



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**INCREMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO EN LAS
GESTANTES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE
SALUD SAN PEDRO - CHIMBOTE, 2018**

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

AUTOR:

LIC. OBSTA. ALEXANDER FIDEL ALVARADO DIAZ

ASESORA:

MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

CHIMBOTE - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

MGTR. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

Presidenta

MGTR. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ

Miembro

MGTR. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por mantenerme firme, en los momentos más difíciles que me tocó vivir, fortaleciendo mi espíritu e iluminando mi camino en cada paso de mis días.

A mi familia por su apoyo y estímulo constante a crecer día a día como profesional, como persona, pero sobre todo para estar dispuesto siempre a servir a los demás.

A la profesora Elsa Palacios Carranza, por los conocimientos compartidos y su paciencia en la asesoría del presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis hijos, por ser el motor que me impulsa a superarme cada día, porque con su amor, su cariño y travesuras llenan de alegría el alma mía.

También dedico este trabajo a mi esposa, por ser mi compañera, amiga y cómplice en todo momento que nos ha tocado vivir, unidos con la bendición de Dios nuestro señor.

Dedico este trabajo a la prestigiosa Universidad Católica los Ángeles de Chimbote y su escuela de posgrado, por darnos la oportunidad de seguir creciendo como profesionales de la salud.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1.Título del Proyecto	03
2.2.Localización	03
2.3.Población Beneficiaria	03
2.4.Institución que lo Presenta	03
2.5.Duración del Proyecto	03
2.6.Costo Total	03
2.7.Resumen	04
III. JUSTIFICACIÓN	06
IV. OBJETIVOS	29
V. METAS	29
VI. METODOLOGÍA	30
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	30
6.2.Sostenibilidad del proyecto	36
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	37
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	44
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	46
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	51
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

I. PRESENTACIÓN

Un inadecuado estado nutricional en el periodo preconcepcional, durante el embarazo y después del mismo, influyen de forma negativa sobre la salud de la madre y el niño, creando riesgos como una incorrecta ganancia de peso gestacional y anemia en la madre; en el caso del niño, aumentando el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, anemia, así como probables riesgos nutricionales durante los primeros meses de vida (1).

Estas condiciones también incrementan el riesgo de muerte materna en caso de presentar sangrado después del parto, principal causa de mortalidad materna del país. Las consecuencias en el niño son notables, teniendo en cuenta que el embarazo es uno de los períodos más importantes en el perfeccionamiento de las partes intelectuales y emocionales (2).

Se estima que un 41,8% de las embarazadas del mundo sufren anemia, y se considera que aproximadamente la mitad de esta carga de anemia son consecuencia de la falta de hierro (o ferropenia). Como parte del control prenatal se aconseja la administración oral de hierro y ácido fólico para disminuir el riesgo de recién nacidos con peso por debajo de los valores normales, anemia materna y ferropenia. Así mismo, todas las mujeres deben recibir consejería e interconsulta con nutrición, dentro del proceso de suplementación, sobre la alimentación durante el embarazo y el puerperio, en cada una de sus atenciones, dando énfasis a la ingesta de alimentos de origen animal ricos en hierro, así como de los factores que pueden impedir o facilitar la absorción de hierro vegetal o no hemínico. También, se le deberá orientar

que durante el embarazo y puerperio se debe de mantener reservas adecuadas de hierro (3,4).

Como respuesta a esta problemática nace la propuesta de iniciar una reorganización de los servicios de salud, así como un cambio positivo en la actitud y competencias del personal de salud; a fin de mejorar la ingesta de hierro en las gestantes, y prevenir la anemia por deficiencia de hierro, problema nutricional que afecta a nuestras gestantes, y es causa de morbimortalidad tanto en la madre como en el niño, siendo el presente trabajo una herramienta para el logro de estos objetivos. En este trabajo, la capacitación, es primordial para lograr que la gestante, su familia y comunidad conozcan sobre las medidas de prevención, así mismo se debe contar con personal de salud capacitado y concientizado para la captación temprana de las gestantes y brindar una atención prenatal de calidad orientado a la integralidad.

Es en este contexto que se realiza el presente proyecto titulado: “INCREMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO EN LAS GESTANTES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAN PEDRO, 2018”; así mismo se describe toda la metodología de cómo abordamos el problema, la propuesta de objetivos y plan de trabajo; se utilizó el modelo de proyectos de inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Deseo que el presente proyecto sea una herramienta de gran beneficio para los gestores en salud y para todos los profesionales que queremos generar cambios positivos en nuestra población, orientados hacia el autocuidado de su salud.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL PROYECTO:

INCREMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO EN LAS GESTANTES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAN PEDRO – 2018.

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población gestante y las familias de las gestantes de la jurisdicción del Puesto Salud San Pedro.
- **Beneficiarios Indirectos:** Personal de salud del servicio de Obstetricia del Puesto Salud Pedro.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto Salud San Pedro – Microred Progreso - Red Pacífico Norte.

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:

2 años.

Fecha Inicio : Julio 2018.

Fecha Término : Junio 2020.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 6,054.00

2.7. RESUMEN:

El presente proyecto surge como una alternativa de solución a la problemática que se presenta en la Jurisdicción del Puesto Salud San Pedro, debido al inadecuado estado nutricional de la gestante, lo que condiciona el incremento de casos de anemia por deficiencia de hierro durante la gestación que se vienen presentando en los últimos años.

Contemplando que para disminuir el número de casos, deben desarrollarse actividades educativas enfocadas a mejorar las prácticas saludables en la gestante. Siendo parte del control prenatal brindar consejería para asegurar la toma diaria de hierro y ácido fólico para disminuir el riesgo de recién nacidos con bajo peso, anemia materna y ferropenia. Así mismo todas las mujeres deben recibir consejo nutricional, dentro del proceso de suplementación, sobre la alimentación durante la gestación y el puerperio, en cada una de sus atenciones, dando énfasis a la ingesta de alimentos de origen animal ricos en hierro hemínico, así como de los factores que pueden impedir o facilitar la absorción de hierro vegetal o no hemínico. También, se le deberá mencionar sobre la importancia de mantener reservas adecuadas de hierro durante el embarazo y el puerperio (3,4).

Por estos motivos, este trabajo académico, busca mejorar las prácticas saludables en las gestantes a través de Líneas de acción como Gestión, Capacitación, Concientización, Información, Educación y Comunicación (IEC), así como la vigilancia nutricional para identificar a las gestantes que presentan problemas nutricionales, ya que influyen

de forma negativa sobre la salud de la madre y el niño, creando riesgos como una incorrecta ganancia de peso gestacional y anemia en la madre; en el caso del niño, aumentando el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, anemia, así como probables riesgos nutricionales durante los primeros meses de vida (1).

Esperando que como profesional de salud y trabajadores del sector salud, podamos colaborar con la mejora de las prácticas saludables, enfocados a disminuir los casos de anemia por deficiencia de hierro, en las gestantes que se controlan en el Puesto De Salud San Pedro, del distrito de Chimbote, a fin de que se reduzca su incidencia.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo está constituido por una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer y esto se debe a que durante el transcurso del mismo, existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales maternas de casi todos los nutrientes. Las necesidades de hierro se incrementan hasta tres veces a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados. Debido a este incremento de necesidades de hierro, la anemia ferropénica es la enfermedad hematológica de mayor prevalencia en la embarazada y está presente en el 30 al 70% de las gestantes (2).

Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que la anemia afecta a cerca de 800 millones de niños y mujeres. En efecto, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años padecían anemia en 2011, y aproximadamente la mitad de ellos también estaban deficientes de hierro. La desnutrición y la malnutrición de micronutrientes tienen serias consecuencias económicas, con un costo estimado de US\$1.4-2.1 trillón o 2.3 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial por año (5).

La anemia en la gestación tiene muchos efectos sobre la salud del bebé incluyendo un aumento en el riesgo de retraso en el crecimiento, ceguera, enfermedades graves, disminución del rendimiento cognitivo, defectos espinales y cerebrales. La anemia durante la gestación también incrementa la probabilidad de aborto involuntario, mortinato y bajo peso al nacer

aumentando así el riesgo de mortalidad infantil, complicaciones en el parto, causando hemorragias que representan un aumento del riesgo de mortalidad y depresión materna. La anemia por deficiencia de hierro aporta un estimado de 115,000 muertes maternas / año a nivel mundial (5).

En América Latina el 3% de las muertes maternas son causadas directamente por la anemia y se relaciona con incremento del riesgo de infección y considerables pérdidas sanguíneas en el parto y puerperio. Así mismo se estima que más de la mitad de las gestantes tienen bajos recursos económicos y como resultado están en riesgo de padecer anemia por deficiencia de hierro. Según la organización internacional especializada en salud pública de las Américas (OPS), se calcula que más de un tercio de la población de mujeres en edad reproductiva y más del 50% de mujeres embarazadas está anémicas, siendo uno de los motivos de muerte materna y perinatal (6).

En Perú el 28% de las mujeres embarazadas tiene problemas de anemia, teniendo la mayor incidencia en las regiones de la zona central, teniendo en cuenta que los grupos poblacionales disponen de una multiétnica cultural y nutricional diferente, causando que algunos tengan privaciones muy significantes, lo que conlleva a niveles bajos de hemoglobina por la deficiencia en la ingesta de hierro (7).

En la Región Ancash, los desórdenes nutricionales tienen un elevado efecto sobre la sociedad, principalmente la anemia en niños (43.5%) y gestantes (31.2%), con consecuencias no sólo físicas sino cognitivas; estudios reportan, en relación a las gestantes que acuden a los establecimientos de

salud por atención prenatal, el déficit de peso, el mismo que muestra una tendencia a incrementarse en el último año, afectando actualmente a 1 de cada 10 gestantes, así mismo el incremento del sobrepeso entre las mismas, se mantiene respecto al 2012, puesto que ha mantenido un aumento de 4.1 puntos porcentuales, llegando a afectar a casi 2 de cada 5 embarazadas que acuden a los servicios de salud de la región. La anemia en gestantes está teniendo un aumento discreto en todo el periodo, deteriorando la salud de 2 de cada 7 gestantes que acuden a los centros de salud de la región (8).

