

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA
PROFILAXIS DE SULFATO FERROSO Y ÁCIDO
FÓLICO EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL
CENTRO DE SALUD MONTERREY –
INDEPENDENCIA, 2018**

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

AUTORA:

OBSTA. REYNA ISABELA MORALES DOMÍNGUEZ

ASESORA:

MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

HUARAZ – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

MGTR. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

PRESIDENTA

MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

MIEMBRO

MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYÁN

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Al Padre Celestial, por ser una brújula para conducirme por el buen camino y darme la salud y fortaleza necesarias para poder ayudar a mi prójimo.

A mi familia, especialmente a mis padres, hermanos, esposo y a mi hija, por ser mi fuente inagotable de impulso a seguir adelante y por su comprensión y apoyo que me brindan día a día.

DEDICATORIA

Al Todopoderoso, por ser el amigo que nunca falla y que siempre a mi lado acompañándome y dándome la salud.

A mis padres, hermanos, esposo e hija por su amor incondicional, por sus consejos, por su paciencia y por su ayuda en bien de mi formación personal y profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| 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 | 05 |
| IV. OBJETIVOS | 35 |
| V. METAS | 36 |
| VI. METODOLOGÍA | 36 |
| 6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención | 36 |
| 6.2. Sostenibilidad del Proyecto | 42 |
| VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN | 43 |
| VIII. RECURSOS REQUERIDOS | 51 |
| IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES | 55 |
| X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES | 63 |
| XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES | 63 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| ANEXOS | 71 |

I. PRESENTACIÓN

En la actualidad, la gestación en la adolescencia es catalogada como un problema social, claro además de sanitario, problema que nos debería comprometer a todos y cada uno de nosotros para desempeñar un papel activo para disminuir en su incidencia o revertirlo, ya que la mayoría de las veces trunca el proyecto de vida de estas madres adolescentes.

Las estadísticas demuestran que a nivel mundial, y también en nuestro país, el embarazo adolescente de ser un problema social, pasó a ser uno de los principales problemas de la salud pública, donde los gobiernos están invirtiendo recursos humanos y económicos para tratar esta problemática y disminuir sus índices.

Hay varios factores que pueden favorecer a que se presente este problema, pero, las condiciones actuales de vida contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales de los adolescentes. Aun así, las instituciones educativas (escuelas y colegios) y la familia hacen casi nada por la educación sexual de sus hijos adolescentes. Por el contrario, optan por el silencio o incluso, en algunas familias y maestros en estos tiempos, les llaman la atención por tocar el tema de la sexualidad, porque siguen con la mentalidad retrógrada que es un tema tabú. Esta situación obliga a que los adolescentes busquen esta información y consejos en sus amigos. No entienden que, en el mundo, hay millones de mujeres adolescentes expuestas al riesgo de embarazos no deseados. Adolescentes que cada vez a más temprana edad viven el drama de la maternidad, con visos de tragedia frente al escándalo del colegio en el cual estudian, el rechazo de sus padres, la indiferencia de los demás, etc. (1).

El embarazo en la adolescencia representa un riesgo a la salud del binomio madre-niño, porque los predispone a que padezcan un amplio cuadro de morbilidad,

e inclusive a la mortalidad, debido a que el organismo de la adolescente no está preparado ni biológica ni emocionalmente para la gestación, por lo que puede presentar diabetes gestacional, preeclampsia y anemia, mientras que el recién nacido puede nacer prematuro y con una malformación congénita (2).

Uno de los principales problemas que enfrentan las gestantes, tanto las adolescentes como las adultas, es la anemia ferropenia. Este tipo de anemia se produce por la deficiencia del hierro y es la causante del incremento de los abortos, de los partos prematuros, de la morbimortalidad materna y perinatal, de infecciones puerperales, etc. (3).

Con la finalidad de prevenir todo este cuadro de enfermedades y complicaciones en la gestación y durante el parto, el Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Norma Técnica “Atención Integral Materno y Neonatal”, busca que todos los establecimientos de salud lo ejecuten a nivel nacional.

En el Centro de Salud Monterrey se encuentra ubicado en el pueblo del mismo nombre, que pertenece al Distrito de Independencia. Según las últimas cifras del Instituto de Estadística e Informática (INEI) este centro tiene asignada una población de 3 200 habitantes, de los cuales casi en su 70% hablan español, un 20% hablan el español y quechua, pero hay un mínimo porcentaje de pobladores que sólo hablan el idioma quechua. A la fecha tiene, 45 gestantes, de las cuales 14 son adolescentes.

El presente trabajo busca disminuir las complicaciones de la gestación en las adolescentes por deficiencia de hierro, a través de la concientización de su población y de un trabajo multisectorial. Por lo que presento este trabajo académico titulado “Mejorando el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey – Independencia, 2018”.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL PROYECTO:

MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA PROFILAXIS DE SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MONTERREY – INDEPENDENCIA, 2018.

2.2. LOCALIZACIÓN:

Comunidad : Monterrey.

Distrito : Independencia.

Provincia : Huaraz.

Departamento : Ancash.

Región : Ancash.

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

Beneficiarios Directos: Gestantes adolescentes que se atienden en el Centro de Salud Monterrey.

Beneficiarios Indirectos: Profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud Monterrey y familias de las gestantes adolescentes.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Centro de Salud Monterrey – Microred Monterrey – Red de Salud Huaylas Sur – MINSA.

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO: 02 años.

Fecha Inicio : Enero del 2019.

Fecha Término : Enero del 2021.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 3 815.20

2.7. RESUMEN:

El presente trabajo académico trata de manera clara, sencilla, pero con lenguaje apropiado el tema de la importancia de cumplir con el tratamiento del sulfato ferroso durante la gestación en la adolescencia, para evitar complicaciones durante el embarazo y el parto.

Muchos trabajos de investigación muestran las consecuencias de la anemia ferropénica en la gestación, como son los partos prematuros, el aumento del riesgo de hemorragia durante el parto, retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, recién nacidos con malformaciones, etc., por esto la finalidad de este trabajo es buscar concientizar a las gestantes y población en general, que se atienden en el Centro de Salud Monterrey, de la adherencia al tratamiento con sulfato ferroso y de la buena alimentación durante la gestación. De esta manera, se conseguirá prevenir todas y muchas más complicaciones de la madre y del niño.

Por esto, se establecen como líneas de acción la gestión, sensibilización y capacitación de las gestantes y de la población en general concurrente al Centro de Salud Monterrey, periódicas y sostenidas, a través de programas de intervención hasta lograr el objetivo propuesto, donde tengamos madres y niños sin complicaciones, normados por la política del MINSA.

El impulso a realizar este trabajo académico fue que, como obstetra, tenemos el compromiso con la sociedad y con nosotras mismas, mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad fértil y gestantes para alcanzar su bienestar y su calidad de vida y la satisfacción propia, creando para la profesión nuevos conocimientos y la actualización del tema.

III. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa muy difícil del ciclo del ser humano, porque se producen cambios acelerados, tanto física como psicológicamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la adolescencia como “el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (4).

En esta etapa de la vida, el adolescente todavía es una persona inmadura y muchas veces esto le puede conducir a adoptar conductas de riesgo, porque muchos de los adolescentes se ven presionados a consumir alcohol para ser aceptados de un grupo de pares, o para “tomar valor” para tener relaciones sexuales, y esto se da cada vez a más temprana edad. Estas conductas riesgosas pueden desencadenar en accidentes, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otras (4).

De estos problemas que se presentan en la adolescencia, el más predominante es el embarazo en adolescentes. A la actualidad, se ha convertido en un problema de salud pública y social, y esto no sólo abarca a desórdenes orgánicos propios de la juventud materna, sino que también están asociados a factores socioculturales y económicos que comprometen la salud y supervivencia del binomio madre-niño.

“El embarazo adolescente es más frecuente que lo que la sociedad quisiera aceptar. Entre sus posibles causas se encuentra el inicio temprano de la vida sexual de los jóvenes, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, así como la falta o insuficiente información sobre sexualidad, el bajo nivel educativo y económico, los bajos niveles de planeación y expectativas que poseen los jóvenes con respecto a su futuro, una pobre imagen

y valorización de la mujer, sentimientos de soledad y rechazo, entre otras (1, párr. 11).

La problemática de embarazo en adolescentes se ve influenciada por una serie de factores, relacionados principalmente con la posibilidad de ejercer cabalmente sus derechos sexuales y reproductivos. Al respecto el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) informa que, “todos los días 20.000 mujeres de menos de 18 años, dan a luz en países en vías de desarrollo y 2 de los 7,3 millones de partos de adolescentes que ocurren cada año, corresponden a niñas menores de 15 años”, que representa el 27,3% (5).

Asimismo, López agrega que, “las estadísticas a nivel mundial reportan que una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos provenientes de madres adolescentes. En las regiones más pobres del planeta, una de cada tres mujeres son madres adolescentes” (6).

Pero, esta problemática no queda allí, sino que es un condicionante para que las mujeres que son madres a edades más tempranas de la adolescencia en general “tienden a tener mayor cantidad de hijos, y con intervalos menores entre estos, que las mujeres que comienzan más tarde”, aumentando las tasas de natalidad en sus países (1).

De acuerdo con los reportes de la OMS se calcula que la prevalencia de la anemia gestacional es aproximadamente el 35 a 75% (en promedio 56%) en las gestantes de los países en vías de desarrollo y en Latinoamérica el 40%, y cerca del 18% de las gestantes en los países industrializados la padecen. Y, en general el 35% de las mujeres en edad fértil (MEF) en el mundo también sufren sus estragos (7).

En Perú, la situación es casi parecida, ya que hay un porcentaje elevado de madres adolescentes, que sus edades fluctúan entre los 13 a 19 años. La prevalencia nacional de anemia para el 2015 fue de 24,2% (IC 95%: 24,0-24,3), a pesar que está disminuyendo a lo largo del tiempo (42,7% en 2004 y 28% en 2011), sigue como problema de salud pública (8).

En el área rural el 30,5% de las gestantes adolescentes padecen anemia ferropénica y en el área urbana y 22,0% en el área urbana. Se observa la variabilidad en las prevalencias de anemia gestacional entre las regiones del país, siendo más altos en la sierra, donde predominan: Huancavelica (45,5%), Puno (42,8%), Pasco (38,5%) y Apurímac (32%) (9).

Sin embargo, las consecuencias del embarazo en las adolescentes no terminan allí, sino también puede presentar anemia ferropénica, producto de una alimentación adecuada o porque su organismo aún no está preparado para ser madre, lo que predispone a una serie de riesgos que comprometen la vida del binomio madre-niño.

Esta deficiencia de hierro en la gestación, se produce porque sus necesidades basales aumentan hasta tres veces. La anemia gestacional puede condicionar a complicaciones materno perinatales: “incidencia de amenaza de aborto, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, estados hipertensivos del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas” entre otros (9).

La anemia ferropénica (o por deficiencia de hierro) en gestantes en el Perú representó en el 2012 el 28,8% y el 29,5% en el 2013 según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), informando que la causa principal de la anemia

gestacional es el consumo deficiente de hierro por debajo de los límites requeridos en la alimentación de la gestante, que representa 27 mg/día (10).

A nivel local, también se presenta esta problemática de los embarazos en adolescentes. En Ancash, el 29,7% de las gestantes adolescentes padecen de anemia. En la mayoría de sus distritos la anemia gestacional es considerada como problema de salud moderado, debido a su diversidad etnocultural, a sus componentes educativos, nutricionales, ambientales y económicos (8).

El Centro de Salud Monterrey tiene adscrita una población de 3 200 usuarios, de todas las edades; hasta la fecha en la comunidad hay 45 gestantes, de las cuales 14 son adolescentes entre 15 y 18 años de edad, y más de la mitad tiene diagnosticado anemia ferropénica.

En la comunidad de Monterrey se observa un gran aumento de casos de embarazo adolescente en el último quinquenio, con una marcada proporción de crecimiento en el intervalo etáreo de 12 a 15 años y producto de esto el aumento de problemas relacionados con la maternidad. La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de ellas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados. Lo que se convierte en un motivo de preocupación en el distrito de Independencia, y también a nivel nacional.

El 60% de las gestantes tienen como grado de instrucción, primaria completa, un 20% primaria incompleta, mientras que el 20% restante tienen educación secundaria y unas cuantas superior. La mayoría de estas gestantes (75%) son convivientes, el 15% son casadas y el 10% son madres solteras. Su procedencia es en el 75% rural y el 25% urbano marginal.

La idiosincrasia de los familiares de las gestantes con respecto a la toma del sulfato ferroso como un medicamento, tienen temor, porque piensan que este medicamento afecta al feto, motivo por el cual hace que muchas de las gestantes dejen de tomar el sulfato ferroso que se les indica como profiláctico. También sus efectos adversos, como el estreñimiento y la sensación nauseosa, son factores que influyen para que las gestantes no tomen sus tabletas de sulfato ferroso más ácido fólico. La mayoría de las gestantes realizan labores en la casa y en las chacras lo cual hace que muchas veces se olviden de tomar su sulfato ferroso.

