mejoramiento del nivel de conocimiento y actitudes que tienen las madres con niños menores de 3 años sobre una adecuada alimentación rica en hierro en el P.S. 14 incas. Chimbote 2017.	1	Informe	6,000.00	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del Proyecto Mejoramiento nutricional de niños menores de 3 años que acuden al puesto de salud “14 Incas” para disminuir la anemia.2017	1	Informe	200.00		X			Proyecto Presentado
3	Ejecución del Proyecto de Desarrollo	1	Informe	84,090.00			X		Proyecto ejecutado
4	Evaluación del proyecto de Desarrollo	1	Informe	250.00			X		Proyecto desarrollado
5	Presentación del Informe Final	1	Informe	250.00				X	Proyecto presentado

## PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO ESPECÍFICO N°01: Ampliación de la oferta de los servicios del puesto de salud 14 Incas.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA						
					2017			2018			
			DESCRIPCION	COSTOS (S/.)	I	II	III	I	II	III	
01	A1. Implementación de brigadas de atención en salud Integral extramural.	➤ Solicitar y coordinar con el SIS para la contratación de personal.	Solicitud	50.00	X						
		➤ Realizar sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en atención extramural	Oficio	30.00	X						
		➤ Elaboración de un Plan para sustentar el trabajo que desarrollaran dichas brigadas.	Plan	50.00	X						
02	A2.-Creación de un consultorio de Enfermería adicional y exclusivo para	➤ Solicitar y coordinar con la Jefatura para que proporcione un ambiente	Solicitud	50.00	X						
		➤ Elaboración de un expediente técnico	Plan	50.00	X						
		➤ Elaboración de planos	Plan	100.00	X						

la realización de SE, SD y consejerías del PAI).	➤ Elaboración del cuadro de necesidades para su funcionamiento.	Guías	<b>100.00</b>	X					
	➤ Implementación con las normas y guías de trabajo según MINSA.	Guías	<b>100.00</b>		X				

**OBJETIVO ESPECÍFICO N°02: Mejorar el conocimiento de las familias sobre los beneficios de una adecuada alimentación.**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA						
					2017		2018		2019		
			DESCRIPCION	COSTOS (S/.)	I	II	I	II	I	II	
01	<b>B1. Programas de difusión sobre los beneficios de la alimentación complementaria en el Niño menor de 3 años.</b>	➤ Incluir los programas de difusión radial en el Plan de Capacitación Anual del establecimiento.	Plan	<b>30.00</b>	X						
		➤ Coordinar con Jefatura de enfermería para que una Lic. en Enfermería sea la responsable de salir en los programas radiales que se programen.	Solicitud	<b>30.00</b>		X					
		➤ Elaboración de dípticos, trípticos.	Solicitud	<b>100.00</b>		X					
		➤ Adquirir o alquilar una unidad móvil para la difusión	Solicitud	<b>100.00</b>		X					

02	<b>B2.- Capacitación a las madres en temas relacionados con la alimentación balanceada en el niño menor de 3 años.</b>	➤ Elaborar un plan de capacitación sobre temas de nutrición en niños menores de 3 años.	Plan	<b>30.00</b>	X					
		➤ Programar capacitaciones en horarios de disponibilidad de las madres.	Plan	<b>30.00</b>		X				
		➤ Talleres de evaluación sobre los temas tratados	Plan	<b>50.00</b>		X				

**OBJETIVO ESPECÍFICO N°03: Conciliación de los patrones culturales de las familias con los servicios de salud.**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA						
					2017		2018		2019		
			DESCRIPCION	COSTOS (S/.)	I	II	I	II	I	II	
01	<b>C1._ Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.</b>	➤ Reunión con jefatura de enfermería para su la elaboración de los planes de difusión.	Plan	50.00	X						
		➤ Solicitar al jefe del Establecimiento la aprobación del plan de capacitación que se brindara a la comunidad	Solicitud	10.00		X					
		➤ Programar las fechas de las difusiones dentro del horario de trabajo.	Programación	20.00		X					
		➤ Programar y solicitar el pase para la difusión sea un éxito	Programación	20.00			X				
		➤ Informe y replica de semanales.	Plan	100.00			X				