Según la Oficina de estadística e Informática de la DIRESA - Ancash el índice de anemia en niños menores de 3 años, es de 42,8%, el informe indica también que los lugares en donde se concentran la mayor cantidad de casos son los pueblos ubicados en las jurisdicción de la Red de Salud Conchucos Sur y Red de Salud Conchucos Norte, en la zona sierra de Áncash. En el caso de la zona costa (provincias del Santa y Pallasca) el índice de anemia es de 47.6%, es decir, mucho mayor al promedio regional. Así mismo las zonas en donde se concentran los mayores casos de anemia son las microredes de Pallasca, Santa y Miraflores Alto, donde actualmente la anemia en embarazadas asciende a 34%. Considerando que la presencia de la anemia se puede deber a una mala alimentación, así como también pueden sumar condiciones del contexto en el que crecen los niños y las gestantes.

Lo descrito anteriormente, forma parte de la realidad que se vive en el Puesto Salud San Pedro, en donde según los reportes estadísticos para el año 2016 nuestra casuística de anemia en gestantes fue del 30% y para el 2017 del

31%. Para disminuir el número de casos, deben desarrollarse actividades educativas enfocadas a mejorar las prácticas saludables en la gestante.

Por tal motivo surge el presente trabajo denominado Incrementado la ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro – 2018, como respuesta a esta problemática proponiendo iniciar una reorganización de los servicios de salud, así como un cambio positivo en la actitud y competencias del personal de salud; a fin de mejorar la ingesta de hierro en las gestantes, y prevenir la anemia por deficiencia de hierro, problema nutricional que afecta a nuestras gestantes, y es causa de morbimortalidad tanto en la madre como en el niño, siendo el presente trabajo una herramienta para el logro de estos objetivos. En este trabajo, la capacitación, es primordial para lograr que la gestante, su familia y comunidad conozcan sobre las medidas de prevención, así mismo se debe contar con personal de salud capacitado y concientizado para la captación temprana de las gestantes y brindar una atención prenatal de calidad orientado a la integralidad.

Fisiológicamente la anemia es una alteración producida por la disminución de un grupo de eritrocitos en una mujer, siendo escaso para otorgar el oxígeno necesario a las células. Sin embargo clínicamente se define como un descenso de los niveles de hemoglobina o del número de glóbulos rojos. La anemia es una de las complicaciones hematológicas más comunes durante la gestación, la carencia nutricional, la destrucción de los glóbulos rojos y otras patologías pueden determinar una anemia con graves consecuencias para el binomio materno fetal. Actualmente la anemia tiene como punto de corte el valor de 11 g/dl para cualquier edad gestacional (9).

Algunos factores como la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo; van hacer variar las necesidades fisiológicas de la hemoglobina. La síntesis de hemoglobina, producción y supervivencia de los glóbulos rojos se ve afectada principalmente por la carencia de hierro; existiendo otras deficiencias nutricionales entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A, la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas. En cuanto al embarazo considerada una de las etapas del proceso vital humano con mayores demandas de hierro (Fe) y cambios importantes en la sangre, que hacen que varíen en la concentración de hemoglobina (Hb) (9,10).

La privación de Fe que afecta la producción de Hb y desencadena anemia, trasgrede negativamente en el sistema inmunológico y dificulta la llegada de oxígeno hacia los tejidos, con resultados negativos para el feto, riesgo de prematuridad, recién nacidos con bajo peso y morbimortalidad materno-infantil. Por el contrario, el síndrome hipertensivo asociado al embarazo y la diabetes mellitus, producen aumento en la concentración de Hb y son consideradas una amenaza para la gestante. La administración diaria de hierro elemental de 30 a 60 mg equivalente a una tableta de 300 mg en presentación de comprimidos de sulfato ferroso al ser ingerida vía oral, redujo en un 70% el riesgo de anemia materna (3,9).

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una fórmula para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), el Peso esta expresado en kilogramos, dividido entre la estatura en metros al cuadrado, valores de 18.5 indica bajo peso, mayor o igual a 25 indica sobrepeso y un

valor mayor o igual a 30 implica obesidad, los rangos de los valores normales oscilan entre 18.5 a 24.9. Por lo tanto la anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que inician el embarazo con peso bajo para la talla, entre las que tienen poca ganancia de peso en el embarazo y en las adolescentes (9).

Según normativa en nuestro país, la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes está establecida, la misma que precisa que la suplementación debe iniciarse desde la semana 14 de gestante con la finalidad de garantizar un transporte adecuado de hierro desde la madre al feto y continuar hasta 42 días post parto para reponer las pérdidas (3).

Durante el metabolismo del hierro diariamente hay una pérdida basal de 0.8 mg/ día lo cual debe ser reemplazada en la dieta y durante el embarazo, la mitad del Fe se usa aumentando el volumen sanguíneo, el resto en el desarrollo y crecimiento del feto y sus anexos. El hierro total en el cuerpo es de 4 a 5 gramos, de los que más del 60% están en forma de hemoglobina, un 4% está en forma de mioglobina y un 1% en forma de varios compuestos de hemoglobina (HEM) favoreciendo la oxidación intracelular, el 0.1% se mezcla con la transferrina en el plasma sanguíneo, y el 15 al 30% se almacena en el sistema retículoendotelial y en las células del hígado, principalmente en forma de ferritina (9,10).

Por lo general el hierro se absorbe de manera eficiente en el duodeno y en la parte alta del yeyuno, combinándose rápidamente en el plasma sanguíneo con una globulina beta, la aptotransferrina, y formar la transferrina que después se transforma en el plasma. El hierro se mezcla débilmente con la molécula de

globulina y, en consecuencia, se puede liberar a cualquier célula tisular en cualquier punto del cuerpo. El hierro sobrante se almacena en todas las células del organismo, pero especialmente en las células del hígado y en las células retículoendoteliales de la médula ósea. En el citoplasma celular, se combina sobre todo con una proteína, la apoferritina, para formar ferritina. La apoferritina tiene un peso molecular considerable para que se pueda combinar con algunos grupos de radicales de hierro; por tanto la ferritina puede contener poca cantidad de hierro (9, 10,11).

Es importante los requerimientos de hierro, la toma inadecuada de este elemento y en los cambios fisiológicos normales que afectan a la hemoglobina que da como resultado una disminución de su concentración debido a la hemodilución, como la variación con nivel del mar en la que se encuentra el sujeto y su estado fisiológico; debido a que el organismo pone en marcha mecanismos que favorecen el suministro de oxígeno a los tejidos. Por lo tanto frente a una patología, la sangre en sujetos normales contiene la cantidad de hemoglobina suficiente para cubrir las necesidades de oxigenación tisular (9).

Cabe de mencionar que cuando hay reducción de la capacidad transportadora de oxígeno (O₂), los pacientes están con anemia, los tejidos llegan a un estado de hipoxia, el grado de alterar la función de cada tejido lo que hace depender de sus propios requerimientos de O₂, demostrando que la mayor parte de los síntomas se debe a la falta de O₂ en los tejidos principalmente en el músculo esquelético, sistema cardiovascular y sistema nervioso central. Clínicamente los pacientes anémicos tienen una gran variabilidad en la manifestación de sus síntomas sea cualquiera de las anemias,

la ausencia de síntomas en aquellos pacientes con valores demasiado bajos de hemoglobina, mientras que en otros con valor moderado, tienden a exagerar su cuadro (9,11).

En el tercer trimestre de gestación, el volumen plasmático se muestra elevado, con aumento los glóbulos rojos, lo que mejora el balance y mejoran los resultados del hematocrito, desgraciadamente, más de la mitad de las mujeres inician el embarazo sin tener los suficientes depósitos de hierro que puedan cubrir el aumento en la demanda, primordialmente en los dos últimos trimestres, si la embarazada no cuenta con una reserva natural de hierro, puede desarrollar anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica que es la más común de las anemias que se presentan durante el embarazo (9,11).

Ocurren diversos cambios fisiológicos y hematológicos propios de la anemia durante la gestación, la presencia de la circulación placentaria y el aumento del flujo sanguíneo uterino ocasionan un aumento necesario del volumen sanguíneo de aproximadamente un 30 %. Así mismo el plasma sanguíneo de la madre aumenta casi en un 50% por arriba del promedio encontrado en la mujer que no está gestando. Y es así como se produce un estado de hemodilución con una disminución de la concentración de hemoglobina denominada anemia fisiológica en la gestante. De tal manera que la cantidad de glóbulos blancos puede aumentar durante el embarazo, produciendo esta leucocitosis a un diagnóstico erróneo de infección (8,9).

Por otro lado, debido a la alteración de los componentes de la coagulación y el aumento de la estasis venosa, se genera un estado de

hipercoagulabilidad. Los factores de coagulación VII, VIII y X aumentan sus niveles, así como también un incremento significativo del fibrinógeno. Disminuyendo el sistema fibrinolítico durante el embarazo y el parto, y recuperándose posteriormente a la expulsión de la placenta. La incidencia de la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar es cinco veces mayor durante e inmediatamente después del embarazo. El cambio más significativo es el aumento del volumen plasmático en un casi un 50%, incrementando el suministro de oxígeno al útero, aumentando también la función excretora de los riñones. La organización mundial de la salud (OMS) recomienda un punto de corte de 11,0 g/100 ml para considerar una anemia (8, 9,11).

Una de las anemias más frecuente durante el embarazo, es la producida por deficiencia de hierro. El escaso consumo de ácido fólico o de vitamina B12, es notorio en la hiperémesis gravídica, antecedentes de 3 o más abortos en el último año, antecedentes de menstruaciones de más de 5 días, periodo intergenésico menor de 2 años, antecedente de dispositivo intrauterino, las infecciones como el paludismo y otros también pueden causar anemia. Sumados a los cambios en su anatomía y fisiología durante el embarazo se asocian a diversos factores sociales como la edad, sexo, raza y lugar de residencia, etc. (9).

Con respecto a la edad, a la aparición de casos nuevos en un año se acerca al 5 % en las mujeres, en los grupos de menor edad, existe una mayor susceptibilidad durante la gestación. En cuanto su procedencia la cantidad apropiada de Hemoglobina está en inversamente relacionada a la tensión atmosférica de oxígeno y por tanto, una dato normal para los mujeres que viven

a nivel del mar, nos dará síntomas de anemia en sujetos en una población especial que vive en grandes alturas. De tal manera que la altura nos muestra concentraciones de Hemoglobina mayores (8,9).

En lo concerniente al grado de escolaridad como factor de riesgo, se determina que existe una mayor prevalencia de anemia en mujeres con un menor nivel de instrucción (analfabeta y primaria) debido a que desconocen la importancia de los cuidados durante el embarazo y alimentación nutritiva, además está relacionado con el nivel socioeconómico y de acceso a los servicios de salud. Por otro lado en el estado civil, la disfunción familiar participa como un elemento negativo, aumentando tres veces el peligro de las embarazadas en presentar anemia, la conducta que determinan diversos hábitos y costumbres está supeditado por el espacio familiar, que cuando se ve afectado ese grupo familiar por problemas y situaciones críticas puede deteriorarse su función protectora de la salud, de ahí la importancia de identificar alteraciones de la funcionalidad y dinámica como factor de riesgo (9).