En casi el 90% de las gestantes acuden a su primer control en el primer trimestre de embarazo, lo cual hace que se cumpla con la entrega las 6 dosis de hierro según la norma. Pero en cuanto a la toma, muchas de las gestantes afirman que lo toman interdiario o cuando se acuerdan, no siguiendo la prescripción.

Como vemos, estos nuevos requerimientos no pueden ser cubiertos efectivamente por la dieta, es por ello que las gestantes que no consumen suplementos de hierro tendrán mayor probabilidad de sufrir anemia. A pesar de esto, la mayoría de los programas basados en la suplementación para combatir este mal no han tenido éxito y la información que tenemos disponible nos da cuenta sobre la cobertura de mujeres que recibieron el suplemento y poca información sobre su consumo.

Argumentos para justificar el presente trabajo académico abundan, porque tiene una justificación metodológica y una justificación ética, no tiene justificación teórica.

En **su justificación metodológica**, permitirá: Determinar una visión panorámica del problema del embarazo en la adolescencia y del cumplimiento del

tratamiento profiláctico con sulfato ferroso; aplicación de programas de intervención y programas educativos periódicos en busca de la concientización de la importancia de cumplir el tratamiento con sulfato ferroso; destacar la importancia del cumplimiento de la Norma Técnica “Atención Integral Materno y Neonatal”; resaltar el papel fundamental que juega la familia para que la adolescente afronte la maternidad; y ser utilizado como fuente bibliográfica y como punto de partida para posteriores investigaciones.

La justificación ética se sustenta en el Código de Ética y Deontología Profesional, en su capítulo 3º: “El y la obstetra debe realizar el diagnóstico clínico en forma objetiva, veraz y con base científica. Así mismo está obligado a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud; así como los riesgos y consecuencias de los mismos y del tratamiento a efectuar” (11).

El profesional de obstetricia tiene la obligación moral y ética de realizar una buena evaluación a las gestantes para determinar con precisión su diagnóstico, para luego establecer el tratamiento a seguir, como por ejemplo diagnosticar la anemia gestacional debe prescribir el sulfato ferroso más ácido fólico, pero eso no debe quedar allí sino debe hacer el seguimiento periódico para ver hasta qué grado cumple el tratamiento y evitar los riesgos a los que conduce la anemia ferropénica, algunos de ellos mortales para ambos.

El impacto social del embarazo en adolescentes tiene profundas implicaciones sociales, debido a la escasa preparación que tienen las adolescentes para afrontar la maternidad, y esto no es garantía que al formar su propia familia sea un núcleo familiar sano, ya que su embarazo no ha sido producto de una decisión autónoma y

consciente sino del ejercicio precoz de su sexualidad y su inmadurez y, más aumentaría sus riesgos si no cumple con prevenir la anemia. Hoy en día, los casos de embarazo en adolescentes han ido obteniendo un gran auge debido a que la sociedad se ha ido despreocupando del tema. Por esto la relevancia social del trabajo.

“La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto también se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta, es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es en etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados” (12).

La OMS define a la adolescencia como “el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” y la tipifica como una etapa difícil y a la vez crucial para ir adquiriendo la madurez biológica y psicológica (4).

La adolescencia es la etapa de la transición entre la niñez y la adultez, comenzando con la pubertad y se caracteriza por un crecimiento repentino que consiste en un aumento evidente de la estatura y peso. En las niñas suele comenzar entre los nueve años y medio y los catorce años y medio (en promedio 10 años), y en

los niños entre los diez años y medio y los 16 años (en promedio entre 12 ó 13 años) (13).

Albendea (14), sostiene que la adolescencia se caracteriza por ser una etapa donde se producen una serie de cambios significativos, tanto en el aspecto físico, psicológico y social del individuo. Así tenemos:

- **Hormonal:** El cambio más relevante está relacionado con la maduración física y sexual, donde aparecen las características secundarias, diferenciándose el varón de la mujer. Además, se manifiesta por primera vez la capacidad genética y reproductiva con la menstruación y la primera eyaculación seminal, con los respectivos cambios en los impulsos y deseos sexuales (14).
- **Cognitivo:** Su capacidad de pensamiento y raciocinio resalta la forma en que piensan sobre ellos mismos y sobre los demás, esto permite ver las cosas de una manera diferente, dando lugar al pensamiento más crítico (14).
- **Desidealización paterna:** Hasta aquí los padres fueron “los todopoderosos” o “los superhéroes” y los referentes de fuente de sabiduría, pues a partir de esta etapa el adolescente modifica esa idealización por un concepto más realista, analiza sus virtudes y sus defectos (14).
- **Búsqueda de la propia identidad:** Al tener un pensamiento más realista y crítico, el adolescente busca la construcción de su propia identidad e imagen, a través de su autoanálisis (14).
- **Importancia del grupo de iguales:** Los iguales se convierten en el contexto de socialización básico, los cuales son tomados como modelos, sean positivos o negativos. En el grupo de pares se traspasa la dependencia familiar a la social (14).

En la adolescencia recién comienza el proceso de maduración física y psicológica, y muchas veces, esta inmadurez puede conducir a adoptar conductas de riesgo, porque muchos de los adolescentes se ven presionados a consumir alcohol en busca de aceptación del grupo o “tomar valor” para tener relaciones sexuales, lo que ocurre cada vez a más temprana edad. Estas conductas de riesgo pueden producir accidentes, pandillaje, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc. (4).

El embarazo en los adolescentes es el que sobresale de sus conductas riesgosas. Pérez y Merino definen el embarazo adolescente como aquel embarazo que se produce en niñas y adolescentes. Como mencionamos líneas arriba, a partir de la pubertad comienza el proceso de maduración, a través de los cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Sin embargo, esto no significa que, la niña esté preparada para ser madre (15).

Otra definición del embarazo en la adolescencia es, “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”. Este problema adolescente también ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (16).

INFOGEN ha determinado algunos factores que pueden predisponer al embarazo en los adolescentes, estos son:

- **Contexto familiar:** “Las características familiares son cruciales para determinar el riesgo. Así tenemos que, la adolescente que proviene de una familia disfuncional, uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo

de drogas, en la que no hay una adecuada comunicación entre padres–hijos. El hecho de que en los hogares se censure en forma extrema las relaciones sexuales entre jóvenes, los vuelve vulnerables, siendo atraídos por rebeldía a tener relaciones sexuales, sin tomar medidas preventivas. Su ausencia genera carencias afectivas que ella no sabe resolver, impulsándola a buscar esa comunicación y afecto en los amigos y compañeros de colegio quienes probablemente tendrán su misma ignorancia. Es más probable que los hijos inicien la actividad sexual a una edad temprana.

- **Grupo de amigos:** Donde busca el reconocimiento de sus amigos, comienza a tener citas románticas, hecho que aumenta el riesgo de tener relaciones íntimas y por tanto de embarazos. Además, si ve que sus amigos usan preservativos durante sus relaciones, él también los usará. Porque copian lo que sus pares hacen con la finalidad de ser aceptados.
- **Personales:** Investigaciones ponen en evidencian que factores como la edad, el desarrollo físico y el género, condicionan el comportamiento sexual de los jóvenes. Acorde a su crecimiento, son más propicios a tener sexo habitualmente con varios novios(as). Esta situación se repite al empezar la actividad sexual precozmente aparentan tener más edad. Las condicionantes son estructuralmente físicos y otros sociales entre ellos la influencia de sus compañeros y el aumento de coyunturas para que se involucren en relaciones inestables. Cuando el adolescente no estudia, su rendimiento escolar es bajo, pertenece a una pandilla, la baja autoestima, el consumo de alcohol y otras drogas van a influenciar para que inicie las relaciones sexuales a temprana edad y corriendo el riesgo de embarazos no deseados.

- **Socioeconómicos:** La economía se convierte en un detonante porque muchas adolescentes consideran que unirse a una pareja les va a dar la estabilidad económica e independencia, que tal vez no tiene en sus hogares, muchas veces sin pensarlo, porque no se dan cuenta que lo que están haciendo es destruir su vida y traer al mundo otro ser humano en peores condiciones. Quedando muchas de ellas abandonadas, con sus bebés, lo que hace en muchas ocasiones caer en manos de otra pareja, la que en ocasiones los maltratan y en ocasiones terminan violentando a sus hijos. Pero también, el medio social también se convierte en un detonante relacionado con paradigmas relacionados a la concepción y a la paternidad, el feminismo y machismo, colocándolo como eje de su ideal de vida y como el parámetro para su superación. Se ha visto que, cuando los padres de la adolescente tienen un nivel de instrucción alto y tienen ingresos económicos estables y gozan de buena remuneración, se ha evidenciado una significativa disminución de los embarazos adolescentes; lo que significa que los padres son los que incentivan y guían a sus hijos de estudiar.
- **Factores institucionales:** Se ha podido observar durante las prácticas y del quehacer profesional que, hay un preocupante déficit en los servicios específicos de orientación sobre salud sexual y reproductiva para las adolescentes, tanto en las instituciones educativas como sanitarias. Además, cuando hay brindado este servicio los adolescentes no han asistido porque el personal más les critica y no dan el apoyo que ellos buscan, motivo por el cual rechazan este servicio” (17).

El embarazo en la adolescencia también puede traer consigo complicaciones tanto para la madre como para el bebé, así lo afirma Salabert. Las principales complicaciones médicas que puede presentar la madre durante el embarazo o en el parto mismo son: “placenta previa, preeclampsia, parto prematuro, anemia grave, ruptura prematura de membranas, dificultades durante el trabajo de parto por pelvis estrecha”. Pero también el recién nacido puede presentar complicaciones médicas y las principales son: “Mayor incidencia de defectos congénitos; mayor riesgo de muerte intrauterina; bajo peso al nacer; crecimiento intrauterino retardado; prematuridad; riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada a falta de cuidados maternos; más incidencia de enfermedades cardiológicas, respiratorias y problemas funcionales; bajo rendimiento académico; ser madre/padre en la adolescencia, al igual que su progenitora” (2).

Sin embargo, el embarazo adolescente no sólo acarrea complicaciones médicas, sino también tiene consecuencias socioeconómicas y psicológicas, tal y como lo afirma INFOGEN, y este problema no sólo afecta a la madre y al niño sino también a la familia (17).

➤ **Impacto en la madre:** “El embarazo en la adolescencia tiene una influencia directa en la educación, porque la madre adolescente se verá obligada a cuidar del hijo y abandonará los estudios, disminuyendo sus posibilidades de ser profesional. Además, muchas investigaciones han determinado que las madres adolescentes tienen siete veces más posibilidades de cometer suicidio y también que aumenta un 25% en que será madre otra vez antes de que su bebé cumpla dos años.

- **Impacto en el hijo:** El embarazo en los adolescentes puede afectar el desarrollo psicosocial de su producto, además de presentar problemas de crecimiento y desarrollo, problemas de rendimiento académico, las hijas de padre adolescentes tienen mayor posibilidad de que también tengan un embarazo precoz y los hijos de padres adolescentes puede que tengan problemas con la ley.
- **Impacto en otros miembros de la familia:** El embarazo de una adolescente puede influir en sus hermanos más jóvenes, pues estudios afirman que son más propensos a considerar el embarazo precoz como algo normal o algunos se convierten en los cuidadores de los sobrinos” (17).

Una de las complicaciones médicas que se presenta con frecuencia en la gestación adolescente, y quizás en general de los embarazos, es la anemia ferropénica, que es la que se produce por la deficiencia del hierro y se manifiesta por “descenso de las cifras de hemoglobina, hematíes pequeños (microcitosis), con poca cantidad de hemoglobina en su interior (hipocromía) y cifras bajas de hierro en los depósitos (ferritina disminuida)” (3, p11).

La Compañía de Laboratorios Farmacéuticos Roche define a la anemia como un trastorno donde el nivel de hemoglobina está por debajo de los valores normales; o sea hay una concentración baja de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, lo que producirá un abastecimiento insuficiente de oxígeno para el funcionamiento normal del cuerpo (18).

El valor de la hemoglobina cambia drásticamente durante el embarazo y es muy particular porque tiene tendencia a disminuir considerablemente, pues en el primer trimestre se habla de anemia con niveles menores a 11 gr/dL y en los

trimestres 2 y 3 cuando es menor a 10.5 gr/dL. Después del parto se habla de anemia cuando existen niveles menores a 10. En síntesis, el valor normal de la hemoglobina en una gestante es 11 a 14 gr/dL (19).

Teniendo en cuenta el valor de la hemoglobina, la clasificación según Gómez R., la anemia se categoriza como:

- Anemia Leve : Hb entre 9 y 11 g/dl.
- Anemia Moderada : Hb entre 7 y 8,9 g/dl.
- Anemia Severa : Hb menor de 7 g/dl (19).