01	C2._ Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.	➤ Reunión con jefatura de enfermería para su participación en la elaboración de los planes de capacitación.	Plan	50.00	X							
		➤ Solicitar al jefe del Establecimiento la aprobación del plan de capacitación al personal	Solicitud	10.00		X						
		➤ Programar las fechas de las capacitaciones dentro del horario de trabajo.	Programación	20.00		X						
		➤ Programar y solicitar el pase para la realización de pasantías.	Programación	20.00			X					
		➤ Informe y replica de pasantías.	Plan	100.00			X					

**OBJETIVO ESPECÍFICO N°04:**

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA						
					2017		2018		2019		
			DESCRIPCION	COSTOS (S/.)	I	II	I	II	I	II	
01	<b>D1. Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.</b>	➤ Incluir los programas de capacitación en base a la nutrición debemos tener en cuenta la cultura de la población.	Plan	30.00	X						
		➤ Coordinar con Jefatura de enfermería para que una Lic. en Enfermería sea la responsable en los diversos talleres de nutrición.	Solicitud	30.00		X					
		➤ Elaboración de dípticos, trípticos.	Solicitud	100.00		X					
		➤ Adquirir equipos de motivación para que la capacitación sea agradable para la comunidad.	Solicitud	100.00		X					
02	<b>D2.- Educación a agentes comunitarios en captación oportuna de migrantes</b>	➤ Elaborar un plan de capacitación sobre temas de nutrición en niños menores de 3 años a los agentes.	Plan	30.00	X						
		➤ Programar capacitaciones en horarios de disponibilidad para los agentes comunitarios.	Plan	30.00		X					
		➤ Talleres de evaluación sobre los temas tratados para ver si captaron el tema tratado.	Plan	50.00		X	X	X			

## **X.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención Mejoramiento del nivel de conocimiento y actitudes que tienen las madres con niños menores de 3 años sobre una adecuada alimentación rica en hierro en el P.S. 14 Incas. Chimbote 2017.

Que 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 Municipalidad del distrito de Chimbote y Red de Salud Pacífico Norte, para el logro del Trabajo Académico.

## **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. Centro de Desarrollo de Franquicias – CCL. Centro de Desarrollo de Franquicias de la Cámara de Comercio de Lima. 2018. <https://www.camaralima.org.pe/principal/categoria/centro-de-desarrollo-de-franquicias-ccl/479/c-479>.
2. Santos I et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, 131(11):2866–2873
3. MINSA. suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Perú.2002.
4. WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011.
5. UNICEF. Situación de deficiencia de hierro y anemia. Peru. 2006.
6. CORTEZ, Rafael. “El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil”. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, documento interno de trabajo N° 38. 2002. Lima, Perú.
7. CORTEZ, Rafael, Gil, Ana. ¿Qué obtienen los niños con su trabajo? Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico – Universidad de Zaragoza, [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_3\\_08/san03308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_3_08/san03308.htm)
8. Aisen, P., Wessling-Resnick, M., & Leibold, E. A. (1999). Iron metabolism. *Current opinion in chemical biology*, 3(2), 200-6. [http://doi.org/10.1016/S1367-5931\(99\)80033-7](http://doi.org/10.1016/S1367-5931(99)80033-7)
9. Lineamientos de nutrición Materno Infantil. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima 2004. MINSA, Unicef, OPS.

10. MARRINER Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 6° edición. Elsevier España S.A. 2007. Págs. 472-492.
11. KOZIER Bárbara, Erb Glenora y otros. Fundamentos de Enfermería, concepto, procesos y práctica. 7° edición. España, Mc Graw Hill, 2007. Vol. 1, pág. 225-242.
12. Camina M, Perdomini M, Picca Y, Pino T, El cuidado, lunes 4 de junio 2012 Blog.  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/florence-nightingale.html>
13. Conocimiento y actitud que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la Institución Educativa No. 524 Nuestra Señora de la Esperanza, octubre 2015  
Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/requena\\_rl/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/requena_rl/html/index-frames.html)
14. En una Investigación titulada “conocimiento materno que tiene las madres sobre la alimentación del preescolar y su relación con el estado nutricional en el centro de promoción familiar pestalozzi del distrito de lima- cercado”. Realizada por JANET LILIANA FLORES ROMO en el 2016  
Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/flores\\_rj/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/flores_rj/html/index-frames.html)