La ocupación de la gestante reincide en la adquisición y desarrollo de la anemia, él ser madres de familia, con una actividad física deficiente involucra el sedentarismo, asociado a una deficiente educación, dedicado a labores del hogar y en algunas ocasiones estudiando sin trabajar (9).

Por otro lado, en la historia obstétrica se menciona la edad gestacional. Donde se exponen los cambios en las concentraciones de hemoglobina entre el primer y tercer trimestre hacia la semana 29 de gestación, una frecuencia de anemia mayor que durante el primer trimestre la elevación de este indicador es

un efecto esperado si tenemos en cuenta los cambios fisiológicos en las concentraciones de hemoglobina que sufre la embarazada a partir de la sexta semana, consecuencia de una hemodilución, así como el aumento de los requerimientos de hierro para satisfacer las necesidades del crecimiento del feto y de la placenta, que pueden no cubrirse con la alimentación diaria y menos aun cuando esta es inadecuado en hierro, como la consumida por las mujeres durante el embarazo (9) .

En lo que respecta al número de controles prenatal, las acciones de intervención en la Atención Primaria de Salud se muestra como la mejor garantía para la prevención de la anemia durante esta etapa, podría lograrse mediante el control de la anemia en la mujer en edad fértil lo que contribuye a disminuir la frecuencia de este problema de salud, logrando de esta forma el bienestar de la gestantes en una situación nutricional positiva respecto a este nutriente. Adicionalmente la paridad en las mujeres tienden a presentar anemia debido a haber tenido más de tres partos, ya que las mujeres embarazadas con más de tres partos tienen mayor riesgo de presentar anemia, sabiendo que en cada parto la pérdida de sangre es casi 500 ml, por lo tanto es lógico pensar que entre más partos mayores serán las pérdidas, con lo que contribuye al déficit de hierro de las paciente (9).

La Teoría de Promoción para la Salud de Nola J. Pender, se basa en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores

psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación (23).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Es decir que, cuando hay una intención por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo y llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (23).

Así mismo el presente trabajo se sustenta bajo el siguiente Marco Legal:

- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley 28314, Ley que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes.
- Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PNAIA 2012-2021 y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación”.
- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 029-2015-SA, que aprueba la modificación del Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos-SISMED
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 006-MINSA/INS-V.01: “Lineamientos de Nutrición Materna”.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.

- Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la atención patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos), relacionadas a la calidad de atención del recién nacido en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Estándares e Indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales”.
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprueba la NTS 063-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/ DGSP-V.01:“Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.

- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Promoción de las Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva N° 048-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú.
- Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos dirigida a la población materna infantil.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS 105-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna”.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS 106-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna”.
- Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N201-MINSA-DGSP-V0.1 Directiva Administrativa para la

Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la” Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”.
- Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA, que modifica el Anexo 1: Factores de Riesgo Neonatal del documento normativo NTS N106-MINSA/DGSP –V01 “Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, aprobada por Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Manual de buenas prácticas de almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los laboratorios, droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros”.
- Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, que modifica la NTS N105-MINSA/DGSP-V01. Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 399-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 460-2015/MINSA; que aprueba la Guía Técnica: “Consejería nutricional en el marco de la Atención integral de salud de la gestante y puérpera”.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA que aprueba la D.S. 068-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la prevención de Anemia

mediante la suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses.

- Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas.

El bajo peso al nacer (BPN) define como un nacimiento de pesaje por encima de 500 gramos, pero por debajo de 2,500 gramos, independientemente de la edad gestacional, sigue siendo un problema a nivel mundial y una causa de mortalidad infantil, pero más en los países en desarrollo. Más de 20 millones de niños en el mundo (15,5% del total de nacimientos) nacen con bajo peso al nacer. El noventa y cinco por ciento de los nacimientos con bajo peso están en países en desarrollo con la tasa de bajo peso al nacer en los países en desarrollo que son más del doble que la de los países desarrollados (16,5% y 7,0%, respectivamente) (19).

Es conocido que la mortalidad en los recién nacidos está íntimamente relacionada con el bajo peso al nacer, asimismo se asume que existen factores de riesgo dentro de ellas la anemia, que durante la gestación los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro, puesto que la reducción de los niveles de hemoglobina es un indicador tardío de las reservas de hierro, donde la madre está expuesta antes y durante el proceso reproductivo, y podrían estar relacionados con este efecto y que no han sido plenamente estudiados (21).

Las consecuencias de nacer con pesos muy bajos también se presentan para sus familias, ya que ellas deben proveerles cuidados especiales y, muchas

veces, costosos y los servicios de salud deben brindarles atención altamente calificada no tan sólo durante sus primeras horas de vida sino durante sus etapas posteriores del crecimiento.

Suárez C, Martín C, San Gil Y. (25), en la Habana 2014, realizaron una investigación sobre la caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, donde aplicaron una encuesta con datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y del embarazo actual y se determinó la hemoglobina a 68 gestantes entre las 28 y 32 semanas; con la finalidad de caracterizar la anemia durante la gestación y su relación con posibles factores asociados; observándose que existió una alta frecuencia de anemia, siendo la anemia moderada la más frecuente, tanto en el primer trimestre como en el tercer trimestre. La anemia al inicio del embarazo resultó ser el factor de riesgo más importante encontrado en nuestro estudio a la existencia de anemia en el tercer trimestre, con independencia de otros posibles factores involucrados.

Así mismo Silva A. (11), en Cuenca 2013, realizó una investigación sobre “Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de salud N° 1 Pumapungo, en el periodo Julio 2012 a diciembre 2013”, encontró, de 376 gestantes hay una prevalencia de anemia de 5.59%, y están relacionados significativamente a mujeres de escasos recursos económicos y bajo nivel de instrucción con un 32%, cuyas edades están comprendida entre 20 a 24 años considerado un 24%,

a sí mismo en el indicador de la paridad, predominan las multíparas constituyendo un 17%, seguidas de las gestantes solteras con un 27%.

Prendes M. (13), en la Habana 2013, nos reporta en un estudio sobre “Prevalencia de anemia en gestantes en el área de salud”, cuya muestra fue de 209 gestantes: Que la prevalencia de anemia en las gestantes estudiadas fue del 64,59 %, cuyas edades fluctuaban entre 20 y 35 años (83,74 %). A sí mismo las gestantes cuya valoración ponderal inicial (V.P.I.) de peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado desarrollaron anemia con mayor frecuencia y en relación a los valores de la hemoglobina fue entre 10.9-10.0 g/l en los 3 trimestres de la gestación independientemente de la V.P.I. La mayoría de las gestantes anémicas (80,74 %) que recibieron las tabletas de micronutrientes durante la atención prenatal aportaron recién nacidos con un peso menor de 3000g.

Del mismo modo Espita F. et al (14), en Colombia 2013, realizaron un trabajo sobre “Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse”, los resultados más relevantes obtenidos muestran que la deficiencia de hierro durante esta etapa es el principal problema para poder desarrollar la anemia en el embarazo. Por lo tanto, según estos resultados encontrados se determinaron que la promoción de la salud, es un proceso clave para educar a las gestantes sobre una buena nutrición y cambien su forma de vida para un estado de salud óptimo, así como, acudir a los controles prenatales para un diagnóstico oportuno y tratamiento pertinente.

Así mismo Medina V. (15), en Guayaquil 2013, realizó un estudio de investigación sobre “Incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años” encontró, que los reactivos relacionados a la

edad, el estado civil y los bajos recursos económicos de las mujeres embarazadas eran los causantes para desencadenar cuadros de anemia ferropénica, siendo los rangos de edades que se presentaron con mayor frecuencia de 13 – 14 años.

Por otro lado Ayala R. (6), En Lima 2016, a través de un estudio determino la prevalencia de anemia, en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL); encontró que uno de los riesgos a desarrollar anemia ferropénica en gestantes está en correlación con el tiempo de gestación y su estudio de 100 mujeres 34 presentaron anemia en algún momento de su embarazo, influyendo la edad, la multiparidad, el período intergenésico menor de un año, el bajo nivel de escolaridad y la procedencia de la zona rural, en conclusión la presencia de estos componentes influenciaron para el desarrollo de la anemia en la población objetivo.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 (20), se preguntó a las madres con hijas y/o hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la Encuesta, por el peso de la recién nacida o nacido. Tales datos pueden dar una idea del bajo peso al nacer (menor de 2 500 gramos), lo cual es un factor de riesgo para la salud y supervivencia de la recién nacida o recién nacido. Entre las niñas y niños que fueron pesados al nacer, 7,3% pesó menos de 2,5 Kg. porcentaje similar al encontrado en el año 2012 (7,4%). Así mismo mencionan que se encontró que un 21,0% de las mujeres de 15 a 49 años de edad padeció de anemia, proporción mayor en 3,3 puntos porcentuales al valor reportado en el año 2012 (17,7%). Las mujeres embarazadas fueron las más

afectadas (29,6%); siguen las mujeres que tuvieron de 6 a más hijos nacidos vivos (24,9%), las mujeres que están dando de lactar (23,3%). De tal manera podemos afirmar que la anemia en gestantes está relacionada con el bajo peso al nacer.

Así también Morales P. & Nazareth G. (22), en Arequipa 2018, realizaron trabajo que tuvo como objetivo evaluar la asociación de los estilos de vida con los niveles de hemoglobina y la ganancia de peso en las gestantes, estudio de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal y diseño no experimental. Los resultados demostraron que el 50% de las gestantes evaluadas, presentan estilos de vida saludable, mientras que el 11% de gestantes presentan estilos de vida no saludables; respecto a la ganancia de peso en gestantes evaluadas el 34.4% presento un diagnostico nutricional de baja ganancia de peso, el 48.4% una ganancia de peso adecuada y solo el 17.2% una ganancia alta de peso. En cuanto a los niveles de hemoglobina el 43.8% de las gestantes presentaron una anemia leve y el 56.3% presentaron un nivel de hemoglobina normal. Afirmando que si existe un alto grado de asociación ente las variables, estilos de vida, ganancia de peso y el nivel de hemoglobina de las gestantes.