Pero, también hay otros tipos de clasificación de la anemia, como: la morfológica (anemia normocrómica, anemia hipocrómica y anemia macrocítica); la funcional (anemia regenerativa y anemia arregenerativa); por pérdida de sangre (posthemorrágica aguda y posthemorrágica crónica); por producción deficiente de eritrocitos (por déficit de factores relacionados con la eritropoyesis, por insuficiencia de la médula ósea y por infiltración de la médula ósea por neoplasia maligna secundaria); por destrucción excesiva de eritrocitos (anemias hemolíticas hereditarias, anemias hemolíticas adquiridas y hemoglobinuria paroxística nocturna); y por producción disminuida y destrucción aumentada de eritrocitos (síntesis defectuosa de hemoglobina y asociada a enfermedades crónicas) (20).

Sin embargo, hay que tener presente que el valor de la hemoglobina varía de acuerdo a la altitud donde vive la gestante, considerándose en altitudes por encima de los 1000 metros sobre el nivel del mar, porque las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su nivel de hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, motivo por el cual se hace una corrección del

nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para así diagnosticar la anemia ferropénica (21).

“El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada” (21). Entonces la fórmula sería así:

$$\text{Niveles de hemoglobina ajustada} = \text{Hemoglobina observada} - \text{Factor de ajuste por altitud}$$

La tabla para el ajuste de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar se detalla a continuación:

| ALTITUD (msnm) | | Factor de ajuste x altitud | ALTITUD (msnm) | | Factor de ajuste x altitud |
|----------------|-------|-------------------------------|----------------|-------|-------------------------------|
| DESDE | HASTA | | DESDE | HASTA | |
| 1000 | 1041 | 0.1 | 3677 | 3736 | 2.9 |
| 1042 | 1265 | 0.2 | 3737 | 3795 | 3.0 |
| 1266 | 1448 | 0.3 | 3796 | 3853 | 3.1 |
| 1449 | 1608 | 0.4 | 3854 | 3910 | 3.2 |
| 1609 | 1751 | 0.5 | 3911 | 3966 | 3.3 |
| 1752 | 1882 | 0.6 | 3967 | 4021 | 3.4 |
| 1883 | 2003 | 0.7 | 4022 | 4076 | 3.5 |
| 2004 | 2116 | 0.8 | 4077 | 4129 | 3.6 |
| 2117 | 2223 | 0.9 | 4130 | 4182 | 3.7 |
| 2224 | 2325 | 1.0 | 4183 | 4235 | 3.8 |
| 2326 | 2422 | 1.1 | 4236 | 4286 | 3.9 |
| 2423 | 2515 | 1.2 | 4287 | 4337 | 4.0 |
| 2516 | 2604 | 1.3 | 4338 | 4388 | 4.1 |
| 2605 | 2690 | 1.4 | 4389 | 4437 | 4.2 |
| 2691 | 2773 | 1.5 | 4438 | 4487 | 4.3 |
| 2774 | 2853 | 1.6 | 4488 | 4535 | 4.4 |
| 2854 | 2932 | 1.7 | 4536 | 4583 | 4.5 |
| 2933 | 3007 | 1.8 | 4584 | 4631 | 4.6 |
| 3008 | 3081 | 1.9 | 4632 | 4678 | 4.7 |
| 3082 | 3153 | 2.0 | 4679 | 4725 | 4.8 |
| 3154 | 3224 | 2.1 | 4726 | 4771 | 4.9 |
| 3225 | 3292 | 2.2 | 4772 | 4816 | 5.0 |
| 3293 | 3360 | 2.3 | 4817 | 4861 | 5.1 |
| 3361 | 3425 | 2.4 | 4862 | 4906 | 5.2 |
| 3426 | 3490 | 2.5 | 4907 | 4951 | 5.3 |
| 3491 | 3553 | 2.6 | 4952 | 4994 | 5.4 |
| 3554 | 3615 | 2.7 | 4995 | 5000 | 5.5 |
| 3616 | 3676 | 2.8 | | | |

Es muy sabido que, durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos, principalmente en el sistema circulatorio y sanguíneo, lo que trae consigo la anemia fisiológica. García afirma que el volumen total de sangre de una

mujer no gestante es de 4000 a 4200 cc y al finalizar el embarazo la sangre aumenta hasta 5650 cc (3).

Asimismo, este autor agrega que conforme avance el embarazo se produce una dilución fisiológica del hierro y por tanto disminuye el valor de la hemoglobina en las gestantes, motivo por el cual las gestantes deben recibir suplemento de hierro y micronutrientes, pues:

“A medida que transcurre el embarazo aumenta la masa eritroide alrededor del 18% en cambio el volumen plasmático aumenta hasta un 45-50%. Mientras que el volumen plasmático aumenta desde el inicio del embarazo, el volumen globular lo hace durante la segunda mitad del embarazo. Por este motivo se produce una dilución fisiológica, la cual varía dependiendo de la semana de gestación. En las embarazadas sanas, que tienen una dieta normal sin aportar suplementos de hierro el volumen globular asciende unos 250 cc, es decir se pasa de 1400 cc. a 1650 cc. En cambio, cuando se estimula la hematopoyesis suplementando con hierro este volumen aumenta entre 400-450 cc, un 30% más” (3, p15).

La anemia en el embarazo es un importante problema de salud que tiene que ser prevenido o tratado a tiempo, cuando ya está diagnosticada, porque esto va a determinar el nivel de hierro sanguíneo del feto, del lactante y del niño en sus primeros años de existencia, esto marcará el futuro de su vida, por eso el esfuerzo del MINSA por tratar con suplemento de hierro a las gestantes.

El MINSA afirma que el cuadro clínico de la anemia es inespecífico y muchas veces es asintomática, pero con un buen examen físico y valoración se podrán identificar algunos signos y síntomas, como:

- **Síntomas generales:** Aumento del sueño, “astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
- **Alteraciones en la piel y faneras:** Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
- **Alteraciones de conducta alimentaria:** Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
- **Síntomas cardiopulmonares:** Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo ($< 5\text{g/dL}$).
- **Alteraciones digestivas:** Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
- **Alteraciones inmunológicas:** Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- **Síntomas neurológicos:** Alteración del desarrollo psicomotor”, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales (21).

Una de las medidas preventivas para prevenir la anemia gestacional es la administración de suplemento ferroso. Al parecer la transmisión de volúmenes necesarios de hierro va a contribuir que en el feto se realice el proceso normal de mielinización de su sistema nervioso central, además que previene las insuficiencias

de hierro en la infancia. Por lo que es vital que la madre tenga niveles de hierro adecuados durante su embarazo, lo que garantizará que el niño tenga hierro necesario los primeros años de su vida y permitirá un óptimo crecimiento y desarrollo cognitivo y físico. Para esto, la placenta sufre cambios a largo de la gestación para suministrar al feto los nutrientes y micronutrientes necesarios, dentro de ellos se encuentra el hierro (22).

Se debe recordar que las necesidades de hierro varían de acuerdo a la edad gestacional, al trimestre en que se encuentra; ya que el suplemento de hierro es aconsejable durante el segundo y tercer trimestre. Porque en el primer trimestre se considera una opción más relativa, ya que “la demanda fetal y el aumento de la volemia materna no son tan acelerados en este período y además el cese de los sangrados menstruales la favorece la conservación de los depósitos de hierro”. Pero, hay autores que recomiendan empezar con el suministro de suplemento de hierro apenas se confirme la gestación, con la finalidad de compensar las deficiencias subclínicas del mineral y garantizar reservas suficientes (23).

La cantidad de sangre que circula por todo el organismo aumenta en un 50% durante la gestación, motivo por el cual las embarazadas deben consumir suplementos de hierro. En las MEF no gestantes se necesita 18 mg diarios y en las embarazadas de 27 a 30 mg por día (24).

Según la normativa vigente la prevención de anemia en las gestantes se realiza con sulfato ferroso y ácido fólico, porque en una dieta normal, se proporciona entre 10-20 mg de hierro por día, pero lo que absorbe el organismo es una cantidad ínfima, que representa entre 5 a 10% del hierro total y esta absorción se produce a nivel intestinal (21).

El sulfato ferroso que se prescribe en la anemia ferropénica, deficiencia de hierro por ingesta deficiente o requerimientos aumentados y como suplemento en los grupos de riesgo. Su farmacocinética se produce cuando “el hierro se absorbe en el duodeno y el yeyuno superior; la absorción es mayor (20-30%) en personas con concentraciones bajas de hierro que en personas con valores normales (10%)”. Se distribuye principalmente en el tejido hepático, se metaboliza en el hígado y se elimina por vía biliar y por la orina el excedente (25).

El sulfato ferroso puede producir sensación nauseosa, estreñimiento, pirosis, oscurecimiento de las heces, sabor metálico; pero también puede producir con menos frecuencia: vómitos, edema focalizado, deposiciones líquidas o diarrea, coloración temporal de dientes con el jarabe (25).

Sin embargo, se deben considerar algunas precauciones durante su administración, como:

“(1) Embarazo: se recomienda administrarlo durante el segundo y tercer trimestre, pues se necesitan 500mg de hierro en reserva para balancear los requerimientos de la gestación. (2) Lactancia: se recomienda administrarlo desde el sexto mes hasta el primer año de vida a niños a término con lactancia materna exclusiva, en niños prematuros, desde el tercer mes; incluir en ablactancia alimentos sólidos fortificados con hierro. (3) Pediatría: los estudios realizados no han demostrado problemas. (4) Geriatria: los gerontes pueden requerir dosis mayores pues responden pobremente a dosis convencionales. (5) Insuficiencia renal: la causa de anemia es la deficiencia de eritropoyetina, requiere suplementación VO, en casos especiales, por vía IV. (6) Insuficiencia

hepática: sin indicación de reajuste de dosis. (7) Enfermedad ulceropéptica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa: pueden agravarse” (25).

En la administración de sulfato ferroso se recomienda tomarlo una hora antes o tres horas después de las comidas. Y se debe tomar con abundante agua y con el estómago vacío; si hay intolerancia, puede tomarse con alimentos excepto derivados lácteos, huevos, café, té y cereales. Además, se recomienda tomarlo con zumo de cítricos porque ayudan a la fijación del hierro.

El ácido fólico es una de las principales vitaminas del complejo B, ya que cumple un papel trascendental antes y durante el embarazo, ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada, antes y en las primeras semanas del embarazo, disminuye el riesgo de defectos del tubo neural (21).

Según las normativas del MINSA, el manejo preventivo de anemia en mujeres adolescentes de 12 a 17 años, “se administrará 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico, una vez a la semana, durante un período de 3 meses continuos por año” (21). En las gestantes, a partir de la semana 14 de gestación, y las puérperas, hasta los 30 días después del parto, “recibirán suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug. de Ácido Fólico (1 tableta diaria) durante 3 meses”; y en los casos que la gestante inicie la consulta prenatal después de las 32 semanas de gestación, se administrará “una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 3 meses (2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico)” (21).

Pero no basta con administrar suplemento de hierro y ácido fólico, sino esta acción debe estar acompañada de una buena alimentación en la gestante. El consumo de alimentos ricos en hierro podría dar unos resultados notablemente mejores que la

sola utilización de suplementos como tratamiento de la anemia ferropénica. La mayor parte del hierro presente en los alimentos no aparece en forma heme, por lo que apenas se absorbe del 2 al 20% y depende de la dieta y de los niveles de hierro de la persona. El hierro heme (2-15% del hierro incluido en la dieta) está presente en la carne, que se absorbe mucho mejor (15-35%) y su absorción depende en menor medida del nivel de hierro de la madre o de otros productos incluidos en la dieta (26).

Las gestantes deben incluir en su dieta diaria la ingesta de carnes, pescados y verduras por su alto contenido en hierro. Así, las carnes y los pescados tienen en común la presencia de un elevado porcentaje de proteínas en su composición. Las carnes como el de vaca proporciona 3 mg de hierro, el de cerdo 1.4 mg y otras carnes como el de pollo tienen 1.2 mg por cada 100 g. El pescado como la sardina, anchoveta, machete y jurel contienen hierro, proporcionando 3.2 mg cada 100gr; también las vísceras como el hígado de ternera que contiene 5 mg de hierro o el hígado de cordero, el corazón y el bazo que contienen 10 mg de hierro (27).

Otra fuente importante de hierro son los vegetales y son fuentes confiables de una buena cantidad de hierro, incluso más que la proporcionada por las carnes. Así tenemos que, la col china (1,8 mg), semillas de sésamo (1,3 mg), espinaca (18 mg), kalé o col risada (3,6 mg), anacardos (2 mg), habas de soja (8-9 mg), garbanzo (4,7 mg), acelga (4 mg), frijoles (3-4 mg), entre otros (28).

Al respecto, la normativa del MINSA, afirma que, el consumo de hierro en la dieta de las gestantes puede proceder de dos fuentes; hierro hemínico (hierro hem), presente en productos como el hígado, sangrecita, bazo, carnes rojas, pescado, y hierro no hemínico, presente en los productos de origen vegetal, que se encuentra en las menestras como las lentejas, las habas, los frejoles, las arvejas, y en verduras

como la espinaca y en algunos productos de origen animal, como la leche y los huevos. También se encuentra en la harina de trigo fortificada (21).

