



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES
DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA-
NUEVO CHIMBOTE, 2017**

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

**AUTORA:
LIC. ENF. JAQUELINE ROXANA OBREGON VALVERDE**

**ASESORA:
Mgtr. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA**

**CHIMBOTE – PERÚ
2017**

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Susana Valentina Charcape Benites
Presidente

Mgtr. Nelly Apolinar Gonzales
Miembro

Mgtr. Betsi Margaret Pozo Cusma
Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía y es
quien ilumina mi camino.

A mis padres por su apoyo
constante y estímulo para seguir
adelante.

A mi familia por brindarme la
fuerza que necesito día a día, y
ser mi motor y motivo para
sobresalir.

A la Mgtr. Elsa Palacios Carranza
por su dedicación y paciencia.

DEDICATORIA

A todos los que creen en mí y me estimulan
para que logre mis objetivos.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| AGRADECIMIENTO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| I. PRESENTACION | 01 |
| II. HOJA RESUMEN | 03 |
| 2.1.Título del Proyecto | 03 |
| 2.2.Localización | 03 |
| 2.3.Población Beneficiaria | 03 |
| 2.4.Institución que lo Presenta | 03 |
| 2.5.Duración del Proyecto | 03 |
| 2.6.Costo Total | 03 |
| 2.7.Resumen | 04 |
| III. JUSTIFICACION | 05 |
| IV. OBJETIVOS | 32 |
| V. METAS | 32 |
| VI. METODOLOGIA | 34 |
| 6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención | 34 |
| 6.2.Sostenibilidad del proyecto | 42 |
| VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION | 42 |
| VIII. RECURSOS REQUERIDOS | 51 |
| IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES | 54 |
| X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES | 64 |
| XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES | 64 |
| XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 65 |

I. PRESENTACIÓN

La anemia es una afección que sufren más de 1600 millones de personas alrededor de todo el mundo, según los datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Esto significa que casi una cuarta parte de la población mundial sufre de anemia, siendo más frecuente en niños. Puede tener consecuencias muy negativas sobre el desarrollo infantil, especialmente si se da en las mujeres embarazadas o en niños de corta edad. En adultos, los efectos negativos también pueden ser muy serios (1).

La anemia deja secuelas que en algunos casos son determinantes para el futuro de la persona como es el caso de: La anemia ferropénica en países en vías de desarrollo afecta a casi la mitad de la población total. Las mujeres en edad fértil, los niños y los ancianos son los más afectados. En los niños puede producir retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo. En los adultos, produce fatiga, disminuye la capacidad de trabajo físico y poca resistencia a las infecciones, esta falencia en la hemoglobina hace que el sistema inmunológico funcione de forma anormal. En las embarazadas es muy peligroso, por el bajo peso. Ciertamente es que la deficiencia de hierro ataca a todos los grupos de edad, sin embargo, sus efectos en los primeros años de vida son irreversibles, no hay tratamiento que devuelva el daño (2).

Una secuela muy grave y que desconoce la población, es que la anemia también puede originar intoxicación con metales pesados.

Si la ingesta de hierro es deficiente, el organismo corre riesgo de muerte, entonces su sistema de autodefensa recurre a su capacidad de adaptación, aumentando la capacidad de absorción de este metal y otros metales como: el plomo, el cadmio y otros metales pesados tóxicos, que tienen una configuración química parecida al hierro (2).

Actualmente existe preocupación en todos los países a nivel mundial por los altos índices de anemia infantil, pues constituye un problema de salud pública, que puede traer consecuencias muy serias sobre la salud e irreparables en la vida del niño, en su desarrollo (3).

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: **DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL C.S. YUGOSLAVIA – NUEVO CHIMBOTE 2017**, se encontrará toda la metodología de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, se utilizó el modelo de proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Espero que este proyecto sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales de salud que queremos mejorar la problemática de nuestras instituciones.

Está especialmente dirigido a todos los profesionales de enfermería que laboran en los diferentes establecimientos de salud u hospitales, y se dedican a trabajar con niños con anemia, esperando que contribuya a mejorar la calidad de la atención que brindamos a nuestros niños lo cual logrará

disminuir los casos de anemia infantil y por ende mejorara la calidad de vida del niño.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS
DEL C.S. YUGOSLAVIA NUEVO CHIMBOTE, 2017

2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Nuevo Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Niños menores de 3 años de los diferentes servicios del Centro de Salud “Yugoslavia” Nuevo Chimbote – MINSA.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud que laboramos en el Centro de Salud Yugoslavia.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Red de Salud Pacifico Sur

Centro de salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote.

2.5. DURACION DEL PROYECTO:

2 años.

Fecha Inicio : Enero 2018.

Fecha Término : Enero 2020.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 107,560.00

2.7. RESUMEN:

El presente trabajo académico nace a raíz de la problemática de ver cada vez mayores casos de niños con anemia en el Centro de Salud Yugoslavia, enmarcada en el principio de calidad en la atención del usuario y sustentada en el proceso de reducción de los casos de anemia que se observa día a día en la atención que brindamos a los niños en los consultorios del C.S. Yugoslavia.

Por ello, el presente proyecto, busca la mejora en la calidad de atención que se brinda al usuario del C.S Yugoslavia y por ende disminuir la anemia que se presenta en los niños menores de 3 años. Por lo cual se establecen como líneas de acción la capacitación, el compromiso de la madre, y se proponen planes de acción como: sensibilización y capacitación. Elaboración del cuadro de necesidades de equipos para su implementación, elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal de salud, elaboración del plan de capacitación y mejora de los procesos de atención al niño.

También incluye la elaboración de capacitaciones a los trabajadores de salud del servicio y mantener de esta manera la unificación de criterios, para acercarlos a las necesidades de disminuir los casos de anemia de acuerdo a las políticas de salud del MINSA.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la mejora de la calidad en la atención del usuario que acude al Centro de salud Yugoslavia.

III. JUSTIFICACIÓN

La deficiencia de hierro debe ser considerada un problema de Salud Pública, por tal motivo respecto a la anemia nutricional los investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reiterado la necesidad de continuar con investigaciones que proporcionen información precisa sobre los factores de riesgo y la prevalencia de anemia en todas las regiones. Existe consenso en investigar que se puede prevenir eficazmente las carencias específicas de nutrientes (1).

En todo el mundo se identifica que para lograr el desarrollo social y económico de los países la nutrición es un insumo crítico e influye en el resultado de este desarrollo a largo plazo. Las repercusiones sociales y económicas de la malnutrición así como de los importantes beneficios económicos logrados al mejorar la situación nutricional es el meollo para invertir en nutrición. Una forma eficiente de contribuir al crecimiento económico y lograr las metas globales de desarrollo es invertir en nutrición. La deficiencia nutricional más prevalente en todo el mundo es la carencia de hierro. El grupo de mayor prevalencia lo constituyen los menores de 2 años junto a las embarazadas. El desarrollo intelectual de los niños, el sistema inmunitario y la capacidad de trabajo muscular está comprometido como consecuencias funcionales adversas de la anemia por deficiencia de hierro (2).

El padecimiento de anemia nutricional se calcula que es del 36% de la población en los países en desarrollo. Argentina, como diversos países de latinoamérica está en un proceso de transformación demográfica, epidemiológica y nutricional, que se diferencia por cambios en los patrones de morbilidad de las poblaciones, que paulatinamente pasan de perfiles de causas agudas -principalmente infecciosas- a momentos en las que destaca las enfermedades crónicas no transmisibles (3).

Diversos estudios realizados a partir de 1985 en nuestro país en diferentes regiones acerca de la prevalencia de anemia por déficit de hierro revelaron diferentes cifras que van desde el 24% al 66,4%. Las presentes cifras incluyen una cantidad que podría oscilar entre 251.000 y 690.000 lactantes de 6 a 24 meses de edad con anemia clínica en la población de todo el país, por esta razón se puede evidenciar que constituye la carencia nutricional más habitual en este grupo etéreo (4).

La anemia, mal silencioso, que reiteradamente está ganando terreno entre la población infantil del Perú. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2016 a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), revelan que el 43,6% de la población comprendida entre los 6 meses y 3 años presenta este problema de salud. En los últimos cinco años, la anemia ha aumentado 2%, al pasar de 41,6% en el 2011, a 43,6% en el 2016. Los departamentos de Puno, Loreto, Pasco, Huancavelica y Ucayali son los que más incidencias presentan (5).

La anemia por déficit de hierro es considerada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a

cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (44,4%), es más frecuente en el área rural (52,6%) que en el área urbana (41,4%), en el primer semestre 2017.

Según región natural, en el primer semestre 2017, la prevalencia de la anemia es mayor en las regiones de la Selva (52,8%) y la Sierra (49,4%), comparado con la Costa, donde la prevalencia de esta carencia afecta al 39,4% de las niñas y niños menores de tres años de edad. Sin embargo, entre los años 2015 y 2016, el nivel promedio de la prevalencia de la anemia en la Sierra bajó de 51,8% a 49,4%; por el contrario en la Costa subió de 36,7% a 39,4% (6).

Según datos del establecimiento Centro de Salud Yugoslavia, en el año 2014, del total de niños menores de 3 años (3,052), el 10% (320) fueron tamizados para descarte de anemia, de los cuales del total de tamizados el 65% (144 niños) fue diagnosticado de anemia. Durante el año 2015, del total de niños menores de 3 años (3,091), el 7% (209 niños) fueron tamizados para descarte de anemia, de los cuales del total de tamizados el 65% (135 niños) fue diagnosticado de anemia. En el año 2016, del total de niños menores de 3 años (3,047), el 4% (113 niños) fueron tamizados para descarte de anemia, de los cuales del total de tamizados el 26% (29 niños) fue diagnosticado de anemia; y actualmente en el año 2017 del total de la población de niños menores de 3 años (3,080), el 7% (210 niños) fueron tamizados para descarte de anemia, resultando del total de niños tamizados el 98% (207 niños) que fueron diagnosticados con anemia(7).

El trabajo académico: “Disminuyendo la Anemia en niños menores de 3 años del C.S. Yugoslavia” es fundamental para mejorar el desarrollo infantil,

ya que el personal de salud y en especial la enfermera tiene la responsabilidad de realizar la actividad preventivo promocional, mediante la educación, concientización de la madre gestante sobre alimentación, para mantener adecuadas reservas de hierro pre y periconcepcionales y recibiendo suplementación preventiva durante la gestación; en el momento del parto, como profesionales de enfermería asegurando una adecuada atención inmediata al recién nacido con el corte de cordón umbilical tardío, ya que el médico y la enfermera son los responsables en la decisión de la ligadura del cordón, asegurando un corte de cordón tardío se obtiene el mayor beneficio para la prevención de la anemia. El inicio temprano de la lactancia materna exclusiva el control de crecimiento y desarrollo (CRED), la suplementación preventiva de hierro, los micronutrientes , la alimentación complementaria rica en hierro, la orientación y consejería sobre prevención de enfermedades (EDA, parasitosis), realizar sesiones demostrativa de preparación de alimentos; son funciones del personal de enfermería que se brinda en el establecimiento de salud para la prevención de la anemia en los niños como actividad preventivo promocional. El presente proyecto pretende contribuir a disminuir la anemia de los niños menores de 3 años del C.S. Yugoslavia a través de las capacitaciones que se brinda al personal de salud sobre la aplicación de normas, guías de aplicación práctica para la atención inmediata del recién nacido, y a través de la educación que brinda a la madre sobre su alimentación y la importancia de la adecuada alimentación del niño para la prevención de la anemia, y por ende mejorar el desarrollo infantil.

La anemia nutricional tanto en los países en desarrollo como en los industrializados es causada comúnmente por la deficiencia de hierro. Últimamente sobre el desarrollo físico y mental, la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad se han comprobado las dimensiones globales y el amplio espectro de las consecuencias adversas de los diferentes micronutrientes. En los países mejor alimentados, como en los Estados Unidos, la deficiencia de hierro, es de las pocas de gran importancia que prevalecen aún, en el que se considera que alrededor del 20% de la población infantil la padece en grados variables y se la observa aún en niños de las clases socioeconómicas más altas y bien alimentadas en relación con todos los demás nutrientes (8).

Los primeros tres años en la vida de niños y niñas constituyen la oportunidad única para promover su crecimiento y desarrollo. Una adecuada nutrición, cuidados, afecto y salud constituyen derechos básicos durante toda la infancia, sobre todo, en esta etapa especialmente sensible a carencias que, como en el caso de la anemia por deficiencia de hierro, afectan la capacidad cognitiva, lo que representa un límite real para el ejercicio de otros derechos a lo largo de la vida (9).

