



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE  
MICRONUTRIENTES EN LAS MADRES CON NIÑOS  
MENORES DE 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD DE  
MONTERREY – ANCASH, 2018**

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

**AUTORA:  
LIC. ENF. LUZ FRANCISCA SOTELO LEÓN**

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

**HUARAZ – PERÚ  
2018**

## **JURADO EVALUADOR**

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

**Mgtr. Libertad Yovana Molina Popayan  
Miembro**

**Mgtr. Alejandro Alberto Cano Mejia  
Miembro**

## AGRADECIMIENTO

Principalmente a nuestro Divino creador, por mi existencia en la vida y seguir permitiéndome a superarme día a día.

A cada una de las personas que fueron parte de mi formación, impartiendo conocimientos para de esta manera continuar con la superación.

A mi familia que en todo momento me apoyan para el logro de mis metas

## **DEDICATORIA**

A mi madre por haber sido el que instruyo el ánimo de superación a pesar que no se encuentra se lo dedico a ella.

A mi Hija que el estímulo de superación, el apoyo emocional con que cuento en cada amanecer y encontrarle sentido a mí vivir.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>I. PRESENTACION</b>	01
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	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
<b>III. JUSTIFICACION</b>	05
<b>IV. OBJETIVOS</b>	30
<b>V. METAS</b>	31
<b>VI. METODOLOGIA</b>	31
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	31
6.2.Sostenibilidad del proyecto	37
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION</b>	39
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	42
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES</b>	44
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	48
<b>XI. COORDINACIONES ENTERINSTITUCIONALES</b>	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	49
<b>ANEXOS</b>	53

## **I. PRESENTACIÓN**

La anemia es un problema de salud pública, que aflige a muchas personas del estado peruano, es cuando la hemoglobina en la sangre se encuentra por debajo de los valores normales, debido a la insuficiencia de hierro en el sangre. Los más vulnerables son las mujeres en edad fértil, las gestantes y los niños/as menores de 3 años (1).

La anemia es una de las patologías de la primera infancia, ocasionando la disminución de su capacidad intelectual porque afecta la formación de las neuronas, disminuyendo la capacidad del niño para relacionarse con las personas y explotar las oportunidades de enseñanza de su entorno. Un niño o niña con anemia se encuentra poco activo, apático, somnoliento, con menos apetito, irritable (1).

¿Debido a que la anemia es tan elevada entre los niños peruanos? A que no consumen alimentos ricos en hierro (y micronutrientes) a partir de los 6 meses principalmente de origen animal como la sangrecita, el pescado y el hígado. También, se ha limitado la lactancia materna exclusiva, las mujeres embarazadas usualmente no tienen una nutrición sana, el cual corren el riesgo de adquirir la anemia o de padecer hemorragias. Como resultado, sus niños nacen prematuramente y con bajo peso. Otros factores que intervienen son: pobre saneamiento básico, inadecuadas prácticas de higiene y un limitado acceso al paquete de cuidado integral de la salud materna infantil (1).

La anemia se asociado a múltiples factores: falta de alimentos ricos en hierro, la parasitosis intestinal, el consumo de agua entubada, la presencia de las enfermedades prevalentes de la niñez, el nivel educativo de las madres que

no interiorizan la alimentación y nutrición, los mitos, creencias y la religión de la población interfieren en la administración de alimentos, interviene para que los padres incumplan y aprovechen los alimentos ricos en hierro, por esto “Cuando los índices de anemia infantil son tan altos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países iniciar una suplementación con micronutrientes a los niños/as dentro del grupo de 6 a 35 meses de edad (2).

Los micronutrientes es una nueva opción para prevenir y controlar enfermedades por las deficiencias de vitaminas y minerales, entre ellos la anemia. Los micronutrientes son una mezcla básica de cinco micronutrientes: hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A y vitamina C. (2). La correcta y oportuna administración de los micronutrientes al niño menor de 36 meses depende fundamentalmente del grado de conocimiento, importancia y compromiso del cuidador del niños, es decir de la madre (2)

Dentro de este contexto, el presente trabajo académico titulado: **FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD DE MONTERREY – HUARAZ, 2018**, se planea la intervención y el abordaje al problema, el planeamiento de objetivos y el plan de trabajo.

Esperamos que el presente trabajo sea de utilidad para los gestores de salud que quieren mejorar los problemas de salud pública que viene aquejando de manera principal a la población infantil, quienes son los encargados de velar por el adecuado crecimiento y desarrollo del niño en los consultorios e intervención a nivel de visitas domiciliarias a las familias con niños menores de 36 meses.

## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. TITULO DEL PROYECTO:

“MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD DE MONTERREY – HUARAZ, 2018”.

### 2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

### 2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población niños y niñas menores de 36 meses del ámbito del Centro de Salud Monterrey – MINSA.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud del Centro de Salud de Monterrey y las madres de los niños menores de 36 meses.

### 2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Red Huaylas Sur – Micro Red Monterrey, Centro de Salud Monterrey, MINSA.

### 2.5. DURACION DEL PROYECTO:

2 años.

Fecha Inicio : Noviembre 2018.

Fecha Término : Noviembre 2020.

### 2.6. COSTO TOTAL: S/. 3,313.40



## **2.7. RESUMEN:**

La anemia infantil a nivel de Perú es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia en los niños menores de 36 meses, por ello nace la decisión de elaborar el presente trabajo de investigación: “Mejorar la administración de micronutrientes en la madre con niños menores de 36 meses.”

Que busca mejorar los procesos de administración de los micronutrientes en el niño menor de 36 meses, poniendo énfasis en la importancia que tiene este suplemento nutricional en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Para el desarrollo del trabajo académico, se establecerán como líneas de acción en el fortalecimiento de conocimientos, sensibilización de la madre y el monitoreo y supervisión de las intervenciones planteadas.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la mejora de la calidad durante la atención del niño y niña para que se cumpla de manera oportuna la administración de los micronutrientes de la población del ámbito del Centro de Salud de Monterrey.

### **III. JUSTIFICACIÓN:**

La anemia a nivel mundial es un problema de salud pública que perjudica de manera significativo a los países subdesarrollados, en ocasiones a un grupo de población de los países desarrollados. La alta incidencia de la anemia, afecta sobre todo a los niños menores de 36 meses; el cual trae como resultado efectos adversos irreversibles; disminuyendo el desarrollo motor y la actividad física en el niño, el cual deja secuelas funcional que se caracteriza por el bajo rendimiento académico en semejanza a los niños que no ha presentado ningún tipo de anemia

Se calcula que en todo el mundo existe 1620 millones de personas sufren de anemia ferropénica y supone una importante amenaza a la salud pública. La máxima prevalencia se da en los niños entre 6 a 24 meses de edad, en un (47,4%), encontrándose las tasas más altas en África (52%) y en el Sudoeste Asiático (63%), mientras que en América Latina la prevalencia es del (30%) porcentajes que tienden en los niños a disminuir sus posibilidades de crecer, desarrollarse y aprender (4).

La Organización Mundial de Salud (OMS), estimó que en el mundo se presenta por lo menos en un aproximado de 2000 millones de personas con algún tipo de anemia, debido a la carencia de hierro. La máxima prevalencia se da en los niños en edades menores de 36 meses. Por esto cuando los índices de anemia infantil son tan altos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países iniciar una suplementación con micronutrientes a los niños de 6 a 35 meses de edad. (4).

El contexto de la anemia en América Latina y el Caribe como Haití registran porcentajes más altos (65.8%), encontrándose el Perú en tercer lugar con un (50.4%) de anemia en niños/as menores de 5 años. En los países de América del Sur, Chile es el que ocupa el último lugar con un (1.5%) de anemia. La clasificación de anemia en los países de América Latina y el Caribe según gravedad como problema de Salud Pública ubica al Perú con una prevalencia severa mayor al (40%) por lo que se considera como problema de Salud Pública en el país. (4)

Del mismo modo, la cifra resulta mayor cuando revisamos la prevalencia según grupo etario: tenemos que afectar al (75,2 %) de niñas y niños 6 a 8 meses y alcanza al (72%) de la edad de 9 a 11 meses, siendo aún elevada en niños/as de 12 a 17 meses de edad (60.3%), mientras que los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes se muestran menores, la prevalencia se da en las zonas rurales que en la urbana; encontrándose regiones adonde las brechas son mayores.(4)

A nivel nacional, uno de cada 2 niños menores de 3 años tiene anemia (46,6 %), siendo esta mayor en el área rural (53,3%) que en el área urbana (42,9%). En el 2012, durante el primer semestre 2017, la prevalencia de la anemia en los menores de 36 meses disminuyó en 3,8 puntos porcentuales a nivel nacional (de 50,4 % a 46,6%), la misma que fue de 3,9 puntos porcentuales en el área urbana y 3,4 puntos porcentuales en el área rural, según ENDES 2015, el 32,2% de los niños de 6 a 35 meses sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 39,7% y a la urbana el 29,8%. Estamos hablando de 7,638 niños menores de la zona urbana con anemia, y de 3,015 mil

de niños a nivel zona rural; muestran las estadísticas en el 2017 un aumento en las cifras (5).

A nivel del Perú la anemia se presenta sin discriminar nivel socioeconómico ni zonas geográficas, es por ello el Ministerio de Salud considerando que en los últimos años estos indicadores se han visto incrementados, lo cual aprueba el documento técnico: Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil, estableciendo mejorar el seguimiento de la administración de los multimicronutrientes de manera especial monitoreando y brindando de manera oportuna a todo niña y niño menor de 36 meses de edad, de esta manera buscar prevenir la anemia, de la misma manera el seguimiento de adherencia a través de visitas domiciliarias de consejería.

La incidencia de anemia en el departamento de Ancash es de 395 mil niños el cual indica que el 37,1% de niños presentan anemia, a nivel de la Micro red monterrey, las cifras de anemia de niños menores de 5 años, se muestra en un 36,3 %, a nivel del centro de salud Monterrey presentamos una cifra de 44.2% del total de niños tamizados y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica. Estas deficiencias no se presentan de forma aislada, sino que coexisten, por tal motivo en países donde la anemia de niños menores de 3 años es mayor al 20% (6).

A nivel regional, se ha visto incrementado también los indicadores de anemia, de manera especial en niños menores de 36 meses, por lo tanto el gobierno Regional, a través del ente direccionador que viene a ser la DIRES, busca aprobar el Plan Regional de Reducción, control de la anemia y la

desnutrición crónica infantil, siendo uno de los objetivos que es la de tratar y prevenir con suplementación de hierro y la administración de multimicronutrientes a niños menores de 3 años.

Las actividades que se realizan durante la atención de niño sano contempla la administración de los multimicronutrientes a partir de los 6 meses de edad todo niño recibe micronutrientes por día durante los 12 meses continuos, (30 sobres mensuales).

El Centro de Salud de Monterrey no cuenta con ambiente a exclusivo para brindar las actividades de consejería a las madres con niños menores que acuden al consultorio de CRED, debido a que dentro de la atención del niño sano contempla que se brinde todo un paquete, no siendo las adecuadas para brindar esta atención, incluso para poder realizar una consejería en el cual se puede impartir a través de la metodología de educación de adultos, teniendo conocimiento que durante la atención del niño se debe de brindar todo el paquete completo considerando un tiempo de 45 minutos, sin embargo se debe de considerar también un tiempo debido a que esta actividad se requiere su atención especial para que se pueda interiorizar buscando la consecuencia de esta manera tener mejores resultados.

El Centro de Salud de Monterrey cuenta con un profesional de Nutrición (SERUMS), que brinda consejería buscando mejorar y concientizar sobre la administración adecuada de los multimicronutrientes a los padres con niños menores de 36 meses, sin embargo se le encarga otras responsabilidades incluso fuera de la micro red por el cual no logra realizar la actividad, considerando también que es un personal que desconoce las costumbres, la

idiosincrasia de la población son una barrera para poder realizar una adecuada consejería no cumpliéndose esta actividad con mayor compromiso dirigido hacia los padres de familia.

Las consejería que se brinda a la familia se realiza dentro de la atención de CRED, en el cual se explica la importancia de la administración de los micronutrientes buscando darles a conocer las consecuencias que causa el no consumo de los micronutrientes y de esta manera los padres puedan observar y reconocer los beneficios de los micronutriente y así poder cumplir con dicha actividad en cada una de sus viviendas, de esta manera garanticemos mejores oportunidades en la vida futura de los niños (1,).

La anemia, es cuando la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina, un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos, su insuficiencia indica que existe una falta de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia (7,18).

La energía es cuando el ser humano utiliza la cantidad necesaria de los alimentos para realizar: actividades, para el crecimiento de órganos y otras funciones tales como concentrarse, metabolizar y digerir los alimentos, respirar y para la circulación de la sangre y el oxígeno. La mayor fuente de nuestra alimentación está basada en grasa, proteínas y carbohidratos la que es medida en kilocalorías (kcal) (11).

Los macronutrientes, el organismo necesita de una mayor cantidad (gramos) para funcionar correctamente. Generalmente, en esta categoría se incluye el agua, los carbohidratos, las grasas y las proteínas. Los macronutrientes (excepto el agua) son llamados proveedores de energía. La energía se mide en calorías y es esencial para el crecimiento, reparación y desarrollo de los nuevos tejidos, conducción de nuevos impulsos nerviosos y regulación de procesos corporales (11)

Los carbohidratos son necesarios para generar energía; se encuentran en tres formas: azúcares (incluye la glucosa), almidón y fibra. El cerebro humano solo funciona con glucosa, cuando se produce en exceso la glucosa se almacena en el hígado en forma de glucógeno. Los carbohidratos también son importantes para la oxidación y pueden ser metabolizados en proteínas. Las grasas son utilizadas para la formación de esteroides y hormonas. Estas sirven como solvente para las hormonas y las vitaminas liposolubles. Las grasas proporcionan el doble de calorías que los carbohidratos y proteínas (alrededor de 9 calorías por gramo). La grasa extra se almacena en el tejido adiposo y se quema cuando el cuerpo se queda sin la energía de los carbohidratos (12).