Asimismo agrega, la cantidad de hierro en mg que contienen los principales alimentos por ración de 2 cucharadas (30 gramos): Sangre de pollo cocida (8.9), Bazo de res (8.6), Riñón de res (3.4), Hígado de pollo (2.6), Charqui de res (2.0), Pulmón (Bofe) (2.0), Hígado de res (1.6), Carne seca de llama (1.2), Corazón de res (1.1), Carne de Carnero (1.1), Pavo (1.1), Carne de res (1.0), Pescado (0.9) y Carne de pollo (0.5) (21).

El presente trabajo académico se sustenta en la teoría de la obstetricia: “Un marco epidemiológico para justificar médicamente indicado temprano”. Esta teoría afirma que cuando los fetos están en riesgo debería acabarse con la gestación con una cesárea, antes que se conviertan en cifras de muertes maternas y perinatales; pero la controversia es que estas gestaciones terminarían con recién nacidos prematuros, los que podrían sufrir enfermedades respiratorias, cardíacas, digestivas, etc. por su inmadurez. Además, hay que agregar que la práctica obstétrica es cada vez más intervencionista, pero de manera empírica, sin una base teórica para su accionar (29).

Esta teoría es aplicable a nuestro trabajo porque en la gestación de adolescentes está en riesgo tanto la madre como el niño, y este problema se agravaría si la madre adolescente tiene anemia ferropénica y no se alimenta bien ni toma su suplemento de hierro, que es el sulfato ferroso que se proporciona en los establecimientos de salud, en cumplimiento a la “Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas” y el “Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil en el Perú:

2017-2021”, aprobados a través de Resolución Ministerial 069-2016/MINSA y Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, respectivamente.

En el Plan de intervención y actividades estratégicas según objetivos, del “Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil en el Perú: 2017-2021”, se plantea como objetivo específico 1: “Tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a menores de 36 meses, gestantes y adolescente como parte de la atención de la salud materno infantil”. En su actividad 2, especifica que la suplementación terapéutica o preventiva con hierro a la gestante durante 6 meses, con la finalidad de revertir la anemia o asegurar las reservas de hierro en el cuerpo. En su actividad 3, donde estipula que las adolescentes de 12 a 17 años deben recibir suplemento de hierro preventivamente dos veces a la semana y durante tres meses, para cubrir la deficiencia que se produce por las menstruaciones, bajo consumo de hierro en la dieta y la elevada prevalencia de embarazo adolescente (30).

Según la Norma Técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas del MINSA, establece las medidas preventivas que se deben realizar en trabajo coordinado y multisectorial para aplicar la profilaxis o el tratamiento terapéutico de la anemia. Así tenemos:

- El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el tamizaje de anemia, principalmente a los grupos de riesgo, dentro de ellos a las adolescentes y mujeres gestantes que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.

- Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las complicaciones funestas e irreversibles de la anemia; la importancia de una dieta equilibrada y rica en hierro de origen animal; y la importancia de prevenir y tratar la anemia a tiempo.
- Se pondrá énfasis en “informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta” (riesgo de padecer enfermedades crónicas) (21, p14).

Este trabajo académico tiene su sustento legal en los siguientes dispositivos legales y normas técnicas, que a continuación se especifican:

- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, aprueba la NTS N° 033-MINSA/DGSP.V.01. “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”.
- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, aprueba la Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a Nivel Nacional y Regional.
- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, 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° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 020-MINSA/DGSP.V.01. “Directiva Sanitaria para la Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil en los Servicios de Planificación Familiar”.
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015”.
- Resolución Ministerial N° 634-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE-V.01. “Directiva Sanitaria que Establece la Notificación e Investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna”.
- Resolución Ministerial N° 361-2011/MINSA, aprueba la “Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal”.
- Resolución Ministerial N° 556-2012/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa “Metodología para la Mejora del Desempeño en Base a

Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención”.

- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 946-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 064-2012-MINSA/DGSP-V.02. “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre Niño del VIH y la Sífilis Congénita”.
- Ministerio de Salud. NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”.
- Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueban la “Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas”.
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil en el Perú: 2017-2021”.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba el “Norma Técnica de Salud: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”.

Hay muchas investigaciones que se han realizado A NIVEL INTERNACIONAL, como:

Escudero L, Parra B, Herrera J, Restrepo S, Zapata N. (31), en Colombia 2014, en su estudio: “Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia”, objetivo: analizar el estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes de tercer trimestre. “Metodología: estudio analítico de corte transversal con 276 adolescentes entre 10 y 19 años, en tercer trimestre de gestación, con datos de hemoglobina, volumen corpuscular medio, concentración de hemoglobina corpuscular media e ingesta de suplemento de hierro. Resultados: la prevalencia de anemia fue 17,1% en el tercer trimestre de gestación y por deficiencia de hierro, 51%. La mediana de ferritina sérica fue 13,3 µg/L (RQ: 7,7 µg/L-17,9 µg/L); sólo el 5,6% (n = 9) presentó valores adecuados de ferritina. Las madres que tomaron suplemento de hierro diariamente presentaron mejores concentraciones de hemoglobina y ferritina” en comparación con las gestantes que no lo tomaron.

Apaza H. (32), en Bolivia 2016, en su tesis: “Adherencia y factores que inciden en el consumo de sulfato ferroso en mujeres en etapa de gestación de puérperas primigestas anémicas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Corea de la Ciudad de El Alto”. Objetivo: Determinar la adherencia y factores que inciden en el consumo de sulfato ferroso en mujeres en etapa de gestación de puérperas primigestas anémicas. “Estudio descriptivo de serie de casos, en 50 mujeres en etapa de gestación de puérperas primigestas anémicas, se utilizó el método de observación directa, la información obtenida fue registrada en un formulario estructurado de acuerdo a las variables en estudio. Se encontró moderada adherencia al consumo de sulfato ferroso. La razón principal es por molestias gástricas e insuficiente información en el momento de la entrega del suplemento y se presenta más en mamás jóvenes”, con bajo nivel de instrucción.

Manobanda R, Olaya L. (33), en Ecuador 2018, en su estudio: “Proceso de atención de enfermería en factores de riesgo en embarazo de madres con anemia y sus complicaciones en adolescentes de 12 a 16 años”. Su objetivo fue: “Contribuir a disminuir la tasa de incidencia de enfermedades de anemia en el embarazo. Se aplicó una investigación cuantitativa, descriptiva, exploratoria y transversal; se utilizó una encuesta aplicada a adolescentes embarazadas. Conclusión: El factor socioeconómico y el nivel educativo juegan un papel importante para desarrollar anemia durante el embarazo adolescente”, por lo que recomienda tomar medidas de prevención en escuelas y colegios.

A NIVEL NACIONAL también se encontraron algunos trabajos de investigación al respecto:

Munares-García O, Gómez-Guizado G. (34), en Lima 2013, realizaron un estudio a nivel nacional titulado: “Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú”. Su objetivo: Determinar los niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú. 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. El 3,4% de las gestantes tenían entre 10 a 14 años (adolescencia temprana), los niveles de hemoglobina son en promedio menores para las gestantes residentes en zonas alto andinas y aproximadamente el 25% de las gestantes adolescentes presentan anemia.

Medina M. (35), en Arequipa 2017, en su tesis: “Factores que influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola”. Objetivo: identificar los factores que

influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes. Es un estudio transversal, relacional bivariado, contó con una muestra de 222 gestantes de 37 a 40 semanas de gestación. Los resultados indican que la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico es moderada en el 79.3%, las reacciones adversas más frecuentes reportaron el estreñimiento y la gastritis (37.8%). La razón personal más prevalente fue el olvido con 47.3%, no reportaron ninguna razón institucional, vinculada al establecimiento de salud.

Huamán J. (36), en Trujillo 2017, en su tesis: “Factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en gestantes de 15 a 35 años”. El objetivo fue demostrar la asociación entre algunos factores con el incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en gestantes de 15 a 35 años. Es de tipo observacional con diseño descriptivo correlacional de corte transversal, y tuvo una muestra de 80 gestantes. El incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso fue 21,2% en las gestantes. “Los factores que tuvieron asociación significativa con el incumplimiento en la ingesta de sulfato ferroso fueron la paridad ($p=0,030$), la presencia de hiperémesis gravídica ($p=0,018$); los efectos secundarios como las náuseas ($p=0,006$), el estreñimiento ($p=0,027$), el dolor de cabeza ($p=0,001$), el sabor del suplemento ($p=0,040$) y otras molestias ($0,029$)”. Donde concluyó que es necesario realizar estrategias que permitan la correcta información de las gestantes.

A NIVEL LOCAL no hay muchos trabajos de investigación acerca del tema, pero se encontraron los siguientes:

Olaza A, De la Cruz Y. (37), en Huaraz 2013, en su estudio: “Efectividad de los talleres nutricionales para el tratamiento de anemia ferropénica en gestantes, Centro Poblado Menor de Coyllur, Huaraz”. Su objetivo fue evaluar la efectividad de

dichos talleres para el tratamiento de la anemia ferropénica en las gestantes. Fue “una investigación cuasiexperimental y longitudinal, con 12 gestantes anémicas y sus familias. Se usó como instrumentos: guía de observación, dosaje de hemoglobina, carné de control pre-natal y ficha familiar. La anemia ferropénica en gestantes se redujo al 16,7% gracias a los talleres nutricionales, aunado al logro de prácticas de alimentación y prácticas para la búsqueda de la salud”. Llegándose a concluir que los talleres nutricionales son altamente efectivos para el tratamiento de la anemia ferropénica, ya que un significativo 83,3% superó su condición de anemia en el embarazo, complementado con el ejercicio de actitudes y prácticas positivas.

Huamán M. (38), en Huaraz 2016, en su tesis: “Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz”. Estudio descriptivo simple, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas. Donde se concluyó que, existe un alto índice de anemia por deficiencia de hierro (74%) en gestantes adolescentes primerizas; las adolescentes gestantes primerizas de zonas urbanas presentan en un 81% de anemia, los convivientes presentan 73% de anemia y las que tienen secundaria completa presentan 47% de anemia. Por lo tanto, la presencia de anemia se encuentra más en estratos sociales de nivel social y económico bajos.

La importancia de este trabajo académico, en el ámbito de la obstetricia, radica en la necesidad de generar acciones que concienticen a nuestros adolescentes y población en general, en actuar con responsabilidad frente a la sexualidad y al uso de métodos anticonceptivos. Y, en el caso de las gestantes, tanto adolescentes como

maduras, asumir con responsabilidad la maternidad, lo que incluye cumplir con todos los cuidados y tratamiento.

Habiendo realizado la descripción problemática y la confrontación con la literatura especializada, donde se pone de relieve uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes es la edad temprana en la que inician su actividad sexual, pues más que el embarazo, el problema radica en la ética y los valores que cada vez se van perdiendo y que son necesarios hablarlos y tratarlos desde la casa para que en el colegio les profundicen más en el tema. Esto destaca la importancia del presente trabajo académico titulado “Mejorando el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey – Independencia, 2018”, para contribuir a disminuir la morbimortalidad materno perinatal, ya que como profesional de la salud es nuestra responsabilidad velar por la salud y bienestar de nuestros usuarios, en pro de un mejor futuro.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey – Independencia 2018.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar en el uso de la medicina farmacológica sobre la medicina natural en las gestantes adolescentes.
- Mejorar el conocimiento de gestantes adolescentes y familia sobre la importancia de la dieta e ingesta de sulfato ferroso y ácido fólico.
- Involucrar a los agentes de salud comunitarios en la concientización a gestantes y familia para cumplimiento de profilaxis.

V. METAS

- 14 gestantes adolescentes cumplen con la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico.
- 1 plan de consejerías para gestantes adolescentes estructurado con material educativo de reforzamiento.
- 2 campañas de tamizaje de anemia con participación de las 14 gestantes adolescentes.
- Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familias.
- 2 programas educativos desarrollados por el equipo de salud responsable a gestantes adolescentes y familias.
- 3 sesiones educativas y demostrativas en alimentos ricos en hierro a gestantes adolescentes y familias.
- 3 talleres de sensibilización a 10 agentes de salud comunitarios.
- 2 visitas domiciliarias a gestantes adolescentes en riesgo de anemia con apoyo de agentes de salud comunitarios, la primera visita apenas se detecta el riesgo y la de evaluación a los dos meses.

VI. METODOLOGÍA

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

Las estrategias de intervención son todos los recursos que son utilizados por el equipo multidisciplinario del Centro de Salud Monterrey, cuyo propósito es delegar funciones a cada uno de sus integrantes para producir en las gestantes adolescentes y en sus familias, el cumplimiento

de la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico, aquí va a desempeñar un papel importante la obstetra.

Las estrategias de intervención que se plantean son: Gestión, capacitación y sensibilización.

A continuación, se especifican estas estrategias de intervención, con sus respectivas acciones:

A) GESTIÓN.

La gestión en salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. “Está conformado por un conjunto de herramientas organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios, dichas herramientas permiten mejorar la calidad de los servicios de salud y la gestión local desde la familia y la comunidad” (39).