El en Perú se han identificado algunos factores como encargados de la alta prevalencia. La anemia nunca ha sido tratado como problema de Salud Pública. Cuando la anemia es severa recién se advierte. A nivel de la población no se realizan pesquisas sistemáticas. La evaluación nutricional se limita generalmente a la antropometría y cuando esta es normal, no se sospecha la existencia de otras carencias específicas. En la dieta argentina de

los niños el consumo de hierro es tardío, a pesar de que hay una buena disponibilidad de hierro a partir del consumo de carnes en su dieta, lo consumen en escasa cantidad, y en la mayoría está condicionado por el nivel de ingresos de la familia. Además, se confía en la efectividad de la suplementación medicamentosa, sin vigilar la adherencia al tratamiento, que por lo general es baja (10).

La concentración de hierro de un niño de término al nacer es alrededor de 75 mg/kg de peso corporal. Estos depósitos relativamente altos, son primordiales para cubrir la duplicación de peso corporal que se produce alrededor del cuarto mes de vida. Después, el lactante es totalmente dependiente del hierro de la dieta. Por esta razón, se asimila el requerimiento diario de hierro a la de un hombre adulto, sin embargo es alrededor de un tercio la cantidad total de alimentos consumidos por un niño de un año. Esta situación nos demuestra el riesgo de los lactantes a padecer anemia. El bajo peso al nacer, ligadura precoz del cordón umbilical, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz (antes del sexto mes) de leche de vaca fluida, introducción tardía de carne en la dieta, dietas de baja biodisponibilidad de hierro son factores que aumentan el riesgo de la anemia en el niño (11).

La ligadura tardía de cordón umbilical, junto con la lactancia materna durante todo el tiempo posible, exclusiva hasta los 6 meses de vida, y una adecuada nutrición de hierro en las mujeres antes y durante el embarazo constituyen la sabia estrategia de la naturaleza para prevenir la anemia. Asimismo, es importante entender la necesidad de reforzar esta estrategia con

otros recursos, como el uso de alimentos fortificados con hierro y la introducción temprana de carnes durante el segundo semestre de vida o la administración de suplementos, con el objeto de garantizar a nuestros niños y niñas una nutrición adecuada de hierro en la infancia (9).

Aproximadamente el volumen sanguíneo es de 70 ml/kg en clampeo temprano y de 90 ml/kg en clampeo demorado (30% más cuando se clampea en forma demorada). La cantidad de sangre con la que se beneficia el recién nacido en este período corto es de alrededor de 100 ml. la cual representa algo más de 1 / 3 de su volemia en el momento de nacer. El clampeo demorado permite aumentar los depósitos de hierro un 50%, alcanzando niveles de 130 a 140 mg.

Desde 1996 la OMS recomienda el uso de la ligadura tardía en todos los nacimientos de embarazos normales, cuando las condiciones de la madre y del RN lo permitan (9).

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

En el primer semestre 2017, el 66,1% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (80,3%) que en el área urbana (59,9%) (6).

La anemia es una afección en la cual el cuerpo ya no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos llevan oxígeno a los tejidos corporales. Hay muchos tipos de anemia. El hierro ayuda a la formación de glóbulos rojos, de ahí que la falta de hierro en el cuerpo puede conducir a la anemia. El término médico de esta afección es anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica (3).

La edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo, hacen que varíe las necesidades fisiológicas. Se estima, en conjunto, que la causa mas común de anemia es la carencia de hierro, sin embargo pueden ser causada por la inflamación aguda y crónica, las parasitosis, otras carencias nutricionales (como son, vitamina B12, las de folato, y vitamina A), y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis (12).

Existen diferentes tipos de anemia:

1.-Anemia megaloblástica

Las anemias megaloblástica son anemias macrocíticas en las que los progenitores de los hematíes de la médula ósea presentan alteración en la síntesis de ADN. La carencia de vitamina B12 o de ácido fólico es la causa más frecuente de anemia megaloblástica. Estos nutrientes son indispensables para el correcto desarrollo de la hematopoyesis (producción de glóbulos rojos por la médula ósea) y están implicados en la formación de la mielina de las neuronas y del tubo neural durante el periodo embrionario. La anemia, alteraciones del sistema nervioso y aumento de una proteína, la homocisteína,

con el consiguiente aumento de riesgo trombótico son producto de su déficit (12).

1.1 Anemia por deficiencia de ácido fólico

La causa más frecuente de anemia en nuestro medio, es la deficiencia de ácido fólico, después del síndrome anémico de origen ferropénico. Los folatos son componentes esenciales de la dieta humana y animal. En los alimentos el ácido fólico se encuentra principalmente en forma de poliglutamatos, formas que luego son hidrolizadas en el intestino delgado a nivel de yeyuno proximal. Es de vital importancia conocer con exactitud el defecto vitamínico responsable de la anemia megaloblástica, por lo que, las alteraciones megaloblásticas pueden ser corregidas parcialmente por la administración de vitamina B12 a pacientes con deficiencia de folatos, sin embargo, a los pacientes con deficiencia de cobalamina la administración de ácido fólico induce mejoría hematológica, pero empeora el cuadro neurológico (12).

Causas de anemia por deficiencia de ácido fólico

La insuficiente ingesta de ácido fólico es su principal causa, es propia de ancianos con una mala alimentación, jóvenes sometidos a tratamientos de adelgazamiento, personas indigentes y alcohólicos crónicos. Aquellas personas que tienen un incremento de las necesidades por causas fisiológicas (embarazo, lactancia, infancia y adolescencia) también se ven afectadas, y por causas patológicas como los estados de hemólisis crónica, pacientes tratados con antagonistas del ácido fólico, personas con dietas "inadecuadas", pacientes con VIH o determinadas enfermedades hematológicas (12).

Con respecto a los niños, son los prematuros y los que reciben dietas exclusivas basadas en leche de cabra cuyo contenido en folatos es muy bajo, o aquellos que utilizan de sustitutos lácteos sin suplementos vitamínicos los que presentan más el déficit de folatos. Lo que también produce una disminución rápida (entre 2 y 4 días) de los niveles séricos de folatos es el alcohol. Los licores destilados están casi desprovistos de ácido fólico, mientras que el vino y la cerveza contienen ácido fólico, pero en cantidades insuficientes para cubrir los requerimientos diarios. El aumento de los requerimientos de folatos en los pacientes con hipotiroidismo, síndromes mieloproliferativos crónicos, mieloma o leucemias agudas, síndromes hemolíticos crónicos o aquellas causas de eritropoyesis activa, o pacientes sometidos a hemodiálisis crónica es la segunda causa más frecuente de deficiencia de folatos (12).

1.2 Anemia perniciosa o deficiencia de vitamina B12 o cobalamina

Es necesario un aporte diario en la dieta de unos 2.5mcg de la vitamina B12 o cobalamina la cual se sintetiza por bacterias intestinales, pero se pierde en su mayor parte por las heces. Una dieta equilibrada posee de 7 a 30 mcg, aportado por todo tipo de alimentos; únicamente las dietas vegetarianas estrictas carecen de cobalamina. La vitamina B12, una vez ingerida, se separa de las proteínas gracias al pH ácido de estómago y a las enzimas pancreáticas; la cobalamina libre se une al factor intrínseco producido por las células parietales del estómago, lo que permite que sea absorbida (pasa a la sangre) en el último tramo del intestino delgado (íleon) (8).

Las manifestaciones de deficiencia se producen 3 a 6 años después de iniciada la deficiencia para sujetos con mecanismos de absorción normal sin ingesta de B12 en la dieta alimentaria o suplementos debido a que los depósitos de cobalamina se almacenan en el hígado (1.000-3.000 µg). Estas estimaciones se reducen de 2 a 4 años en personas con absorción menos eficiente por atrofia gástrica. Los requerimientos diarios de B12 en personas saludables alcanzan al 0.1% de los depósitos. Los signos de deficiencia aparecen cuando el pool corporal cae bajo 300 µg (12).

Causas de anemia perniciosa

La relación entre los requerimientos diarios normales de cobalamina con sus reservas corporales y es de aproximadamente 1000:1, por lo que resulta difícil desarrollar una deficiencia de cobalamina sobre la base de una dieta solamente deficiente. Sin embargo, en individuos cuyas dietas tienen muchos años de carencia de alimentos ricos en vitamina B12, como ocurre en los vegetarianos que evitan la carne, el pescado y todos los productos animales como la leche, los quesos y los huevos se han descrito deficiencia de esta vitamina. Estas restricciones dietéticas están basadas en consideraciones religiosas, éticas o de salud y son usualmente voluntarias (12).

El consumo de cereales, pan y vegetales es muy buena, pero estos alimentos son fuentes muy pobres de cobalamina, sin embargo, para producir ésta deficiencia las restricciones dietéticas tienen que ser de muchos años. Presentan riesgo de desarrollar una deficiencia de vitamina B12 los niños nacidos de madres vegetarianas estrictas, porque el feto obtiene cobalamina preferentemente de las reservas maternas. Este riesgo se incrementa si las

madres continúan mucho tiempo brindando solo la lactancia materna, con lo que limitan la dieta subsecuente de los niños, pues como tienen las reservas de cobalamina en el límite, la leche materna será una fuente pobre en cobalaminas(12).

2.- Anemia microcítica

Conocida también como anemia ferropénica, ésta se define como el descenso de la concentración de la hemoglobina en sangre secundario a una disminución de la concentración de hierro en el organismo. El déficit nutricional de mayor prevalencia en la población del mundo es la carencia de hierro y su consecuencia la anemia ferropénica (12).

El elemento indispensable para la vida es el hierro, puesto que participa prácticamente en todos los procesos de oxidación-reducción. Se encuentra formando parte esencial de las enzimas del ciclo de Krebs, en la respiración celular y como transportador de electrones en los citocromos. Está presente en numerosas enzimas involucradas en el mantenimiento de la integridad celular, tales como las catalasas, peroxidasas y oxigenasas. Su elevado potencial redox, junto a su facilidad para promover la formación de compuestos tóxicos altamente reactivos, determina que el metabolismo de hierro sea controlado por un potente sistema regulador (12).

Puede considerarse que el hierro en el organismo se encuentra formando parte de dos compartimientos: uno funcional, formado por los numerosos compuestos, entre los que se incluyen la hemoglobina, la mioglobina, la

transferrina y las enzimas que requieren hierro como cofactor o como grupo prostético, ya sea en forma iónica o como grupo hemo, y el compartimiento de depósito, constituido por la ferritina y la hemosiderina, que constituyen las reservas corporales de este metal (12).

El hierro es transportado por la transferrina, que es una glicoproteína sintetizada en el hígado, que posee dos dominios homólogos de unión para el hierro férrico (Fe^{3+}). Esta proteína toma el hierro liberado por los macrófagos producto de la destrucción de los glóbulos rojos o el procedente de la mucosa intestinal, se ocupa de transportarlo y hacerlo disponible a todos los tejidos que lo requieren. El exceso de hierro se deposita intracelularmente como ferritina y hemosiderina, fundamentalmente en el sistema retículo endotelial del bazo, el hígado y la médula ósea (12).

Garantizar el depósito intracelular de hierro para su posterior utilización en la síntesis de las proteínas y enzimas es la función fundamental de la ferritina. Este proceso implica la unión del hierro dentro de los canales de la cubierta proteica, seguido por la entrada y formación de un núcleo de hierro en el centro de la molécula. Una vez formado un pequeño núcleo de hierro sobre su superficie, puede ocurrir la oxidación de los restantes átomos del metal a medida que se incorporan (12).

Causas de la anemia ferropénica

El balance determinado por la interacción entre contenido en la dieta, biodisponibilidad, pérdidas y requerimientos por crecimiento influyen en el estado nutricional de hierro de una persona. La cantidad ingerida de hierro, la composición de la dieta y la regulación de la absorción por la mucosa

intestinal influyen en la cantidad de hierro que asimila el organismo. La biodisponibilidad depende del estado químico en que se encuentra (hemo o no-hemo) y de su interrelación con otros componentes de la dieta, facilitadores (ácido ascórbico, fructosa, ácido cítrico, ácido láctico) o inhibidores (fosfatos, fitatos, calcio, fibras, oxalatos, tanatos, polifenoles) de la absorción (12).

El hierro hemo es el de mejor biodisponibilidad, pues se absorbe sin sufrir modificaciones y sin interactuar con otros componentes de la dieta. En consecuencia los alimentos de origen animal son los alimentos que más hierro aportan. La absorción de hierro por la mucosa intestinal está regulada por la cantidad de hierro corporal y el ritmo de eritropoyesis (12).