Las Proteínas proporcionan aminoácidos y constituyen la mayor parte de la estructura celular. Son los últimos macronutrientes en ser utilizados por el organismo, en los casos de extrema inanición, el organismo utiliza los músculos del cuerpo, compuesto de proteínas, para generar energía; esto se conoce como emaciación. Las proteínas ayudan en el crecimiento y el desarrollo corporal, así mismo el mantenimiento y la reparación del cuerpo y

el reemplazo de tejidos desgastados o dañados, para producir enzimas metabólicas y digestivas (12).

El organismo no es capaz de sintetizar ninguna proteína cuando falta un aminoácido esencial. Los aminoácidos esenciales se encuentran en los alimentos que contienen proteínas son: origen animal (carne, pescado, lácteos y huevo), siendo estas proteínas de mejor calidad y de mayor valor biológico en comparación a las de origen vegetal (cereales, frutos secos, legumbres y cereales), los cuales son deficientes en aminoácidos esenciales (12).

El agua constituye una gran parte de nuestro peso corporal y es el principal componente de los fluidos corporales. El cuerpo necesita de esta más en mayor cantidad que de cualquier otro nutriente. El organismo repone el agua a través de los alimentos consumidos y los líquidos bebidos cada día. El agua también funciona como transporte de los nutrientes a las células y elimina los desechos a través de la orina, es un agente fundamental en la regulación de la temperatura corporal y el equilibrio iónico de la sangre. El agua es esencial para el correcto funcionamiento metabólico, lubricación y amortiguación (22)

Las Grasas o lípidos aportan al organismo fundamentalmente energía y son esenciales para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Pero no debemos olvidar que según el tipo y cantidad de grasa que consumimos, debemos conocer la cantidad que es buena para nuestro organismo. Los lípidos pueden ser nuestros aliados o uno de los principales enemigos para la salud. Por eso es fundamental conocer qué tipo de grasas existen y cuántas debemos o podemos consumir, siendo la recomendación saludable es que en la



alimentación diaria no haya más de 30% de grasa (22).

Es frecuente encontrar los carbohidratos en los siguientes alimentos: las leguminosas (garbanzos, arvejas, fréjoles y lentejas), los cereales (maíz, arroz, cañihua, quinua, trigo y otros) y sus derivados, todo tipo de tubérculos (raíces) como (camote, yuca y papas), y frutas, verduras y azúcares. Los cuales aportan también vitaminas y minerales esenciales (12).

Los requerimiento nutricional; son la necesidad que los organismos vivos tienen de los diferentes nutrientes para su optimo crecimiento, mantenimiento y funcionamiento en general. Estas van a variar dependiendo del sexo y la edad

13.

#### **Cuadro de Necesidad diario de Macronutrientes y Energía**

	<b>6 a 8 meses (AI)</b>	<b>9 a 11 meses (AI)</b>	<b>12 a 36 meses (EAR)</b>
- Las proteínas (g/kg/día)	1	1	0.87
- Las Energías	615	686	894
- Los Carbohidratos (g/% de energía)	95 g		45 – 65%
- Las Grasa (g/% de energía)	30 g		30 – 40%

El requerimiento de energía, se dice cuando se tiene la cantidad necesaria para cubrir los gastos energéticos de tal modo se mantenga su composición corporal y un excelente crecimiento y desarrollo del niño, la acumulación de tejidos durante la gestación, la secreción de leche y durante la lactancia materna, son consistentes con una buena salud para la madre y el niño (12).

La necesidad de proteínas hechas por organismos internacionales (FAO/OMS/ONU) está basado en función consumo de proteínas con alta digestibilidad, buena calidad, así que en los países en vía de desarrollo la calidad y digestibilidad de la proteína consumida es variable y cabe la posibilidad de no ser lo ideal es preciso hacer ajustes a estas recomendaciones (12):

- Los micro-nutrientes; en pequeñas cantidades son necesarias para conservar la salud entre ellos los minerales y las vitaminas.
- El Hierro es parte del glóbulo rojo, cuya función es el transporte de oxígeno a los tejidos corporales e intercambio de dióxido de carbono, también es esencial para la normal marcha de los mecanismos de protección del organismo y para el desarrollo correcto de las neuronas. Siendo un elemento prioritario para la salud de los bebés y niños a partir del nacimiento hasta los 2 años de vida, debido a que se presenta requerimientos elevados por su crecimiento acelerado.

La consecuencia de la deficiencia de hierro de manera prolongada durante los primeros 2 años de vida se puede mencionar varios como: deterioro del área cognitivo, del lenguaje, escasa capacidad de aprendizaje, la baja de la resistencia a las infecciones, escasa capacidad para realizar actividad física, decaimiento y somnolencia (14)

**Recomendacion de hierro según biodisponibilidad (RDA) (FAO / OMS)**

<b>NUTRIENTE</b>	<b>6 – 8</b>	<b>9 – 11</b>	<b>12 – 36</b>
------------------	--------------	---------------	----------------

	Meses	Meses	meses
- Baja (5%) (mg)	19	19	13
- Media-baja (10%) (mg)	9	9	6
- Media (12%) (mg)	8	8	5
- Alta (15%) (mg)	6	6	4

Fuente: FAO, WHO. Human Vitamin and mineral. Report of a joint FAO / WHO expert consultation. Bangkok, Thailand. Roma, 2002.

Se puede encontrar dos tipos de hierro a través de los alimentos: de origen animal, y se le conoce como “hierro hemínico”, y el hierro de origen vegetal, conocido como “hierro no hemínico”. Donde el hierro es uno de los nutrientes más difíciles de obtener debido a que las cantidades que se encuentran son muy pequeñas y además, no todo el hierro es absorbible por el cuerpo (12).

- Hierro hemínico (HEM); este hierro encontramos en derivados de origen animal como son: carne, pollo y pescado, siendo su absorción es del 20 al 30%.
- Hierro no hemínico (HEM); se encuentra en los alimentos de origen vegetal como: legumbres, hortalizas de hojas verdes, frutos secos, etc. necesitan asociarse con alimentos fuentes de Vitamina C para poder ser absorbidos entre un 3 a 8%.

La hemoglobina; es un conglomerado de proteína que contiene hierro, la cual se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos su deficiencia indica, que existe una deficiencia de hierro<sup>16</sup>

Anemia, es cuando la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, en el que

la concentración de hemoglobina es menor a los valores de normales según sexo, edad y altitud<sup>17</sup>. Las personas con anemia presentan síntomas como: cansancio, debilidad y palidez.

Se considera anemia cuando los niveles de hemoglobina se encuentran por debajo de 11.0 g/dl al nivel del mar, está relacionada con un limitado transporte de oxígeno a los tejidos, muestra incremento de la mortalidad infantil, el retraso en el crecimiento y desarrollo, disminución de la capacidad de aprendizaje y se encuentran vulnerables a las infecciones<sup>18</sup>.

La necesidad de hemoglobina en la sangre depende de la presión parcial de oxígeno en la ambiente. En el Perú, la gran mayoría de personas vive a alturas adonde la presión de oxígeno es escasa en comparación con el del nivel del mar, debido a ello se necesita efectuar ajustes a las mediciones de hemoglobina para lograr valorar la fase de anemia, es decir, el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la disponibilidad de oxígeno en la atmósfera (17).

Hay 2 formas de realizar reajuste para la evaluación del estado de anemia: cambiando los límites de los niveles mínimos de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar o llevando a nivel del mar la medición observada<sup>19</sup>.

Podemos clasificar a la anemia de la siguiente manera (22).

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

La dieta con biodisponibilidad intermedia de hierro; se encuentra a base

de raíces, cereales y tubérculos, también incluyen algunos alimentos de origen animal y fuente de ácido ascórbico. La dieta de baja biodisponibilidad se va convertir en intermedia al aumentar el contenido de alimentos que favorecen la absorción de hierro. Lo propio ocurre con la dieta de alta biodisponibilidad cuando se consumen usualmente junto a los inhibidores de la absorción de hierro, tales como café y té. La dieta con biodisponibilidad alta de hierro; son variadas, con cantidades abundantes y frecuentes de pollo, carne, pescado y comidas ricas en ácido ascórbico (12).

Multimicronutrientes (nutromix); Conocido normalmente por las madres en nuestra Región como Multivitaminas, las cuales son un complemento vitamínico y mineral, en polvo constituida por Hierro (como Fumarato Ferroso micro encapsulado), cada gramo de multimicronutrientes contiene 12,5 mg de hierro elemental, el cual satisface las recomendaciones (1 mg. H.e. x kg. de peso por día).

Además contiene Zinc (Gluconato de Zinc 5mg), Ácido Fólico (160ug), vitamina “A” (300ug), vitamina “C” (Ácido Ascórbico 30ug), malto dextrina como vehículo, que ayuda al organismo a una mejor asimilación del hierro y a prevenir otras enfermedades y el Dióxido de Silicio, el cual es necesario para mantener una buena salud, funciona como agente antiaglomerante y ayuda a que los Multimicronutrientes sean apetecibles al paladar del (la) menor. Este suplemento está indicado para las niñas (os) 6 a 35 meses de edad. Este se encuentra encapsulado (capa lipídica) impidiendo la disolución del hierro en las comidas evitando cambios organolépticos. Se presenta en sobres individuales de polvos secos (1.0g) que se pueden añadir a cualquier comida sólida (20).

Los micronutrientes en harina (MMN) y fáciles de utilizar, su utilización significa cambio en la prácticas de alimentación, debido a que se puede usar mezclando con un alimento semisólido. Su presentación es peso ligero, por lo que son fáciles de almacenar, transportar y su distribución, además que tiene una vida útil prolongada.<sup>26</sup>

El Cuadro Muestra: Composición de los Micronutrientes (Nutromix)

(1 sobre = Contenido 1 gr)

MICRONUTRIENTE	CONTENIDO EN gr.
- Zinc	5 mg.
- Hierro	12.5 mg.
- Vitamina A	300 ug RE
- Ácido Fólico	160 mg.
- Vitamina C	30mg.

**El Hierro:** es un mineral necesario para el crecimiento y el desarrollo del cuerpo, es un componente de la hemoglobina responsable del transporte del oxígeno de los pulmones a las distintas partes del cuerpo. El hierro también es **esencial en la elaboración de hormonas y los tejidos conectivos**. Se trata de un mineral que no suele faltar en la dieta al estar en varios alimentos muy comunes, pero su ausencia puede ser peligrosa para la salud y causar anemia (26).

El hierro se encuentra en varios de los alimentos que se consumen a diario, aunque generalmente sólo se absorbe alrededor de un diez por ciento del hierro que contienen. Para empezar, las carnes magras, los mariscos y las aves tienen una importante cantidad de hierro. Otros de los alimentos que lo contiene son los cereales, algunas legumbres como los frijoles,

las lentejas y las espinacas; o las nueces y otros frutos secos. En todos estos alimentos, se pueden encontrar dos tipos de hierro: **hierro hemo y hierro no hemo**. Las carnes pertenecen al primer grupo, mientras que los vegetales y cereales pertenecen al segundo. El hierro hemo es mejor absorbido por el cuerpo, mientras que para aquellos alimentos con hierro no hemo es aconsejable tomarlo junto a alimentos con vitamina C para mejorar esa absorción (12,22).

La cantidad recomendada de hierro al día varía en función de la edad y el sexo:

- Hasta los 6 meses: 0,27 mg.
- De 7 a 12 meses: 11 mg.
- De 1 a 3 años: 7 mg.
- De 4 a 8 años: 10 mg.
- De 9 a 13 años: 8 mg.
- Hombres de 14 a 18 años: 11 mg.
- Mujeres de 14 a 18 años: 15 mg.
- Hombres de 19 a 50 años: 8 mg.
- Mujeres de 19 a 50 años: 18 mg.
- Mayores de 51 años: 8 mg.

El hierro ayuda a tener un mejor rendimiento atlético y puede servir para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o ayudar a incrementar funciones como la capacidad de razonamiento, el aprendizaje o la memoria. El hierro se considera, por tanto, un **elemento fundamental en el desarrollo del niño**, con el fin de que todas sus capacidades se desarrollen sin ningún tipo de problema (22).

La falta de hierro en la dieta no suele ser algo frecuente, puesto que son varios los alimentos que presentan este mineral en sus atributos. Sin embargo, **las personas que no suelen tomar en su dieta carne o pescado pueden presentar déficit de este mineral**.

La principal consecuencia derivada de la falta de hierro es la anemia. Ésta se produce cuando el cuerpo agota el hierro contenido en algunos de sus órganos como los músculos o el hígado. Los glóbulos rojos comienzan a reducir su tamaño provocando que la sangre transporte menos oxígeno desde los pulmones. Esto puede provocar cansancio, trastornos intestinales, falta de memoria, o mayor facilidad para contraer infecciones.

Las mujeres embarazadas tienen que tener especial precaución, pues al aumentar la cantidad necesaria de sangre en su cuerpo han de consumir más hierro del habitual para hacer frente a estas cantidades. De lo contrario, el bebé podría nacer con menos peso o de forma prematura, e incluso frenar su desarrollo cerebral.