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El P.S 14 Incas 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 hacen que la mayor cantidad de estrategias sanitarias funcionen en un solo ambiente, como por ejemplo en nuestro servicio de enfermería tratamos también el área nutricional ya que no tenemos un ambiente adecuado hasta la fecha no se ha presentado un caso con pacientes de Tuberculosis porque si sería un deficiencia mayor ya que no contamos con un área así establecido para esos casos, el ambiente es tan reducido que solo contamos con un tóxico, farmacia y triaje, 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 talleres y charlas educativas para mejorar el conocimiento de las madres que tienen desconocimiento en la alimentación adecuada y el buen consumo de hierro para los niños menores de 3 años

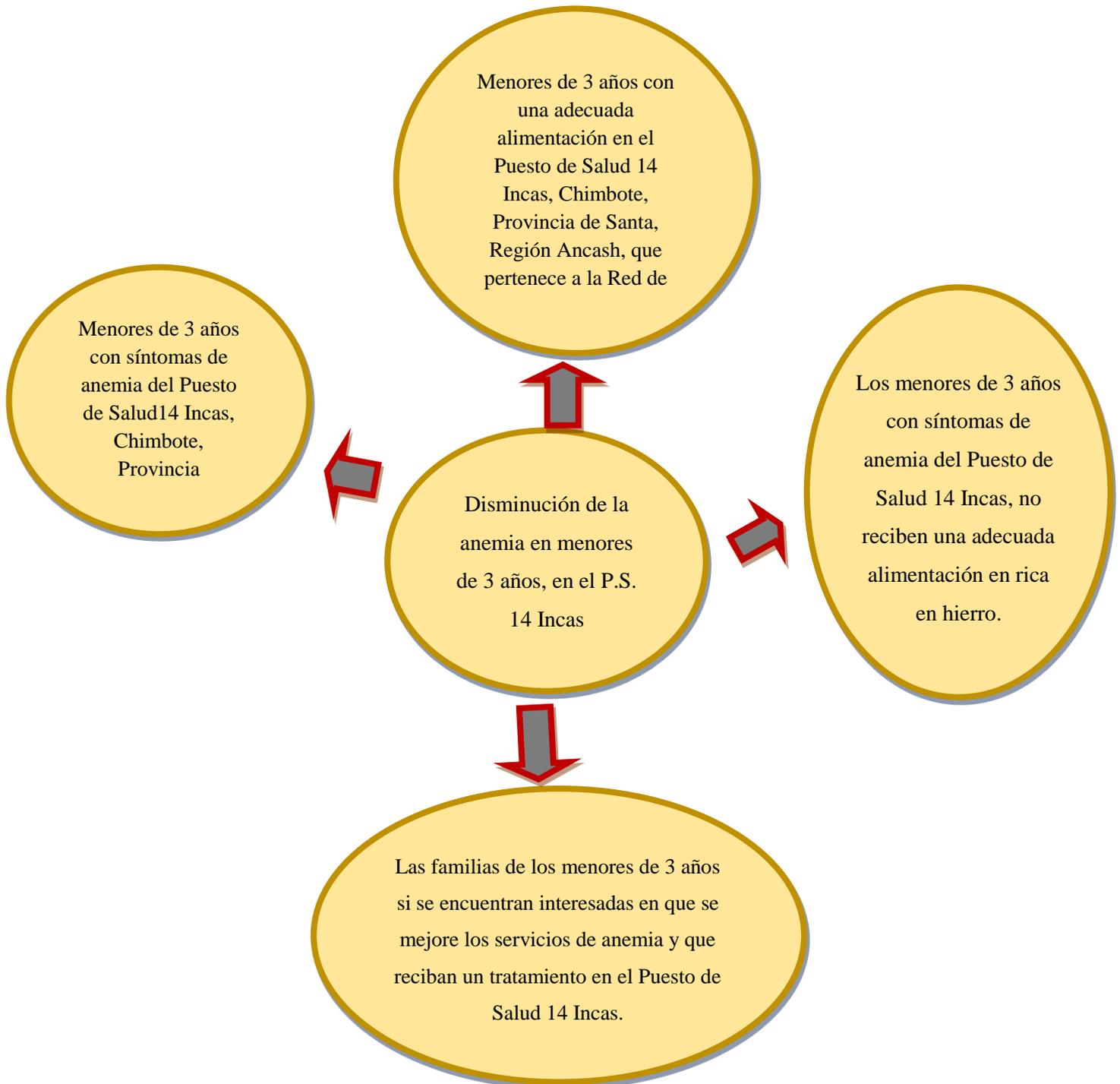
El Distrito de Chimbote donde se encuentra el puesto de salud 14 Incas, no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una comunidad con problemas de salud múltiples y deficiencia económica que se encuentran interactuando nuestra comunidad ya sea biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. Las comunidades son muy sencillas con quechua hablante en el cual tienen 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 distrito en el cual se basa en la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo son la agricultura