La anemia ferropénica puede deberse a:

- Reducción del hierro disponible, no pudiendo satisfacer los requerimientos normales.
- Elevados requerimientos de hierro, como ocurre durante los primeros años de vida, adolescencia, embarazo y lactancia.
- Pérdidas sanguíneas, bien por pérdidas menstruales excesivas o por hemorragias diversas.
- Por último, también puede deberse a infestaciones parasitarias como sucede en la anquilostomiasis, a síndrome de mal absorción, entre otros (12).

Factores que se asocian a Déficit de Hierro

- Edad
- Nivel socioeconómico

- Duración de la lactancia materna
- Ingesta de leche de vaca

En los lactantes son frecuentes las situaciones de ferropenia por el rápido crecimiento, en especial si no recibe lactancia materna, aunque en la actualidad la mayoría de las leches maternizadas contienen suplementos férricos.

Hacia el año y medio de edad se produce agotamiento de las reservas, pasado los 2 años la velocidad de crecimiento disminuye, con lo que el riesgo de déficit es menor (13).

Signos y síntomas de Deficiencia de Hierro

Las manifestaciones físicas de deficiencia franca de hierro:

- Fatiga
- Cefalea
- Palidez
- Glositis
- Estomatitis angular
- Coiloniquia
- Esclerótica azul
- Mucosa pálida
- Anorexia
- Disnea con el ejercicio (13).

Consecuencias de la Anemia Ferropénica

En la niñez el retraso del crecimiento, la disminución del rendimiento escolar, el deterioro del desarrollo motor y cognitivo y el aumento de la

morbimortalidad debido a diversas causas, entre ellas, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas son consecuencias de la anemia ferropénica. Particularmente, el déficit de la memoria y la regulación de la conducta, es causada por la deficiencia de hierro, ya que se requiere hierro para hacer neurotransmisores como la dopamina, epinefrina y serotonina en tanto que el deterioro de la mielinización contribuye a los déficits de la función motora. La disminución de la capacidad de trabajo y el deterioro del desarrollo cognitivo y conductual son los efectos a largo plazo de la deficiencia de hierro temprana(12).

Diagnóstico de la Anemia Ferropénica

Este debe basarse en:

- Examen físico: La alteración a casi todos los sistemas del organismo puede ser ocasionada por la carencia de hierro. La palidez cutáneo-mucosa es el signo principal; también se puede observar: retardo del desarrollo pondoestatural, esplenomegalia leve, telangiectasis, alteraciones de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas(12).

- Estudios de laboratorio:

HEMOGRAMA

El hemograma o conteo completo de la sangre incluye el recuento y la morfología celular. Mediante esta prueba es posible orientarse hacia el diagnóstico de diversas enfermedades que se han sospechado por la historia clínica y la exploración física. Resulta muy útil ya que a través

de él se obtiene una visión general del estado de salud del paciente, ayuda para el dictamen de ciertas infecciones, refleja la capacidad de respuesta del organismo frente a la enfermedad y además sirve para verificar las variaciones presentadas en algunos estados patológicos(12).

HEMOGLOBINA (Hb)

Componente principal de los eritrocitos, representa el 32% de la masa total del glóbulo rojo y es el mejor índice para medir la capacidad de transporte de gases de la sangre. La determinación de Hb mide la cantidad de la proteína que hay en un volumen de sangre y generalmente se expresa en g/l o g/dl (12).

HEMATOCRITO (Hto)

Es la porción de volumen total de la sangre ocupada por la masa de eritrocitos; representa, entonces, el porcentaje de la masa de eritrocitos en la sangre total y su cifra depende del tamaño del glóbulo rojo, por lo que no siempre refleja el número de hematíes, aunque sí es expresión de su concentración.

Usualmente se considera que estas variables se correlacionan bien y que ambas se encuentran disminuidas en la anemia. La relación Hb-Hto consiste en calcular el valor de la Hb al dividir el Hto entre un

factor usualmente entre 3.0 y 3.3 y la relación inversa de obtener el Hto a partir de multiplicar la concentración de Hb por este factor (12).

CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA(CHCM):

Proporciona una medida global de la cantidad de Hb contenida en los glóbulos rojos y resulta extremadamente útil para conocer si estos son normocrómicos o hipocrómicos. Este índice es la clave para la clasificación morfológica de las anemias (12).

RECuento DE RETICULOCITOS: Si esta aumentado, investigar perdidas por hemorragias o posibilidad de otro diagnóstico.

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM): Índice sanguíneo que permite medir el tamaño promedio de los glóbulos rojos, un resultado normal indica un índice de 80 a 95 m³ , un índice menor de 80 m³ advierte de una microcitosis la cual consiste en una disminución del tamaño de los glóbulos rojos. La microcitosis se observa en casos de anemias crónicas provocadas por una insuficiencia de hierro. Un índice mayor de 95 m³ advierte una macrocitosis la cual consiste en un aumento del volumen de los glóbulos rojos, esta se observa en casos de insuficiencia de vitamina B12 y de ácido fólico y también en casos de alcoholismo crónico (12).

Tratamiento de la Anemia Ferropénica

El tratamiento debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria. En algunos casos puede ser necesaria una transfusión de glóbulos rojos sedimentados.

- Corrección de la causa primaria: Administración de la dieta adecuada (carnes en especial rojas, leguminosas, cereales, etc), tratamiento de las parasitosis, control del reflujo gastroesofágico, manejo del síndrome de mala absorción, control de pérdidas ocultas, etc.
- Tratamiento con hierro: Puede administrarse indistintamente por vía oral o parenteral, ya que la eficacia y el ritmo de ascenso de la hemoglobina son similares
- Profilaxis (11).

Prevención de la Anemia Ferropénica

- Educación Demostrativa de Preparación de Alimentos Ricos en Hierro (Gestantes y Madres 6 a 12m)
- Tratamiento y Prevención Anemia en menores 3 años con Suplemento de Hierro, Fortificación Casera y Consejería
- Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil y Consejería desde el Nacimiento (LME) priorizando (Men 12 m)
- Visita Domiciliaria y Consejería a (Men 12m)
- Suplementos de Vitamina A a Niños de 6m a 5 años
- Vacunas y Atención a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (diarreas, inf. respiratorias) (14).
- Suplementación con Hierro y Acido Fólico y Control Prenatal a la Gestante y Consejería

- Suplemento de Hierro y Acido Fólico Semanal a Mujeres Adolescentes 12-17años
- Capacitación y Concurrencia con actores MIDIS, y otros en contexto de MUNICIPIO SALUDABLE
- Capacitación a INSTITUCIONES EDUCATIVAS y Comités de Padres de Familia de Aula
- Capacitación a Organizaciones Sociales en Sectores, Barrios y COMUNIDADES
- Desparasitación a Escolares y Familias (2 a 17 años)
- Promoción de Consumo Agua Segura y Lavado de Manos (14).
- Control de Iodo en Sal
- Promoción Alimentación Saludable - Concursos Comidas Sabrosas y Nutritivas - Alimentos Locales
- Consejería y fortificación casera con micronutrientes (14).

Rol de enfermería para la prevención de la Anemia

El objetivo principal de la enfermera está orientado a constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y su comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, actuar para cubrir o resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria con el incremento de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y en la

promoción del autocuidado, además de las actividades habituales en el centro, domicilio y la comunidad (15).

Dentro de las intervenciones que realiza la enfermera contra la anemia tenemos:

- Uso de suplementos para la anemia: gotas, jarabe, y micronutrientes
- Promoción de alimentación saludable: Alimentos ricos en hierro y micronutrientes, mediante la sensibilización a padres, cuidadores, escolares, sensibilizar a autoridades locales.
- Sesiones educativas y demostrativas en la comunidad y en el establecimiento
- Visitas domiciliarias
- Seguimiento de control de crecimiento y vacunas
- Orientación en la prevención de enfermedades prevalentes EDA, parasitosis (14).

Por lo anteriormente expuesto, dentro de mi práctica profesional, en mi función como enfermera en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, cuyo propósito es brindar una atención de calidad a la madre y al niño ya que mediante la actividad preventivo promocional se disminuirá los casos de anemia, por lo cual el presente trabajo académico se enmarca en la teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Nola Pender propuso en 1975 un “modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud

dentro del contexto de la enfermería. 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 (16).

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” (16).

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud (16).

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal (16).

Nola J. Pender planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción (16).

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (16).

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra (16).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad (16).

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora

de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud (16).

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria (16).

MARCO LEGAL. Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes: Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud. Ley N° 27444 D.S. 068 Prevención de Anemia con MMN y Hierro en menores de 36 meses. D.S. 069 Prevención y Control de Anemia Ferropénica en Gestantes y Puérperas. RM 250-20017. Minsa. Manejo de Anemia y Prevención en Niños, adolescentes, gestantes y puérperas (17).

Alomar M. 2008. Realizó un estudio titulado “factores de riesgo para anemia ferropénica en niños del centro provincial de salud N° 4 ciudad de Rosario argentina, junio de 2008”. Investigación observacional de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de factores de riesgo para anemia ferropénica; valorar y evaluar posibles factores que pudieran

asociarse al cumplimiento o no del programa de suplementación con sulfato ferroso en niños. Se concluyó que la prevalencia de factores de riesgo de anemia es importante en la población de niños de 6-23 meses. Se encontró una baja proporción de suplementación que advierte acerca de la importancia de suplementación que advierte acerca de la importancia de adoptar otras estrategias para prevenir la anemia ferropénica (18).

Maria A. 2012. Realizó un estudio titulado “Efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad en el Hospital José María Velasco Ibarra – Tena - 2012”. Investigación descriptiva transversal cuyo objetivo fue comprobar el efecto de la anemia ferropénica sobre el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad. La población estuvo constituida por la totalidad de pacientes entre 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia ferropénica que fueron ingresados en el área de pediatría en el periodo de marzo al mes de agosto del 2012. La conclusión fue que existe una correlación entre la Anemia Ferropénica y el desarrollo cognitivo, siendo estadísticamente significativa, a mayor presencia de anemia, menor nivel en el desarrollo psicomotriz, en los individuos de 6 a 24 meses de edad del H.J.M.V.I. (19).

Ruben, L.2010. Realizó un estudio titulado: “Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del hospital pediátrico de Santiago del estero- 2008-2010”, cuyo objetivo fue evaluar los distintos factores de riesgo que condicionan la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses de edad del área Capital que acuden al consultorio

externo del Hospital de Niños de Santiago del Estero, Argentina-2008-2010. Se concluyó que la prevalencia de anemia por déficit de hierro encontrada en niños de 6 a 23 meses de edad, previamente sanos, de una zona urbanizada y de clase socioeconómica media-baja del área de influencia del Hospital Pediátrico de la ciudad de Santiago del Estero-Argentina, durante el período de 2 años (2008- 2010) fue del 29%. Esta cifra, según la OMS, es considerada como un problema moderado de Salud Pública (20).

Munayco C. 2013. Realizó un estudio titulado “Evaluación del impacto de los Multimicronutrientes en polvo sobre la anemia Infantil en tres regiones andinas del Perú 2009-2011”. Investigación cuasi experimental cuyo objetivo fue determinar el impacto de la administración con multimicronutrientes sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, se estableció un sistema de vigilancia centinela en 29 establecimientos de Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica, en niños de 6 a 35 meses de edad, a quienes se les indicó multimicronutrientes por un periodo de 12 meses, entre el 2009 y 2011. Además de los datos socio demográfico de los menores y las madres, se determinó los niveles de hemoglobina al inicio y al final del estudio. Se concluyó que la suplementación con multimicronutrientes en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia (21).

Paranco, C. 2015, desarrolló la tesis “Efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud Villa Socca – acora, diciembre 2014 – mayo 2015” cuyo objetivo fue Determinar el efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso

y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca-Acora. Se concluyó que las prácticas de la suplementación con sulfato ferroso de madres de niños con anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca, el horario de suplementación media hora antes de las comidas aumento de 10 % a 63 %. Con el tipo de preparación y como lo acepta el suplemento, sulfato ferroso solo aumento de 20% a 37% y de 10% a 37 % respectivamente (22).