Por otra parte, el **consumo excesivo** de hierro también puede tener consecuencias graves. Una toma más alta de lo normal puede **causar malestar gástrico, estreñimiento o vómitos**, pero una ingesta excesivamente alta puede llegar a causar fallos en el funcionamiento de diversos órganos (22)

El **Zinc** (también denominado cinc) es un **mineral esencial para nuestro organismo**. Tiene un papel específico en más de 300 enzimas que participan en todas las reacciones bioquímicas importantes del cuerpo humano. Tiene un efecto directo en el **crecimiento, desarrollo neurológico y en el sistema inmune (12)**.

**Dentro de las funciones que cumple este micronutriente:**

- Necesario para el correcto funcionamiento del **sistema nervioso y del esqueleto**.
- Ayuda en el crecimiento y funcionamiento del **sistema inmunológico**.
- Fundamental para el correcto desarrollo de los **ovarios y testículos**.
- Interviene en la síntesis del **ADN y ARN**.
- Importante para el funcionamiento del **olfato y del gusto**.



- Ayuda a la **cicatrización de las heridas**.
- Previene el **acné**.
- Potente **antioxidante** natural.

La falta de este micronutriente puede causar lo siguiente: Periodos de estrés, hipertensión, Diabetes, Insuficiencia renal, Alto consumo de medicamentos, o vitamina B6, Menstruaciones irregulares y Enfermedades graves.

Su déficit puede provocar: Dermatitis, retraso en el crecimiento, pérdida del cabello, infertilidad, anemia, cansancio y trastornos de comportamiento, manchas blancas en las uñas, aumento del colesterol y aparición de estrías.

El zinc se puede encontrar en los alimentos siguientes: Legumbres, frutos secos, cereales integrales, jengibre, pescado blanco, mariscos (11).

**El ácido fólico**; es un tipo de vitamina A o el folato (vitamina B-9) es importante para la formación de los glóbulos rojos, así como para el normal crecimiento y funcionamiento de las células. Este nutriente es fundamental durante las primeras etapas del embarazo para reducir el riesgo de que el bebé tenga defectos congénitos en el cerebro y la columna vertebral (14).

El folato se halla principalmente en los vegetales de hoja verde oscuro, los frijoles, los guisantes (arvejas, chícharos) y los frutos secos. Las frutas ricas en folato son las naranjas, los limones, las bananas, los melones y las fresas. La forma sintética del folato es el ácido fólico. Es un componente fundamental de las vitaminas prenatales y se encuentra en muchos alimentos fortificados, como los cereales y las pastas (12).

La cantidad recomendada de ácido fólico por día varía de acuerdo con la edad, como es mostrado en la tabla continuación.

Edad	Cantidad de Ácido Fólico
0 a 6 meses	65 mcg
7 a 12 meses	80 mcg
1 a 3 años	150 mcg
4 a 8 años	200 mcg
9 a 13 años	300 mcg
14 años o más	400 mcg
Mujeres embarazadas	600 mcg
Mujeres en período de lactancia	500 mcg

Vitamina A; La **vitamina A**, también conocida como retinol o antixeroftálmica, es liposoluble. La vitamina A, propiamente dicha es el **retinol**, pero también existen otras moléculas denominadas carotenoides, que funcionan como pro-vitamina A, ya que se transforman en esta en el intestino e hígado (14).

La vitamina A es una vitamina liposoluble que se encuentra casera-mente presente en los alimentos. La vitamina A es elemental para la visión normal, el sistema inmunitario y la reproducción. Además, la vitamina A ayuda al buen funcionamiento del corazón, los pulmones, los riñones y otros órganos. Existen dos tipos diferentes de vitamina A. El primer tipo, la vitamina A preformada, se encuentra en la carne vacuna, carne de ave, pescado y productos lácteos. El segundo tipo, la provitamina A, se encuentra en frutas, verduras y otros productos de origen vegetal como: hortalizas de hojas verdes, otras verduras de color verde, anaranjado y amarillo (brócoli, zanahoria y calabacines), y productos lácteos y cereales. Frutas (melón, damasco y mango). El

tipo más común de provitamina A presente en los alimentos y los suplementos dietéticos es el betacaroteno (14).

Las personas tienen deficiencia de vitamina A en su organismo, las consecuencias pueden ser: puede notar una pérdida de visión, especialmente en situaciones de luz tenue o de noche.

También puede sufrir un debilitamiento de su sistema inmune que le hace más propenso a las infecciones, e incluso problemas en los epitelios de las vías respiratorias.

La vitamina C: es conocida también como ácido ascórbico, siendo una vitamina hidrosoluble, es necesaria para el crecimiento y desarrollo normales; ayuda a fortalecer las defensas naturales del cuerpo porque contienen antioxidantes que combaten los radicales libres que en exceso favorecen la aparición de ciertas enfermedades. La vitamina C debe ser consumida regularmente porque es un excelente cicatrizante y facilita la absorción del hierro, siendo particularmente indicada en el tratamiento de la anemia. Además de esto, la vitamina C sirve para facilitar la cicatrización de la piel y mejorar la circulación sanguínea, siendo óptima la para ayudar en la prevención de enfermedades cardiovasculares como la aterosclerosis (12).

La vitamina C, es una vitamina hidrosoluble, es decir se disuelven en agua, así que se elimina por la orina (no se acumula en el cuerpo) pero debes tomarla a diario ya que el cuerpo no las almacena. Se obtiene solo de los alimentos ya que el organismo no puede sintetizarla a través de otras sustancias.

Las principales fuentes de la vitamina A son: En el reino animal; los alimentos que se encuentran es en los productos lácteos, la yema de huevo y el aceite de hígado de pescado; en el grupo de los vegetales se encuentran todos los vegetales

amarillos a rojos, o verdes oscuros; zanahoria, batata, calabaza, zapallo, ají, espinacas, lechuga, brócoli, coles de Bruselas, tomate, espárrago; dentro de las frutas: Damasco, durazno, melón, papaya, mango, mamón. La composición de vitamina C en un alimento podría reducir al cocinarse o almacenarse por tiempo prolongado. Es factible que al cocinar los alimentos al vapor o en hornos de microondas la pérdida de vitamina C sea menor. Favorablemente, muchas de las mejores fuentes de vitamina C, como las frutas y verduras, se comen crudas (12).

Las funciones que cumple la vitamina A y del retinol en el organismo son:

- sistema óseo: es necesaria para el crecimiento y desarrollo de huesos.
- desarrollo celular: esencial para el crecimiento, mantenimiento y reparación de las células de las mucosas, epitelios, piel, visión, uñas, cabello y esmalte de dientes.
- sistema inmune: contribuye en la prevención de enfermedades infecciosas, especialmente del aparato respiratorio creando barreras protectoras contra diferentes microorganismos. Estimula las funciones inmunes, entre ellas la respuesta de los anticuerpos y la actividad de varias células producidas por la médula ósea que interviene en la defensa del organismo como fagocitos y linfocitos. Por ello promueve la reparación de tejidos infectados y aumenta la resistencia a la infección.
- Sistema reproductivo: contribuye en la función normal de reproducción, contribuyendo a la producción de esperma como así también al ciclo normal reproductivo femenino. Debido a su rol vital en el desarrollo celular, la vitamina A ayuda a que los cambios que se producen en las células y tejidos durante el desarrollo del feto se desarrollen normalmente.

- Visión: es fundamental para la visión, ya que el Retinol contribuye a mejorar la visión nocturna, previniendo de ciertas alteraciones visuales como cataratas, glaucoma, pérdida de visión, ceguera crepuscular, también ayuda a combatir infecciones bacterianas como conjuntivitis.
- Antioxidante; previene el envejecimiento celular y la aparición de cáncer, ya que al ser un antioxidante natural elimina los radicales libres y protege el ADN de su acción mutagénica.

El presente Trabajo Académico está basado con la teoría de Moyra Allen, conocida por su perspectiva futurista, dice que el principal objetivo de la enfermera es formar una alianza con la persona, familia para fomentar la salud. Allen, sostiene el modelo Mc Gill, en el cual la enfermera es un agente que proporciona cuidado directo, pero también se apoya en la interacción con la familia para involucrarla activamente en el cuidado del paciente a través de pequeñas acciones que permitan establecer el vínculo por medio de acciones verbales y no verbales de afecto, esta teoría es una herramienta en la cual se pueda brindar el cuidado de manera integral y organizada en: persona, la familia, salud y entorno, en el contexto del aprendizaje significativo de la salud y de los hábitos de la salud (31, 32).

En este sentido el trabajo académico busca intervenir en la familia (padres), haciendo participar de manera activa en el cuidado de la salud de los niños(as); administrando de manera oportuna los micronutrientes. Considerando el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el

mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la familia y de sus miembros por adquisición del aprendizaje el cual existe una interacción constante (31, 32).

- En este contexto en el Marco Legal en el que se sustenta el trabajo es en los Objetivos del desarrollo sostenible cuyo objetivo 3 es la buena salud y bienestar así como la ley N° 26842, Ley General de Salud - Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud - Ley N° 29344,
- Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el reglamento de alimentación y nutrición infantil, Decreto supremo. N° 004-2007-SA, que establece el listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del seguro integral de salud (1).
- La norma técnica N° 134 – MINSA/2017/DGIESP, norma técnica de salud: manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niño, adolescentes, la mujer gestante y puérperas, la misma que forma parte integrante de la presente resolución ministerial.
- La norma técnica 137 – MINSA/2017/DGIESP, norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo de las niñas y los niños menores de 5 años, estableciendo disposiciones técnicas para el control del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas dentro del establecimiento de salud, identificación oportuna a situaciones de riesgo, se realiza durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño la entrega de suplementación con micronutriente debiendo estar acompañado de una consejería de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservación.

- El Plan sectorial para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, 2017 -2021, debido a que esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad y los efectos que tiene el desarrollo inadecuado, pueden ser irreversibles y acompañan al individuo por el resto de sus vidas, por tanto la inversión en la primera infancia es la inversión social más rentable para un país.
- El Plan Bicentenario, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social y los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a promover el desarrollo infantil temprano, entre otros, son algunos de los instrumentos y documentos de política que plantean objetivos para los dos problemas más prevalentes que afectan irreversiblemente a la población infantil.
- Debido al incremento de los casos de anemia se implementa políticas y planes a nivel nacional en materia de nutrición y anemia; el acuerdo nacional 2002, el plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia DS. N° 001-2012-MIMP.; lineamientos de la primera infancia DS. N° 010-2016-MIDIS, el pacto nacional de control y reducción 2017; el Pacto Regional – Ancash – 2017, con todo ello buscan contribuir en mejorar la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo de la población infantil para el ejercicio pleno de sus derechos con equidad para el progreso económico y social. Reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses y gestantes y de la Desnutrición Crónica en los niños menores de 5 años del ámbito de la región Áncash, mediante la intervención efectiva y articulada.

- Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprobó la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01 “Norma técnica de Salud de atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro”.
- En el año 2016, el gobierno viendo que los niveles de anemia seguían siendo altos, intervino estableciendo el Plan Nacional para la reducción de la anemia 2017-2021. En dicho Plan se plantearon diversas estrategias que pretenden hasta el año 2021 reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil. (16) Una de ella es la estrategia nacional para la Reducción de la anemia materno infantil 2016-2021. Este documento tiene como objetivo, reducir progresivamente la anemia en los niños de 6 a 36 meses hasta llegar a 19% en el año 2021. Para obtener dichos resultados el trabajo es en conjunto, el ministerio de salud establece diferentes acciones como son: la prevención de anemia en el niño y niña menores de 36 meses con los suplementos de hierro y fortificación casera. (17).

Bermeo y Ramírez, (7) en Ecuador 2017, realizaron una investigación “factores que inciden en la adherencia de suplementación con micronutrientes chis paz en niños menores de 3 años en el CIBV”, la metodología fue con un enfoque cuantitativo y cualitativo, de diseño experimental, de tipo descriptivo y de cohorte transversal, cuyo objetivo fue determinar los principales factores que inciden en la adherencia de la suplementación con micronutrientes chis paz en niños menores de a años en el CIBV “Nuevo horizonte el condado” donde Concluyeron que el conocimiento de las cuidadoras es limitado, por tener una instrucción primaria básica y ser cuidadoras solteras.

Rojas M. y Suqui A. (8) en Ecuador 2016, Realizan el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por



parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al sub-centro de salud de Sinincay 2016”. Con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes. Investigación cuantitativa, descriptiva transversal en la que se trabajó con una muestra de 101 madres. Se utilizó como instrumento un cuestionario, dando como resultado que el 40% de madres tienen un nivel de conocimientos bueno.

Juarez, D. Y Madueño A. (20) en Perú 2016, Realizan el estudio “Factores socioculturales y su relación con la Adherencia a la suplementación de multimicronutrientes en madres que acuden al Centro de Salud Santa Fe, Callao 2016”. Con el objetivo de Establecer los factores socioculturales que se relacionan con la adherencia al suplemento de Multimicronutrientes. El método utilizado fue de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 3 años. Los resultados fueron: la ocupación ama de casa presenta el mayor índice de adherencia inadecuada (40%), referente a la aceptación de consumo respondieron afirmativamente a la adherencia adecuada como inadecuada (40% y 48.3%).

Rosas, J. en Perú 2016, (9) Realizó el trabajo “Adherencia y actitud hacia la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses en C.S Maritza Campos Diaz – Arequipa”. Se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia y actitud hacia el consumo de micronutrientes. Estudio de tipo cuantitativo, con diseño correlacional, de corte transversal. La población estuvo constituida por 158 madres. Los resultados mostraron una adherencia inadecuada a la suplementación con micronutrientes y una actitud

cognoscitiva, afectiva y conductual. es decir no existe relación entre la actitud de las madres y la adherencia.