Munares-García O. & Gómez-Guizado G. (24), en Lima 2014, realizaron un trabajo para determinar los niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú durante los años 2009 y 2012. Estudio transversal de análisis de datos secundarios utilizando el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del niño y la Gestante. Se revisaron 265 788 registros de gestantes de

10 a 19 años. Se midieron los niveles de hemoglobina (g/dl) y el porcentaje de anemia en el primer, segundo y tercer trimestre. Se aplicó estadísticas descriptivas con intervalos de confianza al 95%. Demostrando que los niveles de hemoglobina son en promedio menores para las gestantes residentes en zonas alto andinas. Alrededor de un cuarto de las gestantes adolescentes presentaron anemia.

Velásquez N. (8), en Chimbote 2018, realizó un trabajo académico sobre la disminución del número de casos de gestantes con anemia en la Microred Miraflores Alto de Chimbote. Se utilizó el modelo de proyectos de inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Con el objetivo de disminuir el número de casos de Gestantes con Anemia; buscando mejorar las prácticas saludables a través de Líneas de acción como Gestión, Capacitación, Información, Educación y Comunicación (IEC), así como la vigilancia del sistema nutricional para identificar a las gestantes que comienzan el embarazo con peso bajo, que ganan menos de 8 kg en el curso de éste y tienen menos de 11.0 g/dl de hemoglobina en el período de la gestación, éstos constituyen factores de riesgo nutricionales que se relacionan con el incremento de la morbimortalidad de la madre o el producto y el bajo peso al nacer.

En la jurisdicción del Puesto Salud San Pedro de Chimbote es muy común observar mujeres gestantes con anemia, la repercusión desfavorable del nacimiento de un niño con peso bajo demuestra la importancia de la prevención de sus factores maternos determinantes, por lo que el presente estudio que tiene como objetivo incrementar la ingesta de hierro en las gestantes, lo cual permitirá mejorar la calidad de vida futura de la madre e hijo. De tal manera

que el equipo de salud debe realizara la atención integral en la atención prenatal, incluyendo el despistaje de anemia, a todas las mujeres gestantes que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.

En consecuencia se debe brindar una adecuada consejería a las mujeres gestantes, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.

La finalidad del presente trabajo académico es mejorar los procesos de atención en el marco del cumplimiento de la norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en mujeres gestantes, actividades que nos permitirá incrementar la participación de las usuarias, ampliando la cobertura a una mayor población del grupo de riesgo así como atender y satisfacer las necesidades de la población que no acude a los establecimientos de salud y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres y por ende la disminución de la morbimortalidad por anemia.

Habiendo descrito la problemática y confrontado con literatura que demuestra la importancia de este trabajo académico denominado **“INCREMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO EN LAS GESTANTES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO SALUD SAN PEDRO CHIMBOTE 2018”**, como profesional de salud es de gran importancia contribuir en la detección temprana de la anemia en gestantes a través de la captación de mujeres que no acceden a los servicios de salud mediante la promoción de la prevención primaria y la prevención secundaria,

así como, educando a las mujeres gestantes para que asuman un rol protagónico en el autocuidado de su salud.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Adecuada ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto Salud San Pedro

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Suficiente y oportuno peticorio de insumos y medicamentos
- Disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso
- Prácticas alimenticias adecuadas
- Oportuno y adecuado control prenatal.

V. METAS:

- 24 informes del consumo promedio mensual.
- 24 solicitud de insumos y medicamentos
- 460 gestantes con consejería individual para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso
- 02 Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes
- 460 gestantes con 03 sesiones demostrativas en alimentación saludable
- 460 gestantes con 02 sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable

- 02 Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes
- 460 gestantes con atención prenatal reenfocada

VI. METODOLOGÍA

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

Las estrategias para el presente trabajo académico son la capacitación, la sensibilización, promoción y prevención de la salud y la información, educación y comunicación; para involucrarlas en las diferentes etapas del trabajo académico. Para comprender mejor a las líneas de acción, se describen a continuación:

A. CAPACITACIÓN:

El ser humano desde su origen, integra a su vida el proceso educativo y ocurre de manera continua, dinámica y en diferentes tiempos y espacios.

En primer lugar debemos contar el personal de Salud que es responsable de la atención prenatal, este bien capacitado en los temas de factores de riesgo, cómo prevenir y tratar las complicaciones como consecuencia de una mala nutrición durante la etapa del embarazo. De tal manera que pueda brindar mayor información y conocimiento a la población sobre las medidas preventivas para evitar la anemia en gestantes, redundara en el cambio de actitud y toma de decisiones; por lo que la capacitación constituye una estrategia para lograr que la población

gestante conozca sobre los alimentos ricos en hierro y el consumo de micronutrientes (23).

Estas actividades se orientarán a una mayor detección para una derivación oportuna y tratamiento especializado a las mujeres de la jurisdicción del Puesto salud San Pedro. Teniendo en cuenta que la persona es un sujeto de la acción para lograr el cambio de comportamiento y trascender a su familia y comunidad en general.

ACTIVIDADES:

A1. Talleres de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de la gestante.

- Elaboración del plan de capacitación.
- 01 reunión de coordinación.
- 02 Talleres de sensibilización al personal de salud.
- 03 Monitoreo y Evaluación.

A2. Talleres de capacitación al personal en suplementación con hierro a la gestante.

- Elaboración del plan del taller de capacitación.
- Presentación del plan del taller de capacitación.
- Aprobación del plan del taller de capacitación.
- Ejecución de los talleres de capacitación.
- Informe de los talleres de capacitación.

B. GESTIÓN:

Es el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad, y se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos (17).

Debido al incremento de casos de anemia en nuestro medio, el profesional de salud debe estar involucrado en la prevención y en la identificación de complicaciones que puedan poner en riesgo la salud de la mujer, por lo tanto tenemos el compromiso de planificar y organizar con el equipo multidisciplinario para proveer estrategias útiles que se deben realizar acciones encaminadas a buscar nuevos recursos para el cuidado de la persona, familia y comunidad.

ACTIVIDADES:

B1. Gestión para presupuesto de implementación.

- 01 reunión de planificación con municipio, autoridades locales y RSPN.
- 04 reuniones de coordinación con municipio, autoridades locales y RSPN.
- 01 reunión de sensibilización sobre la problemática de anemia en la región y a nivel local.
- 01 reunión de abogacía con municipio, autoridades locales y RSPN.

B2. Implementación con material para atención de la gestante

- 03 reuniones de planificación con municipio y RSPN.
- 01 reunión de coordinación con municipio y RSPN.

B3. Organización de los servicios para la atención integral de la gestante

- 02 reuniones de planificación con el personal de salud.
- 02 reuniones de coordinación con el personal de salud.
- Atención integral de la gestante.

C. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD:**PROMOCIÓN:**

Es el efecto del verbo promover, el cual significa estimular o impulsar alguna acción o situación. Por otro lado tenemos al término promoción en el ámbito de la salud, donde hablamos de “promover la salud”, es decir proveer a la población de información sobre los factores de riesgo de distintas enfermedades, cómo cuidarse y prevenirlas o qué hacer en caso de enfermedad, así como otorgar medios para acceder a los centros de salud y a la medicación en caso de requerirla (23).

Tan importante es la promoción en el presente trabajo académico ya que a través de ella como programa se trabaja en 3 aspectos importantes de educación, información y comunicación, involucrando a la pareja, familia y comunidad, con enfoque de interculturalidad en los cuales encontramos a la población a quienes se brindará el conocimiento sobre las medidas de prevención contra la anemia y así mismo disminuir

las tasas de morbimortalidad en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De salud San Pedro Chimbote.

PREVENCIÓN:

En el ámbito de la medicina preventiva y de la salud pública, se conoce como prevención de enfermedades al conjunto de medidas aplicadas para la protección de la salud de un individuo, comunidad o población. Comprende una serie de políticas que busca vigilar la salud de la población, reducir la probabilidad de aparición de enfermedades, e impedir o controlar su evolución (8).

En el presente trabajo académico el hecho de hacer que la población gestante de la jurisdicción del Puesto salud San Pedro conozca, se sensibilice y se le brinde la información necesaria y oportuna sobre las medidas de protección contra la anemia. De tal manera que al estado le resulte menos costoso para afrontar dicha enfermedad, mejorando el incremento de hierro y micronutrientes en esta población.

ACTIVIDADES:

C1. Consejería individualizada a las gestantes.

- Diseño de rotafolios y folletos para consejería
 - Aprobación de diseño de rotafolios y folletos para consejería
 - Elaboración de rotafolios y folletos para consejería
 - Consejería individual a las gestantes

C2. Sesiones demostrativa para la prevención de la anemia y mejora de la ingesta de hierro

- Elaboración de plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable
- Presentación del plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable
- Aprobación del plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable
- Elaboración del petitorio de alimentos perecibles, no perecibles y demás insumos para las sesiones demostrativas

C3. Sesiones educativas intradomiciliaria a la gestante.

- 01 Reunión de planificación
- 01 Reunión de coordinación con el personal de salud.
- 01 Reunión de sensibilización al personal de salud
- Elaboración del cronograma mensual de visitas domiciliarias.
- Sesiones educativas intradomiciliaria a la gestante.

6.2 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del trabajo académico estará a cargo del equipo multidisciplinario de la estrategia de Salud sexual Reproductiva, la jefatura del puesto de salud San Pedro, con la finalidad de impulsar y mantener este trabajo académico en forma sostenible a través del tiempo.

Las Políticas institucionales, a través de un plan a nivel nacional enfocados a la reducción de anemia en las gestantes apoyan las estrategias para la disminución de casos y complicaciones y como personal de salud estamos involucrados en el cumplimiento de las normas del MINSA, dado que si estos indicadores negativos incrementan se genera un problema para la salud pública, ya que actualmente hay programas que apoyo a esta causa y están establecidos por ley. Trimestralmente también se realiza la evaluación de indicadores para dar a conocer las coberturas, incluidos el Indicador Trazador.