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, nos brindará un enfoque del estado de salud de los niños menores de tres años que servirá como fuente de información para el personal de salud del Centro de Salud Yugoslavia para brindar una atención de calidad, por lo cual será de gran impacto en la disminución de los casos de anemia en niños que acuden a recibir la atención de salud.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Disminución de la Anemia en niños menores de 3 años del Centro de Salud Yugoslavia Nuevo Chimbote 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación rica en hierro
2. LME hasta los 6 meses de edad
3. Capacitación adecuada del personal de salud
4. Unificación de criterios de atención inmediata del RN
5. Fortalecer el servicio de CRED
6. Adecuada infraestructura para atención de CRED

V. METAS:

1. 10% de casos de anemia disminuidos en el C.S. Yugoslavia
2. 100% de madres capacitadas y comprometidas sobre la importancia de la alimentación rica en hierro.
3. 100% de madres educadas sobre la importancia de la LME
4. 100% del personal de salud comprometido y capacitado.
5. 100% del personal de salud aplica la guía de práctica clínica
6. 2 Enfermeros para la atención en CRED
7. 2 ambientes para consultorio de CRED
8. 3.072 consejerías nutricionales realizadas en el C.S. Yugoslavia
9. 24 sesiones demostrativa
10. 3.072 niños suplementados con hierro y micronutrientes en el C.S.
11. 8 reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario
12. 8 talleres a los agentes comunitarios
13. 3.072 madres reciben consejería sobre LME
14. 3.072 de madres reciben sesión demostrativa en LME
15. 2 concursos del bebe mamoncito
16. 2 Servicios de enfermería implementados
17. 4 reuniones de socialización de la norma
18. 24 capacitación en salud
19. 4 reuniones de socialización de las guías de práctica clínica
20. 4 talleres de sensibilización al personal de salud
21. 4 reuniones de socialización de la guía de práctica clínica
22. 24 Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica

- 23. 2 solicitud de dotación de personal de salud
- 24. 2 registros de organización de citas
- 25. 4 reuniones sobre organización del horario de atención del CRED
- 26. 2 solicitud de dotación de infraestructura
- 27. 2 solicitud de implementación del servicio de CRED.

VI. METODOLOGIA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE

INTERVENCIÓN: Las estrategias para el presente proyecto es consejería a las madres sobre la alimentación de sus niños, sensibilización de la madre, capacitación del personal, coordinación, fortalecimiento del servicio y dotación de ambiente y materiales, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

A. CONSEJERIA

Los principales problemas de alimentación infantil en el Perú se inician a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluídos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo (23).

La consejería en nutrición tiene como objetivo influir en la madre o tutor del niño para que adopte un comportamiento nuevo,

una práctica adecuada de alimentación de su niño/a, a partir de problemas específicos detectados en la misma. Una vez identificados los problemas de alimentación del niño, el personal de salud debe ofrecerle consejos precisos sobre aquellas prácticas que deben ser corregidas, alentando siempre aquellas que son adecuadas y reforzando los cambios realizados (23).

En el Centro de Salud Yugoslavia brinda educación a las madres sobre la preparación de alimentos ricos en hierro, se realiza algunas sesiones demostrativas, pero se observa la poca participación de la madre en las actividades, ya sea por falta de tiempo, por desconocimiento de la vital importancia para el desarrollo de sus niños, y algunas por factor económico, y algunas madres reciben la orientación pero no lo aplican, encontrando la falta de compromiso de la madre en la aplicación de conocimientos brindados, y por otro lado también la falta de recurso humano para la realización de mayor cantidad de sesiones educativas y demostrativas.

Acciones:

A1. Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación

rica en hierro

- Brindar Consejerías nutricionales
- Realizar sesiones demostrativas
- Realizar suplementación con hierro y micronutrientes
- Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario

- Talleres a los agentes comunitarios

B. SENSIBILIZACION:

El proceso de sensibilización representa el marco o pódico inicial del aprendizaje. Se basa en concienciar a las personas, haciendo que estas voluntariamente se den cuenta de la importancia de algo, es un fenómeno de modificación de respuesta, opuesta a la habituación y diferente al condicionamiento, que provoca una respuesta innata sin necesidad de un estímulo adicional. Está configurado por tres grandes procesos de carácter afectivo-motivacional que son la motivación, la emoción y las actitudes"(24).

La motivación hace referencia al conjunto de procesos de activación, dirección y persistencia de la conducta, mientras que el control emocional se basa en la inteligencia emocional para resistir a los impulsos y auto-controlar las emociones. Las actitudes finalmente, están relacionadas con el esfuerzo, el entusiasmo y la autodisciplina que tienen los miembros de la organización para asumir los nuevos retos y cambios a los que se ven enfrentados (24).

El personal del Centro de Salud Yugoslavia hace énfasis en la educación a la madre sobre la importancia de la LME, los beneficios, 10 pasos, y sensibiliza a la madre en el impacto que tiene la prevención de la anemia en la gestante y el niño, aspecto que es vital para lograr el objetivo planteado en este proyecto.

Acciones:

B1. LME hasta los 6 meses de edad

- Brindar Consejerías sobre los beneficios de LME.
- Realizar sesiones demostrativas en LME.
- Realizar el concurso del bebe mamoncito
- Implementación de la norma técnica de LME
- Socialización de la norma

C. CAPACITACION:

La capacitación ubica la salud en el contexto socio-económico, político y cultural dentro de las comunidades, estimulando la producción del conocimiento que permite la transformación de los servicios de salud, basa su desarrollo en la necesidad de repensar los procesos educativos dentro de las instituciones para aproximarnos a los objetivos propuestos con un enfoque humano. Además desarrolla, consolida, genera, y sistematiza los métodos que permiten cualificar la fuerza de trabajo en los servicios de salud que se mediatiza con formas y contenidos flexibles, participativos y horizontales destinados a lograr la transformación de los servicios y se relaciona en forma coherente con la comunidad, generando así, una mayor implementación no solo de acciones puntuales sino, de planificación y evaluación de los servicios (25).

El personal del Centro de Salud Yugoslavia requiere que se realicen capacitaciones en forma permanente y que asista la totalidad del personal del salud, para de esta manera mejorar los procesos de detección de anemia en forma temprana y oportuna,

tratamientos preventivos y recuperativos de la anemia, aplicación del protocolo en atención inmediata del recién nacido (Corte de cordón umbilical tardío), problemática que se evidenció en un estudio de investigación realizado por la autora de este proyecto, además no se cuenta con un plan de capacitación permanente por parte del servicio así como también por la institución a través del desarrollo de recursos humanos de la unidad de personal. Por lo que es fundamental el desarrollo de esta línea de acción para superar la brecha existente y poder alcanzar la meta trazada.

Acciones:

C1. Capacitación adecuada del personal de salud

- Organizar capacitaciones permanentes en salud
- Socialización de la guía de práctica clínica
- Taller de sensibilización al personal de salud

D. COORDINACIÓN

La norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal tiene por objetivo establecer un conjunto de disposiciones para la atención de salud durante el periodo neonatal con calidad y racionalidad científica; aplicando procedimientos e intervenciones en el cuidado neonatal, según nivel de complejidad y capacidad resolutive de los establecimientos de salud; promoviendo la participación de la familia y la comunidad (26).

Una de las recomendaciones de la OMS específicas relacionadas con la prevención de anemia y deficiencia de hierro es

el pinzamiento tardío del cordón umbilical. La ligadura tardía del cordón proporciona al infante: ~35–40 mL/kg peso, para un RN de ~3-kg representa 75 mg de hierro como hemoglobina, 25% hierro adicional (4).

Esta capacitación permitirá que el personal de enfermería brinde los cuidados que necesita el recién nacido, de acuerdo con su rol, con conocimiento actualizado, habilidad y respeto, cautelando en todo momento la calidad y seguridad de la atención, y actuando desde el nacimiento en la prevención de la anemia.

Acciones:

D1. Unificación de criterios de atención inmediata del RN

- Socialización de la guía de práctica clínica
- Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica

E. DOCUMENTOS DE GESTIÓN

El fortalecimiento de la Enfermería se basa en hacer fuerte al grupo poblacional de enfermeras, mediante alianzas con otros grupos o sectores, el fortalecimiento de redes de trabajos de enfermería, consolidar aspectos relacionados con la formación, la práctica de la enfermera y la organización de enfermería (27).

El Desarrollo Infantil temprano tiene vital importancia porque es un derecho de todo niño o niña tener una vida plena con igualdad de oportunidades. Durante esta etapa del Desarrollo Infantil temprano se producen una serie de cambios físicos,

cognitivos y socioemocionales que acompañan el crecimiento y desarrollo del niño o niña. En este período se consolida la arquitectura básica del cerebro, puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años, es una ventana de oportunidades, se potencia la capacidad del niño o la niña para interrelacionarse positivamente y comunicarse con los demás, tomar iniciativas desde sus capacidades motrices y resolver situaciones problemáticas (28).

En el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote solo se cuenta con un personal de enfermería para la atención en control de crecimiento y desarrollo en el turno mañana, un personal de enfermería en el servicio de vacunas del turno mañana, una enfermera que rota por emergencia, atención de parto y recién nacidos, una enfermera que realiza actividad extramural o sector, todos dentro del turno mañana, en el turno tarde se cuenta con una enfermera para control de crecimiento y desarrollo, y una enfermera para vacunas atención de emergencia, parto y recién nacidos, en el turno noche se cuenta con una enfermera para guardia nocturna, y los turnos son rotativos (mañana, tarde y noche).

Una enfermera en cada servicio se satura de trabajo, la enfermera de control de crecimiento y desarrollo no es suficiente, a veces se trata de aperturar otro consultorio los días que se cuenta con 1 personal más de enfermería, lo que ocasiona múltiples complicaciones como por ejemplo demanda rechazada y el

abastecimiento de los insumos, material, equipo y soluciones para los procesos. En este aspecto es muy importante contar con el personal suficiente y competente para asegurar la calidad en la atención que se brinda, lo cual será un factor fundamental para disminuir los casos de anemia en niños menores de 3 años.

Acciones:

E1. Fortalecer el servicio de CRED

- Solicitar la dotación de personal
- Organización de citas
- Organización del horario de atención del servicio CRED

F. DOTACIÓN DE AMBIENTE Y MATERIALES

La tecnología, los materiales, hasta el capital financiero, que son recursos organizacionales, no son importantes por sí mismos sin la intervención humana. Es el hombre, quien con sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, compromiso, esfuerzo y trabajo, quien hace posible integrar y potenciar estos recursos a fin de lograr el desarrollo de la organización, y por ende, el de su misión, mejorando la calidad, cantidad y oportunidad de los bienes y servicios que produce (29).

Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionados y equipados de acuerdo a la categoría. La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente. Los equipos para la toma

de medidas antropométricas deberán cumplir con las especificaciones técnicas y control de calidad establecidas (30).

El Centro de Salud Yugoslavia cuenta con 1 consultorio para control CRED, el cual no se abastece para poder brindar la atención a los niños que acuden al establecimiento. La población con el pasar de los años ha ido incrementando, pero los recursos humanos con los que cuenta el establecimiento es muy poco para cubrir con la atención de toda la población de nuestra jurisdicción.