Hinostroza, M. Perú 2015, (10) Realizó el estudio “Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madre de niños menores de 36 meses, cercado de Lima – Perú. Tuvo como objetivo conocer las barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a micronutrientes. Estudio de tipo cuantitativo. Con una población de 968 madres. La técnica que utilizó fue la entrevista, obteniendo como resultado que el 8.5% de madres tuvo una alta adherencia y el 91.5% una baja adherencia.

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, es mejorar progresivamente las potencialidades del personal de enfermería en las consejerías sobre la importancia de la administración de multimicronutrientes, sus consecuencias del no consumo de las mismas a nivel de la atención de control de crecimiento y desarrollo del niño y niña, mejorar la implementación de la nómina de niños y niñas para garantizar el seguimiento a través de las visitas domiciliarias en las cuales se visualice, se realice el acompañamiento para la preparación de los micronutrientes en las comidas, preparando así en sus comidas las cuales se separan dos cucharadas de la misma, esta debe de estar tibia y de consistencia sólida o espesa. Se con la de cobertura de la suplementación con los micronutrientes, que estas se administren de manera oportuna de acuerdo a la edad del niño y niña menor de 5 años que se realizaran en el Centro de Salud Monterrey a través de la sensibilización, el buen trato al usuario, la capacitación y el seguimiento a menores de menores de 5 años, para mejorar y de esta manera

disminuir la anemia garantizando de esta manera mejorar la calidad de vida y mejores oportunidades a los niños.

#### **IV. OBJETIVOS**

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

- Cumplimiento de las madres en la administración de suplemento con micronutrientes con niños menores de 36 meses del Centro de Salud de Monterrey - 2018.

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

1. Personal de salud realiza una adecuada consejería sobre la importancia de la suplementación con micronutrientes a madres o cuidadores de niños menores de 36 meses,
2. Padres valoran la administración de los multimicronutrientes en los niños menores de 36 meses,
3. Personal de salud brinda una adecuada orientación sobre las reacciones secundarias de la administración de micronutrientes
4. Padres mejoran y toman importancia del nivel de Conocimientos sobre la Suplementación con Multimicronutrientes en madres, padres y/o cuidadores del menor atendido en el Centro de Salud de Monterrey

## **V. METAS:**

1. 70% de las familias de niños menores de 36 meses participan de los talleres.
2. 70% de la participación de las madres con niños menores de 36 meses, en las sesiones demostrativas en el cual se prepara los micronutrientes y la degustación de las mismas con.
3. 70% del personal de salud y del servicio de consultorio participan del taller de fortalecimiento de capacidades dirigido al en la directiva de la administración de los micronutrientes.
4. 70% del personal de enfermería participa en las sesiones demostrativas y consejerías nutricionales del servicio de consultorio CRED.
5. Elaboración de un plan operativo por año.
6. Elaboración e implementación de un manual de procedimientos.100% de familias con niños menores de 36 meses reciben por lo menos 4 visitas de seguimiento y monitoreo de la administración de micronutrientes.

## **VI. METODOLOGIA**

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

Las estrategias para el presente trabajo académico, es fortalecer las capacidades del personal de salud y de manera prioritaria el de enfermería del servicio de consultorio CRED, para fortalecer el conocimiento y las capacidades de los padres con niños menores de 36 meses, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto de intervención por trabajo académico. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

#### **A. SENSIBILIZACIÓN:**

El sensibilizar viene a ser cuando una persona sea sensible, es decir cuando alguna persona se dé cuenta de la importancia o el valor de algo que se hace. El proceso de sensibilización representa la entrada del aprendizaje. Pues se fundamenta en la concientización a las personas, haciendo que estas libremente se den cuenta de la importancia de algo, es un “fenómeno de transformación de respuesta, opuesta a lo usual y diferente a la influencia, que provoca una respuesta propia 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”(14).

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 (14).

El personal de salud del Centro de Salud de Monterrey aun no internaliza la importancia de su administración de manera oportuna de los micronutrientes y de las consecuencias que ocasiona el no consumo de los micronutrientes de manera oportuna, debido a que su no consumo causa problemas de salud pública que trae daños irreparables y estas secuelas no garantizan mejorar el factor económico. Las actividades han de estar enfocadas en concienciar a las familias con niños menores de

36 meses, haciendo que estas entiendan las consecuencias de la anemia en los niños y su desarrollo en su vida futura, siendo uno de los problemas de salud pública que afecta de manera irreversible el desarrollo cognitivo de los niños deteriorando de esta manera sistema neuronal, la cual hace que el niño no desarrolle su potencial haciendo que no tenga las mismas oportunidades en la vida que los demás niños y diferente al condicionamiento, que provoca una respuesta innata sin necesidad de un estímulo adicional.

**Acciones:**

**A1. Talleres de Capacitación dirigida al personal de salud de enfermería que labora en los consultorios CRED**

- ↗ Elaboración del plan de ejecución de los talleres de sensibilización.
- ↗ Ejecución de los talleres sensibilización
- ↗ Evaluación e informe,

**B. BUENTRATO**

El buen trato al usuario significa entablar una comunicación horizontal, empatía, ser asertivos, ya que de esta manera el cliente mostrara interés, apego a los diferentes servicios que se ofrece incluyendo los paquetes de atención integral. Existen características que debe cumplir el profesional de la salud, como: Su presentación pulcra, la postura, el lenguaje claro, sencillo de fácil comprensión y buenos modales. De esta forma se obtendrá resultados favorables en el cumplimiento de los objetivos.

Por lo expuesto, el buen trato se debe medir y para ello es importante implementar mecanismos de escucha, como el buzón de sugerencias, que actúa como un termómetro, midiendo la satisfacción del usuario y permite toma de decisiones en forma oportuna.

El personal de salud del centro de salud de monterrey, en ocasiones aun no practica un trato horizontal haciendo más difícil la confianza de los padres durante la atención de los niños menores siendo y convirtiéndose en una barrera las relaciones lo cual interfiere también en administración de micronutrientes en los niños/as menores de 36 meses.

B.1. Talleres de sensibilización al profesional de enfermería sobre: buen trato al usuario, comunicación asertiva y cumplimiento de la administración de micronutrientes dentro del paquete de atención integral.

- ↗ Elaboración del plan del taller de sensibilización
- ↗ Presentación del plan al área de capacitación.
- ↗ Ejecución de los talleres de sensibilización
- ↗ Evaluación e informe

B.2. Implementación de registro y fichas de seguimiento para el adecuado monitoreo de la adherencia de micronutrientes.

- ↗ Conformación de un equipo para la elaboración de dichas herramientas
- ↗ Elaboración del plan para un adecuado seguimiento a través de visitas domiciliarias a las familias.
- ↗ Llenado del registro de micronutrientes
- ↗ Llenado de las fichas de seguimiento de los niños para realizar las visitas domiciliarias

↗ Elaboración de los informes de las visitas de adherencias a las familias

## **C. TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación, también conocidas como TIC, son el conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y enviarla de un lugar a otro. Son las que giran en torno a tres medios básicos: la informática, la microelectrónica y las telecomunicaciones, pero giran, no solo de forma aislada, sino que es más significativo de manera interactiva e interconexionadas (Cabero). Incluyen las tecnologías para almacenar información y recuperarla después, enviar y recibir información de un sitio a otro, o procesar información para poder calcular resultados y elaborar informes.

Al ser una herramienta importante a de mantener la información sistematizada, de la adherencia de micronutrientes el cual permitirá el seguimiento oportuno, del seguimiento en micronutrientes. El uso de la informática en salud, reduce tiempo, costo y establece una oportunidad de mejora, por lo que se hace necesario que el profesional de enfermería domine las tics y se encuentre actualizado en este tiempo de globalización.

En el Centro de salud de Monterrey a pesar de que se necesita estar acorde con los tiempos de globalización, mencionaremos que no se cuenta con equipos de cómputo en los consultorios por lo que se continúa registrando de manera manual y que algunos de los personales de salud tienen dificultad para hacer uso de las tecnologías.

### **C.1. Programa establecido para la actualización de la base nominal multimicronutrientes**



- Establecer el equipo de programa nutricional (PAN)
- Establece plan de trabajo participativo
- Ejecuta el plan.
- Evalúa el plan.

### **C.2. Capacitación en programa de Informática.**

- Gestión con área de capacitación y jefatura
- Elaboración de plan de capacitación.
- Elaboración de cronograma.
- Ejecución del cronograma
- Evaluación del programa

## **D. CAPACITACIÓN:**

La capacitación viene a ser una actividad sistemática, permanente y planificada cuyo propósito general es desarrollar, preparar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño de todos los trabajadores, 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 (15).

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 (15).

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

#### **Acciones:**

#### **D.1 Talleres de capacitación sobre normativas vigentes para la administración de micronutrientes de manera adecuado**

- Elaboración del plan del taller de capacitación
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Solicitar su aprobación del plan.
- Ejecución de los talleres de capacitación
- Evaluación e informe.

#### **6.2 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del plan de intervención está basada en el aspecto de cumplimiento de la adherencia de los multimicronutrientes (chispitas), basado en la revisión de procesos y plantear alternativas de seguimiento para la vigilancia de su administración, organizando talleres dirigidos a los profesionales de esta

manera mejorar el involucramiento para la intervención durante la consejería, el seguimiento adecuado, generando lista de chequeo para la supervisión a nivel de la vivienda familiar, el cual se potenciara a través de las visitas comunitarias por todo el personal de salud involucrándose de esta manera para mejorar su administración.

Además, hemos de permitirnos conocer los problemas más frecuentes por lo que los padres no cumplen con la administración, los cuales generan incumplimiento en su administración por ende que los niños se encuentren en riesgo de enfermar con anemia debido a que muchas de las familias tienen alimentos pobres en hierro.

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



### MATRIZ DE MONITOREO

<b>Jerarquía de objetivos</b>	<b>Metas por cada nivel de jerarquía</b>	<b>Indicadores de impacto y efecto</b>	<b>Definición del Indicador</b>	<b>Fuente de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Instrumento para recolección de la información</b>
PROPOSITO: Cumplimiento con la administración de micronutrientes diariamente de las madres con niños menores de 36 meses del Centro de Salud de Monterrey	Incrementar el cumplimiento de la administración de suplementación con micronutrientes en un 70 % en el año 2018 de los niños menores de 36 meses	% (N° madres con hijos menores de 36 meses que dan diariamente los multimicronutrientes/total de madres con hijos menores de 36 meses)*100	Se definen los micronutrientes como una mezcla en polvo de vitamina A, vitamina C, ácido fólico, zinc y hierro que sirve para complementar la alimentación que recibe el niño	Informe de las fichas de Visitas de verificación a familias con niños menores de 36 meses	Mensual	Fichas de seguimiento  Ficha de chequeo
Personal de salud realiza una adecuada consejería sobre la importancia de la suplementación con multimicronutrientes a las madres con niños y niñas menores de 36 meses.	70% del personal de salud brinda una adecuada consejería	(N° personal de salud que da una adecuada consejería sobre la importancia de multimicronutrientes/total de personal de salud)*100	La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollara de manera participativa entre el prestador de la salud (consejero) y los padres de los niños menores de 36 meses (consultante), con el objetivo de ayudarlos a identificar a identificar los factores riesgo o problemas de salud que genere secuelas en su vida.	Registro de asistencia de talleres	Semestral	Lista de chequeo
Padres de niños menores de 36 meses valoran los multimicronutrientes	70% de padres de niños menores de 36 meses conocen la importancia de los micronutrientes.	(niños menores de 36 meses que consumen diariamente los micronutrientes /total de niños que inician los micronutrientes)*100	Los padres administran de manera oportuna los micronutrientes, se encuentran motivados de continuar con el administración consientes de la prevención de la anemia	Encuestas, fichas familiares, nómina de niños	Trimestral	Fichas de visitas familiares, Lista de chequeo
Personal de salud da una adecuada orientación sobre las reacciones secundarias de los multimicronutrientes y su administración adecuada	70% del personal brinda de manera correcta las reacciones secundarias	(N° personal de salud que da una adecuada consejería sobre las reacciones secundarias de multimicronutrientes/total de personal de salud)*100	Las reacciones secundarias a la administración se presenta en ocasiones y es importante informar a la familia para que no presente inconformidades y pueden ser: oscurecimiento de las heces debido al color oscuro del hierro ya que no todo el hierro se absorbe y se mezcla con las deposiciones. 2. Se pueden presentar diarreas leves sin deshidratación, pueden durar una semana y no vuelven aparecer.	Lista de asistentes al taller	Semestral	Lista de chequeo

## 7.1. Beneficios

### ↗ Beneficios con proyecto

- Incrementar la adhesión de los micronutrientes en los niños menores de 36 meses,
- Disminuir los indicadores de anemia, mejorando la calidad de vida y mejores oportunidades
- Personal sensibilizado y fortalecido sus capacidades
- Mejorar los indicadores de consumo de micronutrientes.

### ↗ Beneficios sin proyecto

- Personal no adquiere fortalecimiento de capacidades por ende no sensibilizada
- No contar con el nominal de niños menores de 36 meses de la administración de micronutrientes,
- Incremento de niños con anemia que deteriora el sistema cognitivo
- No contar con seguimiento y monitoreo adecuado de las visitas de adherencia.