El Puesto Salud San Pedro, realizará acciones de prevención y tratamiento de la anemia en la población gestante. La suplementación con hierro, por vía oral, en mujeres gestantes en dosis de prevención y tratamiento, es una intervención que tiene como objetivo asegurar el consumo de hierro en cantidad adecuada para prevenir o corregir la anemia, según corresponda. La suplementación con hierro, ya sea terapéutica o preventiva, será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Propósito: Adecuada ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro	100% de gestantes de las jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro con adecuada ingesta de hierro	1. Criterio de verificación $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con ingesta de hierro adecuada}}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	Gestantes con atención prenatal oportuna y adecuada, con conocimientos para disminuir efectos secundarios a la ingesta de hierro y con prácticas alimenticias adecuadas.	1. Registros de Historia Clínica Materno-Perinatal. 2. Registro diario de atención de la gestante 3. Registros de asistencia a eventos de capacitación. 4. Registros de visita domiciliaria a gestantes	Cada 3 meses	Lista de chequeo

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
1. Suficiente y oportuno petitorio de insumos y medicamentos	100% de Solicitud oportuna y suficiente de insumos y medicamentos	<p>1. Porcentaje de Establecimientos con abastecimiento suficiente y oportuno de insumos y medicamentos</p> <p>$\frac{\text{Nº de Establecimientos con abastecimiento suficiente y oportuno de insumos y medicamentos}}{\text{Nro. de establecimientos a evaluar}} \times 100$</p> <p>Estándar de calidad 100%</p>	Documentos que permiten el abastecimiento suficiente y oportuno de insumos y medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de solicitud de insumos y medicamentos • Informe mensual SISMED • Pecosas de ingreso de insumos y medicamentos 	Cada 6 meses	Lista de chequeo
2. Disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	100% de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	<p>2. Porcentaje de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso</p> <p>$\frac{\text{Nº de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$</p> <p>Estándar de calidad 80%</p>	Gestante con conocimientos para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a sesiones demostrativas y sesiones educativas • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante 	Cada 6 meses	Lista e chequeo

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
3. Prácticas alimenticias adecuadas	100% de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas	3. Porcentaje de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	Gestantes con conocimientos en alimentación saludable y con prácticas alimenticias adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a sesiones demostrativas • Registros de visitas domiciliarias a gestantes • Registros historia clínica de la gestantes 	Cada 6 meses	Lista de chequeo
4. Oportuno y adecuado control prenatal	100% de gestantes con atención prenatal reenfocada	4. Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con atención prenatal reenfocada}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	Gestante con atención integral de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante • Registros de informes mensuales materno-perinatal 	Cada 3 meses	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frec.	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
1. Suficiente y oportuno petitorio de insumos y medicamentos	<p>1a. Informe del consumo promedio mensual de los insumos y medicamentos, tomando como referencia los tres últimos meses</p> <p>1b. Solicitud mensual de insumos y medicamentos asegurando el abastecimiento por 3 meses</p>	<p>24 informes del consumo promedio mensual</p> <p>24 solicitud de insumos y medicamentos</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes del consumo promedio mensual} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de meses a evaluar}}$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitud de insumos y medicamentos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de meses a evaluar}}$</p>	Documentos que permiten el abastecimiento suficiente y oportuno de insumos y medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Registro de solicitud de insumos y medicamentos Informe mensual SISMED Pecosas de ingreso de insumos y medicamentos SISMED 	3 por año	Lista de chequeo
2. Disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	<p>2a. Orientación y consejería individual en las gestantes para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso</p> <p>2b. Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes</p>	<p>460 gestantes con consejería individual para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso</p> <p>02 Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con consejería individual para disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes programadas}}$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de talleres programados}}$</p>	<p>Educación a la gestante para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso</p> <p>Mejora de las competencias del personal de Salud para la atención de la gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registros de historia clínica materno-perinatal Registros historia clínica de la gestante Registro de asistencia a eventos de capacitación. 	<p>Cada 3 meses</p> <p>Anual</p>	<p>Lista de chequeo</p> <p>Lista de chequeo</p>

3. Prácticas alimenticias adecuadas	3a. Sesiones demostrativas en alimentación saludable	460 gestantes con 03 sesiones demostrativas en alimentación saludable	Nº de gestantes con 03 sesiones demostrativas <u>en alimentación saludable realizadas</u> X 100 Nº de gestantes programadas	Conocimientos teóricos y prácticos para lograr en la gestantes habilidades para una alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a sesiones demostrativas • Registros historia clínica de la gestantes 	Cada 3 meses	Lista de chequeo
	3b. Sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable	460 gestantes con 02 sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable	Nº de gestantes con 02 sesiones educativas <u>intradomiciliaria en alimentación saludable</u> X 100 Nº de gestantes programadas		<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a sesiones educativas • Registros de visitas domiciliarias a gestantes 	Cada 3 meses	Lista de chequeo
4. Oportuno y adecuado control prenatal	4a. Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes	02 Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes	<u>Nº de talleres de sensibilización realizados</u> X 100 Nº de talleres de sensibilización programados	Cambio de la conducta del personal de salud para lograr la captación oportuna de la gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a eventos de capacitación 	Anual	Lista de chequeo

	4b. Atención prenatal reenfocada	460 gestantes con atención prenatal reenfocada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con atención prenatal reenfocada}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes programadas}} \times 100$	Gestante con atención integral de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante • Registros de informes mensuales materno-perinatal • Registros de actividades extramurales 	Cada 3 meses	Lista de chequeo
--	----------------------------------	--	---	---	--	--------------	------------------

7.1. Beneficios

➤ **Beneficios con proyecto**

- ✓ Suficiente y oportuno petitorio de insumos y medicamentos
- ✓ Disminución de los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso
- ✓ Prácticas alimenticias y adecuadas
- ✓ Oportuno y adecuado control prenatal

➤ **Beneficios sin proyecto**

- ✓ Inadecuada ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De salud San Pedro
- ✓ Desabastecimiento de sulfato ferroso en el Puesto De salud
- ✓ Falta de adherencia de la gestante a la suplementación con hierro
- ✓ Dieta pobre en hierro
- ✓ Inadecuada promoción de la ingesta de hierro
- ✓ Anemia en la gestante

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1.1 Material de oficina:

CODIGO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD UND.	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
23.15.12	Folder manila	50	1	50
	Lapiceros	50	1	50
	CD	25	1	25
	Copias	250	0.1	25
	Libro de actas	1	6	6
	Plumones pizarra acrílica	3	3	9
	Plumones Gruesos caja x 12	3	18	54
	Papel bond de 80 grs. Millar	2	24	48
	Cartulinas	50	0.5	25
	Papel sabana	50	0.5	25
	TOTAL			317

8.1.2 Servicios:

CODIGO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
	Alimentos e insumos para sesiones demostrativas	50	50	2500
23.22.44	Impresiones formatos	3576	0.1	357.6
	Impresiones trípticos	500	0.24	120
	Afiches	50	2	100
	Banner	3	63	189
	Rotafolios	3	40	120
	Impresora	1	800	800
23.27.101	Atención de refrigerios	50	4	200
	Atención de almuerzos	50	9	450
	Ponentes	01 x 2días	400	400
23	Movilidad Local	25	20	500
	TOTAL			5737

RESUMEN DE PRESUPUESTO

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL S/.
Recurso humano	0	0	0
Material médicos	0	0	0
Material de oficina para actividades de gestión y capacitación	317	0	317
Servicios	5737	0	5737
TOTAL	6054	0	6054

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

OBJETIVO GENERAL: Adecuada ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto Salud San Pedro

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA												INDICADOR	
					2018			2019				2020						
					DESCRIPCION	COSTOS	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III		IV
1	Elaboración del trabajo académico “Incrementando la ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro”	1 proyecto elaborado	Informe	250	X													Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del Proyecto a la jefatura del Puesto De Salud San Pedro	1 proyecto	Informe	250	X													Proyecto Presentado
3	Reunión con el personal de salud del Puesto De Salud San Pedro Comité de Mejora Continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	250	X													Reuniones realizadas
4	Ejecución del Proyecto de Desarrollo	1	Informe	4500		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Proyecto ejecutado
5	Evaluación del proyecto de Desarrollo	1	Informe	250													X	Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	554													X	Proyecto presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO 1: Suficiente y oportuno petitorio de insumos y medicamentos

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA								
					2018		2019				2020		
			DESCRIPCION	COSTOS	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
1	1a. Informe del consumo promedio mensual de los insumos y medicamentos, tomando como referencia los tres últimos meses	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del informe del consumo promedio mensual ➤ Presentación del informe del consumo promedio mensual ➤ Aprobación del informe del consumo promedio mensual 	INFORME	10.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1b. Solicitud mensual de insumos y medicamentos asegurando el abastecimiento por 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración de la solicitud mensual de insumos y medicamentos ➤ Presentación de la solicitud mensual de insumos y medicamentos ➤ Aprobación de la solicitud mensual de insumos y medicamentos 	SOLICITUD	10.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO 2: Disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA								
					2018		2019				2020		
			DESCRIPCION	COSTOS	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
2	2a. Orientación y consejería individual en las gestantes para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseño de rotafolios y folletos para consejería ➤ Aprobación de diseño de rotafolios y folletos para consejería ➤ Elaboración de rotafolios y folletos para consejería ➤ Consejería individual a las gestantes 	ORIENTACIÓN Y CONSEJERIA	792.00	X			X	X	X	X	X	X
2	2b. Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de capacitación ➤ Presentación del plan del taller de capacitación ➤ Aprobación del plan del taller de capacitación ➤ Ejecución de los talleres de capacitación ➤ Informe de los talleres de capacitación 	TALLER	1500.00	X							X	X

OBJETIVO 3: Prácticas alimenticias adecuadas

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA							
					2018		2019				2020	
			DESCRIPCION	COSTOS	III	IV	I	II	III	IV	I	II
3	3a. Sesiones demostrativas en alimentación saludable	➤ Elaboración de plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable	SESIONES DEMOSTRATIVAS	1840.00	X	X						
		➤ Presentación del plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable			X							
		➤ Aprobación del plan anual de sesiones demostrativas en alimentación saludable			X							
		➤ Elaboración del petitorio de alimentos perecibles, no perecibles y demás insumos para las sesiones demostrativas			X							
		➤ Presentación del petitorio de alimentos perecibles, no perecibles y demás insumos para las sesiones demostrativas			X							
		➤ Aprobación del petitorio de alimentos perecibles, no perecibles y demás insumos para las sesiones demostrativas			X							
		➤ Sesiones demostrativas a la gestante en alimentación saludable			X	X	X	X	X	X	X	X
	3b. Sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable	➤ Elaboración del cronograma mensual de visitas domiciliarias a gestantes	SESIONES EDUCATIVAS	750.00	X	X	X	X	X	X	X	X
		➤ Presentación del cronograma mensual de visitas domiciliarias a gestantes			X	X	X	X	X	X	X	X
		➤ Aprobación del cronograma mensual de visitas domiciliarias a gestantes			X	X	X	X	X	X	X	X
		➤ Diseño de material educativo en alimentación saludable			X							

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación, aprobación y elaboración de diseño de material educativo en alimentación saludable ➤ Sesiones educativas intradomiciliaria 				X	X	X	X	X	X	X	X
					X							