Acciones:

5. a. Adecuada infraestructura para atención de CRED

- Gestión de la infraestructura
- Implementación del servicio de CRED

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Servicio de Enfermería del C.S. Yugoslavia, la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con la dirección del Centro de Salud, con la finalidad de impulsar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACION

| CORRESPONDENCIA | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|---|
| Jerarquía de Objetivos | Metas por cada nivel de jerarquía | Indicadores de impacto y efecto | Definición del indicador | Fuente de verificación | Frecuencia | Instrumento para recolección de información |
| Causa/ Efecto | Fin | Disminución de la tasa de Morbilidad de Niños menores de 3 años en el Centro de Salud Yugoslavia | | | | |
| Causa/ Efecto | Propósito | Disminución de la Anemia en niños < 3 años del C.S. Yugoslavia | 10% de casos de anemia disminuidos en el C.S. Yugoslavia | $\frac{\text{N}^\circ \text{ niños con anemia}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños}} \times 100$ según SIVICO Estándar de calidad: 80 % | -Registro His, -Informes mensuales | Los profesionales de salud cuentan con los equipos y materiales para brindar la atención en forma satisfactoria. Se cuenta con personal estadístico |
| Causa/ Efecto | Componentes | 1. Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación | 100% de madres capacitadas y comprometidas sobre la importancia de la | Porcentaje de madres capacitadas y comprometidas sobre alimentación rica en hierro | Cuaderno de registro His | Se cuenta con internos de enfermería |

| | | | | | | |
|--|--------|--|---|--|--|---|
| | | rica en hierro | alimentación rica en hierro. | | | |
| | | 2. LME hasta los 6 meses de edad | 100% de madres educadas sobre la importancia de la LME | Porcentaje de madres educadas sobre LME | Cuaderno de registro His | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 3. Capacitación adecuada del personal de salud | 100% del personal de salud comprometido y capacitado. | Número del personal de salud comprometido y capacitado del C.S. Yugoslavia | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB. |
| | | 4. Unificación de criterios de atención inmediata del RN | 100% del personal de salud aplica la guía de práctica clínica | Número de personal de salud que aplica la guía de práctica clínica en el C.S. Yugoslavia | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB |
| | | 5. Fortalecer el servicio de CRED | 2 Enfermeros para la atención en CRED | Número de enfermeros del C.S. Yugoslavia | His Cuaderno de registro | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 6. Adecuada infraestructura para atención de CRED | 2 ambientes para consultorio de CRED | Numero de ambientes para la atención de CRED | Registro de materiales asignados al servicio | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | Acción | 1.a. Consejerías | 3.072 consejerías | Numero de | His | Se cuenta con |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------|---|
| | | nutricionales | nutricionales realizadas en el C.S. Yugoslavia | consejerías nutricionales | Cuaderno de registro | internos de enfermería |
| | | 1.b. Realizar sesiones demostrativas | 24 sesiones demostrativa | N° Sesiones demostrativas realizadas en el C.S. Yugoslavia | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 1.c. Realizar suplementación con hierro y micronutrientes | 3.072 niños suplementados con hierro y micronutrientes en el C.S. Yugoslavia | Numero de suplementaciones con hierro y micronutrientes | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 1.d. Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | 8 reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | N° reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 1.d. Talleres a los agentes comunitarios | 8 talleres a los agentes comunitarios | N° talleres con agentes comunitarios | Cuaderno de actas | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2.a. Consejerías sobre los beneficios LME | 3.072 madres reciben consejería sobre LME | N° de madres que reciben consejería en LME | Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería, sectoristas |
| | | 2.b. Realizar sesiones demostrativas en LME | 3.072 de madres reciben sesión demostrativa en LME | Numero de madres que reciben sesión demostrativa en LME | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2.c. Realización del | 2 concursos del | N° de concursos del | His | Se cuenta con |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|----------------------|--|
| | | concurso del bebe mamoncito | bebe mamoncito | bebe mamoncito | | internos de enfermería |
| | | 2.d.Implementación de la norma técnica de LME | 2 Servicios de enfermería implementados | Número de servicios de enfermería implementados | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 2.e.Socialización de la norma | 4 reuniones de socialización de la norma | Numero de reuniones de socialización de la norma | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 3.a.Organizar capacitaciones permanentes en salud: | 24 capacitación en salud | Numero de capacitaciones en salud | Cuaderno de registro | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB |
| | | 3.b. Socialización de la guía de práctica clínica | 4 reuniones de socialización de las guías de práctica clínica | Numero de reuniones de socialización de las guías de práctica clínica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 3.c.Taller de sensibilización al personal de salud | 4 talleres de sensibilización al personal de salud | Numero de talleres de sensibilización al personal de salud | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 4.a. Socialización de la guía de práctica clínica | 4 reuniones de socialización de la guía de práctica clínica | Numero de reuniones de socialización de la guía de práctica clínica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 4.b. Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | 24 Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | Número de monitoreo de la implementación de la guía de práctica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------|--|
| | | | | clínica | | |
| | | 5.a.Solicitar la dotación de personal | 2 solicitud de dotación de personal de salud | Numero de solicitud de dotación de personal de salud | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 5.b.Organicaci3n de citas | 2 registros de organizaci3n de citas | N3mero de registros de organizaci3n de citas | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 5.c.Organizaci3n del horario de atenci3n del servicio CRED | 4 reuniones sobre organizaci3n del horario de atenci3n del servicio CRED | N3mero de reuniones sobre organizaci3n del horario de atenci3n del servicio CRED | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 6.a. Gesti3n de la infraestructura | 2 solicitud de dotaci3n de infraestructura | N3mero de solicitudes de dotaci3n de infraestructura | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 6.b. Implementaci3n del servicio de CRED | 2 solicitud de implementaci3n del servicio de CRED | N3mero de solicitud es de implementaci3n del servicio de CRED | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |

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 | Frec. | Instrumento que se utilizará para el recojo de la información |
|---|--|--|--|---|-------------------------------|----------------------|--|
| Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación rica en hierro | Brindar consejerías nutricionales. Realizar sesiones demostrativas. Realizar suplementación con hierro y micronutrientes Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario. Talleres a los agentes comunitarios. | 100% de madres capacitadas y comprometidas sobre la importancia de la alimentación rica en hierro. | Porcentaje de madres comprometidas sobre alimentación rica en hierro | Cambio de actitud y compromiso de la madre para lograr una nutrición adecuada | Cuaderno de registro His | 12 talleres por año | Registro de madres capacitadas |
| LME hasta los 6 meses de edad | Consejerías sobre los beneficios LME. Realizar sesiones demostrativas en LME. Realización del concurso del bebe mamoncito. Implementación de la norma técnica de LME Socialización de la norma | 100% de madres educadas sobre la importancia de la LME | Porcentaje de madres educadas sobre LME | Cambio de actitud para poder brindar LME hasta los 6 meses | Cuaderno de registro His | 4 documentos por año | Registro de madres que brindan LME |
| Capacitación adecuada del | Organizar capacitaciones permanentes en salud. Socialización de la guía | 100% del personal de salud | Número del personal de salud comprometido y | Conocimientos teóricos y prácticos sobre | Cuaderno de actas | 4 veces por año | Registro de personal capacitado |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--------------------------|-----------------|---------------------------------|
| personal de salud | de práctica clínica. Taller de sensibilización al personal de salud. | comprometido y capacitado. | capacitado del C.S. Yugoslavia | los procesos de atención | | | |
| Unificación de criterios de atención inmediata del RN | Socialización de la guía de práctica clínica. Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | 100% del personal de salud aplica la guía de práctica clínica | Número de personal de salud que aplica la guía de práctica clínica | Personal de salud realiza atención inmediata según norma. | Cuaderno de actas | 4 veces por año | Registro de personal capacitado |
| Fortalecer el servicio de CRED | Solicitar la dotación de personal Organización de citas Organización del horario de atención del servicio CRED | 2 Enfermeros para la atención en CRED | Número de enfermeros del C.S. Yugoslavia | Número de Personal profesional de acuerdo a la norma para lograr la calidad de los procesos | Cuaderno de registro His | 1 vez por año | Lista de chequeo |
| Adecuada infraestructura para atención de CRED | Gestión de la infraestructura Implementación del servicio de CRED | 2 ambientes para consultorio de CRED | Numero de ambientes para la atención de CRED | Registro de materiales asignados al servicio | Cuaderno de actas | 1 vez por año | Lista de chequeo |

7.1. Beneficios

➤ **Beneficios con proyecto**

- ✓ Disminución de la anemia en niños menores de 3 años del Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote.
- ✓ Disminución de las enfermedades EDA-parasitosis
- ✓ Mejora de los procesos de manipulación y preparación de alimentos
- ✓ Personal sensibilizado y capacitado

➤ **Beneficios sin proyecto**

- ✓ Aumento de la anemia en niños, gestantes.
- ✓ Mala manipulación y preparación de alimentos
- ✓ Personal no sensibilizado ni capacitado
- ✓ Aumento de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Humanos:

| RECURSO HUMANO | HORAS MENSUAL | COSTO X HORAS S/. | COSTO TOTAL EN 2 AÑOS S/. |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|---------------------------|
| 2 Enfermera | 150 | 10.00 | 72,000.00 |
| 3 Técnico de Enfermería | 150 | 7.00 | 13,600.00 |
| Costo Total Recurso Humano | 300 | | 85,600.00 |

8.2. Materiales:

| CODIGO | MATERIALES | CANTIDAD | COSTO UNT S/. | COSTO TOTAL S/. |
|--------------|--|----------|---------------|-----------------|
| 2.6.3.2.4.2 | Mesa para examen | 01 | 600.00 | 600.00 |
| 2.6.3.2.4.2 | Mesa auxiliar (coche de curaciones) | 01 | 500.00 | 500.00 |
| 2.6.3.2.4.2 | Vitrina metálica para instrumental | 01 | 400.00 | 400.00 |
| 2.6.3.2.4.2 | Tachos para desechos con tapa a pedal | 01 | 20.00 | 20.00 |
| 2.6.32..4.1 | Dispensador de jabón | 01 | 25.00 | 25.00 |
| 2.6.3.2.4.2 | Dispensador de papel toalla | 01 | 30.00 | 30.00 |
| 2.6.3.2.4.2 | Balanza pediátrica de platillo | 01 | 400.00 | 400.00 |
| 2.6.32..4.1 | Balanza pediátrica de plataforma | 01 | 200.00 | 200.00 |
| 2.6.3.2.9.2 | Infantómetro y tallímetro | 01 | 600.00 | 600.00 |
| 70020297 | Cinta métrica para medidas antropométricas | 03 | 5.00 | 15.00 |
| 2 .6.3.2.1.2 | Escritorio | 01 | 400.00 | 400.00 |
| 2 .6.3.2.1.2 | Sillón ergonómico | 01 | 120.00 | 120.00 |
| 2 .6.3.2.1.2 | Baterías para evaluación de desarrollo según instrumento usado | 01 | 380.00 | 380.00 |
| 2.6.3.2.1.2 | Baterías de estimulación | 01 | 350.00 | 350.00 |
| 2.6.3.2.1.2 | Estetoscopio pediátrico | 01 | 180.00 | 180.00 |
| 2.6.3.2.1.3 | Lámpara de cuello de ganso | 01 | 200.00 | 200.00 |

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|----|------------|-----------------|
| 2.6.3.2.1.4 | Escalinata de 2 peldaños | 01 | 150.00 | 150.00 |
| 70020212 | Sillas ergonómicas | 06 | 80.00 | 480.00 |
| 2.6.3.2.3.1 | Laptop | 01 | 2.500.00 | 2.500.00 |
| 060020170 | Impresora | 01 | 280.00 | 280.00 |
| COSTO TOTAL | | | S/. | 7,830.00 |

8.3. Presupuesto: Aportes solicitados (institución)

| CODIGO | DENOMINACION | CANTIDAD | COSTO UNITARIO S/. | COSTO TOTAL S/. |
|------------------|--|-----------------|---------------------------|------------------------|
| 5.3.0 | SERVICIOS Honorarios Profesionales | 05 | | 85,600.00 |
| | MATERIALES | | | 7,830.00 |
| TOTAL S/. | | | | 93,430.00 |

8.4. Materiales para Capacitación

| Nº | CONCEPTO | PRECIO UNIT. S/. | CANT. | APORTE PROPIO S/. | APORTE REQUERIDO S/. |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | Auditorio del Centro de Salud | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 2 | Servicio de crecimiento y desarrollo | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 3 | Impresiones | 0.50 | 2000 | 0.00 | 1,000.00 |
| 4 | Fotocopias | 0.10 | 2000 | 0.00 | 200.00 |
| 5 | Material de escritorio; folder, papel, lapicero | 2.00 | 40 | 0.00 | 80.00 |
| 6 | Equipo multimedia | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 7 | Refrigerio | 2.00 | 1920 | 0.00 | 3,840.00 |
| 8 | Movilidad local | 4.00 | 1920 | 0.00 | 7,680.00 |
| | SUBTOTAL | | | | 12,800.00 |
| COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN | | | | S/. | 25,600.00 |

8.5. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

| Nº | CONCEPTO | PRECIO UNITARIO S/. | CANT. | APORTE PROPIO S/. | APORTE REQUERIDO S/. |
|---|-------------------------------|---------------------|-------|-------------------|----------------------|
| 1 | Auditorio del centro de salud | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 2 | Equipo multimedia | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 3 | Impresiones | 0.50 | 100 | 0.00 | 50.00 |
| 4 | Fotocopias | 0.10 | 200 | 0.00 | 20.00 |
| 5 | Ponentes | 100.00 | 6 | 0.00 | 600.00 |
| 6 | Refrigerio | 2.00 | 120 | 0.00 | 240.00 |
| 7 | Movilidad local | 4.00 | 120 | 0.00 | 420.00 |
| | SUBTOTAL | | | | 1,330.00 |
| COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/. | | | | | 1,330.00 |

8.6. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

| DENOMINACION | APORTE REQUERIDO S/. | APORTE PROPIO S/. | COSTO TOTAL S/. |
|---------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Recursos Humanos | 85,600.00 | 0.00 | 85,600.00 |
| Materiales | 7,830.00 | 0.00 | 7,830.00 |
| Capacitación | 12,800.00 | 0.00 | 12,800.00 |
| Taller de sensibilización | 1,330.00 | 0.00 | 1,330.00 |
| TOTAL | | | S/. 107,560.00 |