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1. Materiales:

CO DIG O	MATERIALES	CAN TIDA D	COST O UNT S/.	COSTO TOTAL S/.
1	Norma técnica consejería. (reprod.)	13	10.00	130.00
2	Norma técnica de manejo y prevención de la anemia. Rep	13	25.00	325.00
3	Ficha de visitas	1000	0.10	100.00
4	Ficha de visitas de adherencia	1000	0.20	200.00
3	Lapicero para aplicar la ficha	24	0.5	12.00
	<b>TOTAL</b>			<b>767.00</b>

### 8.2. Materiales para Capacitación

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del centro de salud Monterrey	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Servicio de enfermería	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	100	0.00	<b>50.00</b>
4	Fotocopias	0.10	100	0.00	<b>10.00</b>
5	Ponente	80.00	7	0.00	<b>560.00</b>
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	100	0.00	<b>200.00</b>
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
7	Refrigerio	2.00	100	0.00	<b>200.00</b>
8	Movilidad local	2.00	91	0.00	<b>200.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1,220.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>1,220.00</b>

**8.3. Presupuesto para Taller de Sensibilización (se ejecutan 2 diferentes talleres con una frecuencia de 4 al año de cada taller:**

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del centro de salud	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	104	0.00	<b>52.00</b>
4	Fotocopias	0.10	104	0.00	<b>10.40</b>
5	Ponentes	80.00	8	0.00	<b>640.00</b>
6	Refrigerio	2.00	104	0.00	<b>208.00</b>
7	Movilidad local	4.00	104	0.00	<b>416.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1,326.40</b>
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>1,326.40</b>

**8.4. RESUMEN DE PRESUPUESTO:**

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Materiales	232.00	0.00	767.00
Capacitación	1,160.60	0.00	1,220.00
Taller de sensibilización	1326.40	0.00	1,326.40
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 3,313.40</b>



## IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

### PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Cumplimiento de las madres en la administración del suplemento con micronutrientes a niños menores de 36 meses del Centro de Salud de Monterrey - 2018

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA			INDICADOR
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2018	2019		
					II	I	II	
1	Elaboración del trabajo académico “MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES EN LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD DE MONTERREY – HUARAZ, 2018”	1	Informe	S/. 200.00	X			Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la Jefatura del centro de salud Monterrey.	1	Informe	S/. 30.00	X			Proyecto Presentado
3	Reunión con la Jefa del servicio de enfermería y personal de Enfermería para formar Comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	S/. 20.00		X		Reuniones realizadas
4	Reunión con la Jefa del servicio de PROMSA y el personal de salud para presentar el plan de trabajo y socializar la estrategia de seguimiento de adherencia de micronutrientes.	2	Informe	S/. 30.00		X		Reuniones realizadas
5	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	S/. 3,313.40			X	Proyecto ejecutado
6	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	S/. 30.00			X	Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	S/. 200.00			X	Proyecto presentado

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Personal de salud realiza una adecuada consejería de la importancia de la suplementación con micronutrientes en niños menores de 36 meses

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA		
			DESCRIPCION	COSTOS	2018	2019	
					I	I	II
1	Talleres de sensibilización al profesional de enfermería sobre la importancia de la administración de multimicronutrientes y la visita de adherencia	· Elaboración del plan del taller de sensibilización	Taller	S/. 429,20	X		
		· Presentación del plan al área de capacitación.				X	
		· Solicitar su aprobación del plan.				X	
		· Ejecución de los talleres de sensibilización			X	X	X
		· Evaluación e informe.					X
2	Fortalecimiento de capacidades al personal de salud sobre la importancia de la administración de multimicronutrientes y la visita de adherencia	· Elaboración del plan de Capacitación	Capacitación	S/. 429,20		X	
		· Presentación del plan al área de capacitación.					
		· Solicitar su aprobación del plan.				X	
		· Ejecución de fortalecimiento de capacitación				X	
		· Evaluación e informe.					X

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Padres valoran la administración de los micronutrientes en los niños menores de 36 meses

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA		
			DESCRIPCION	COSTOS	2018	2019	
					II	I	II
1	Talleres de sensibilización dirigido a los padres o cuidadores de los niños menores de 36 meses: sobre las consecuencia que conlleva la no administración de los micronutrientes	· Elaboración del plan del taller de sensibilización	TALLER	S/. 300.20	X	X	X
		· Presentación del plan al área de capacitación.			X		
		· Solicitar su aprobación del plan.			X		
		· Ejecución de los talleres de sensibilización			X	X	
		· Evaluación e informe					X
2	Talleres dirigidos a los padres o cuidadores de niños menores de 36 meses sobre la importancia de los micronutrientes	· Elaboración del plan del taller de sensibilización	TALLER	S/. 125.00	X		
		· Presentación del plan al área de capacitación.			X		
		· Solicitar su aprobación del plan.			X		
		· Ejecución de los talleres de sensibilización				X	
		· Evaluación e informe					X
3	visitas domiciliarias de adherencia de micronutrientes a las viviendas de niños menores de 36 meses para el acompañamiento y supervisión durante de los micronutrientes durante la alimentación sobre la importancia de los micronutrientes	· Elaboración del plan visitas domiciliarias	TALLER	S/. 50.00		X	
		· Solicitar su aprobación del plan.				X	
		· Articular PROMSA y AIS niño para la entrega de nómina de niños menores de 36 meses.				X	
		· ficha de monitoreo de adherencia de micronutrientes				X	
		· Evaluación e informe					X

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Personal de salud brinda una adecuada orientación sobre las reacciones secundarias de la administración de micronutrientes.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA		
			DESCRIPCION	COSTOS	2018	2019	
					II	I	II
1	Personal de salud participan de talleres de capacitación sobre reacciones secundarias a la administración adecuada de los multimicronutrientes	• Conformación del equipo de capacitación del servicio de enfermería.	Programa establecido	S/. 0.00	X		
		• Elaboración del plan de capacitación anual.				X	
		• Ejecución de capacitación				X	
		• Evaluación e informe					X
2	Programa de visitas domiciliarias de seguimiento a la familia con niños y niñas menores de 36 meses que vienen consumiendo los micronutrientes.	• Implementación de registro de seguimiento de la administración de micronutrientes.	Capacitación	S/. 223.20		X	
		• Elaboración del plan de seguimiento para visita de adherencia de micronutrientes				X	
		• Ficha de seguimiento de adherencia				X	
		• Evaluación e informe					X

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

El presente trabajo académico estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad y jefatura de servicio, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando este lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

Las coordinaciones se han de realizar en primer momento con la Jefatura del Centro de Salud Monterrey, seguidamente con las coordinadoras de los servicios, de la misma manera se ha de realizar con organizaciones existentes en la zona, haciendo incidencia de las políticas de salud que se viene implementando.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA Norma Técnica de Salud N° 137 para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años-MINSA/2017/DGEISP.
2. Seguro Integral de Salud (en línea). SIS brinda cobertura a más de 4 millones 600 mil niños de 0 a 11 años de todo el país; Lima 4 de setiembre del 2017 (fecha de acceso el 10 de octubre del 2017). URL disponible en: [http://www.sis.gob.pe/Nuevo/vistas/Frm\\_NotaPrensa.aspx?np=199](http://www.sis.gob.pe/Nuevo/vistas/Frm_NotaPrensa.aspx?np=199).
3. Repositorio de Datos Minsa (en línea). Control de Crecimiento y Desarrollo de niños menores de 5 años. (fecha de acceso el 12 de octubre del 2017). URL disponible en: <http://datos.minsa.gob.pe/dataset/control-de-crecimiento-y-desarrollo-de-ninos-menores-de-5-anos>
4. Organización mundial de la salud (página principal). Ginebra; 2016 (fecha de acceso 15 de junio de 2016). URL disponible en <http://www.who.int/gpsc/background/es/>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, Primer Semestre 2017. Perú 2017 [internet]. 2017 [citado el 10 de setiembre del 2017]. Disponible en: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores\\_Resultados\\_PPR\\_Primer\\_Semestre\\_2017.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y salud familiar, 2017. Perú 2017
7. Bermeo D. y Ramírez M. (2017). Factores que inciden en la adherencia a la suplementación con micronutrientes Chis Paz, en cuidadoras de niños

menores de 3 años, del centro de salud Santa Anita, en el Centro Infantil del Buen Vivir “Nuevos Horizontes El Condado”, en la ciudad de Quito, .  
Universidad Central del Ecuador

8. Maria R.y Suqui A. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al sub – centro de salud de Sinincay 2016.  
Cuenca ecuador  
Disponible  
en<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26108/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
9. Rosas, j (2016) Factores socioculturales y adherencia a la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses. C.S. Ampliación Paucarpata, Arequipa - 2016”
10. Hinostroza M. Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses en el cercado de Lima 2015 [tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015
11. Alimentar la Mente para Combatir el Hambre 2013. “aprendiendo sobre carbohidratos, proteínas y grasas” que obtenemos en los alimentos, 20 de diciembre del 2013.
12. <file:///C:/Users/Asus/Desktop/luz/temas%20para%20leer/18111-63181-1-PB.pdf>
13. [http://www.feedingminds.org/fileadmin/templates/feedminds/pdf\\_nu/EW\\_Sp\\_Lesson4.pdfphp](http://www.feedingminds.org/fileadmin/templates/feedminds/pdf_nu/EW_Sp_Lesson4.pdfphp).

14. UNICEF Perú (en línea). Situación del País Primera Infancia. (fecha de acceso el 12 de octubre del 2017). URL disponible en:  
[https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_13269.html](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13269.html)
15. Martínez J. Taller sobre “Capacitación”. (Internet). [fecha de acceso: diciembre del 2018]. Disponible en:  
<http://nolycarrillo.jimdo.com/unidad-1/concepto-de-capacitación/>
16. file:///C:/Users/Asus/Desktop/luz/temas%20para%20leer/anexo\_05.pdf
17. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2016. 124 p.
18. CAÑETE R y otros. *Valoración del Estado Nutricional*, Consulta: 25 de abril del 2011. Disponible en:  
<http://www.seep.es/privado/download.asp?url=/publicaciones/2000/TCA/Cap01.pdf>>
19. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. 2012. “Informe principal”. Consulta: 13 de julio del 2013 <  
<http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/index.html>>
20. Eroski Consumer “La importancia de las proteínas”. *Alimentación, Aprender a comer bien*. España.  
[http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_a\\_comer\\_bien/adulto\\_y\\_vejez/2003/03/14/58955.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/adulto_y_vejez/2003/03/14/58955.php) >
21. Juárez D, Madueño A. Factores Socioculturales y su relación con la adherencia al suplemento de multimicronutrientes en madres que acuden



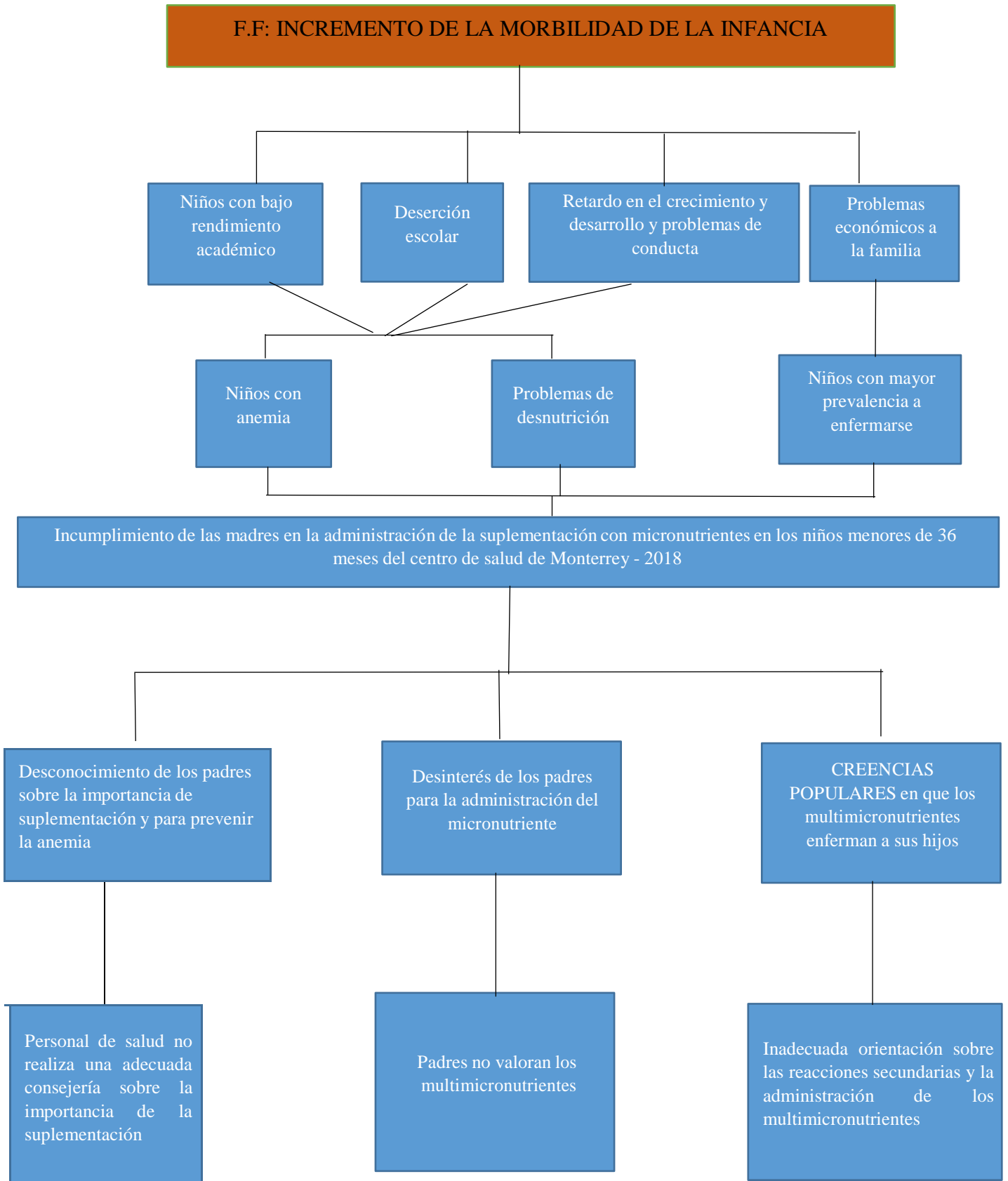
al Centro de Salud de Santa Fe. Universidad Nacional del Callao; 2016.

Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe>

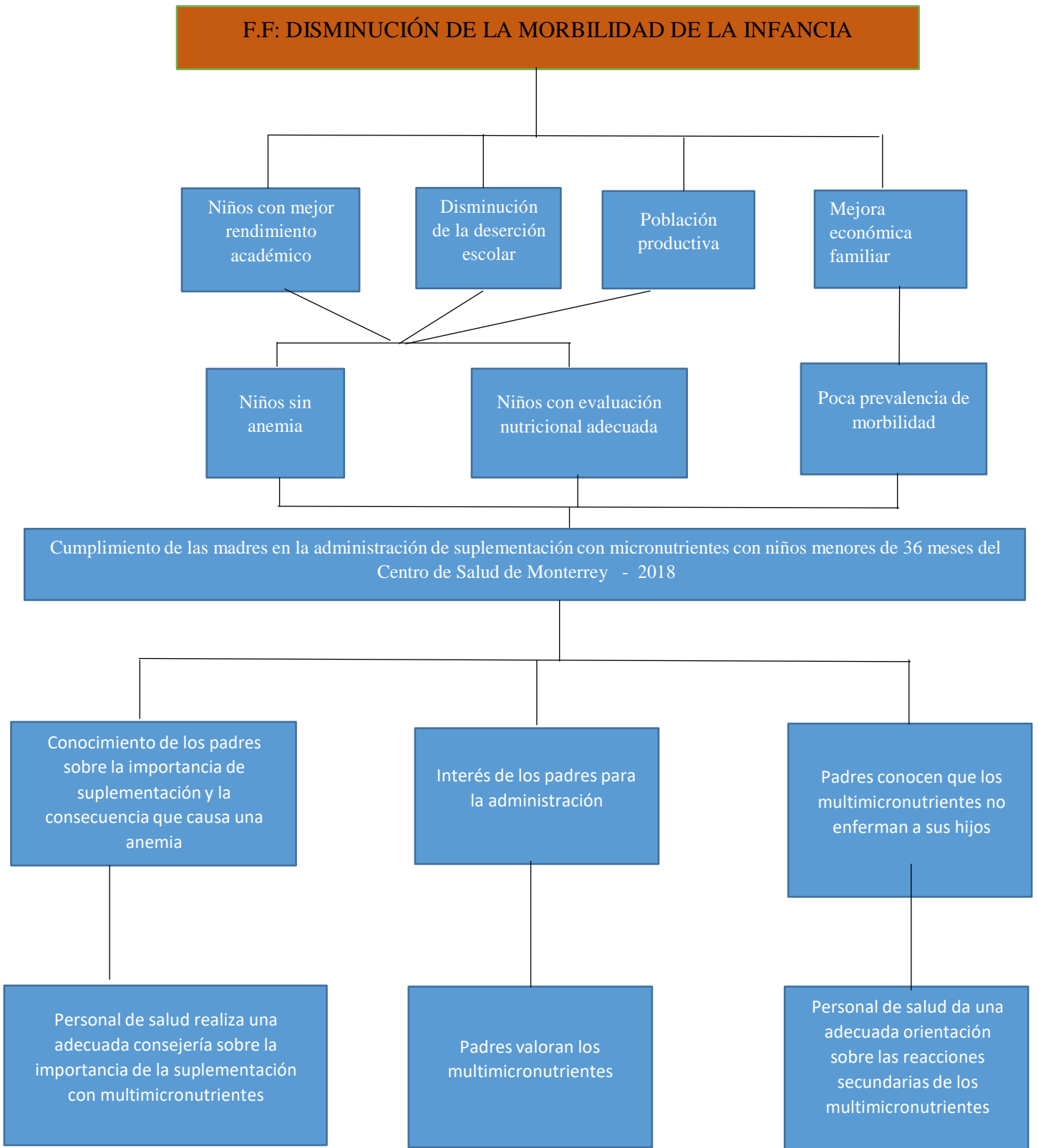
22. FAO/WHO/UNU. Necesidades de Energía y de Proteínas. *Informe de una sesión consultiva conjunta de expertos*. Serie de Informes Técnicos N° 724, Ginebra. OMS
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF
24. file:///C:/Users/Asus/Desktop/luz/temas%20para%20leer/T-UTB-FCS-OBST-000019.02.pdf
25. *Estado Mundial de la Infancia 2001*. New York. Consulta: 23 de febrero del 2011
26. <http://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202001.pdf> >
27. Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2016 Primer Trimestre [internet]. Lima – Perú: INEI; abril 2015 [fecha de consulta 24 agosto 2017]. Disponible en: [Https://www.inei.gob.pe/ Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/Libro.pdf)
28. MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima – Perú: MINSA; 2014.
29. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1356/index.htm](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.htm)
30. [http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
31. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
32. <https://alejandroeuem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocion-de-la-salud.pdf>

# **ANEXOS**

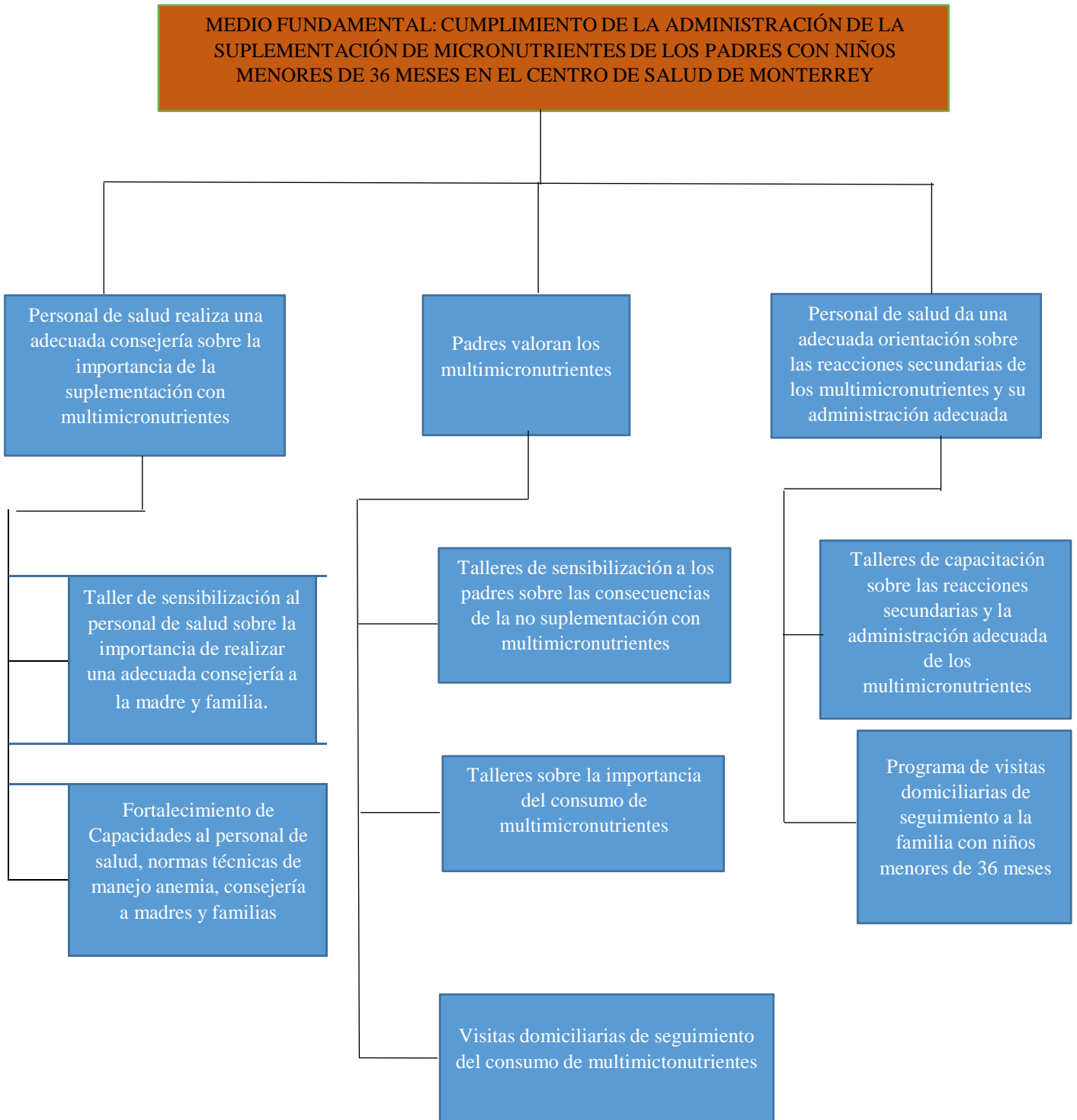
## ARBOL: DE CAUSA Y EFECTO



## ARBOL: DE FINES Y MEDIOS



## ARBOL: DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



## MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD DE LA INFANCIA				
PROPOSITO:	Cumplimiento con la administración de micronutrientes diariamente de las madres con niños menores de 36 meses del Centro de Salud de Monterrey	Incrementar el cumplimiento de la administración de suplementación con micronutrientes en un 70 % en el año 2018 de los niños menores de 36 meses		Ficha de monitoreo y seguimiento	Madres de niños menores de 36 meses dan de manera diaria los multimicronutrientes a sus hijos
RESULTADOS:	1. Personal de salud realiza una adecuada consejería sobre la importancia de la suplementación con multimicronutrientes.	70% del personal de salud brinda una adecuada consejería	(N° personal de salud que da una adecuada consejería sobre la importancia de multimicronutrientes/total de personal de salud)*100	Ficha de asistencia de Personal de salud	Personal de salud da una adecuada consejería sobre la importancia de los multimicronutrientes
	2. Mejora conocimiento sobre la composición de los micronutrientes en Padres valoran los multimicronutrientes	70% de los padres de familia de niños menores de 36 meses valoran a los multimicronutrientes	N° de familias que <u>participan de taller</u> /N° total de familias con niños menores de 36 meses *100	ACTAS, FICHAS DE ASISTENCIA	Padres de familia de niños menores de 36 meses conocen y valoran a los multimicronutrientes
	3. Personal de salud da una adecuada orientación sobre las reacciones secundarias de los multimicronutrientes y su administración adecuada	80% del personal de salud da una adecuada orientación sobre las reacciones secundarias y administración adecuada de los multimicronutrientes	N° de personal de salud brinda adecuada orientación/N° total de personal de salud x 100	ACTAS, FICHAS DE ASISTENCIA	Personal de salud orienta adecuadamente sobre las reacciones secundarias y administración correcta de los multimicrimientes.
ACCIONES:	1.1. Taller de sensibilización en la norma técnica de consejería	3 Talleres de capacitación en el año 2018 dirigido al personal de salud	Personal que participa <u>en los 3 talleres</u> x100 total de profesional de salud en el C.S. monterrey	Acta, planilla de asistencia	Personal de salud conoce norma técnica de consejería
	1.2. Talleres de capacitación	2 talleres de sesiones demostrativos en el año	N° de talleres de sesiones <u>demostrativos</u> x 100 taller programado	planilla de asistencia	personal de salud ejecutan adecuadas consejerías

RESULTADO 2	2.1. Talleres de sensibilización a los padres sobre las consecuencias de la no suplementación con multimicronutrientes	70% de padres conocen las consecuencias de la no administración de los micronutrientes	(n° de padres de familia que participan del taller/ total de padre menores de 36 meses *100	planilla de asistencia	padres de niños menores de 36 meses concientizados sobre las consecuencias de la no suplementación con los multimicronutrientes
	2.2. Talleres sobre la importancia del consumo de multimicronutrientes a través de sesiones demostrativas	2 sesiones demostrativas	$\frac{\text{n° de sesiones realizadas}}{\text{sesiones demostrativas programadas}} \times 100$	registro de asistencia	padres le dan importancia al consumo de los multimicronutrientes
	2.3. visitas domiciliarias a familias con niños menores de 36 años para consejerías sobre la administración correcta de los multimicronutrientes	2 talleres de presentaciones	(n° de padres con niños menores de 36 meses que participan del socio drama / n° total de padres con niños menores de 36 meses* 100	registro de asistencia	padres administran correctamente los multimicronutrientes
	2.4 Visitas domiciliarias de seguimiento del consumo de multimicronutrientes	70% de familias con niños menores de 36 meses reciben visitas domiciliarias por algún personal de salud	(N° de familias con niños menores de 36 meses con visitas efectivas/ el total de familias con niños menores de 36 meses * 100	Fichas familiares Fichas de visita de adherencia	Padres administran diariamente los multimicronutrientes
RESULTADO 3	3.1. Talleres de capacitación sobre las reacciones secundarias y la administración adecuada de los multimicronutrientes	70% de personal de salud conoce y maneja las reacciones secundarias del consumo de micronutrientes	(N° de personal de salud que participa del taller/ sobre el total de personal de salud que tiene a su cargo un sector * 100	Ficha de asistencia Informes de la capacitación	Personal de salud da orientación correcta sobre las reacciones y administración correcta de los multimicronutrientes
	3.2. Brindando información oportuna de efectos secundarios	70% del personal de salud brinda información de manera correcta y oportuna	(N° de personal de salud que participo en el taller/ total de personal que tiene a su cargo algún sector* 100	Ficha de asistencia	Personal de salud brinda información oportuna