OBJETIVO 4: Oportuno y adecuado control prenatal

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA								
					2018		2019				2020		
			DESCRIPCION	COSTOS	III	IV	I	II	I	IV	I	II	
4	4a. Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan del taller de sensibilización. ➤ Aprobación del plan del taller de sensibilización ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Informe de los talleres de sensibilización 	TALLER	750.00	X								
					X						X		
					X	X					X		
											X		
4	4b. Atención prenatal reenforcada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud de insumos, equipos y materiales para la atención de la gestante ➤ Reunión de coordinación para la atención integral de la gestante ➤ Elaboración de la programación de turnos para la atención de la gestante 	ATENCIÓN PRENATAL	402.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X	X	X	X	X

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Trabajo Académico denominado **“INCREMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO EN LAS GESTANTES DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO SALUD SAN PEDRO CHIMBOTE 2018”**, estará a cargo de la autor del trabajo académico, del equipo técnico del Programa, Jefatura y profesionales de la salud del Puesto de Salud San Pedro, personal acreditado para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el trabajo académico lo requiera y su intervención en las actividades propias del mismo.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerán coordinaciones con las autoridades locales y líderes de opinión del ámbito jurisdiccional del Puesto de Salud San Pedro, Micro red y Red de Salud Pacífico Norte; con los cuales se establecerán coordinaciones para la ejecución de las actividades y logro de los resultados del trabajo académico.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía técnica: consejería nutricional en el marco de la atención integral de la salud de la gestante y puérpera (página principal). Perú; 2016 (fecha de acceso 20 de Junio 2018). URL disponible en http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/CENAN/DEPRYDAN/Guia_Gestante_final-ISBN.pdf
2. Morales P & Nazareth G. Estilos de vida asociados a los niveles de hemoglobina y la ganancia de peso en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6881/NUpamogfn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas (página principal). Perú; 2016 (fecha de acceso 20 de Junio 2018). URL disponible en <http://200.37.75.52/portal/wp-content/uploads/2018/02/CONSEJER%C3%8DA-EN-SUPLEMENTACI%C3%93N.pdf>
4. Organización mundial de la salud (página principal). Directriz: administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo; 2014 (fecha de acceso 20 de junio de 2018). URL disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/124650/9789243501994_s

[pa.pdf;jsessionid=5DE6A66BDBFF54BF5E03073D97577816?sequence=1](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679&Itemid=41240&lang=es)

5. Cabrera K., Peña R. Anemia ferropénica investigación para soluciones eficientes y viables (sede Web).Panamá: paho.org; 2016- (acceso 24 de junio de 2018). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679&Itemid=41240&lang=es
6. Ayala R. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima, del 1 junio al 30 de noviembre de 2016.
7. Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. URL disponible en : http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/000ANEMIA_PLAN_MINSA_06Feb.pdf
8. Velásquez N. Disminuyendo el número de casos de gestantes con anemia en la Microred Miraflores Alto Chimbote 2018. URL disponible en : http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3419/GESTANTES_ANEMIA_VELASQUEZ_CARRASCO_NINIA_HERMELINDA.pdf?sequence=1
9. Canales S y Vera G. Factores de Riesgo de Anemia Ferropénica en Gestantes que Acuden al Puesto de Salud I-Ii Gerardo Gonzales Villegas De Tumbes. 2011-2015. (Tesis de Licenciatura). Lima. Universidad Nacional de Tumbes. 2016.

10. Aparco J. Anemia en la Población Infantil del Perú: Aspectos Clave para su Afronte. Lima: INS_UNAGESP, 2014.
11. Silva A y Romero C. Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de salud n°1 Pumapungo [Tesis Pre Grado]. Cuenca: Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas; 2013.
12. Ortega F. Anemia y depleción de las reservas de hierro en adolescentes gestantes de una zona urbana y rural del estado zulía, Venezuela. Revista chilena. nutrición. (online). 2012. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300002>
13. Prendes M, Baños A. Revista. Prevalencia de Anemia en Gestantes en un área de salud. 2013
14. Espita F, Orozco L. Anemia en el Embarazo, un Problema de Salud que puede Prevenirse. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. Quindío. Colombia.2013. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v26n3/v26n3a05.pdf>
15. Medina V Incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años hospital gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor. Guayaquil Ecuador 2013.
16. MarketingIntensivo.com. ¿Qué es promoción? [en línea]. [fecha de acceso 18 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.marketingintensivo.com/>

17. Significados.com. ¿Qué es prevención?. [en línea]. [fecha de acceso 18 de junio de 2016]. URL disponible en:
<http://www.significados.com/prevencion/>
18. Ministerio de Salud. Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas: Informe Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.. [Internet]. 2014. Lima. [acceso 2 de junio del 2016]; Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps>.
19. Sharma S, Giri S, Timalina U, et al. Low Birth Weight at Term and Its Determinants in a Tertiary Hospital of Nepal: A Case-Control Study. PLOS ONE.2015;10(4):e0123962. doi:10.1371/journal.pone.0123962.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390309/pdf/pone.0123962.pdf>
20. INEI. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES: Nacional y Departamental 2017. 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1151/index.html
21. Sandoval K. Frecuencia De Los Factores De Riesgo Biológicos, Obstétricos, Socio Económicos Y Entidades Clínicas Asociadas A Bajo Peso Al Nacer En Pacientes Del Servicio De Neonatología Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Durante El Período Enero – Diciembre Del Año 2012”. Tesis. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna; 2013. http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/190/75_2013

[Sandoval Torres KP FACS Medicina 2013 Resumen.pdf?sequence=2](#)

22. Morales P. & Nazareth G. Estilos de vida asociados a los niveles de hemoglobina y la ganancia de peso en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6881/NUpamogfn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Aristizábal G, Blanco M, [en línea]. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria, 2011; 8(4):16-23. [fecha de último acceso 03 de marzo 2018]. URL disponible <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>.

24. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2014;31(3):501-8. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000300014&script=sci_arttext&tlng=pt

25. Suárez C, Martín C, San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 30(1):7-81.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Asentamiento Humano San Pedro, surge como invasión por el año de 1956 en el gobierno del General Odría, en el año 1961 el 29 de junio se logra su fundación y reconocimiento.

Un 28 de junio amanecer del 29 hubo una invasión masiva, donde decidieron nombrar una Junta Directiva, Presidente Sr. Héctor Palacios Flores. Así constituidos viajaron a Lima para coordinar en el Congreso de la República con el Presidente de Barriadas del Perú, que fue el Sr. Víctor Chirinos Murga a quien lo trajeron a nuestro barrio en ese entonces al hombro desde el vivero forestal hasta una pampa donde hoy se ubica la Posta Médica, allí donde armaron un tabladillo, desde allí se tomó la palabra el Sr. Palacios, luego el Sr. Chirino quién ordenó a la policía dejar en paz a las familias y moradores, asimismo el Sr. Santiago Zabalú pidió que el barrio lleve el nombre de "San Pedro" por ser fecha en que se celebra la fiesta de San Pedro en la ciudad de Chimbote. (Fuente: Edición Junio 2001 Junta Directiva Central San Pedro).

RESEÑA HISTÓRICA DEL PUESTO DE SALUD SAN PEDRO:

El Puesto de Salud San Pedro fue creado durante el gobierno del Dr. Alan García Pérez donde se promulgo el Decreto Legislativo 351 y el Decreto Supremo 1486 en el que daba a conocer la creación del Puesto de Salud San Pedro, el 26 de enero de 1986 según resolución directorios N° 2430535 para beneficios de la población.

El Puesto de Salud San Pedro empezó a funcionar el 25 de Febrero de 1986, con un Médico Margarita Mendo Lagos y un personal auxiliar.

CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS:

Geográficamente el puesto de Salud San Pedro se encuentra ubicado en la zona urbana marginal, al norte de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, la cual se encuentra a 4 m.s.n.m. y está localizada entre los 09°04'15" Latitud Sur y 78°35'27" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich; Se encuentra ubicada en la parte Nor Occidental de la Región Ancash, con una superficie territorial de 94.84km².

El Puesto de Salud se encuentra ubicado en la Calle Los Ángeles Mz. 31 s/n.

LÍMITES:

Norte: Distrito de Coishco.

Sur: A.A.H.H. Esperanza Baja

Este: Cerro San Pedro

Oeste: A.A.H.H. 2 de Junio.

JURISDICCIÓN: El P.S. San Pedro encierra en su jurisdicción a los Pueblos Jóvenes de San Pedro, Esperanza Alta, Nueva Generación, ampliación nueva generación, Manuel Gonzales Prada, José Sánchez Milla, Villa los Jardines, Villa los jardines primera y segunda etapa, Ampliación villa los jardines, Ampliación San Pedro, Villa Leslie, Mi paraíso, Luis Arroyo Rojas, Cesar Álvarez, Ampliación Luis Arroyo Rojas, Liz Acosta de Arroyo, El Mirador, Ampliación el Mirador, El balcón de Chimbote, Dora Arroyo, Octavio Arroyo Villajulca, Vista al mar, Lomas del cono Norte .

Superficie territorial:

El Puesto De Salud San Pedro se encuentra ubicada en la ciudad de Chimbote la cual se encuentra a 4 m.s.n.m. y está localizada entre los 09°04'15" Latitud Sur y 78°35'27" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich ; Se encuentra ubicada en la parte Nor occidental de la Región Ancash, con una superficie territorial de 94.84km²

Medios de comunicación:

- **Medios de transporte:** Comité de autos N° 31 Y N° 32; Así mismo Servicios de Taxis y en caso de emergencias se cuenta con el apoyo de las unidades móviles de Serenazgo de la Municipalidad Provincial del santa.
- **Radial y televisiva:** Se cuenta con todos los canales de televisión y señal de radio de todo el distrito de Chimbote.
- **Telefonía y acceso a internet:** En todo el ámbito se cuenta con acceso a internet y telefonía celular y fija de los distintos operadores.
- **Límites administrativos:** el puesto de salud San Pedro es un establecimiento nivel I-2 que depende de la Microred Progreso, Red de salud Pacífico Norte, Dires Ancash.
- **Actores sociales:** en el ámbito del Puesto de Salud se cuenta con: promotores de Salud, comisario, párroco, teniente gobernador, secretarios generales de AAHH, Directores y Docentes de Instituciones Educativas, coordinadora de cunamas, profesionales y técnicos de salud de la posta médica parroquial, profesionales de la salud de consultorios privados.