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

| N° | ACTIVIDAD | META | RECURSOS | | CRONOGRAMA | | | | | | INDICADOR |
|----|---|------|-------------|--------|-------------|-------------|------|---|------|---|-------------------------|
| | | | | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | |
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | II semestre | I- semestre | II | I | II | I | |
| 1 | Elaboración del trabajo académico “Disminuyendo la anemia en niños menores de 3 años del C.S. Yugoslavia de Nuevo Chimbote” | 1 | Informe | 200 | X | | | | | | Proyecto Elaborado |
| 2 | Presentación y exposición del trabajo a la dirección del Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote. | 1 | Informe | 100.00 | X | | | | | | Proyecto Presentado |
| 3 | Reunión con la Jefa del departamento de enfermería y personal de Enfermería para formar Comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto. | 2 | Informe | 20 | | X | | | | | Reuniones realizadas |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---------|---------------|--|--|---|--|---|---|--------------------------|
| 4 | Ejecución del trabajo académico | 1 | Informe | 326,116. 8 | | | X | | | | Proyecto ejecutado |
| 5 | Evaluación del trabajo académico. | 1 | Informe | 20 | | | | | X | | Proyecto desarrollado |
| 7 | Presentación del Informe Final | 1 | Informe | 150.00 | | | | | | X | Proyecto presentado |

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO 1: Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación rica en hierro

| Nº | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|--|--|------------------|----------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Consejerías nutricionales sobre alimentación rica en hierro. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable ➤ Realizar plan de actividades ➤ Implementación con un rotafolio ➤ Capacitación del personal de salud ➤ Aplicación de consejerías nutricionales ➤ Elaboración del informe | Sesión educativa | 100.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | | X | X | X |
| 2 | Realizar sesiones demostrativas | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable de las sesiones demostrativas ➤ Realizar plan de actividades ➤ Implementación con materiales e insumos ➤ Realización de sesiones demostrativas ➤ Elaboración del informe | Taller | 2,000.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | X | X | X | X |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|----------|---|---|---|---|
| 3 | Realizar suplementación con hierro y micronutrientes | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable ➤ Realizar plan de actividades ➤ Implementación con materiales e insumos ➤ Realización suplementación con hierro y micronutrientes ➤ Elaboración del informe | Taller | 2,000.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | X | X | X | X |
| 3 | Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del comité responsable ➤ Ejecución de reuniones | Documento | 200.00 | X | | X | X |
| | | | | | | X | X | X |
| 4 | Talleres a los agentes comunitarios | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan de actividades ➤ Ejecución de los talleres de capacitación ➤ Elaboración de informe | Taller | 500.00 | X | | X | X |
| | | | | | | X | X | X |

OBJETIVO 2: LME hasta los 6 meses de edad

| Nº | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|--|---|-------------|--------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Consejerías sobre los beneficios LME | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable del área niño ➤ Elaboración del plan de actividades ➤ Implementación de rotafolio para las sesiones educativas ➤ Ejecución de las consejerías en LME | Documento | 100.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | | X | X | X |
| 2 | Realizar sesiones demostrativas en LME | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración de las sesiones demostrativas ➤ Elaboración del plan ➤ Capacitación a las madres sobre lactancia materna exclusiva ➤ Realización de la sesión demostrativa en LME ➤ Elaboración del informe | Documento | 200.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | | X | | X |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|--------|---|---|---|---|
| 3 | Realización del concurso del bebe mamoncito | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración del concurso del bebe mamoncito ➤ Elaboración del plan ➤ Capacitación sobre lactancia materna exclusiva ➤ Realización del concurso del bebe mamoncito ➤ Elaboración del informe | Documento | 800.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | | X | | X |
| | | | | | | X | X | X |
| 4 | Implementación de la norma técnica de LME | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable ➤ Mantener los ambientes implementación con la norma respectiva | Documento | 800.00 | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | |
| 5 | Socialización de la norma | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable ➤ Capacitación sobre las normas técnicas | Documento | 800.00 | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |

OBJETIVO 3: Capacitación adecuada del personal de salud

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|--|--|--------------|----------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Organizar capacitaciones permanentes en salud: | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable de la capacitación permanente ➤ Elaboración del plan de capacitación anual ➤ Ejecución del plan de capacitación permanente en las reuniones mensuales del servicio. ➤ Evaluación del plan de capacitación | Capacitación | 2,800.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| | | | | | | X | | X |
| 2 | Socialización de la guía de práctica clínica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con los responsables de las capacitaciones ➤ Realizar el trámite correspondiente para realizar la socialización ➤ Ejecución de la socialización | Reunión | 400.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--------|--------|---|---|---|---|
| 3 | Taller de sensibilización al personal de salud | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar el Plan de Actividades ➤ Ejecución de los estudios correspondientes | Taller | 850.00 | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |

OBJETIVO 4: Unificación de criterios de atención inmediata del RN

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|---|--|-------------|--------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Socialización de la guía de práctica clínica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con los responsables de las capacitaciones ➤ Realizar el trámite correspondiente para realizar la socialización ➤ Ejecución de la socialización | Reunión | 400.00 | X | | X | |
| | | | | | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |
| 2 | Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable ➤ Implementación de la guía en los ambientes del C.S. Yugoslavia | Documento | 200.00 | X | | X | |
| | | | | | X | X | X | X |

OBJETIVO 5: Fortalecer el servicio de CRED

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|--|--|-------------|--------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Solicitar la dotación de personal | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud del recurso humano en las instancias correspondientes Evaluación e informe. | Documento | 50.00 | X | | X | |
| 2 | Organización de citas | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar un registro de programación de citas | Documento | 150.00 | X | | X | X |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Socializar con el personal de salud | | | X | X | X | X |
| 3 | Organización del horario de atención del servicio CRED | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar reunión con el equipo responsable de Control CRED | Documento | 50.00 | X | | X | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fijar horarios y turnos de atención al paciente | | | X | X | X | X |

OBJETIVO 6: Adecuada infraestructura para atención de CRED

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA 2018-2019 | | | |
|----|-------------------------------------|---|-------------|--------|----------------------|----|---|----|
| | | | DESCRIPCION | COSTOS | I | II | I | II |
| 1 | Gestión de la infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del comité de gestión ➤ Solicitud para el pedido de infraestructura | Documento | 50.00 | X | | X | |
| 2 | Implementación del servicio de CRED | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del comité de gestión ➤ Solicitud para el pedido de infraestructura | Documento | 50.00 | X | | X | |

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Disminuyendo los casos de anemia en niños menores de 3 años del C.S. Yugoslavia de Nuevo Chimbote” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo del área Niño de enfermería, y jefatura de servicio, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Disminuyendo la anemia en niños menores de 3 años del C.S. Yugoslavia de Nuevo Chimbote”.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Municipalidad Distrital de Nuevo Chimbote
- Red de Salud Pacifico Sur

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Geneva. The prevalence of anemia World's Health Organization [Internet]. Publicado en [jul. del 2011]. España 2011 - 2015. Disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anemia_2011/en/
2. Rojas D., Carlos, Calderón A., María del Pilar, Taipei A., María del Carmen. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad [Internet]. Publicado en [ene. del 2005]. Citado el [20 de may. del 2018]. Lima
3. Roggiero, Eduardo A., Di Sanzo, Mónica. Desnutrición infantil: fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterápico [Internet]. Publicado en [mar. del 2007]. Citado el [2 de may. del 2018]. Corpus Editorial. Buenos Aires - 2007. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=10&docID=3217316&tm=1528281204958>
4. Anemia en niños menores de 3 años: Modelo causal intervenciones para combatirla centro nacional de alimentación y nutrición instituto nacional de salud [Internet]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/2%20CENAN%20Anemia.pdf>
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. - ENDES Perú. Mayo 2017. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1046867-endes-2016-anemia-aumenta-2-en-ninos-menores-de-tres-anos>
6. Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2012-2017 – Primer Semestre elaborado con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES al 50% de la muestra, en el marco del enfoque del Presupuesto por Resultados (PpR) Agosto del 2017. Disponible en: <https://vidaok.com/la-anemia-causas-y-consecuencias/>
7. Centro de Salud Yugoslavia. Oficina de Estadística e Informática. Nuevo Chimote. 2017.
8. Brown, Judith E.. Nutrición en las diferentes etapas de la vida [Internet]. Publicado en [jul. del 2008]. Citado y Referenciado el [2 de may. del 2018]. 3a.

- Ed. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=39&docID=4721684&tm=1528281783808>
9. Wilber Gómez castro –neonatologo- jefe del servicio de atención inmediata- importancia del pinzamiento tardío para la lactancia temprana y el contacto de la madre y el recién nacido lima - Perú. setiembre 2013
 10. Sanz, María. Anemia: Apuntes de hepatología: Apuntes de medicina . Revista Electrónica de PortalesMédicos.com. [citado 6 junio 2018]. Madrid: 2008
 11. Álvarez Ballano, Diego. Anemia y hemocromatosis: dieta controlada en hierro [Internet]. Publicado en [jun. del 2012]. Citado y Referenciado el [6 de jun. del 2018]. Ediciones Díaz de Santos Madrid: 2012. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?ppg=1&docID=3176479&tm=1528278733563>
 12. Londoño. K. Estrategias de sensibilización que promueva una cultura organizacional de calidad [Internet]. Publicado en [dic. del 2016]. Citado y Referenciado el [6 de jun. del 2018]. Disponible en: <https://C:/Users/USER/Desktop/proyecto%20de%20intervenci%C3%B3n/sensibilizaci%C3%B2n%20sustentaci%C3%B2n.pdf>
 13. Fernanda A. Guevara Ambato. Efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños de 6 a 24 meses de edad en el hospital José María Velasco Ibarra- Ecuador 2012
 14. Davini, M. Modelo nacional de educación permanente en salud. diciembre 2016. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=55576&indexSearch=ID>
 15. Meriño Luis.vasquez Mendez, Marcela.Simonetti, Claudio. “No la Pender “ [Internet]. Citado en [jun. del 2012]. Disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
 16. Yusneily Baralt Diseño: Kleyber Castellano. Rol de enfermería en los niveles de prevención [Internet]. Publicado el [30 de jul. de 2012]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/blacksaturn/rol-de-enfermera-en-losniveles-de-prevencion>

17. Ministerio de Salud. Manejo Preventivo y terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (página principal). Perú; 2017 (fecha de acceso 25 de mayo 2018). disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
18. Alomar, María victoria. Factores de riesgo para anemia ferropenica en niños del centro provincial de salud N° 4 ciudad de Rosario argentina junio_2008”
19. Seguridad alimentaria y nutricional (s.f) Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/.32k
20. Rubén Carrizo, Luis “Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del hospital pediátrico de Santiago 2008-2010”
21. Munayco CV, Ulloa-Rea ME, Medina-Osis J, Lozano-Revollar CR, Tejada V, Castro-Salazar C, et al. Evaluación del Impacto de los Multimicronutrientes en Polvo Sobre la Anemia Infantil en tres Regiones Andinas del Peru. Salud Pública. 2013
22. “Efecto de las practicas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud villa socca – acora, diciembre 2014 – mayo 2015” Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP//2457/Paranco_Rodriguez_Cyntia.pdf?sequence=1
23. Pautas para la alimentación en salud infantil. Alvaro Gaillour Ferradas. Proyecto salud y nutrición básica - Ministerio de Salud Lima – Perú 2011
24. Londoño. K. Estrategias de sensibilización que promueva una cultura organizacional de calidad. 2016 Disponible [Vargasfile:///C:/Users/USER/Desktop/proyecto%20de%20intervenci%C3%B3n sensibilizaci%C3%B3n%20sustentaci%C3%B3n.pdf](file:///C:/Users/USER/Desktop/proyecto%20de%20intervenci%C3%B3n%20sensibilizaci%C3%B3n%20sustentaci%C3%B3n.pdf)
25. Davini, M. Modelo nacional de educación permanente en salud. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDIS
CA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=55576&indexSearch=ID

26. Ministerio de Salud. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL. R.M. N° 828 – 2013/MINSA
Lima – Perú 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
27. Aída Codina Gallardo. Fortalecimiento en la Gerencia de los Servicios de Enfermería: Experiencia en el Instituto Nacional Cardiopulmonar. Honduras 2008. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2008/pdf/Vol76-4-2008-12.pdf>
28. Morán Gómez, Miriam y Pejerrey González, Rocío. Propuesta de mejora: Control de crecimiento y desarrollo completo para la edad – Región Lambayeque. 2016
29. MINSA. gestión de recursos humanos. Perú 2016 Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf>
30. Ministerio de Salud: Norma Técnica de Salud para el control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Lima Perú 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Centro de Salud Yugoslavia 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 Control de crecimiento y desarrollo solo cuenta con un ambiente, donde no se abastece para atender a todos los niños de la jurisdicción que acuden por una atención, hay momentos en las que ingresa otro personal de enfermería a apoyar realizando las actividades de control de crecimiento en el mismo ambiente, lo que dificulta la atención, produciendo incomodidad tanto para el personal como para las madres con sus niños que vienen recibiendo la atención, debido al reducido espacio en donde funcionan dichos ambientes.

Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir en la atención a los niños que acuden por atención al establecimiento de salud, hay demanda rechazada, y en la salida a realizar actividades extramurales no se abastece cubrir todos los sectores de la jurisdicción debido al número reducido de promotores de salud y la ausencia de éstos en algunos sectores dificultando así la aplicación de fichas familiares e intervención de las familias de riesgo.

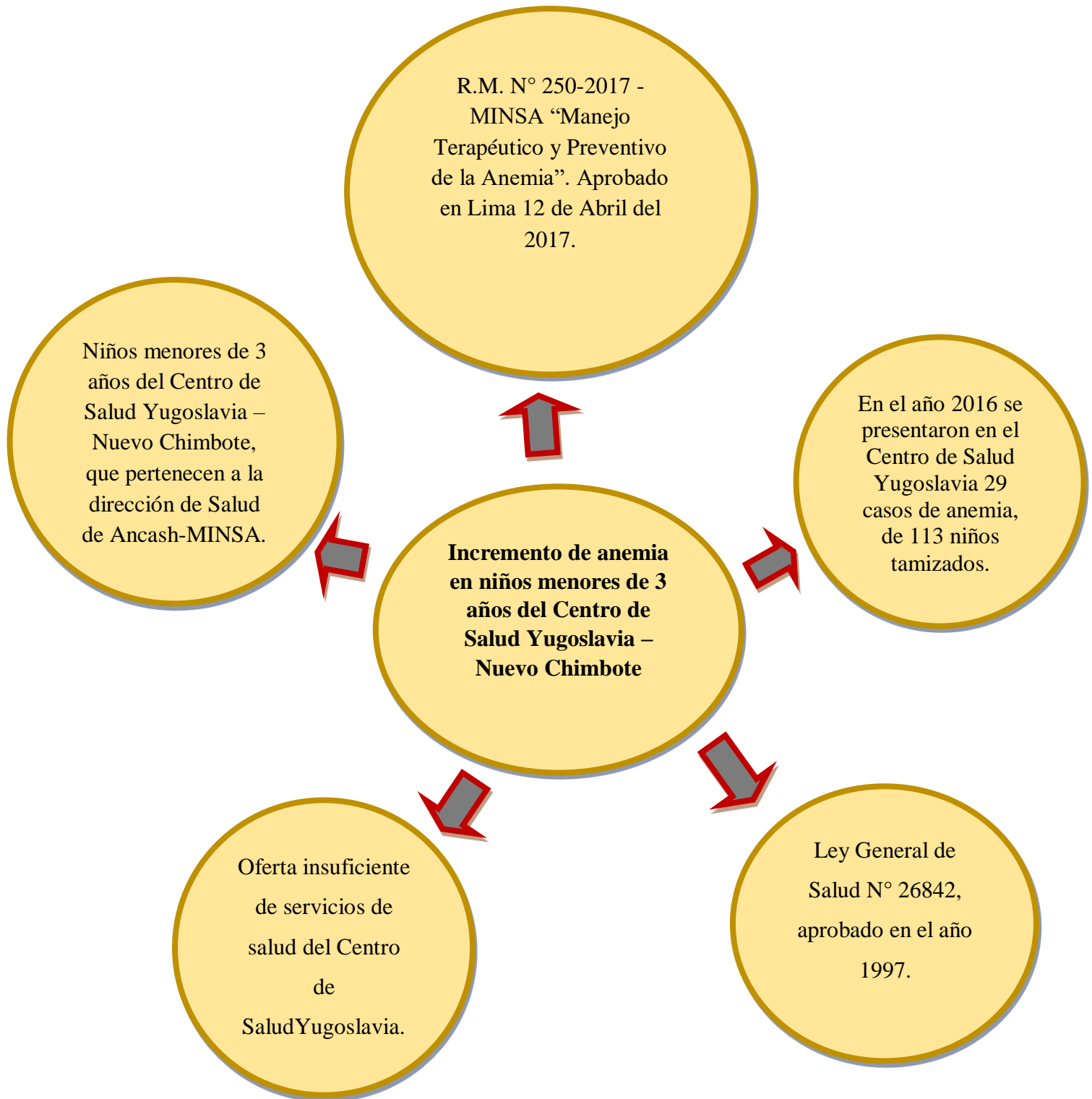
El Centro de Salud Yugoslavia no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una comunidad con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. En la parte de los asentamientos humanos

que están por cerro partido se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso como por ejemplo: sala, comedor y dormitorio, mascotas domiciliarias sin medidas sanitarias y preventivas.

El Subempleo es un problema presente en la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia, siendo una de sus causas la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo son independientes: obreros, mototaxistas, personas que preparan ladrillos muchos con ayuda de toda su familia, sus hijos, su esposa., es por eso que la mayor parte de la población tiene una condición económica baja.

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, niños que no son controlados, que no reciben micronutrientes, tienen calendario de vacunación incompleta, niños con bajo peso y desnutrición, niños que no han sido tamizados. Además el bajo grado de instrucción de la madre pone en riesgo el adecuado cuidado del niño, la presencia de gestantes sin ningún control, o solo con algunos controles, que requieren apoyo educativo sobre el buen cuidado de la salud y de sus niños.

REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA





ANEXO

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH
RED DE SALUD PACÍFICO SUR
MICRORED YUGOSLAVIA
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA**

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO : I-4
NOMBRE : CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: MINSA
DIRECCIÓN COMPLETA : Av. Bruces s/n
DEPARTAMENTO : Ancash
PROVINCIA : Santa
DISTRITO : Nuevo Chimbote
TELÉFONO : 043-312002
CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO:
mr.yugosvia@hotmail.com

SERVICIOS QUE BRINDA:

1. Medicina General
2. Odontología
3. Terapia física
4. Obstetricia
5. Enfermería
6. Inmunizaciones
7. Psicología
8. Laboratorio Clínico
9. Farmacia
10. Tópico
11. Tuberculosis

HORARIO DE ATENCIÓN : 24 horas
JEFE DEL CENTRO DE SALUD : M.C. Nadia Reyes Bermudez
COLEGIO PROFESIONAL : COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| | |
|-------------------|---------------------|
| ESTADO | : Activo |
| SITUACIÓN | : Registrado |
| CONDICIÓN | : En Funcionamiento |
| INSPECCIÓN | : Inspeccionado |

RESEÑA HISTÓRICA

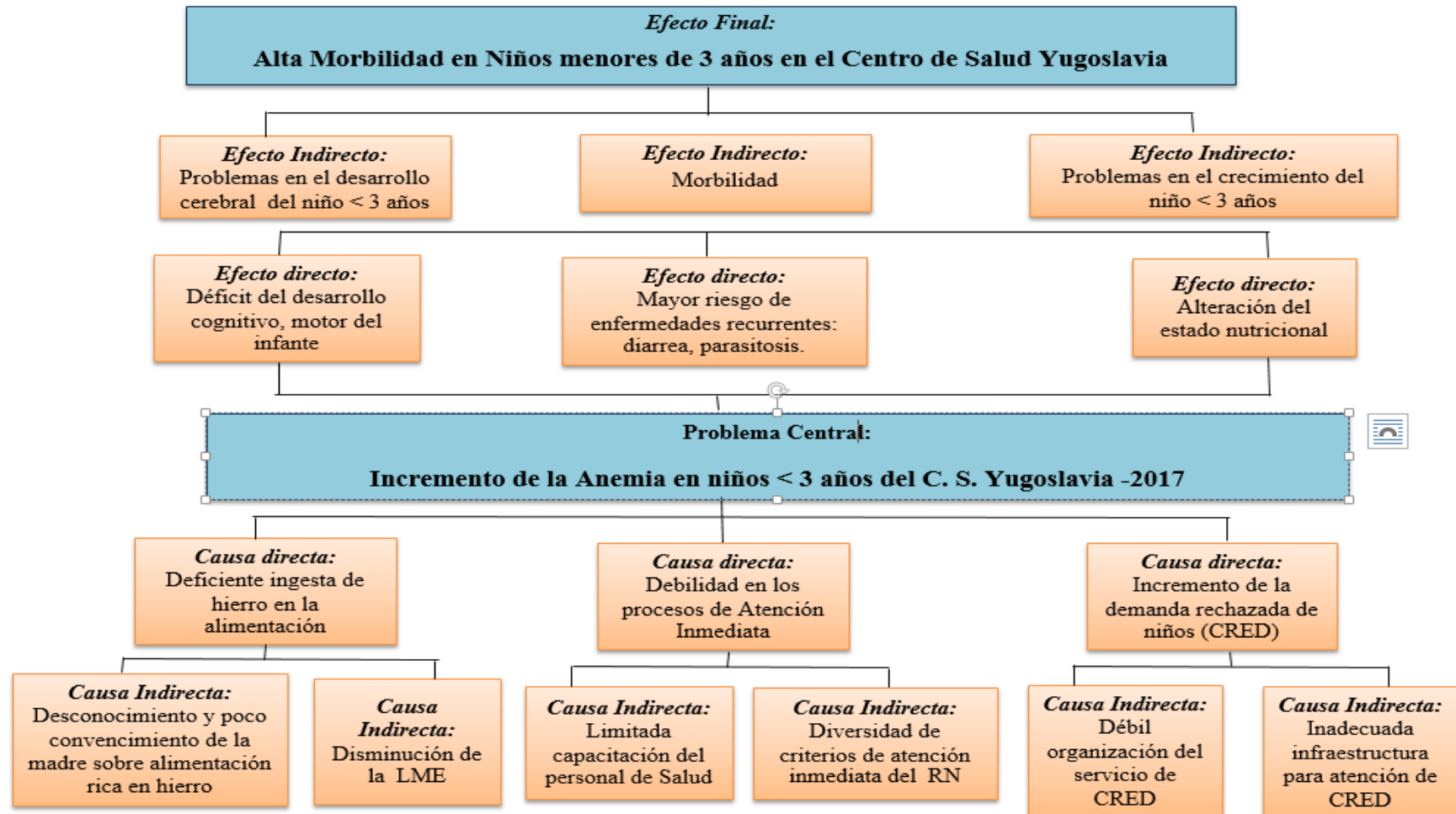
La historia comienza por los años 1970, después del terremoto, se iniciaron las gestiones para la donación de un terreno para la futura construcción de un local destinado al centro de salud. En el año 1973 se construyó el Centro de Salud Yugoslavia, el terreno fue donado por la Cruz Roja, y estuvo a cargo de Ordeza – oficina zonal N° 2 Chimbote.

El Centro de Salud Yugoslavia está ubicado en la Av. Bruces S/N, colocándose la primera piedra, siendo padrinos Sra. Consuelo G. De Velasco - presidenta de la junta de asistencia nacional, y el Sr. Kole Casule – trabajador de Yugoslavia en el Perú.