## **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	Centro de Salud Monterrey.
CATEGORIA:	I-3
FUNDACIÓN:	04 de Febrero de 1982.
DIRECCIÓN:	Av. Centenario S/N.
DEPARTAMENTO:	Ancash.
PROVINCIA:	Huaraz.
DISTRITO:	Independencia.
TELEFONO:	943776483
SERVICIOS QUE PRESTA:	Medicina. Enfermería. Obstetricia. Odontología. Nutrición. Psicología. Laboratorio



PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 - 28 DIAS CONTROLADOS SEGÚN INEI COM PARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EESS	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	50	48	96,0		22	# DIV/0	160	149	33	20,6	22,1
P.S. Chontayoc	13	10	76,9		9	# DIV/0	25	24	9	36,0	37,5
P.S. Chavin	17	22	129,4		14	# DIV/0	33	31	15	45,5	48,4
P.S. Huanja	13	3	23,1		7	# DIV/0	22	21	5	22,7	23,8
P.S. Tarica	19	10	52,6		6	# DIV/0	14	8	8	57,1	100,0
P.S. Paltay	34	28	82,4		24	# DIV/0	40	21	10	25,0	47,6
P.S. Pashpa	15	13	86,7		15	# DIV/0	15	8	14	93,3	175,0
P.S. Collon	16	10	62,5		11	# DIV/0	14	8	5	35,7	62,5
P.S. Jangas	55	44	80,0		38	# DIV/0	55	29	36	65,5	124,1
P.S. Mataquita	29	18	62,1		10	# DIV/0	27	15	24	88,9	160,0
<b>MICORRED MONTERREY</b>	261	206	78,9	0	156	# DIV/0	405	314	159	39,3	50,6

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EESS	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	50	54	108,0		48	# DIV/0	171	249	42	24,6	16,9
P.S. Chontayoc	13	15	115,4		13	# DIV/0	27	39	18	66,7	46,2
P.S. Chavin	17	18	105,9		24	# DIV/0	35	51	14	40,0	27,5
P.S. Huanja	13	9	69,2		4	# DIV/0	24	35	5	20,8	14,3
P.S. Tarica	19	22	115,8		10	# DIV/0	16	16	14	87,5	87,5
P.S. Paltay	34	39	114,7		25	# DIV/0	44	46	33	75,0	71,7
P.S. Pashpa	15	14	93,3		12	# DIV/0	17	17	12	70,6	70,6
P.S. Collon	16	10	62,5		9	# DIV/0	16	16	13	81,3	81,3
P.S. Jangas	55	42	76,4		48	# DIV/0	58	63	44	75,9	69,8
P.S. Mataquita	29	14	48,3		14	# DIV/0	29	31	14	48,3	45,2
<b>MICORRED MONTERREY</b>	261	237	90,8	0	207	# DIV/0	437	563	209	47,8	37,1

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	54	61	113,0		40	#(DIV/0)	171	249	46	26,9	18,5
P.S. Chontayoc	14	18	128,6		11	#(DIV/0)	27	39	15	55,6	38,5
P.S. Chavin	18	14	77,8		18	#(DIV/0)	36	51	19	54,3	37,3
P.S. Huanja	14	1	7,1		6	#(DIV/0)	24	35	4	16,7	11,4
P.S. Tarica	22	16	72,7		9	#(DIV/0)	16	16	11	68,8	68,8
P.S. Paltay	39	27	69,2		42	#(DIV/0)	44	46	30	68,2	65,2
P.S. Pashpa	17	13	76,5		15	#(DIV/0)	17	17	9	52,9	52,9
P.S. Collon	18	11	61,1		11	#(DIV/0)	16	16	8	50,0	50,0
P.S. Jangas	59	35	59,3		35	#(DIV/0)	58	63	45	77,6	71,4
P.S. Mataquita	30	11	36,7		16	#(DIV/0)	29	31	14	48,3	45,2
<b>MICRORRED MONTERREY</b>											
	285	207	72,6	0	203	#(DIV/0)	437	563	201	46,0	35,7

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 2 AÑOS CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	56	47	83,9		47	#(DIV/0)	180	217	43	23,9	19,8
P.S. Chontayoc	15	9	60,0		13	#(DIV/0)	28	34	12	42,9	35,3
P.S. Chavin	19	19	100,0		16	#(DIV/0)	37	45	17	45,9	37,8
P.S. Huanja	15	7	46,7		2	#(DIV/0)	258	30	8	3,1	26,7
P.S. Tarica	24	16	66,7		6	#(DIV/0)	17	16	14	82,4	87,5
P.S. Paltay	43	37	86,0		26	#(DIV/0)	49	48	43	87,8	89,6
P.S. Pashpa	18	11	61,1		16	#(DIV/0)	18	18	14	77,8	77,8
P.S. Collon	19	10	52,6		12	#(DIV/0)	17	16	7	41,2	43,8
P.S. Jangas	62	38	61,3		36	#(DIV/0)	61	61	29	47,5	47,5
P.S. Mataquita	32	14	43,8		12	#(DIV/0)	30	31	20	66,7	64,5
<b>MICRORRED MONTERREY</b>											
	303	208	68,6	622	186	29,9	695	516	207	29,8	40,1

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 AÑOS CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	58	38	65,5		34	# DIV 0	92	192	33	35,9	17,2
P.S. Chontayoc	15	13	86,7		9	# DIV 0	29	31	15	51,7	48,4
P.S. Chavín	19	15	78,9		19	# DIV 0	38	40	14	36,8	35,0
P.S. Huanja	15	9	60,0		7	# DIV 0	26	27	3	11,5	11,1
P.S. Tarica	25	22	88,0		2	# DIV 0	18	19	7	38,9	36,8
P.S. Paltay	45	27	60,0		30	# DIV 0	53	55	25	47,2	45,5
P.S. Pashpa	19	9	47,4		10	# DIV 0	19	20	10	52,6	50,0
P.S. Collon	20	17	85,0		9	# DIV 0	18	19	11	61,1	57,9
P.S. Jangas	64	41	64,1		32	# DIV 0	63	52	32	50,8	61,5
P.S. Mataquita	33	20	60,6		17	# DIV 0	31	25	10	32,3	40,0
<b>MICRORRED MONTERREY</b>	<b>313</b>	<b>211</b>	<b>67,4</b>	<b>0</b>	<b>169</b>	<b># DIV 0 </b>	<b>387</b>	<b>480</b>	<b>160</b>	<b>41,3</b>	<b>33,3</b>

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 4 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	59	26	44,1		20	# DIV 0	189	179	31	16,40	17,3
P.S. Chontayoc	15	15	100,0		13	# DIV 0	30	28	10	33,33	35,7
P.S. Chavín	20	18	90,0		16	# DIV 0	39	37	19	48,72	51,4
P.S. Huanja	15	6	40,0		10	# DIV 0	26	25	7	26,92	28,0
P.S. Tarica	27	18	66,7		3	# DIV 0	19	22	3	15,79	13,6
P.S. Paltay	48	31	64,6		20	# DIV 0	56	61	28	50,00	45,9
P.S. Pashpa	20	17	85,0		12	# DIV 0	20	23	7	35,00	30,4
P.S. Collon	22	10	45,5		15	# DIV 0	19	22	5	26,32	22,7
P.S. Jangas	65	34	52,3		33	# DIV 0	65	58	24	36,92	41,4
P.S. Mataquita	33	15	45,5		20	# DIV 0	32	29	14	43,75	48,3
<b>MICRORRED MONTERREY</b>	<b>324</b>	<b>190</b>	<b>58,6</b>	<b>0</b>	<b>162</b>	<b># DIV 0 </b>	<b>495</b>	<b>484</b>	<b>148</b>	<b>29,90</b>	<b>30,6</b>

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESCARTE DE PARASITOSIS SEGÚN INEI COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	277	79	28,5		130	#(DIV/0)	886	986	135	15,2	13,7
P.S. Chontayoc	72	21	29,2		9	#(DIV/0)	139	156	36	25,9	23,1
P.S. Chavín	93	21	22,6		43	#(DIV/0)	182	204	15	8,2	7,4
P.S. Huanja	72	9	12,5		14	#(DIV/0)	123	138	23	18,7	16,7
P.S. Tarica	117	32	27,4		21	#(DIV/0)	84	81	21	25,0	25,9
P.S. Paltay	209	48	23,0		52	#(DIV/0)	242	231	42	17,4	18,2
P.S. Pashpa	89	15	16,9		8	#(DIV/0)	89	86	4	4,5	4,7
P.S. Collon	95	28	29,5		17	#(DIV/0)	84	81	18	21,4	22,2
P.S. Jangas	305	244	80,0		313	#(DIV/0)	302	263	258	85,4	98,1
P.S. Mataquita	157	14	8,9		43	#(DIV/0)	149	131	6	4,0	4,6
<b>MICRORRED MONTERREY</b>											
	1486	511	34,4	0	650	#(DIV/0)	2280	2357	558	24,5	23,7

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DX. DE PARASITOSIS SEGÚN DESCARTE DE PARASITOSIS COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017									
EES	2015			2016			2017		
	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%
C.S. Monterrey	79	67	84,8	130	57	43,8	135	39	28,9
P.S. Chontayoc	21	7	33,3	9	8	88,9	36	8	22,2
P.S. Chavín	21	8	38,1	43	10	23,3	15	6	40,0
P.S. Huanja	9	2	0,0	14	2	0,0	23	7	30,4
P.S. Tarica	32	32	100,0	21	2	9,5	21	13	61,9
P.S. Paltay	48	38	79,2	52	38	73,1	42	39	92,9
P.S. Pashpa	15	6	40,0	8	2	25,0	4	2	50,0
P.S. Colloca	28	17	60,7	17	8	47,1	18	5	27,8
P.S. Jangas	244	105	43,0	313	78	24,9	258	83	32,2
P.S. Mataquita	14	9	0,0	43	23	0,0	6	1	16,7
<b>MICRORRED MONTERREY</b>									
	511	291	56,9	650	228	35,1	761	203	26,7

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESCARTE DE ANEMIA SEGÚN INEI COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EESS	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	277	103	37,2		227	#/DIV/0!	886	986	205	23,1	20,8
P.S. Chontayoc	72	26	36,1		22	#/DIV/0!	139	156	46	33,1	29,5
P.S. Chavín	93	28	30,1		54	#/DIV/0!	182	204	15	8,2	7,4
P.S. Huarja	72	14	19,444		19	#/DIV/0!	123	138	27	22,0	19,6
P.S. Tarica	117	79	67,5		24	#/DIV/0!	84	81	29	34,5	35,8
P.S. Paltay	209	43	20,6		112	#/DIV/0!	242	231	96	39,7	41,6
P.S. Pashpa	89	22	24,7		46	#/DIV/0!	89	86	14	15,7	16,3
P.S. Collon	95	36	37,9		25	#/DIV/0!	84	81	25	29,8	30,9
P.S. Jangas	305	262	85,9		356	#/DIV/0!	302	263	304	100,7	115,6
P.S. Mataquita	157	19	12,102		50	#/DIV/0!	149	131	68	45,6	51,9
<b>MICRORRED MONTERREY</b>											
	1486	632	42,5	0	935	#/DIV/0!	2280	2357	829	36,4	35,2

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DX. DE ANEMIA SEGÚN DESCARTE DE ANEMIA COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017									
EESS	2015			2016			2017		
	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%
C.S. Monterrey	103	112	108,7	227	176	77,5	205	159	77,6
P.S. Chontayoc	26	0	0,0	22	20	90,9	46	14	30,4
P.S. Chavín	28	17	60,7	54	30	55,6	15	18	120,0
P.S. Huarja	14	13	0,0	19	18	0,0	27	19	70,4
P.S. Tarica	79	29	36,7	24	4	16,7	29	22	75,9
P.S. Paltay	43	30	69,8	112	71	63,4	96	57	59,4
P.S. Pashpa	22	26	118,2	46	10	21,7	14	10	71,4
P.S. Collon	36	16	44,4	25	19	76,0	25	22	88,0
P.S. Jangas	262	63	24,0	356	118	33,1	304	121	39,8
P.S. Mataquita	19	4	0,0	50	42	0,0	68	31	45,6
<b>MICRORRED MONTERREY</b>									
	632	310	49,1	935	508	54,3	1302	473	36,3

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES SUPLEMENTADOS CON HIERRO SEGÚN INEI COMPARATIVO I SEMESTRE 2013 - 2014 - 2015											
EESS	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE CON XII ENTREGA	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	160	35	21,9			# Div/0!	511	615	38	7,4	6,2
P.S. Chontayoc	42	12	28,6			# Div/0!	80	97	11	13,8	11,3
P.S. Chavin	54	17	31,5			# Div/0!	105	127	9	8,6	7,1
P.S. Huanja	42	4	9,5			# Div/0!	71	86	4	5,6	4,7
P.S. Tarica	65	16	24,6			# Div/0!	47	40	5	10,6	12,5
P.S. Paltay	116	2	1,7			# Div/0!	133	115	40	30,1	34,8
P.S. Pashpa	50	23	46,0			# Div/0!	50	43	7	14,0	16,3
P.S. Collon	53	14	26,4			# Div/0!	47	40	2	4,3	5,0
P.S. Jangas	176	40	22,7			# Div/0!	174	153	27	15,5	17,6
P.S. Mataquita	91	7	7,7			# Div/0!	86	77	15	17,4	19,5
<b>MICRORRED MONTERREY</b>	849	170	20,0	0	0	# Div/0!	1304	1393	158	12,1	11,3