Riesgo de desastres:

- **Naturales:** por encontrarse en zona de movimientos sísmicos, podría ocurrir: terremotos, tsunami.
- **Antrópicos:** incendios por el material de las viviendas construidas en las invasiones.

CONTAMINACIÓN AMBIENTAL:

Tenemos a SIDER PERÚ, con todos los residuos de minerales que nos arroja a diario; así mismo la contaminación doméstica, con la cantidad de basura que se arroja y se acumula en las calles.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

Estructura poblacional:

La población de la jurisdicción del Puesto de Salud San Pedro para el 2014 fue de 8431 y para el año 2015, se proyectó a 8,378 habitantes representando una tasa de crecimiento anual de -0.63 %.

COBERTURA DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **Gestantes controladas:**

En el 2013 se llegó a controlar a 240 gestantes, haciendo un 92% de la meta anual y en el 2014 192 gestantes, llegando al 74%.

- **Parto Institucional:**

Tanto en el 2013 como en el 2014 se llegó al 100% de partos Institucionales atendidos por otras Instituciones, teniendo 225 en el 2013 y 144 en el 2014.

- **Parejas protegidas:**

Se logró proteger en el 2013 a 419 parejas llegando a un 75% de la meta programada y en el 2014 a 428 haciendo un 69%.

MORBILIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

- Enfermedades de transmisión sexual
- Infecciones urinarias
- Anemia en gestantes
- Amenaza de aborto

- Aborto
- Amenaza de parto pre término
- Pre eclampsia
- Quiste de ovario
- Fibromatosis uterina
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama

PRIORIDADES SANITARIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

a. Mortalidad Materna

Intervenciones Sanitarias Priorizadas:

- Control Prenatal con el nuevo enfoque de Reenfocado donde no solo se cumple los seis controles si no se realiza intervención en la detección de violencia, la aplicación del plan de parto donde se busca el compromiso de la pareja y familia de la gestante, así como el cumplimiento de actividades como Psicoprofilaxis y estimulación prenatal que favorece el desarrollo intrauterino del recién nacido.
- Fortalecimiento en el manejo adecuado de la identificación de factores de Alto Riesgo Obstétrico, con ayuda del Servicio de apoyo al diagnóstico y seguimiento de los casos por ser considerados de alto riesgo, la implementación del uso del ácido sulfosalicilico en la prevención de la pre eclampsia
- Mejoramiento de las coberturas de planificación familiar.
- Mejorar las coordinaciones con el Hospital La Caleta y C.S.Progreso para hacer más operativa la referencia y contra referencia.
- Continuar con Reuniones Mensuales del Comité de Mortalidad Materna.

b. Gestación Adolescente

Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas:

- Sesiones educativas en las Instituciones educativas sobre: Métodos anticonceptivos, Educación Sexual, ITS/VIH
- Fortalecer valores mediante la escuela de padres.
- Realizar talleres de habilidades sociales

c. Anemia en Gestantes

Determinación de Intervenciones Sanitarias Priorizadas:

- Dar cumplimiento a la directiva de suplementación y tratamiento de la anemia en gestantes.
- Establecer sesiones demostrativas dirigidas a gestantes.

d. VIH/SIDA

Intervenciones Sanitarias Priorizadas:

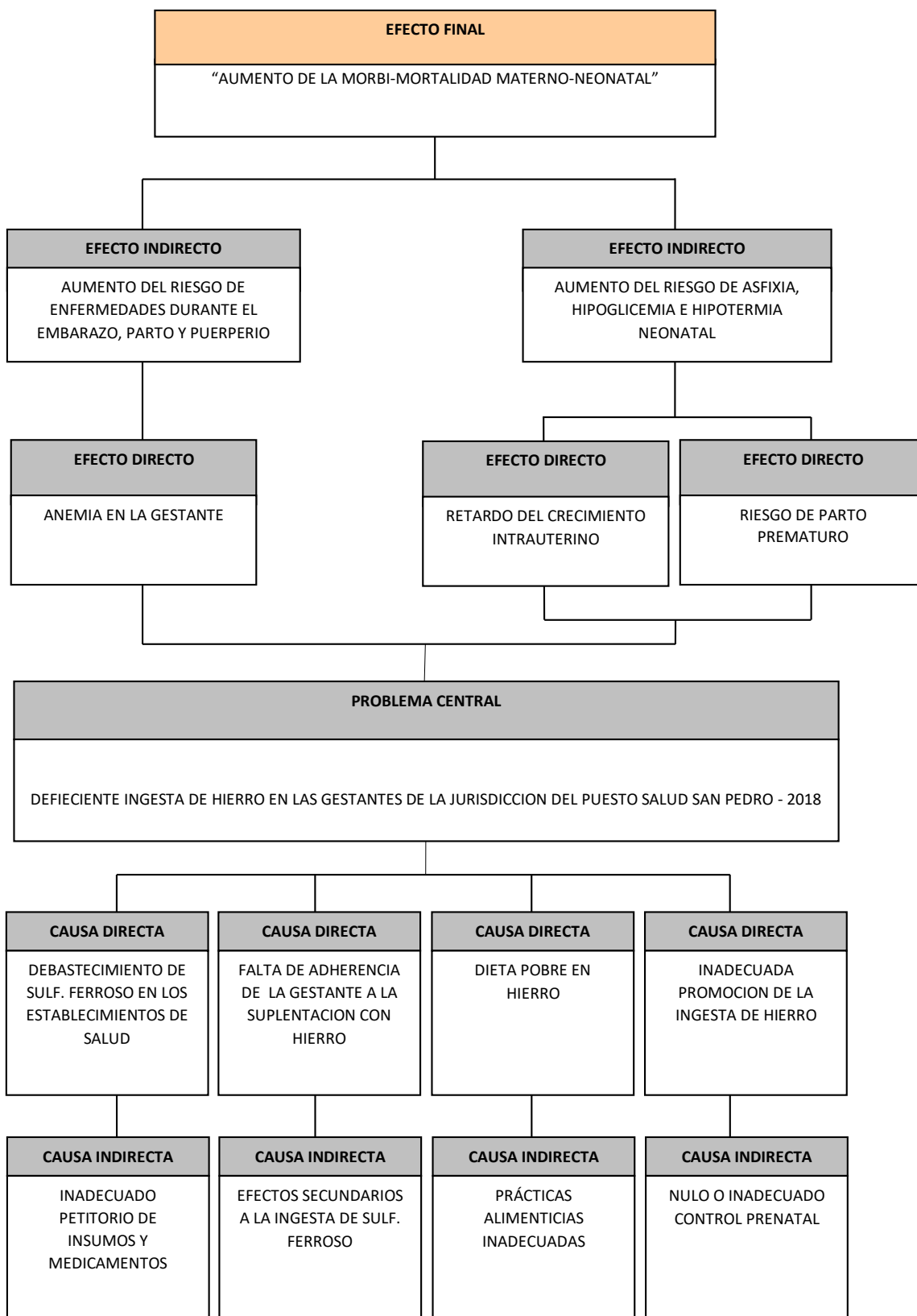
- Gestionar el tema de ITS-VIH-SIDA, con énfasis en educación secundaria.
- Campañas de prevención, promoción y atención dirigidas a la población en general y población de alto riesgo.

e. Cáncer ginecológico

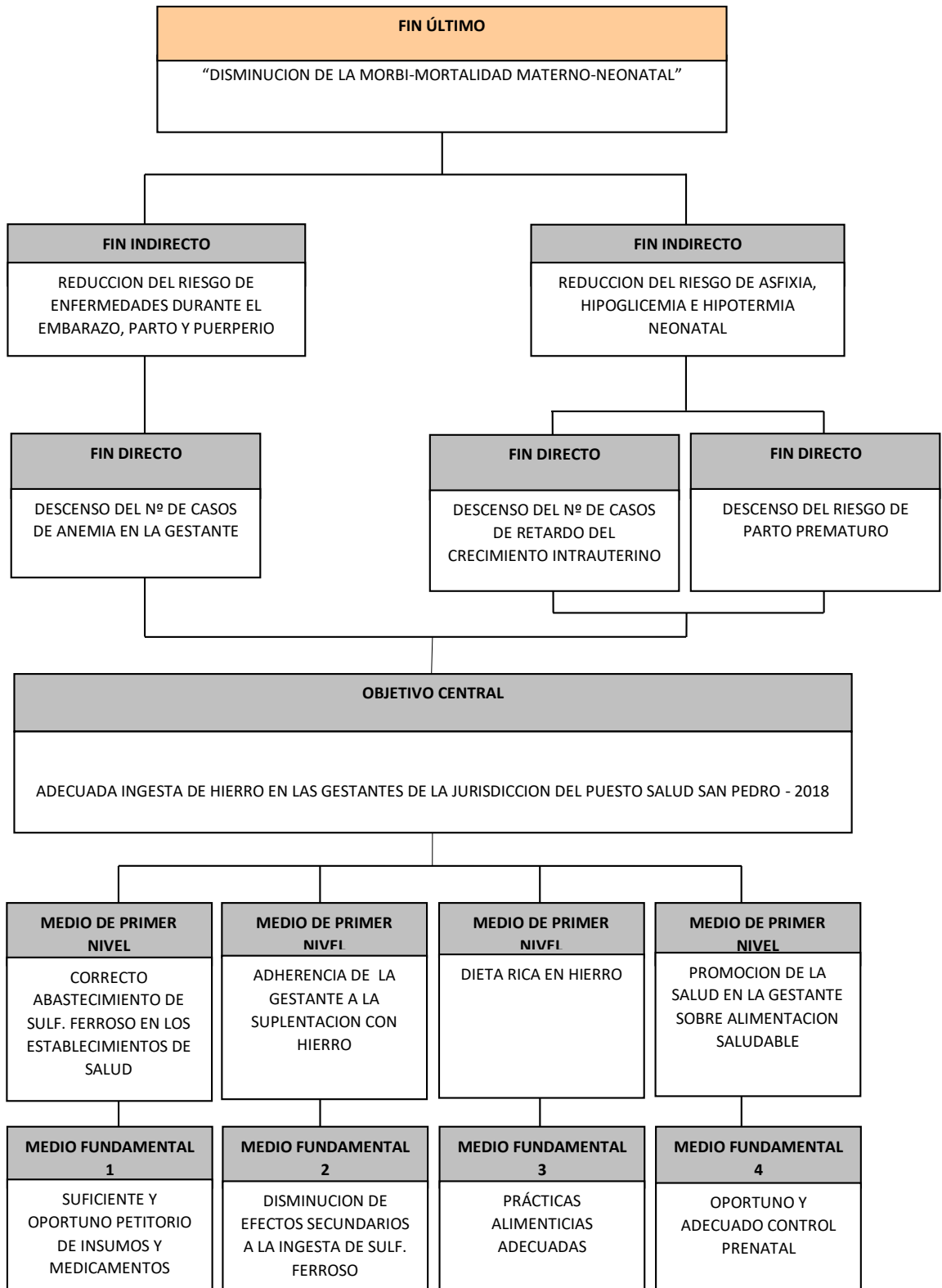
Intervenciones Sanitarias Priorizadas:

- Dar cumplimiento a las actividades establecidas por el programa de prevención y control del cáncer.
- Establecer sesiones educativas dirigidas a la prevención del cáncer ginecológico

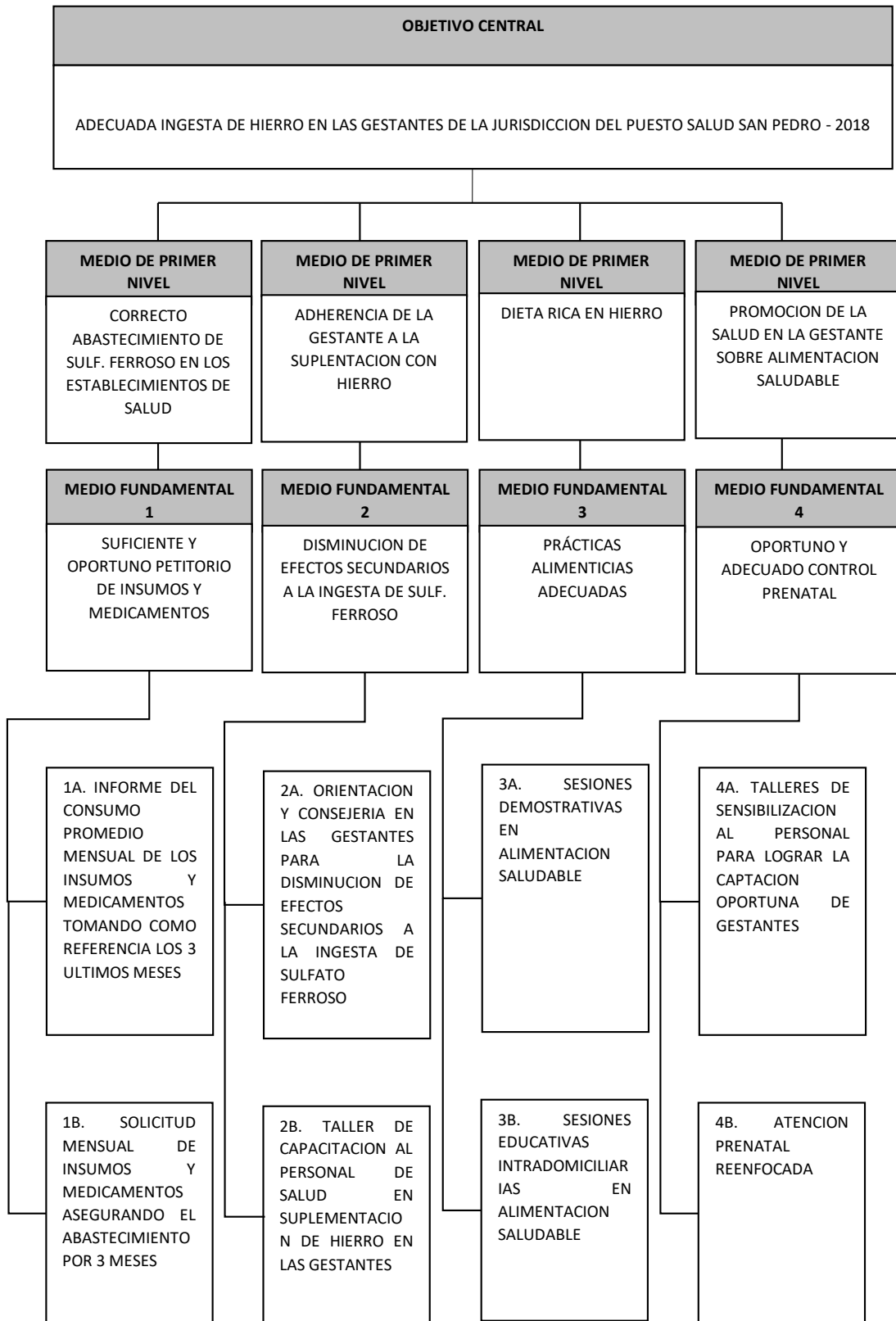
ANEXO 2 ARBOL DE CAUSAS Y EFECTOS



ANEXO 3 ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO 4
ARBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminución de la morbilidad Materno-Neonatal				
Propósito	Adecuada ingesta de hierro en las gestantes de la jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro	100% de gestantes de las jurisdicción del Puesto De Salud San Pedro con adecuada ingesta de hierro	<p>2. Criterio de verificación</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con ingesta de hierro adecuada} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de gestantes atendidas}}$ <p>Estándar de calidad 80%</p>	<p>5. Registros de Historia Clínica Materno-Perinatal.</p> <p>6. Registro diario de atención de la gestante</p> <p>7. Registros de asistencia a eventos de capacitación.</p> <p>8. Registros de visita domiciliaria a gestantes</p>	<p>1. Profesionales de la Salud comprometidos con la salud Materno-Neonatal</p> <p>2. Disponibilidad de laboratorio de análisis</p> <p>3. Norma técnica de Salud 134-Minsa/2017: Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas</p>

Componentes	1. Suficiente y oportuno petitorio de insumos y medicamentos	100% de Solicitud oportuna y suficiente de insumos y medicamentos	1. Porcentaje de Solicitud de insumos y medicamentos oportuna y suficiente $\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitudes de insumos y medicamentos}}{\text{N}^\circ \text{ de meses a evaluar}} \times 100$ Estándar de calidad 100%	Registro de Solicitudes de insumos y medicamentos Informe mensual SISMED Pecosas de ingreso de insumos y medicamentos SISMED	1. Personal Profesional Capacitado en manejo de insumos y medicamentos
2. Disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	100% de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	Porcentaje de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes informadas en medidas para disminuir los efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a sesiones demostrativas y sesiones educativas • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante 	2. Petitorio Nacional de insumos y medicamentos 1. Personal profesional capacitado 2. Disposición de las gestantes para la asistencia a eventos de capacitación 3. Norma técnica de Salud 134-Minsa/2017: Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas	
3. Prácticas alimenticias adecuadas	100% de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas	Porcentaje de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes informadas en prácticas alimenticias adecuadas}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a sesiones demostrativas • Registros de visitas domiciliarias a gestantes • Registros historia clínica de la gestantes • Registros de historia clínica materno-perinatal 	1. Personal profesional capacitado 2. Disposición de las gestantes para la asistencia a eventos de capacitación 3. Norma técnica de Salud 134-Minsa/2017: Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas	
4. Oportuno y adecuado control prenatal	100% de gestantes con atención prenatal reenfocada	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada $\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con atención prenatal reenfocada}}{\text{Total de gestantes atendidas}} \times 100$ Estándar de calidad 80%	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante • Registros de informes mensuales materno-perinatal 	Personal profesional capacitado y comprometido con la salud materno-perinatal	

Acciones	1a. Informe del consumo promedio mensual de los insumos y medicamentos, tomando como referencia los tres últimos meses	24 informes del consumo promedio mensual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes del consumo promedio mensual} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de meses a evaluar}}$	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Solicitud de insumos y medicamentos Informe mensual SISMED 	<ol style="list-style-type: none"> Personal Profesional Capacitado en manejo de insumos y medicamentos Petitorio Nacional de insumos y medicamentos
	1b. Solicitud mensual de insumos y medicamentos asegurando el abastecimiento por 3 meses	24 solicitud de insumos y medicamentos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitud de insumos y medicamentos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de meses a evaluar}}$	<ul style="list-style-type: none"> Registro de solicitud de insumos y medicamentos Informe mensual SISMED 	<ol style="list-style-type: none"> Personal Profesional Capacitado en manejo de insumos y medicamentos Petitorio Nacional de insumos y medicamentos
	2a. Orientación y consejería individual en las gestantes para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	460 gestantes con consejería individual para la disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con consejería individual para disminución de efectos secundarios a la ingesta de sulfato ferroso} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes programadas}}$	<ul style="list-style-type: none"> Registros de historia clínica materno-perinatal Registros historia clínica de la gestante 	<ol style="list-style-type: none"> Personal profesional capacitado Norma técnica de Salud 134-Minsa/2017: Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púérpera
	2b. Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes	02 Taller de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres de capacitación al personal de salud en suplementación de hierro en las gestantes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de talleres programados}}$	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencia a eventos de capacitación. 	<ol style="list-style-type: none"> Personal profesional capacitado y comprometido con la salud materna

	<p>3a. Sesiones demostrativas en alimentación saludable</p> <p>3b. Sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable</p> <p>4a. Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes</p> <p>4b. Atención prenatal reenfocada</p>	<p>460 gestantes con 03 sesiones demostrativas en alimentación saludable</p> <p>460 gestantes con 02 sesiones educativas intradomiciliaria en alimentación saludable</p> <p>02 Taller de sensibilización al personal de salud para la captación oportuna de gestantes</p> <p>460 gestantes con atención prenatal reenfocada</p>	<p>N° de gestantes con 03 sesiones <u>demostrativas en alimentación saludable</u> X 100 N° de gestantes programadas</p> <p>N° de gestantes con 02 sesiones educativas <u>intradomiciliaria en alimentación saludable</u> X 100 N° de gestantes programadas</p> <p><u>N° de talleres de sensibilización realizados</u> X 100 N° de talleres de sensibilización programados</p> <p><u>N° de gestantes con atención prenatal reenfocada</u> X 100 N° de gestantes programadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a sesiones demostrativas • Registros historia clínica de la gestantes • Registros de asistencia a sesiones educativas • Registros de visitas domiciliarias a gestantes • Registros de asistencia a eventos de capacitación • Registros de historia clínica materno-perinatal • Registros historia clínica de la gestante • Registros de informes mensuales materno-perinatal • Registros de actividades extramurales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personal profesional capacitado 2. Disposición de las gestantes para la asistencia a eventos de capacitación 1. Personal de salud capacitado y comprometido con la salud materno-perinatal 2. Disposición de las gestantes para la visita domiciliaria 1. Personal de salud comprometido con la salud materno-perinatal 1. Personal profesional capacitado y comprometido con la salud materno-perinatal
--	--	---	--	--	--