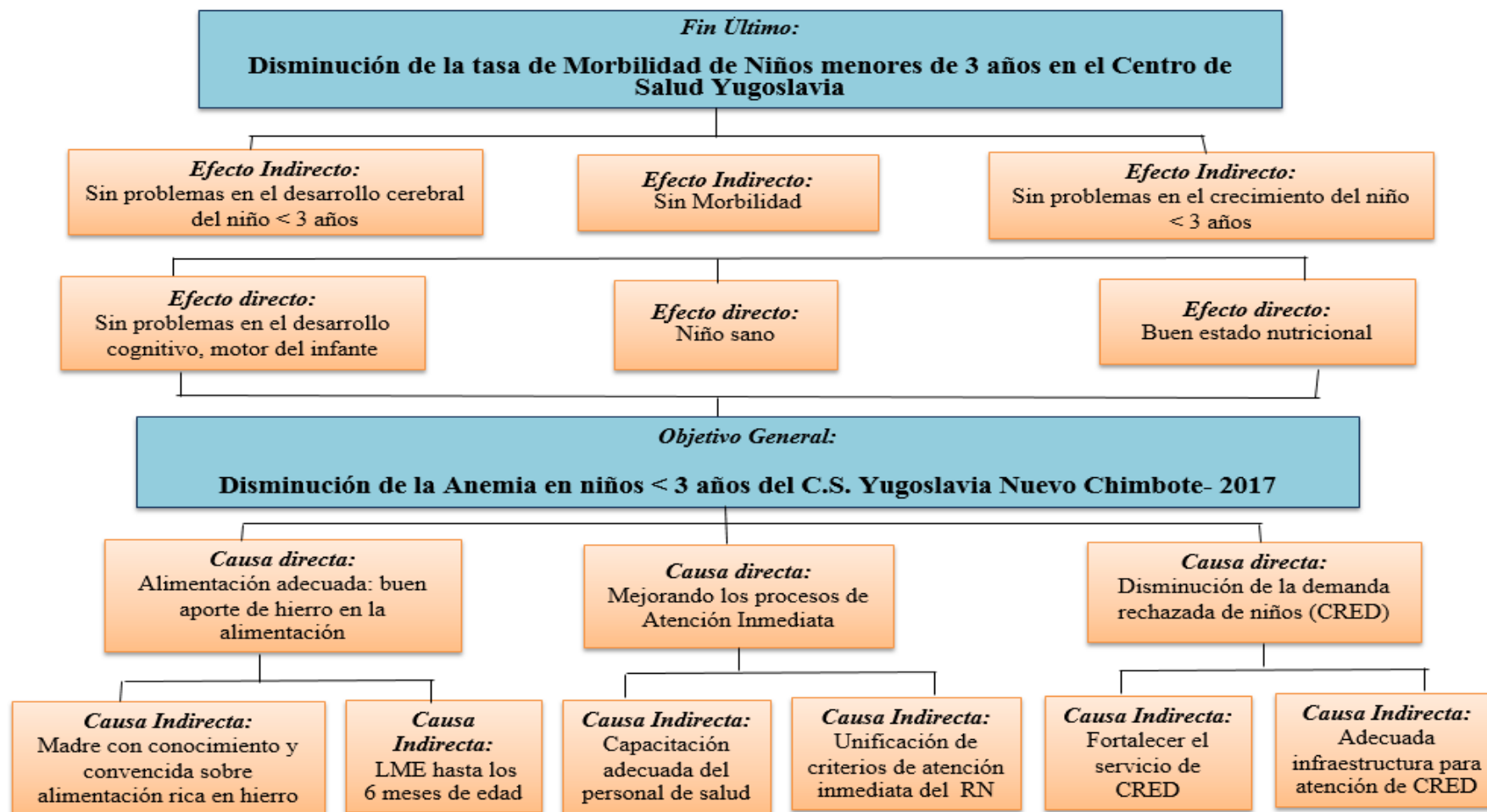
El 01 de Diciembre de 1973 se inauguró el Centro de Salud de Yugoslavia, actualmente con el acelerado crecimiento poblacional de la jurisdicción del establecimiento el gobierno regional ha propuesto remodelar y ampliar la infraestructura, acondicionándola para un área materno - hospitalario recuperativa.

ANEXO 2

ARBOL DE CAUSA EFECTO

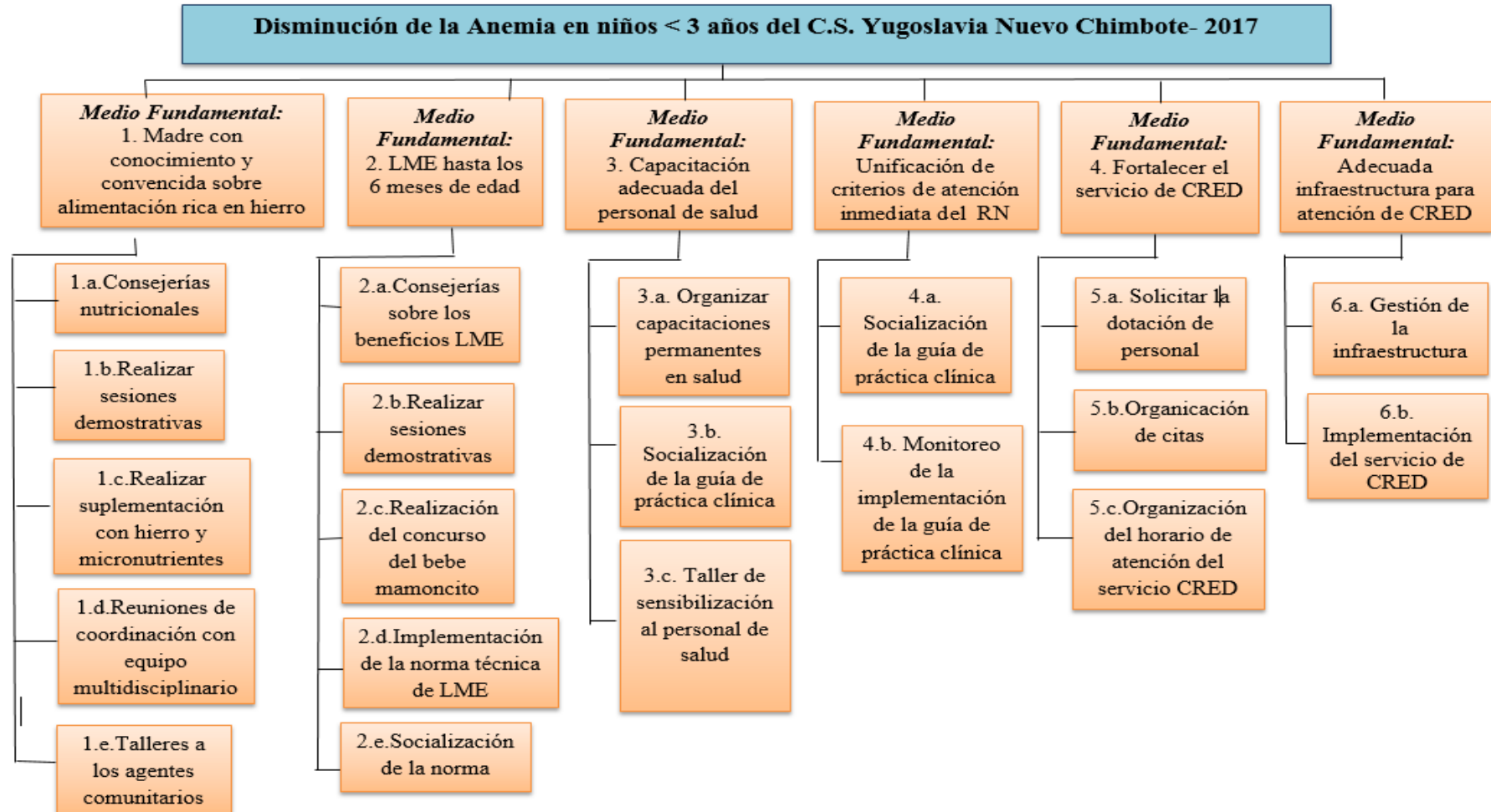


ANEXO 3
ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO 4

ARBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MATRIZ DE MARCO LOGICO

| CORRESPONDENCIA | | | | | | |
|------------------|-------------|--|--|--|---------------------------------------|---|
| | | RESUMEN DE OBJETIVOS | METAS | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACION | SUPUESTOS |
| Causa/ Efecto | Fin | Disminución de la tasa de Morbilidad de Niños menores de 3 años en el Centro de Salud Yugoslavia | | | | |
| Causa/ Efecto | Propósito | Disminución de la Anemia en niños < 3 años del C.S. Yugoslavia | 10% de casos de anemia disminuidos en el C.S. Yugoslavia | $\frac{\text{N}^\circ \text{ niños con anemia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de niños según SIVICO}}$ Estándar de calidad: 80 % | -Registro His, -Informes mensuales | Los profesionales de salud cuentan con los equipos y materiales para brindar la atención en forma satisfactoria. Se cuenta con personal estadístico |
| Causa/ Efecto | Componentes | 1. Madre con conocimiento y convencida sobre alimentación rica en hierro | 100% de madres capacitadas y comprometidas sobre la importancia de la alimentación rica en hierro. | Porcentaje de madres capacitadas y comprometidas sobre alimentación rica en hierro | Cuaderno de registro His | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2. LME hasta los 6 | 100% de madres | Porcentaje de | Cuaderno de | Se cuenta con |

| | | | | | | |
|--|--------|--|--|--|--|---|
| | | meses de edad | educadas sobre la importancia de la LME | madres educadas sobre LME | registro His | internos de enfermería |
| | | 3. Capacitación adecuada del personal de salud | 100% del personal de salud comprometido y capacitado. | Número del personal de salud comprometido y capacitado del C.S. Yugoslavia | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB. |
| | | 4. Unificación de criterios de atención inmediata del RN | 100% del personal de salud aplica la guía de práctica clínica | Número de personal de salud que aplica la guía de práctica clínica en el C.S. Yugoslavia | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB |
| | | 5. Fortalecer el servicio de CRED | 2 Enfermeros para la atención en CRED | Número de enfermeros del C.S. Yugoslavia | His Cuaderno de registro | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 6. Adecuada infraestructura para atención de CRED | 2 ambientes para consultorio de CRED | Numero de ambientes para la atención de CRED | Registro de materiales asignados al servicio | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | Acción | 1.a. Consejerías nutricionales | 3.072 consejerías nutricionales realizadas en el C.S. Yugoslavia | Numero de consejerías nutricionales | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------|---|
| | | 1.b. Realizar sesiones demostrativas | 24 sesiones demostrativa | N° Sesiones demostrativas realizadas en el C.S. Yugoslavia | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 1.c. Realizar suplementación con hierro y micronutrientes | 3.072 niños suplementados con hierro y micronutrientes en el C.S. Yugoslavia | Numero de suplementaciones con hierro y micronutrientes | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 1.d. Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | 8 reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | N° reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario | Cuaderno de actas | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 1.d. Talleres a los agentes comunitarios | 8 talleres a los agentes comunitarios | N° talleres con agentes comunitarios | Cuaderno de actas | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2.a. Consejerías sobre los beneficios LME | 3.072 madres reciben consejería sobre LME | N° de madres que reciben consejería en LME | Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería, sectoristas |
| | | 2.b. Realizar sesiones demostrativas en LME | 3.072 de madres reciben sesión demostrativa en LME | Numero de madres que reciben sesión demostrativa en LME | His Cuaderno de registro | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2.c. Realización del concurso del bebe mamoncito | 2 concursos del bebe mamoncito | N° de concursos del bebe mamoncito | His | Se cuenta con internos de enfermería |
| | | 2.d. Implementación de | 2 Servicios de | Número de servicios | Cuaderno de actas | Se cuenta con |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|----------------------|--|
| | | la norma técnica de LME | enfermería implementados | de enfermería implementados | | apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 2.e.Socialización de la norma | 4 reuniones de socialización de la norma | Numero de reuniones de socialización de la norma | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 3.a.Organizar capacitaciones permanentes en salud: | 24 capacitación en salud | Numero de capacitaciones en salud | Cuaderno de registro | Se cuenta con apoyo del personal de salud del Hospital EGB |
| | | 3.b. Socialización de la guía de práctica clínica | 4 reuniones de socialización de las guías de práctica clínica | Numero de reuniones de socialización de las guías de práctica clínica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 3.c.Taller de sensibilización al personal de salud | 4 talleres de sensibilización al personal de salud | Numero de talleres de sensibilización al personal de salud | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 4.a. Socialización de la guía de práctica clínica | 4 reuniones de socialización de la guía de práctica clínica | Numero de reuniones de socialización de la guía de práctica clínica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 4.b. Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | 24 Monitoreo de la implementación de la guía de práctica clínica | Número de monitoreo de la implementación de la guía de práctica | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------|--|
| | | | | clínica | | |
| | | 5.a.Solicitar la dotación de personal | 2 solicitud de dotación de personal de salud | Numero de solicitud de dotación de personal de salud | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 5.b.Organicación de citas | 2 registros de organización de citas | Número de registros de organización de citas | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 5.c.Organización del horario de atención del servicio CRED | 4 reuniones sobre organización del horario de atención del servicio CRED | Número de reuniones sobre organización del horario de atención del servicio CRED | Cuaderno de actas | Se cuenta con equipos y materiales |
| | | 6.a. Gestión de la infraestructura | 2 solicitud de dotación de infraestructura | Número de solicitudes de dotación de infraestructura | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |
| | | 6.b. Implementación del servicio de CRED | 2 solicitud de implementación del servicio de CRED | Número de solicitud es de implementación del servicio de CRED | Solicitud | Se cuenta con apoyo de la Red Pacifico Sur |