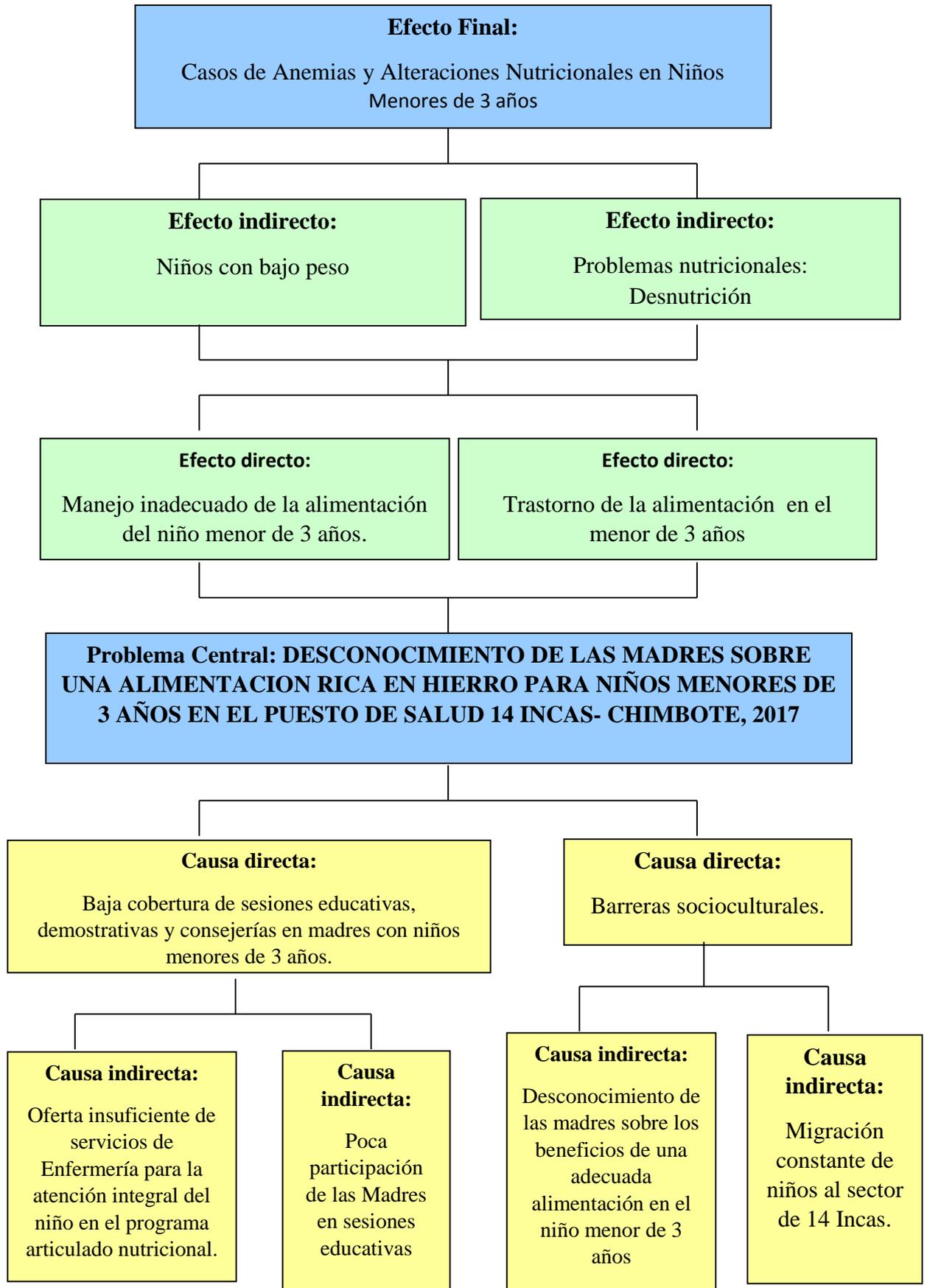
También presenta problemas respecto a una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermar debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento.

## REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA

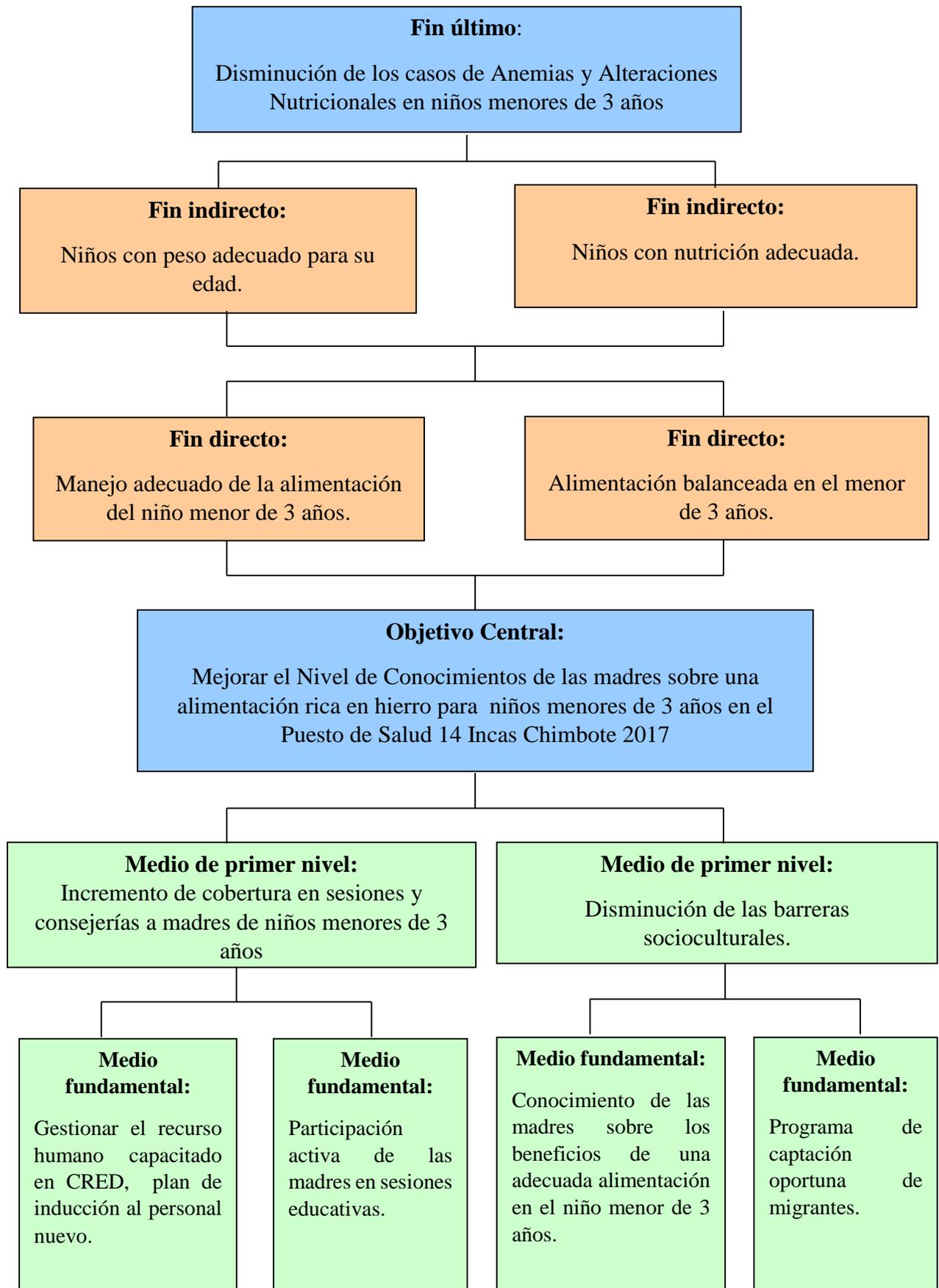


## ANEXO 2

### ARBOL DE CAUSA Y EFECTO

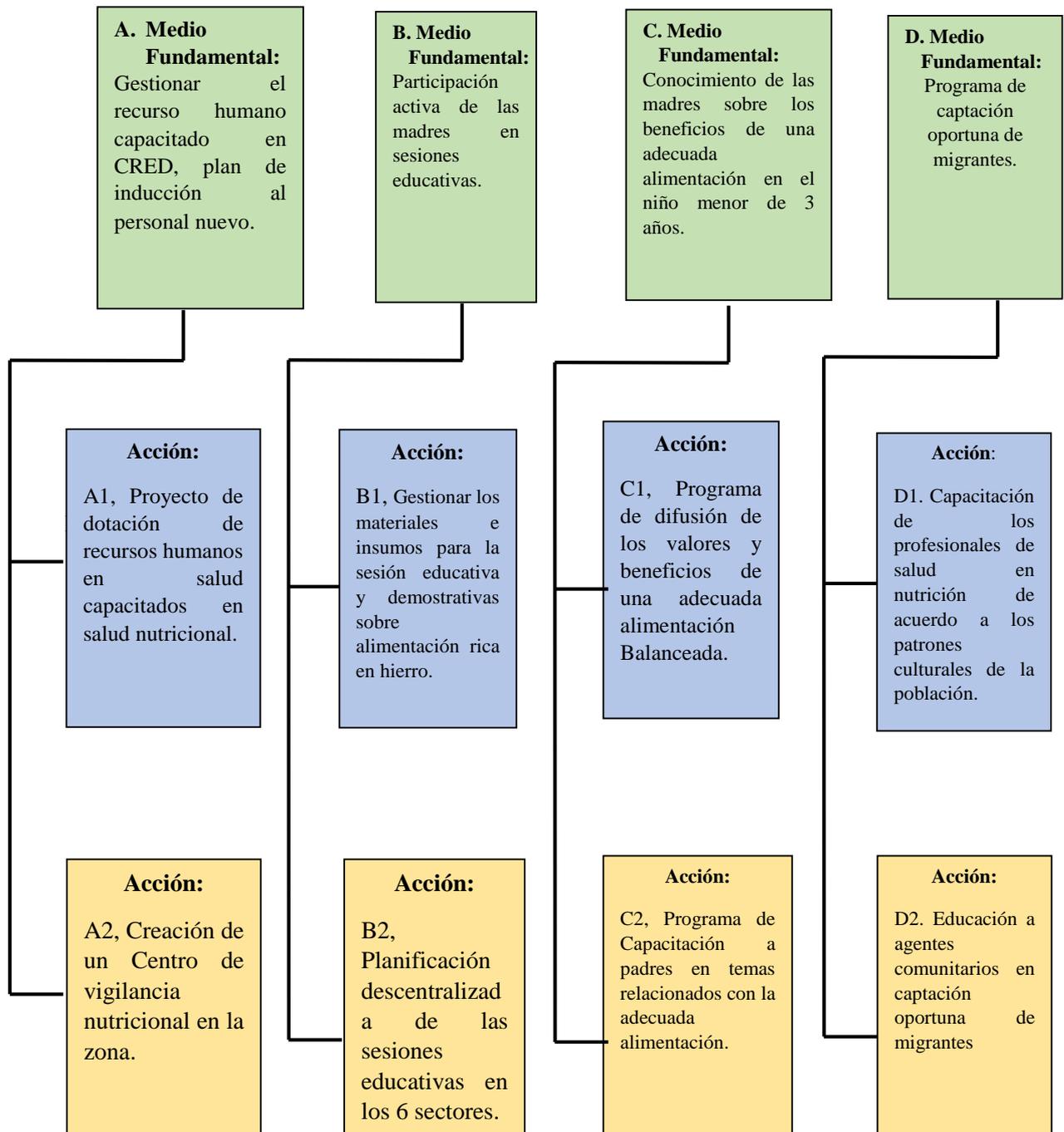


**ANEXO 3**  
**ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES**



## ANEXO 4

### ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



## ANEXO 5

### MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Mejoramiento de la calidad de vida de los niños menores de 3 años que padecieron anemia en los consultorios del puesto de salud "P.S. 14 Incas".				
<b>PROPOSITO</b>	<p>Disminución de la anemia y desordenes nutricionales en niños menores de cinco años, mediante programas de sensibilización y capacitación a las madres, en los consultorios del puesto de salud "P.S. 14 Incas".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de más centros de vigilancia nutricional en la zona.</li> <li>• Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.</li> <li>• Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación para poder disminuir la desnutrición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la anemia de 10 % a 7 % en el primer año.</li> </ul> <p>Menores de 1 año De 1 año De 2 – 3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación al 100 % de las madres cuidadoras durante el primer año.</li> <li>• Lograr que el 100 % de las familias logren conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación y Capacitación a padres en temas relacionados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nro. de niños con anemia.</li> <li>• Nro. de madres cuidadoras capacitadas.</li> <li>• Nro. de madres y Personal de salud capacitado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes estadísticos del servicio de Enfermería.</li> <li>• Registro de capacitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los menores de 3 años responden favorable al tratamiento.</li> </ul>