En el Centro de Salud Monterrey no se cuenta con un consultorio específico para consejería, por lo que se tiene que gestionar para la dotación de un consultorio exclusivo para consejería a gestantes, que proporcione intimidad y privacidad.

En este establecimiento, la encargada de brindar consejería a las gestantes y adolescentes es la obstetra, quien proporciona información importante sobre salud sexual y reproductiva, así como los cuidados que debe tener en el embarazo, como es principalmente alimentación y profilaxis de suplemento de hierro y micronutrientes.

Las acciones para esta estrategia de intervención son:

A1. Planificación y organización de la consejería a gestante y familia.

- Reunión del equipo multisectorial para organizar la consejería a gestantes y familia, de acuerdo a normativa vigente y realidad sociocultural de la población.
- Elaborar material educativo como folletos, para reforzar consejería.

A2. Campaña de tamizaje de anemia en las gestantes adolescentes.

- Solicitar a Jefatura del Centro de Salud Monterrey la designación de personal de laboratorio y de los insumos necesarios para la campaña de tamizaje.
- Efectivizar la campaña de tamizaje de anemia a las gestantes.
- Analizar los resultados de hemoglobina y hematocrito para la detección de las gestantes con anemia o en riesgo.

A3. Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familia.

- Solicitar a la Jefatura del Centro de Salud Monterrey la asignación de un consultorio para consejería a la gestante y familia.
- Implementar el consultorio de consejería con material educativo y equipos necesarios para la atención.
- Designar obstetra responsable para la atención en el consultorio de consejería.

B) CAPACITACIÓN.

Ucha F. define a la capacitación como un “proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado

a través del cual el personal de una empresa u organización, adquirirá los conocimientos y las habilidades técnicas necesarias para acrecentar su eficacia en el logro de las metas que se haya propuesto la organización en la cual se desempeña”. La capacitación tiene los siguientes objetivos: productividad, calidad del servicio, planeación de los recursos humanos, salud y seguridad, desarrollo personal, satisfacción laboral, entre otros (40).

Para los profesionales de la salud se vuelve una imperiosa necesidad de estar en permanente actualización de sus conocimientos; pues de los médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y demás profesionales depende la conservación y recuperación de la salud de la población y, por tanto, ellos deben estar actualizados acorde al avance de la ciencia y la tecnología para tratar enfermedades o técnicas terapéuticas (41).

Es evidente que en el Centro de Salud Monterrey no existe un programa educativo específico para las gestantes, menos aún para la gestación en adolescentes. La responsable del programa salud sexual y reproductiva es la obstetra, quien asumió la responsabilidad de capacitarse por propia cuenta y así poder brindar una mejor atención a las mujeres en edad fértil y gestantes.

Las acciones para la presente estrategia de intervención son:

B1. Programa educativo sobre importancia de profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes.

- Designar al equipo de salud responsable del programa educativo.
- Elaborar el contenido y presupuesto del programa educativo.

- Solicitar a la Jefatura del Centro de Salud Monterrey la aprobación del programa educativo con su respectivo presupuesto.
- Exposición del contenido del programa educativo, con ayuda de material audiovisual.

B2. Sesión educativa y demostrativa en alimentos ricos en hierro.

- Realizar sesiones educativas de preparación de alimentos ricos en hierro.
- Realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro.

C) SENSIBILIZACIÓN.

Hace alusión a la acción que implica lograr un cambio de actitud u opinión sobre una determinada situación o problemática sanitaria y/o social. El objetivo será que un segmento de la población cambie su visión o creencia respecto a un determinado hecho o que realice un verdadero cambio de actitud. Más que todo, la sensibilización busca la concientización de las personas para asumir con responsabilidad su autocuidado (42).

Las gestantes de esta comunidad no aceptan la profilaxis de suplemento de hierro y micronutrientes por sus creencias tradicionales que dan más importancia a los consejos de los agentes de salud comunitarios.

En esta línea de intervención se busca el apoyo de los agentes de salud comunitarios, a través de la sensibilización, para que en un trabajo mancomunado con el personal del Centro de Salud Monterrey se logre

que todas las gestantes adolescentes acepten y cumplan con la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico. Asimismo, ayuden en la concientización de la familia.

Las acciones que se plantearon siguiendo esta estrategia de intervención son:

C1. Taller de sensibilización a los agentes de salud comunitarios acerca de la importancia de la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes.

- Coordinar con los agentes de salud comunitarios para reunión de compromiso.
- Planificar y ejecutar talleres de sensibilización a los agentes de salud comunitarios.

C2. Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de agentes de salud comunitarios a las gestantes en riesgo.

- Identificar a las gestantes adolescentes en riesgo de anemia ferropénica con apoyo de agentes de salud comunitarios.
- Elaborar un plan de visitas, tomando en cuenta disponibilidad de tiempo de los agentes de salud comunitarios.
- Realizar las visitas domiciliarias en compañía de los agentes de salud comunitarios.
- Entregar canasta con productos ricos en hierro (menestras, lentejas, carnes rojas, sangrecita, pescado, brócoli) a las gestantes adolescentes con riesgo de anemia ferropénica.

6.2. Sostenibilidad del Proyecto:

La factibilidad y sostenibilidad del trabajo académico estará a cargo del equipo multidisciplinario de salud que labora en forma coordinada y directa con el servicio de obstetricia. Obstetricia, como responsable del proyecto, asume el compromiso de mantener relaciones mutuas y de coordinación con la Jefatura de Enfermería del Centro de Salud Monterrey y con la oficina responsable en la Red Huaylas Sur, con el único propósito de seguir impulsando y manteniendo la vigencia de este trabajo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MATRIZ DE SUPERVISIÓN

| Jerarquía de Objetivos | Metas por Cada Nivel de Jerarquía | Indicadores de Impacto y Efecto | Definición del Indicador | Fuente de Verificación | Frecuencia | Instrumento para Recolectar Información |
|---|--|--|---|--|-------------------|---|
| <p>Propósito:</p> <p>Mejorando el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey.</p> | <p>14 gestantes adolescentes cumplen con la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico.</p> | $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes que cumplen profilaxis}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes captadas}} \times 100$ | <p>Adolescentes que cumplen con la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico.</p> | <p>Hoja de monitoreo de casos de anemia.</p> | <p>Mensual.</p> | <p>Lista de chequeo.</p> |
| <p>Resultados:</p> <p>1. Sensibilizar en uso de la medicina farmacológica sobre la medicina</p> | <p>2 campañas de tamizaje de anemia con participación de las 14 gestantes adolescentes.</p> | $\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje programadas}} \times 100$ | <p>Campañas de tamizaje de anemias ejecutadas.</p> | <p>Trabajo académico.</p> | <p>Semestral.</p> | <p>Informe de trabajo académico.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|-------------------------|-------------------------------|
| natural en las gestantes adolescentes. | | $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes tamizadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes programadas para tamizar}} \times 100$ | Adolescentes que participan en las campañas de tamizaje. | | | |
| 2. Mejorar el conocimiento de gestantes adolescentes y familia sobre la importancia de la dieta e ingesta de sulfato ferroso y ácido fólico. | 2 programas educativos desarrollados por el equipo de salud responsable a gestantes adolescentes y familias. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ programas educativos ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ programas educativos programados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}} \times 100$ | Programas educativos ejecutados. Gestantes adolescentes que participan en los programas educativos. | Actas de asistencias a programas educativos. | A libre disponibilidad. | Informe de trabajo académico. |
| 3. Involucrar a los agentes de salud comunitarios en la concientización a gestantes y | 3 talleres de sensibilización a 10 agentes de salud comunitarios. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización programados}} \times 100$ | Talleres de sensibilización ejecutados a los agentes de salud comunitarios. | Actas de asistencias a talleres de sensibilización. | A libre disponibilidad. | Informe de trabajo académico. |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|
| <p>familia para cumplimiento de profilaxis.</p> | | $\frac{\text{N}^\circ \text{ agentes de salud comunitarios participantes}}{\text{N}^\circ \text{ agentes de salud comunitarios programados}} \times 100$ | <p>Agentes de salud comunitarios que participan en los talleres de sensibilización.</p> | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|

MATRIZ DE MONITOREO

| Resultados del Marco Lógico | Acciones o Actividades | Metas por Actividad | Indicadores de Producto o Monitoreo por Meta | Definición del Indicador | Fuente de Verificación | Frecuencia | Instrumento |
|--|---|---|--|---|----------------------------------|------------|-------------------|
| Sensibilizar en el uso de la medicina farmacológica sobre la medicina natural en las gestantes adolescentes. | A1. Planificación y organización de la consejería a gestante y familia. | A1. Plan de consejerías para gestantes adolescentes estructurado con material educativo de reforzamiento. | A1. Plan de consejerías estructurado. | Indicador que mide la planificación de las consejerías. | Trabajo académico. | Mensual. | Lista de chequeo. |
| | A2. Campaña de tamizaje de anemia en las gestantes adolescentes. | A2. 2 campañas de tamizaje de anemia con participación de las 14 gestantes adolescentes. | A2. $\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje programadas}} \times 100$ | Campañas de tamizaje Ejecutadas | Registro de campaña de tamizaje. | Semestral. | Lista de chequeo. |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|-------------------------|-------------------------------|
| | A3. Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familia. | A3. Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familias. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes tamizadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes programadas para tamizar}} \times 100$ A3. Consultorio implementado para consejerías. | Gestantes adolescentes que participan en las campañas de tamizaje. Consultorio donde se desarrolla la consejería a gestantes adolescentes y familias en forma privada. | Redistribución de consultorios en Centro de Salud Monterrey. | A libre disponibilidad. | Informe de trabajo académico. |
| Mejorar el conocimiento de gestantes adolescentes y familia sobre la importancia de | B1. Programa educativo sobre importancia de profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las | B1. 2 programas educativos desarrollados por el equipo de salud responsable a | $\frac{\text{N}^\circ \text{ programas educativos ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ programas educativos programados}} \times 100$ | Ejecución de los programas educativos. | Informe de programa educativo. | Anual. | Informe de trabajo académico. |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| <p>la dieta e ingesta de sulfato ferroso y ácido fólico.</p> | <p>gestantes adolescentes.</p> <p>B2. Sesión educativa y demostrativa en alimentos ricos en hierro.</p> | <p>gestantes adolescentes y familias.</p> <p>B2. 3 sesiones educativas y demostrativa en alimentos ricos en hierro a gestantes adolescentes y familias.</p> | <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}} \times 100$</p> <p>B2. $\frac{\text{N}^\circ \text{ sesiones educativas y demostrativas ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ sesiones educativas y demostrativas programadas}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}} \times 100$</p> | <p>Gestantes adolescentes participantes en los programas educativos.</p> <p>Sesiones educativas y demostrativas ejecutadas.</p> <p>Gestantes adolescentes y familias que participan en las sesiones educativas y demostrativas.</p> | <p>Historia clínica.</p> | <p>Mensual.</p> | <p>Informe de trabajo académico.</p> |
|--|---|---|--|---|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|
| <p>Involucrar a los agentes de salud comunitarios en la concientización a gestantes y familia para cumplimiento de profilaxis.</p> | <p>C1. Taller de sensibilización a los agentes de salud comunitarios acerca de la importancia de la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes.</p> <p>C2. Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de agentes</p> | <p>C1. 3 talleres de sensibilización a 10 agentes de salud comunitarios.</p> <p>C2. 2 visitas domiciliarias a gestantes adolescentes en</p> | <p>C1.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización programados}} \times 100$ <p>C2.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes en riesgo}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes programadas}} \times 100$ | <p>Talleres de sensibilización ejecutados a los agentes de salud comunitarios.</p> <p>Agentes de salud comunitarios que participan en los talleres de sensibilización.</p> <p>Gestantes adolescentes en riesgo o con problema de</p> | <p>Actas de asistencias a talleres de sensibilización.</p> <p>Historia clínica.</p> | <p>Semestral.</p> <p>Mensual.</p> | <p>Lista de chequeo.</p> <p>Lista de chequeo.</p> |
|--|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|
| | de salud comunitarios a las gestantes en riesgo. | riesgo de anemia con apoyo de agentes de salud comunitarios, la primera visita apenas se detecta el riesgo y la de evaluación a los dos meses. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ visitas domiciliarias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ visitas domiciliarias programadas}} \times 100$ | <p>anemia ferropénica.</p> <p>Visitas domiciliarias realizadas a las gestantes adolescentes en riesgo o con problema de anemia ferropénica.</p> | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|

7.1. Beneficios:

- **Beneficios con proyecto:**

- Disminución del riesgo de complicaciones en la gestante adolescente.
- Gestantes con niveles normales de hemoglobina.
- Reducción de la morbilidad del recién nacido por prematuridad.
- Parto a término.
- Implementación de consultorio de consejería.