DESERCIÓN DE NIÑOS < 1 AÑO CON DESERCIÓN CON CRED III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS < DE 1 AÑO CON 1 CRED MARZO - NOV. 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 11 CRED III TRIM 2017	NIÑOS CON 11 CRED EESS	Nº	%	ANÁLISIS
C.S. Monterrey	34		42	42	-8	-23,53	
P.S. Chontayoc	19		18	18	1	5,26	
P.S. Chavin	15		14	14	1	6,67	
P.S. Huanja	6		5	5	1	16,67	
P.S. Tarica	19		14	14	5	26,32	
P.S. Paltay	34		33	33	1	2,94	
P.S. Pashpa	15		12	12	3	20,00	
P.S. Collon	14		13	13	1	7,14	
P.S. Jangas	46		44	44	2	4,35	
P.S. Mataquita	12		14	14	-2	-16,67	
<b>MICRORRED</b>	<b>214</b>	<b>0</b>	<b>209</b>	<b>209</b>	<b>5</b>	<b>2,34</b>	

DESERCION DE NIÑOS DE 1 AÑO CON DESERCION CON CRED III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS DE 1 AÑO CON 1 CRED MARZO- NOV 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 6 CRED III TRIM 2017	NIÑOS CON 6 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	63		46	46	17	26,98	
P.S. Chontayoc	15		15	15	0	0,00	
P.S. Chavin	23		19	19	4	17,39	
P.S. Huanja	3		4	4	-1	-33,33	
P.S. Tarica	9		11	11	-2	-22,22	
P.S. Paltay	29		30	30	-1	-3,45	
P.S. Pashpa	12		9	9	3	25,00	
P.S. Collon	9		8	8	1	11,11	
P.S. Jangas	46		45	45	1	2,17	
P.S. Mataquita	15		14	14	1	6,67	
MICRORED	224	0	201	201	23	10,27	

DESERCION DE NIÑOS DE 2 AÑOS CON DESERCION CON CRED III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS DE 2 AÑOS CON 1 CRED ABR - DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMEST RE 2017	NIÑOS CON 4 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	49	9	43	43	6	12,24	
P.S. Chontayoc	13		12	12	1	7,69	
P.S. Chavin	19		17	17	2	10,53	
P.S. Huanja	7		8	8	-1	0,00	
P.S. Tarica	14		14	14	0	0,00	
P.S. Paltay	46		43	43	3	6,52	
P.S. Pashpa	13		14	14	-1	-7,69	
P.S. Collon	8		7	7	1	12,50	
P.S. Jangas	39		29	29	10	25,64	
P.S. Mataquita	23		20	20	3	13,04	
MICRORED	231	9	207	207	24	10,39	



DESERCION DE NIÑOS DE 3 AÑOS CON DESERCION CON III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS DE 3 AÑOS CON 1 CRED ABR - DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMESTRE 2017	NIÑOS CON 4 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	43		33	33	10	23,26	
P.S. Chontayoc	15		15	15	0	0,00	
P.S. Chavin	16		14	14	2	12,50	
P.S. Huanja	2		3	3	-1	-50,00	
P.S. Tarica	13		7	7	6	46,15	
P.S. Paltay	31		25	25	6	19,35	
P.S. Pashpa	14		10	10	4	28,57	
P.S. Collon	13		11	11	2	15,38	
P.S. Jangas	41		32	32	9	21,95	
P.S. Mataquita	13		10	10	3	23,08	
MICRORED	201	0	160	160	41	20,40	

DESERCION DE NIÑOS DE 4 AÑOS CON DESERCION CON III TRIM 2015							
EESS	NIÑOS DE 4 AÑOS CON 1 CRED A1BR- DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMESTRE	NIÑOS CON 4 CRED EESS	IP	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	42		31	31	11	26,19	
P.S. Chontayoc	8		10	10	-2	-25,00	
P.S. Chavin	18		19	19	-1	-5,56	
P.S. Huanja	7		7	7	0	0,00	
P.S. Tarica	11		3	3	8	72,73	
P.S. Paltay	41		28	28	13	31,71	
P.S. Pashpa	10		7	7	3	30,00	
P.S. Collon	9		5	5	4	44,44	
P.S. Jangas	33		24	24	9	27,27	
P.S. Mataquita	17		14	14	3	17,65	
MICRORED	196	0	148	148	48	24,49	



## RECOMENDACIONES

- MEJORAR LA BASE NOMINAL DE NIÑOS (PROMSA, SFAMILIAR, ENFERMERIA)
- MEJORAR EL CONTROL OPORTUNO DE NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS
- MEJORAR LA OFERTA DE LOS PAQUETES POR GRUPO ETAREO
- REALIZAR EL CRUCE DE INFORMACIÓN CON PROMSA, MATERNO
- MEJORAR EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO, PARA MEJORAR EL CONTROL OPORTUNO
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE MICRONUTRIENTES
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE TAMIZAJE DE ANEMIA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ANEMIA (IMPLEMENTANDO NOMINAL DE ANEMICOS)
- MEJORAR EL SEGUIMIENTOS DE NIÑOS CON MORBILIDAD.

Según los indicadores FED-SIS de la microred Monterrey se llegó a lo siguiente

### I.1.- INDICADORES DE DESEMPEÑO

#### A).- PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO Y/O MN.

MICRORED	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° de niño(a)s asegurados al SIS que cumplen 1 año con suplemento de Hierro por 6 meses o mas, (>=2250mg)	N° de niño(a)s que cumplen 01 año afiliados al sis	%	N° de niño(a)s asegurados al SIS que cumplen 2 años con suplemento de Hierro por 6 meses o mas, (>=2250mg)	N° de niño(a)s que cumplen 02 años afiliados al sis	%
MR MONTERREY	CS MONTERREY	0	41	0.0%	0	65	0.0%
MR MONTERREY	PS CHAVIN	0	18	0.0%	0	23	0.0%
MR MONTERREY	PS CHONTAYOC	0	18	0.0%	0	15	0.0%
MR MONTERREY	CS JANGAS	0	49	0.0%	0	49	0.0%
MR MONTERREY	PS MATAQUITA	0	15	0.0%	0	20	0.0%
MR MONTERREY	PS HUANJA	0	3	0.0%	0	7	0.0%
MR MONTERREY	PS COLLON	0	13	0.0%	0	13	0.0%
MR MONTERREY	PS TARICA	0	20	0.0%	0	13	0.0%
MR MONTERREY	PS PALTAY	0	35	0.0%	0	34	0.0%
MR MONTERREY	PS PASHPA	0	16	0.0%	0	12	0.0%
MR MONTERREY		0	228	0.0%	0	251	0.0%

## I.1.-INDICADORES DE DESEMPEÑO

### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SUPLEMENTACION DE MMN

MicroRed	Establecimiento	N° de niño(a)s asegurados al SIS que cumplen 1 año suplementados con MMN por 6 meses o mas, (>=2250mg) Según SIASIS	N° de niño(a)s que cumplen 01 año afiliados al sis	%	N° de niño(a)s asegurados al SIS que cumplen 2 años suplementados con MMNo por 6 meses o mas, (>=2250mg) Según SIASIS	N° de niño(a)s que cumplen 02 años afiliados al sis	%
MR MONTERREY	CS MONTERREY	6	41	14.63%	<b>45</b>	65	69.2%
MR MONTERREY	PS CHAVIN	2	18	11.11%	<b>18</b>	23	78.3%
MR MONTERREY	PS CHONTAYOC	2	18	11.11%	<b>18</b>	15	120.0%
MR MONTERREY	CS JANGAS	6	49	12.24%	<b>38</b>	49	77.6%
MR MONTERREY	PS MATAQUITA	5	15	33.33%	<b>16</b>	20	80.0%
MR MONTERREY	PS HUANJA	0	3	0.00%	<b>5</b>	7	71.4%
MR MONTERREY	PS COLLON	0	13	0.00%	<b>17</b>	13	130.8%
MR MONTERREY	PS TARICA	1	20	5.00%	<b>17</b>	13	130.8%
MR MONTERREY	PS PALTAY	2	35	5.71%	<b>34</b>	34	100.0%
MR MONTERREY	PS PASHPA	2	16	12.50%	<b>15</b>	12	125.0%
<b>MF MONTERREY</b>		<b>26</b>	<b>228</b>	<b>11.40%</b>	<b>223</b>	<b>251</b>	<b>88.8%</b>

## I.1.- INDICADORES DE DESEMPEÑO

### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON SUPLEMENTACION DE HIERRO Y/O MMN

MICRORED	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° de niño(a)s asegurados al SIS que cumplen 01 Y 02 años con suplemento de Hierro o MMN por 6 meses o mas, ( $\geq 2250\text{mg}$ )	N° de niño(a)s que cumplen 01 y 02 años afiliados al sis	%
MR MONTERREY	CS MONTERREY	51	106	48.1%
MR MONTERREY	PS CHAVIN	20	41	48.8%
MR MONTERREY	PS CHONTAYOC	20	33	60.6%
MR MONTERREY	CS JANGAS	44	98	44.9%
MR MONTERREY	PS MATAQUITA	21	35	60.0%
MR MONTERREY	PS HUANJA	5	10	50.0%
MR MONTERREY	PS COLLON	17	26	65.4%
MR MONTERREY	PS TARICA	18	33	54.5%
MR MONTERREY	PS PALTAY	37	69	53.6%
MR MONTERREY	PS PASHPA	17	28	60.7%
MR MONTERREY		250	479	52.2%

## II.-INDICADORES EN EL MARCO FED 2018

### II.1.-INDICADORES DE COBERTURA

<b>PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE RECIBEN PAQUETE COMPLETO CRED</b>				
<b>MICRORED</b>	<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>N° niñas y niños menores de 1 año afiliados al SIS que reciben: CRED completo según edad, Vacunas de Neumococo y Rotavirus, Suplementación con hierro y tienen dosaje de hemoglobina</b>	<b>N° de niño(a)s que cumplen 01 año afiliados al sis</b>	<b>%</b>
MR MONTERREY	CS MONTERREY	0	41	0.0%
MR MONTERREY	PS CHAVIN	0	18	0.0%
MR MONTERREY	PS CHONTAYOC	0	18	0.0%
MR MONTERREY	CS JANGAS	0	49	0.0%
MR MONTERREY	PS MATAQUITA	0	15	0.0%
MR MONTERREY	PS HUANJA	0	3	0.0%
MR MONTERREY	PS COLLON	0	13	0.0%
MR MONTERREY	PS TARICA	0	20	0.0%
MR MONTERREY	PS PALTAY	0	35	0.0%
MR MONTERREY	PS PASHPA	0	16	0.0%
MR MONTERREY		0	228	0.0%

## II.2.- COMPROMISOS DE MEJORA

### S1-09: Niñas y niños con afiliación temprana y permanente al SIS.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Porcentaje de niñas/niños nacidos de parto institucional, que tienen afiliación permanente dentro de los 30 días de vida			Porcentaje de niñas/niños menores de 1 año que tienen sólo afiliación permanente al SIS.		
	Número de niñas/niños que tienen afiliación permanente según la normatividad de SIS, hasta los 30 días de nacidos.	Número de niñas/niños cuyos partos han sido atendidos en establecimientos de salud. DE ENERO A MARZO	% DE CUMPLIMIENTO	Número de niñas/niños menores de 1 año DE ENERO A MARZO con afiliación permanente y vigente en el SIS.	Número de niñas/niños menores de 1 año DE ENERO A MARZO con afiliación vigente en el SIS (temporal y permanente)	% DE CUMPLIMIENTO
CS MONTERREY	13	11	118.18%	62	63	98.41%
PS CHAVIN	5	7	71.43%	20	20	100.00%
PS CHONTAYOC	2	3	66.67%	13	13	100.00%
CS JANGAS	10	9	111.11%	55	57	96.49%
PS MATAQUITA	6	6	100.00%	25	25	100.00%
PS HUANJA	2	5	40.00%	7	7	100.00%
PS COLLON	2	2	100.00%	13	13	100.00%
PS TARICA	6	5	120.00%	25	25	100.00%
PS PALTAY	7	7	100.00%	37	37	100.00%
PS PASHPA	1	1	100.00%	16	16	100.00%
MR MONTERREY	54	56	96.43%	273	276	98.91%

## II.2.- COMPROMISOS DE MEJORA

### S1-09: Niñas y niños con afiliación temprana y permanente al SIS.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Porcentaje de niñas/niños nacidos de parto institucional, que tienen afiliación permanente dentro de los 30 días de vida			Porcentaje de niñas/niños menores de 1 año que tienen sólo afiliación permanente al SIS.		
	Número de niñas/niños que tienen afiliación permanente según la normatividad de SIS, hasta los 30 días de nacidos.	Número de niñas/niños cuyos partos han sido atendidos en establecimientos de salud. DE ENERO A MARZO	% DE CUMPLIMIENTO	Número de niñas/niños menores de 1 año DE ENERO A MARZO con afiliación permanente y vigente en el SIS.	Número de niñas/niños menores de 1 año DE ENERO A MARZO con afiliación vigente en el SIS (temporal y permanente)	% DE CUMPLIMIENTO
CS MONTERREY	13	11	118.18%	62	63	98.41%
PS CHAVIN	5	7	71.43%	20	20	100.00%
PS CHONTAYOC	2	3	66.67%	13	13	100.00%
CS JANGAS	10	9	111.11%	55	57	96.49%
PS MATAQUITA	6	6	100.00%	25	25	100.00%
PS HUANJA	2	5	40.00%	7	7	100.00%
PS COLLON	2	2	100.00%	13	13	100.00%
PS TARICA	6	5	120.00%	25	25	100.00%
PS PALTAY	7	7	100.00%	37	37	100.00%
PS PASHPA	1	1	100.00%	16	16	100.00%
MR MONTERREY	54	56	96.43%	273	276	98.91%