<b>COMPONENTES</b>	<p>1.- Ampliación de recursos humano capacitado. Adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene y mejorar la buena higiene de lavado de manos) en niños menores de 3 años.</p> <p>2.- mejorar el conocimiento por parte de las familias acerca de los valores y beneficios de una adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación al 100 % del Personal de Salud.</li> <li>• Lograr que el 100 % de las familias logren conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, durante el primer año de ejecución del Proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nro. de Personal de salud capacitado.</li> <li>• Nro. de familias que logran conocer de los valores y beneficios de una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de capacitaciones.</li> <li>• Actas de reuniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación activa del personal de salud.</li> <li>• Las familias participan activamente.</li> </ul>

	<p>alimentación.</p> <p>3.- Conciliación de los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.</p> <p>4.- Mejorar la estrategia de capacitación del personal de salud y familiares basándonos en los patrones culturales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr que el 100 % de los profesionales de la salud y familias de la zona concilien los patrones culturales.</li> <li>Capacitación al 100 % del personal de Salud en temas de Nutricional en rica en hierro en el primer año.</li> </ul>	<p>adecuada alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nro. de profesionales y familias de la zona concilien los patrones culturales.</li> <li>Nro. de profesionales capacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros asistencias.</li> <li>Registros asistencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal de salud y familiares se integran y participan en las actividades programadas.</li> <li>Personal de salud participa activamente en las capacitaciones.</li> <li></li> </ul>
<b>ACCIONES</b>	<p>A1.- Proyecto de dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional.</p> <p>A2.- Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona.</p> <p>B1.- Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al 100 % del personal de Salud en temas de Nutricional en el primer año.</li> <li>Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año.</li> <li>Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año.</li> <li>Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nro. de profesionales capacitados.</li> <li>Nro. de centros de vigilancia instalados.</li> <li>Nro. de difusiones realizadas.</li> <li>Nro. de padres capacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de capacitaciones.</li> <li>Informes de avance de obra.</li> <li>Registro de actividades.</li> <li>Control de asistencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal de salud participa activamente en las capacitaciones.</li> <li>Participación activa de los directivos de salud para instalar el centro de vigilancia nutricional.</li> <li>Se realizan con éxito el programa de difusión.</li> <li>Cumple con los procedimientos</li> </ul>