- **Beneficios sin proyecto:**

- Incremento del riesgo de complicaciones en la gestante adolescente.
- Gestantes con niveles bajos de hemoglobina.
- Aumento de la morbilidad del recién nacido por prematuridad.
- Parto prematuro y/o pretérmino.
- No dotación de consultorio para consejería.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Recursos humanos y materiales para campañas de tamizaje (2 veces):

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | COSTO UNITARIO (S/.) | COSTO TOTAL (2 campañas) |
|------|------------------------------|----------|----------------------|--------------------------|
| 1 | Movilidad Local del personal | 1 | 90.00 | 180.00 |

| | | | | |
|--|-------------|-----------|-------|---------------|
| 2 | Reactivos | 14 | 10.00 | 280.00 |
| 3 | Agujas | 14 | 0.10 | 2.80 |
| 4 | Alcohol | 1 litro | 10.00 | 20.00 |
| 5 | Algodón | 1 paquete | 9.00 | 18.00 |
| 6 | Esparadrapo | 1 | 6.00 | 12.00 |
| 7 | Papel bond | 14 | 0.10 | 2.80 |
| COSTO TOTAL DE CAMPAÑAS DE TAMIZAJE | | | | 515.60 |

8.2. Recursos humanos y materiales para el programa educativo (2 sesiones):

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | COSTO X SESIÓN | COSTO TOTAL (2 Sesiones) |
|--|-------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1 | Ponente | 1 | 250.00 | 500.00 |
| 2 | Equipo multimedia | 1 | 70.00 | 140.00 |
| 3 | Impresiones, fotocopias | 100 | 10.00 | 20.00 |
| 4 | Refrigerio | 30 | 60.00 | 120.00 |
| 5 | Sillas | 30 | 60.00 | 120.00 |
| 6 | Gigantografía | 1 | 20.00 | 40.00 |
| 7 | Folletos, trípticos | 30 | 60.00 | 120.00 |
| 8 | Movilidad | 2 | 5.00 | 10.00 |
| COSTO TOTAL DE PROGRAMAS EDUCATIVOS | | | | 1 070.00 |

8.3. Recursos humanos y materiales para taller de sensibilización (3 veces a 10 agentes de salud comunitarios):

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | COSTO X TALLER | COSTO TOTAL (3 talleres) |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1 | Ponente | 1 | 250.00 | 750.00 |
| 2 | Equipo multimedia | 1 | 70.00 | 210.00 |
| 3 | Impresiones, fotocopias | 100 | 10.00 | 30.00 |
| 4 | Refrigerio | 15 | 30.00 | 90.00 |
| 5 | Sillas | 15 | 15.00 | 45.00 |
| 6 | Gigantografía | 1 | 20.00 | 60.00 |
| 7 | Folletos, trípticos | 15 | 15.00 | 45.00 |
| COSTO TOTAL DE TALLERES | | | | 1 230.00 |

8.4. Recursos humanos, materiales y alimentos percibles para sesiones demostrativas (2 sesiones para 30 raciones c/u):

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | COSTO X SESIÓN | COSTO TOTAL (2 Sesiones) |
|-------------|------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1 | Nutricionista | 1 | 250.00 | 500.00 |
| 2 | Cocinera | 1 | 50.00 | 100.00 |
| 3 | Cocina | 1 | 50.00 | 100.00 |
| 4 | Balón de gas | 1 | 38.00 | 76.00 |
| 5 | Platos descartables | 30 | 15.00 | 30.00 |
| 6 | Cubiertos descartables | 30 | 3.00 | 6.00 |
| 7 | Sangrecita | 1 kg. | 4.00 | 8.00 |
| 8 | Papa | 1 kg. | 1.80 | 3.60 |
| 9 | Zapallo | 1 kg. | 3.00 | 6.00 |
| 10 | Espinaca | 1 atado | 1.00 | 2.00 |
| 11 | Brócoli | 1 unidad | 4.00 | 8.00 |

| | | | | |
|--|--------------|------------|-------|---------------|
| 12 | Arroz | 3 kg. | 9.00 | 18.00 |
| 13 | Pepinillo | 2 unidades | 4.00 | 8.00 |
| 14 | Tomate | 1 kg. | 4.00 | 8.00 |
| 15 | Pescado | 5 unidades | 20.00 | 40.00 |
| 16 | Maracuyá | 2 kg. | 6.00 | 12.00 |
| 17 | Hígado | 1 kg. | 5.00 | 10.00 |
| 18 | Menestras | 2 kg. | 5.00 | 10.00 |
| 19 | Hierba buena | 2 atados | 2.00 | 4.00 |
| 20 | Pollo | 2 kg. | 16.00 | 32.00 |
| 21 | Aceite | 1 L. | 7.00 | 14.00 |
| 22 | Azúcar | 2 kg. | 6.00 | 12.00 |
| COSTO TOTAL DE SESIONES DEMOSTRATIVAS | | | | 999.60 |

8.5. Resumen del presupuesto:

| DENOMINACIÓN | APORTE REQUERIDO | APORTE PROPIO | COSTO TOTAL |
|--|---------------------|------------------|-----------------|
| Recursos humanos y materiales para campañas de tamizaje. | 515.60 | 0.00 | 515.60 |
| Recursos humanos y materiales para programas educativos. | 1 070.00 | 0.00 | 1 070.00 |
| Recursos humanos y materiales para talleres de sensibilización. | 1230.00 | 0.00 | 1230.00 |
| Recursos humanos, materiales y alimentos perecibles para sesiones demostrativas. | 999.60 | 0.00 | 999.60 |
| TOTAL | 3 815.20 | 0.00 | 3 815.20 |

VIII. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Mejorar el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey.

| N° | ACTIVIDAD | META | RECURSOS | | CRONOGRAMA | | | | INDICADOR |
|----|---|------|-------------|----------|------------|----|------|----|---|
| | | | DESCRIPCIÓN | COSTOS | 2019 | | 2020 | | |
| | | | | | I | II | I | II | |
| 1 | Elaboración del trabajo académico. | 1 | Informe. | 500.00 | X | X | X | X | Trabajo académico elaborado. |
| 2 | Presentación y exposición del trabajo académico a la Dirección del Centro de Salud Monterrey y Red Huaylas Sur. | 1 | Informe. | 50.00 | | X | | | Trabajo académico presentado. |
| 3 | Ejecución del trabajo académico: Programa de intervención. | 1 | Informe. | 3 095.20 | | X | X | | Trabajo académico ejecutado. |
| 4 | Evaluación del trabajo académico. | 1 | Informe. | 20.00 | | | X | | Trabajo académico evaluado. |
| 5 | Presentación del informe final. | 1 | Informe. | 150.00 | | | | X | Informe de final de trabajo académico presentado. |

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Sensibilizar en el uso de la medicina farmacológica sobre la medicina natural en las gestantes adolescentes.

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA | | | | |
|----|---|---|---|--------|------------|----|------|----|--|
| | | | DESCRIPCIÓN | COSTOS | 2019 | | 2020 | | |
| | | | | | I | II | I | II | |
| 1 | Planificación y organización de la consejería a gestante y familia. | <p>Reunión del equipo multisectorial para organizar la consejería a gestantes y familia, de acuerdo a normativa vigente y realidad sociocultural de la población.</p> <p>Elaborar material educativo como folletos, para reforzar consejería.</p> | <p>Reunión.</p> <p>Material educativo: folletos, trípticos.</p> | 100.00 | X | | | | |
| 2 | Campaña de tamizaje de anemia en las gestantes adolescentes. | Solicitar a Jefatura del Centro de Salud Monterrey la designación de personal de laboratorio y de los insumos necesarios para la campaña de tamizaje. | Solicitud. | 247.80 | X | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--------|---|--|--|--|
| | | Efectivizar la campaña de tamizaje de anemia a las gestantes. | Trabajo académico. | | X | | | |
| | | Analizar los resultados de hemoglobina y hematocrito para la detección de las gestantes con anemia o en riesgo. | Trabajo académico. | | X | | | |
| 3 | Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familia. | Solicitar a la Jefatura del Centro de Salud Monterrey la asignación de un consultorio para consejería a la gestante y familia. | Solicitud | | X | | | |
| | | Implementar el consultorio de consejería con material educativo y equipos necesarios para la atención. | Consultorio para consejería implementado. | 100.00 | X | | | |
| | | Designar obstetra responsable para la atención en el consultorio de consejería. | Resolución jefatural. | | X | | | |

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Mejorar el conocimiento de gestantes adolescentes y familia sobre la importancia de la dieta e ingesta de sulfato ferroso y ácido fólico.

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA | | | | |
|----|--|--|--|----------|------------|----|------|----|--|
| | | | DESCRIPCIÓN | COSTOS | 2019 | | 2020 | | |
| | | | | | I | II | I | II | |
| 1 | Programa educativo sobre importancia de profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes. | <p>Designar al equipo de salud responsable del programa educativo.</p> <p>Elaborar el contenido y presupuesto del programa educativo.</p> <p>Solicitar a la Jefatura del Centro de Salud Monterrey la aprobación del programa educativo con su respectivo presupuesto.</p> | <p>Solicitud.</p> <p>Plan y presupuesto de programa educativo.</p> <p>Solicitud.</p> | 1 070.00 | X | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------|----------|---|---|---|--|
| | | Exposición del contenido del programa educativo, con ayuda de material audiovisual. | Programa educativo. | | X | | X | |
| 2 | Sesiones educativas y demostrativas en alimentos ricos en hierro. | Realizar sesiones educativas de preparación de alimentos ricos en hierro. Realizar sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro. | Programa educativo. | 1 000.00 | X | X | | |

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Involucrar a los agentes de salud comunitarios en la concientización a gestantes y familia para cumplimiento de profilaxis.

| N° | ACTIVIDAD | SUB ACTIVIDADES | RECURSOS | | CRONOGRAMA | | | | |
|----|---|--|---|--------|------------|----|------|----|--|
| | | | DESCRIPCIÓN | COSTOS | 2019 | | 2020 | | |
| | | | | | I | II | I | II | |
| 1 | Taller de sensibilización a los agentes de salud comunitarios acerca de la importancia de la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes. | <p>Coordinar con los agentes de salud comunitarios para reunión de compromiso.</p> <p>Planificar y ejecutar taller de sensibilización a los agentes de salud comunitarios.</p> | <p>Solicitud</p> <p>Trabajo académico</p> | 260.00 | X | | | | |
| 2 | Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de agentes de salud comunitarios a las gestantes en riesgo. | Identificar a las gestantes adolescentes en riesgo de anemia ferropénica con apoyo de agentes de salud comunitarios. | Trabajo académico | | | | X | | |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------|--------|--|--|--|---|
| | Elaborar un plan de visitas, tomando en cuenta disponibilidad de tiempo de los agentes de salud comunitarios. | Trabajo académico | 100.00 | | | | X |
| | Realizar las visitas domiciliarias en compañía de los agentes de salud comunitarios. | Historia clínica | | | | | X |
| | Entregar canasta con productos ricos en hierro (menstras, lentejas, carnes rojas, sangrecita, pescado, brócoli) a las gestantes adolescentes con riesgo de anemia ferropénica. | Trabajo académico | | | | | X |

IX. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El presente trabajo académico titulado: “MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA PROFILAXIS DE SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MONTERREY – INDEPENDENCIA, 2018”, estará a cargo de la autora con el apoyo y coordinación con el equipo de trabajo de gestión en el Centro de Salud Monterrey. Además de las coordinaciones con la Jefatura del establecimiento para el permiso correspondiente para la ejecución del programa de intervención.

El personal del Centro de Salud Monterrey está calificado para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar en las actividades propias del proyecto “MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA PROFILAXIS DE SULFATO FERROSO Y ÁCIDO FÓLICO EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MONTERREY – INDEPENDENCIA, 2018”.

X. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se realizarán las coordinaciones pertinentes con la Jefatura de Obstetricia del Centro de Salud Monterrey y de la Red Huaylas Sur; además de las autoridades locales de la comunidad de Monterrey y de la Dirección de Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, para la culminación con éxito del trabajo académico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto M, Contreras M, Becerra R. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. México: Universidad de Guadalajara; 2017. Recuperado a partir de: <https://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
2. Salabert E. Embarazo en la adolescencia: Complicaciones de un embarazo adolescente. México: El Siglo – Cía. Editora de La Laguna S.A. de C.V.; 2018. Recuperado a partir de: <https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431>
3. García L. Anemia ferropénica y embarazo. [Tesis Licenciatura en Internet]. [España]: Universidad de Cantabria; 2013. [Citado 20 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2980/GarciaGonzalezL.pdf?sequence=1>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia. Ginebra: Ediciones OMS; 2018. Recuperado a partir de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Ardila A, Arango S. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Monitoreo y evaluación CONPES 147. Colombia: Ediciones UNICEF; 2014. Recuperado a partir de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>

6. López R. Adolescentes embarazadas: Riesgos y consecuencias. [Internet]. 2017 [citado 20 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://aps.issv.gob.sv/familia/adolescencia/Adolescentes%20embarazadas:%20riesgos%20y%20consecuencias>
7. Garner C. Nutrition in pregnancy. [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.uptodate.com/contents/nutrition-in-pregnancy>
8. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Antiporta D, Cortés S. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017; 34(1). Recuperado a partir de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2707/2700>.
9. Iglesias J, Tamez L, Reyes I. Anemia y Embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. *Medicina Universitaria*. 2009; 11(43):95-98. Recuperado a partir de: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiis5Oi67PfAhXsxlkKHZILBCMqFjAAegQIChAC&url=http%3A%2F%2Fmedicinauniversitaria.uanl.mx%2F43%2Fpdf%2F95.pdf&usg=AOvVaw0US8ZpKqi7qan3a-J78VvI>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013. Lima: Ediciones INEI; 2013.
11. Colegio de Obstetras del Perú. Consejo Nacional. Código de ética y Deontologías Profesional. 2ª edición. Lima: Ediciones COP; 2016.
12. Verduga B, Tumbaco D, Tumbaco R, Parrales J. El embarazo en adolescentes. [Trabajo monográfico]. Jipijapa – Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2013.