	<p>B2.- Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación.</p> <p>C1.- Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.</p> <p>C2.- Ampliación de la capacidad del puesto de salud</p> <p>D1.- Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.</p> <p>D2.- Educación a agentes comunitarios en captación oportuna de migrantes</p>	<p>relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.</li> <li>• Ampliación al 30 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año.</li> <li>• Capacitación al 100% sobre el tema de nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.</li> <li>• Capacitación al 100 % del programa a los padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nro. de profesionales de la salud capacitados.</li> <li>• Nro. de atenciones realizadas en el Puesto de Salud.</li> <li>• Nro. de profesionales de la salud capacitados.</li> <li>• Nro. de padres capacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de registro.</li> <li>• Informes de atenciones.</li> <li>• Control de asistencia</li> <li>• Cuaderno de registro.</li> </ul>	<p>según las capacitaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud participa activamente en las capacitaciones.</li> <li>• Se realiza con éxito la ampliación de la capacidad del Puesto de Salud.</li> <li>• Personal de salud participa activamente en las capacitaciones.</li> <li>• Se realiza con éxito la ampliación de la capacitación para la comunidad.</li> </ul>
--	--	---	---	--	--



**PUESTO DE SALUD 14 INCAS – SANTA - ANCASH**

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** Establecimiento sin Internamiento

**CLASIFICACIÓN:** I - 1

**NOMBRE:** Puesto de Salud 14 Incas

**INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE:** MINSA

**DIRECCIÓN COMPLETA:** Comunidad 14 Incas S/N

**DEPARTAMENTO:** Ancash

**PROVINCIA:** Santa

**DISTRITO:** Chimbote

**TELÉFONO:** No existe

**TELÉFONO DE EMERGENCIA:** No tiene

**RADIO:** No tiene

**TIPO DOC.FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL):** NO

**Nº DOCUMENTO FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL):** NO

**CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO:** NO

**DIRECCIÓN DE LA PÁGINA WEB:** NO

**Nº DE AMBIENTES DEL ESTABLECIMIENTO:** 6

**SERVICIOS QUE BRINDA:**

1. Obstetricia
2. Enfermería
3. Inmunizaciones
4. Farmacia
5. Tópico

**HORARIO DE ATENCIÓN** : Lunes a Viernes: de 8.00 a 2.00 pm

Sábados: de 8.00 a 2.00 pm

**JEFE DEL CENTRO DE SALUD** : Jessica Rodríguez Chafloque.

**COLEGIO PROFESIONAL** : Lic en Obstetricia

**SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

**ESTADO** : Activo

**SITUACIÓN** : Registrado

**CONDICIÓN** : En Funcionamiento

**INSPECCIÓN** : Inspeccionado

## **RESEÑA HISTÓRICA**

La historia comienza por los años 1983, en la que se instaló en el centro poblado de 14 incas, un puesto sanitario, que prestaba atención a la población, y por lo reducido de su local, lugar donde funcionaba el local comunal del pueblo.

Gracias a la iniciativa de un grupo de pobladores en el año 1983, se realiza las gestiones para la donación de un terreno para la futura construcción de un local destinado al puesto de salud, perteneciendo al Ministerio de Salud.

Se efectivizó las coordinaciones con la comunidad en el cual decidieron restablecer un pequeño lugar para realizar la atención primaria según sus necesidades

Se recibió en calidad de donación un terreno para la construcción del puesto de salud, colocándose la primera piedra.

Hoy en día seguimos teniendo la dificultad ya que no cuenta con un buen estado económico en el cual solo se brinda la atención primaria de enfermería y obstetricia y en oportunidades se brinda atención de medicina ya hay escasas de personal.