13. Gómez I. Desarrollo físico y sexual en la adolescencia. [Internet]. 2015 [citado 20 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CRECIMIENTO%20Y%20DESARROLLO%20SDAJ.pdf>
14. Albendea C. Adolescentes: Cambios en la familia. Emotiva con los padres. [Internet]. 2016 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.emotivacpc.es/adolescentes-cambios-en-la-familia/>
15. Pérez J, Merino M. Definición de embarazo precoz. [Internet]. 2008 [citado 20 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://definicion.de/embarazo-precoz/>
16. Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E. Manual de la Medicina de la Adolescencia. Washington: OPS/OMS; 1992. Recuperado a partir de: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiEuNvqibXfAhWLk1kKHRUwAB4QFjAAegQICChAC&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F3124%2FManual%2520de%2520medicina%2520de%2520la%2520adolescencia.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw1TcNKek9qjismHvhZ8NU1jy>
17. INFOGEN. Sexo y adolescencia. Factores de riesgo y embarazo en la adolescencia. [Internet]. 2013 [citado 21 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://infogen.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>
18. Roche. Información sobre salud. Anemia. [Internet]. 2018 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.roche.cl/home/informacion-sobre-salud/anemia.html>

19. Gómez R. Cambios endógenos en el embarazo. [Internet]. 2018 [citado 21 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://www.obstetricia.com.ve/3laboratorio.html>
20. Escudero K. Anemia. Universidad Nacional de Trujillo; 2014. [Internet] 2014 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://es.slideshare.net/kenselheleno/anemia-definicion-fisiopatologa-clasificacin-desarrollada>
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1ª edición. Lima: Ediciones MINSA; 2017.
22. Corrales L. Moléculas que participan en el transporte materno-fetal de hierro: Importancia del receptor1 de transferrina y de la ferroportina en la placenta humana. *Rev Latreia*. 2011; 24(1):41-50.
23. Junta de Alimentación y Nutrición del Consenso Nacional de Investigaciones de Estados Unidos. Guía nutricional perinatal: Requerimientos de hierro. [Internet] 2018 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://encolombia.com/salud/guias/guianutricionperinatal-indice/nutricion-hierro-requerimientos/>
24. Bultó L. ¿Por qué se necesita más hierro durante el embarazo? [Internet] 2016 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.disfrutatuembarazo.com/hierro-durante-embarazo>
25. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). Centro de atención farmacéutica. Sulfato ferroso. Lima: DIGEMID/MINSA; 2015.
26. Hertweck S. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica. Barcelona – España: Elsevier Masson; 2008. 232 p.

27. Salas J, Bonada A, Trallero R, Salá M. Nutrición y dietética clínica. 3ª edición. Barcelona – España: Elsevier Masson; 2009. 611 p.
28. Gottau G. Alimentos de origen vegetal ricos en hierro. [Internet] 2015 [citado 20 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.vitonica.com/alimentos/alimentos-de-origen-vegetal-ricos-en-hierro>
29. Joseph K. Teoría de la Obstetricia: Un marco epidemiológico para justificar médicamente temprano. Rev BMC Pregnancy and Childbirth. 2007; 7:4-14.
30. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil en el Perú: 2017-2021. Lima: MINSA; 2017.
31. Escudero L, Parra B, Herrera J, Restrepo S, Zapata N. Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia – 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2014; 32(1):71-79. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a08.pdf>
32. Apaza H. Adherencia y factores que inciden en el consumo de sulfato ferroso en mujeres en etapa de gestación de púerperas primigestas anémicas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Corea de la Ciudad de El Alto, octubre a noviembre del 2016. [Tesis Licenciatura]. La Paz – Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2017.
33. Manobanda R, Olaya L. Proceso de atención de enfermería en factores de riesgo en embarazo de madres con anemia y sus complicaciones en adolescentes de 12 a 16 años. [Tesis Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018.

34. 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. VII Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud 2013. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014; 31(3). Recuperado a partir de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/87/1926>
35. Medina M. Factores que influyen en la adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa, 2016. [Tesis Maestría]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017. Recuperado a partir de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6569/A4.1514.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Huamán J. Factores asociados al incumplimiento de la ingesta de sulfato ferroso en gestantes de 15 a 35 años. [Tesis Maestría]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
37. Olaza A, De la Cruz Y. Efectividad de los talleres nutricionales para el tratamiento de anemia ferropénica en gestantes, Centro Poblado Menor de Coyllur, Huaraz, 2013. [Tesis Licenciatura]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2013. Revista UNASAM. 2015; 252-263. Recuperado a partir de: http://revistas.unasam.edu.pe/index.php/RU_N2_2015/article/download/268/252
38. Huamán M. Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016. [Tesis Licenciatura]. Huaraz: Universidad San Pedro; 2017.

39. Facultad de Medicina UNMSM. Acerca de gestión en salud. [Internet]. 2018 [citado 28 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: http://gestiónensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?page_id=13
40. Ucha F. Capacitación. Definición ABC. [Internet]. 2009 [citado 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.definicionabc.com/general/capacitacion.php>
41. Tecoloco Honduras. ¿El profesional de salud debe estar en capacitación constante? [Internet]. 2017 [citado 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.tecoloco.com.hn/blog/capacitaciones-para-un-profesional-de-salud.aspx>
42. Moraleda V. ¿Es lo mismo sensibilizar, difundir, comunicar y visibilizar? [Internet]. 2010 [citado 29 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.socialco.es/es-lo-mismo-sensibilizar-difundir-comunicar-y-visibilizar/>

ANEXOS

ANEXO N° 01

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Centro Poblado de Monterrey ubicada geográficamente al norte del distrito e Independencia, se encuentre a una altura de 2987 msnm, dentro de la jurisdicción del distrito de Independencia y la Provincia de Huaraz.

El Centro de Salud Monterrey es la cabecera de la Micro red Monterrey, Red de Salud Huaylas Sur, DIRES Ancash, fue creado el 03 de febrero de 1983. Según las últimas cifras del Instituto de Estadística e Informática (INEI) este puesto tiene asignada una población de 3200 habitantes, de los cuales casi en su 70% hablan español, el 20% español y quechua, pero hay un mínimo porcentaje de pobladores que hablan el idioma quechua.

El Centro de salud Monterrey es un establecimiento de primer nivel de atención (I-3) donde laboran 5 médicos generales, 13 enfermeras, 10 Obstetras, 3 Odontólogos, 2 técnicos de Laboratorio, 12 técnicos de Enfermería, un ginecólogo que atiende tres veces al mes, una Asistente Social, una Psicóloga serumista, una Nutricionista Serumista, 3 personales del área administrativa del Seguro integral de Salud y 2 en el área de Estadística. El personal nombrado de todas las especialidades es sectorista y realizan actividades extramurales en las poblaciones vulnerables o de riesgo (niños, adultos mayores y gestantes) y aquellos que no acude al Centro de salud, realizan visitas domiciliarias para efectivizar sus controles y sensibilizar a sus pacientes.

Este establecimiento es de primer nivel de atención y oferta los servicios de Consulta Externa (Medicina, Enfermería y Obstetricia, Odontología, Nutrición, Laboratorio, Psicología, Servicio Social, Adolescente, Ginecología), atención de

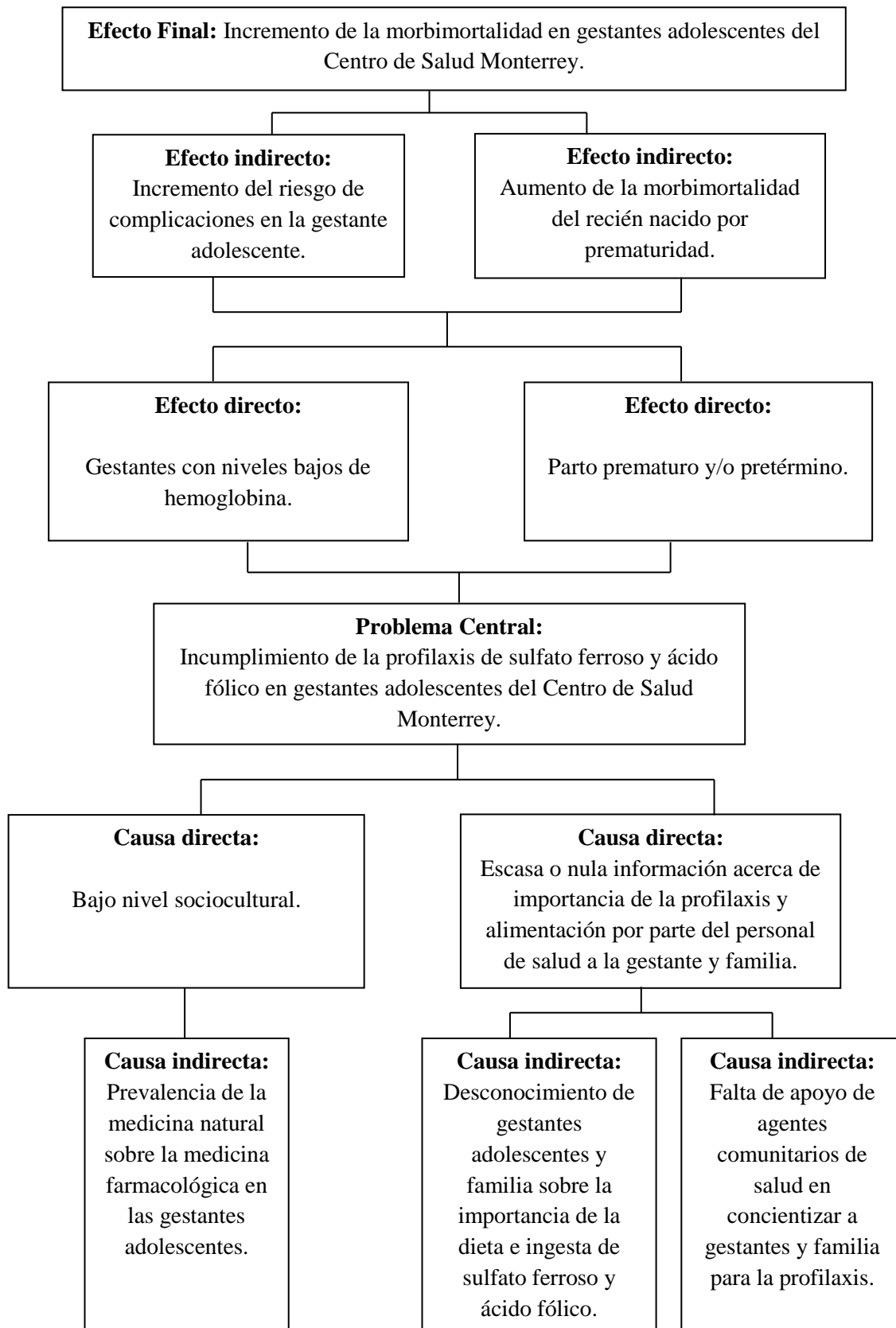
emergencia, atención de tópico y atención de farmacia y se expenden medicamentos genéricos. Además, se brinda atención en programas preventivo promocionales, como: Control prenatal, planificación familiar, detección y manejo de infecciones de transmisión sexual, Atención Integral de Salud del adolescente, consejería y detección de cáncer ginecológico - PAP, ESNI, TBC. Se brinda atención a todos los grupos étnicos a través de la promoción de la salud, seguro integral de salud (SIS), referencias y contrareferencias. Cabe resaltar que las gestantes en trabajo de parto y las emergencias son referidas al Hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz.

Como es la realidad nacional, este establecimiento funciona con muchas limitaciones, ya que tiene déficit de infraestructura, de equipamiento y abastecimiento escaso de medicamentos; lo que limita una adecuada atención sanitaria a la población usuaria.

Aunado a esta problemática de carencias, se encuentra la problemática de los ingresos económicos, el Nivel Educativo, La Idiosincrasia de la población que habita en nuestra jurisdicción; lo cual influye de manera negativa especialmente en las gestantes para la baja adherencia de la Toma de Sulfato Ferroso, otro factor predisponente también el gran incremento de las gestantes adolescentes.

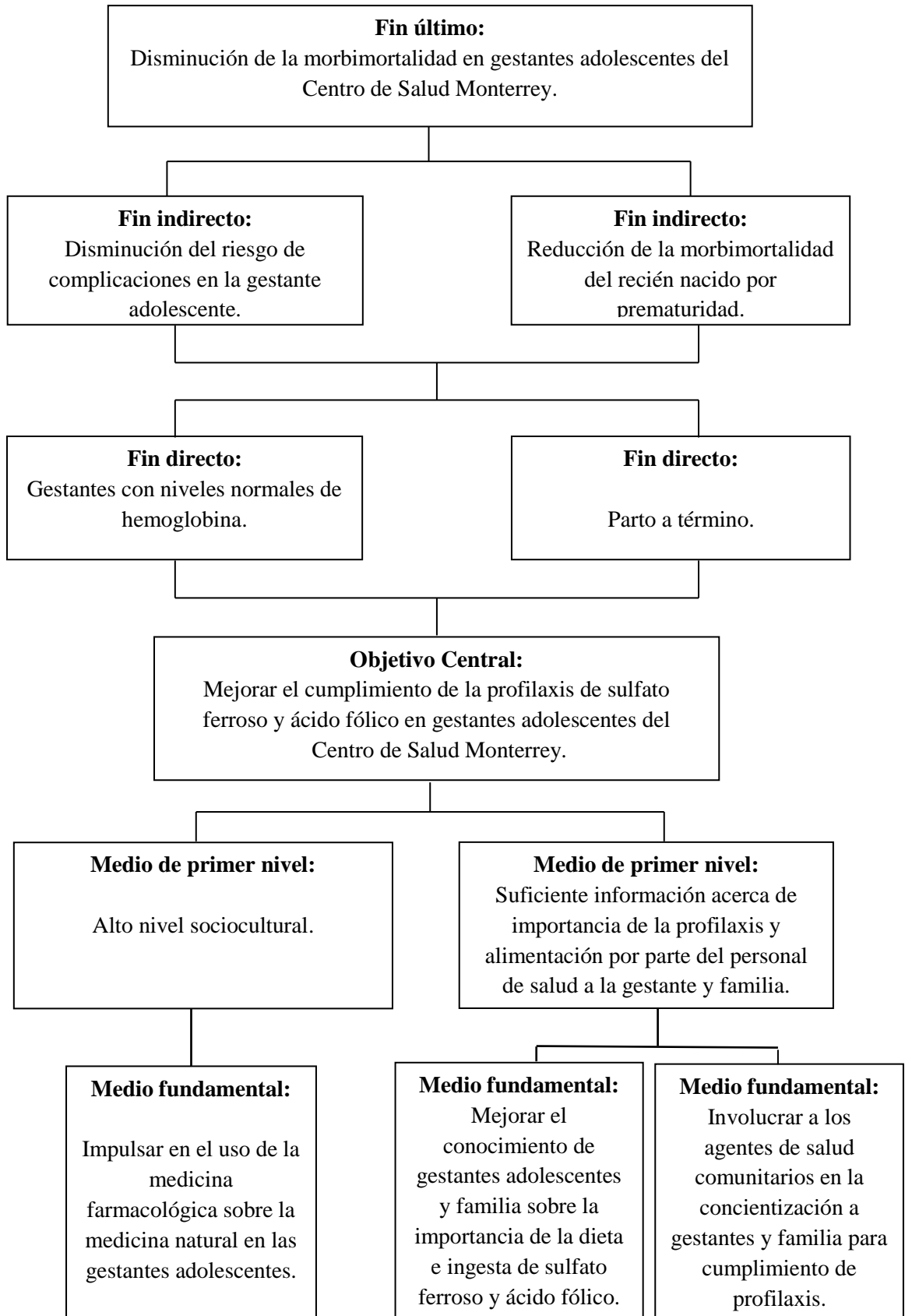
ANEXO N° 02

GRÁFICO N° 01: ÁRBOL DE CAUSA – EFECTO



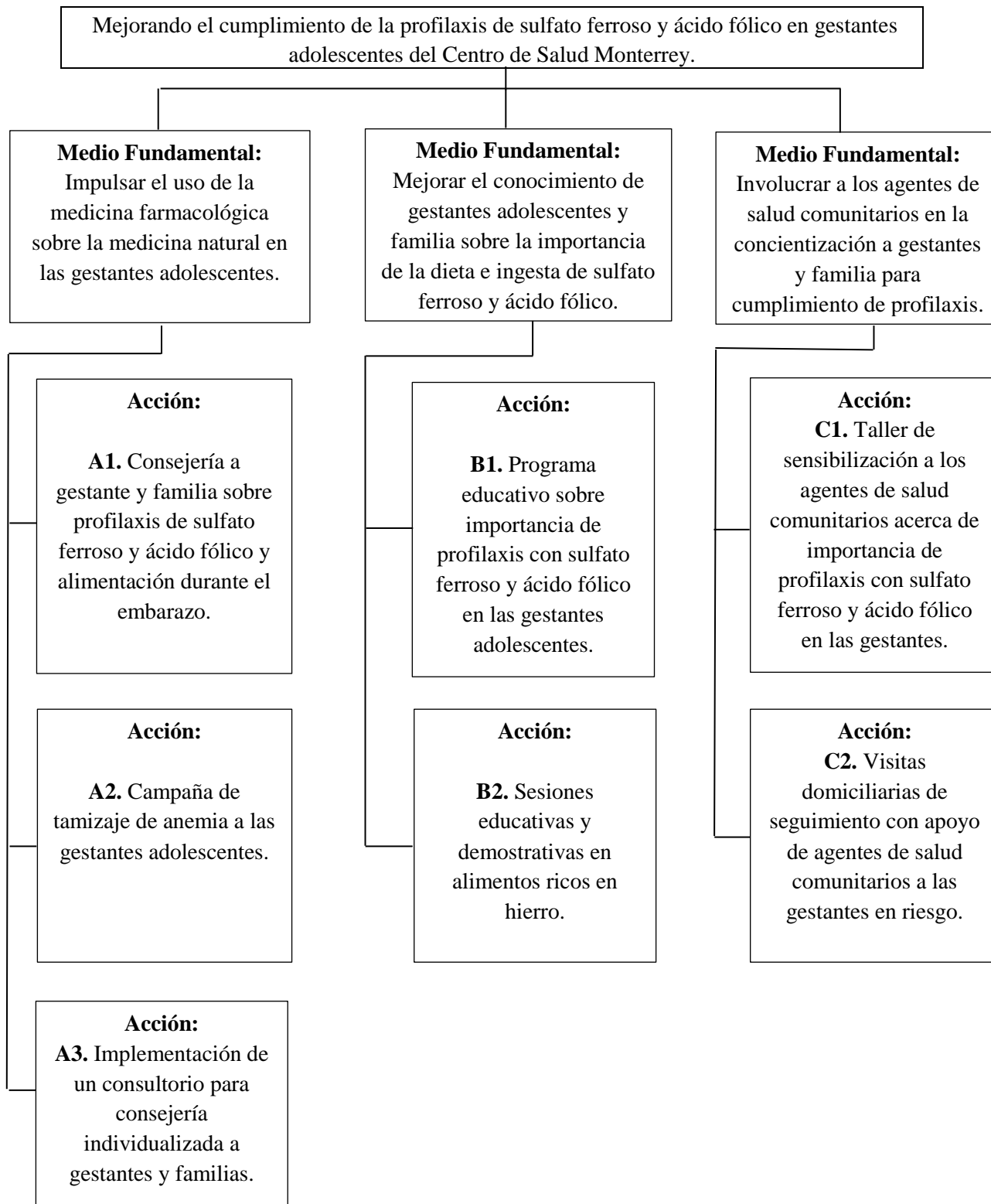
ANEXO N° 03

GRÁFICO N° 02: ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO N° 04

GRÁFICO N° 03: ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



ANEXO N° 05

MARCO LÓGICO

| | CORRESPONDENCIA | | | | |
|--------------------|---|---|---|---------------------------------------|---|
| | RESUMEN DE OBJETIVOS | METAS | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
| FIN | Disminución de la morbimortalidad en gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey. | | | | |
| PROPÓSITO | Mejorando el cumplimiento de la profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico en gestantes adolescentes del Centro de Salud Monterrey. | 14 gestantes adolescentes cumplen con la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes que cumplen con la profilaxis}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes captadas}} \times 100$ | Hoja de monitoreo de casos de anemia. | Todas las gestantes cumplen con profilaxis de sulfato ferroso y ácido fólico. |
| COMPONENTES | Sensibilizar en el uso de la medicina farmacológica | 2 campañas de tamizaje de anemia | $\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje de anemia}} \times 100$ | Trabajo académico. | Se realizan dos campañas de |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | sobre la medicina natural en las gestantes adolescentes. | con participación de las 14 gestantes adolescentes. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje programadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes tamizadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes programadas para tamizar}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes}} \times 100$ | | tamizaje y no se encuentra ninguna gestante adolescente con anemia. |
| | Mejorar el conocimiento de gestantes adolescentes y familia sobre la importancia de la dieta e ingesta de sulfato ferroso y ácido fólico. | 2 programas educativos desarrollados por el equipo de salud responsable a gestantes adolescentes y familias. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ programas educativos ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ programas educativos programados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}} \times 100$ | Actas de asistencias a programas educativos. | Las 14 gestantes adolescentes y sus familias participan en los programas educativos, realizándose la retroalimentación a través de las consejerías, con ayuda de material |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|--|---|---|
| | | | | | educativo. |
| | Involucrar a los agentes de salud comunitarios en la concientización a gestantes y familia para cumplimiento de profilaxis. | 3 talleres de sensibilización a 10 agentes de salud comunitarios. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ talleres de sensibilización programados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ agentes de salud comunitarios participantes}}{\text{N}^\circ \text{ agentes de salud comunitarios programados}} \times 100$ | Actas de asistencias a talleres de sensibilización. | Talleres de sensibilización ejecutados con participación activa de 10 agentes de salud de la comunidad. |
| ACCIONES | A1. Planificación y organización de la consejería a gestante y familia. | A1. Plan de consejerías para gestantes adolescentes estructurado con material educativo de reforzamiento. | A1. Plan de consejerías estructurado. | Trabajo académico. | Se realizaron dos campañas de tamizaje de anemia en las 14 gestantes adolescentes. |
| | A2. Campaña de tamizaje | A2. 2 campañas de | A2. | Registro de campaña | Se implementó un consultorio |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | <p>de anemia en las gestantes adolescentes.</p> <p>A3. Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familia.</p> | <p>tamizaje de anemia con participación de las 14 gestantes adolescentes.</p> <p>A3. Implementación de un consultorio para consejería a gestantes y familias.</p> | $\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ campañas de tamizaje programadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes tamizadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes adolescentes programadas para tamizar}} \times 100$ <p>A3. Consultorio implementado para consejerías.</p> | <p>de tamizaje.</p> <p>Redistribución de consultorios en Centro de Salud Monterrey.</p> | <p>específico para consejerías.</p> |
| | <p>B1. Programa educativo sobre importancia de profilaxis con sulfato</p> | <p>B1. 2 programas educativos desarrollados por el</p> | <p>B1.</p> $\text{N}^\circ \text{ programas educativos}$ | <p>Informe de programa educativo.</p> | <p>Las 14 gestantes adolescentes y sus familias</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| | <p>ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes.</p> <p>B2. Sesiones educativas y demostrativas en alimentos ricos en hierro.</p> | <p>equipo de salud responsable a gestantes adolescentes y familias.</p> <p>B2. 3 sesiones educativas y demostrativas en alimentos ricos en hierro a gestantes adolescentes y familias.</p> | <p>$\frac{\text{ejecutados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ programas educativos programados}}$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}}$</p> <p>$\frac{\text{B2. N}^\circ \text{ sesiones educativas y demostrativas}}{\text{ejecutadas} \times 100}$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ consejerías programadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias participantes} \times 100}$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}}{\text{N}^\circ \text{ gestantes y familias programadas}}$</p> | <p>Historia clínica.</p> | <p>participan en los programas educativos.</p> <p>Se realizaron 3 sesiones educativas y demostrativas en alimentos ricos en hierro.</p> |
| | <p>C1. Taller de sensibilización a los agentes de salud comunitarios acerca de la</p> | <p>C1. 3 talleres de sensibilización a 10 agentes de salud comunitarios.</p> | <p>$\frac{\text{C1. N}^\circ \text{ talleres de sensibilización}}{\text{ejecutados} \times 100}$</p> | <p>Actas de asistencias a talleres de sensibilización.</p> | <p>10 agentes de salud comunitarios participan en los 3</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------|--|
| | <p>importancia de la profilaxis con sulfato ferroso y ácido fólico en las gestantes adolescentes.</p> <p>C2. Visitas domiciliarias de seguimiento con apoyo de agentes de salud comunitarios a las gestantes en riesgo.</p> | <p>C2. 2 visitas domiciliarias a gestantes adolescentes en riesgo de anemia con apoyo de agentes de salud comunitarios, la primera visita apenas se detecta el riesgo y la de evaluación a los dos meses.</p> | <p>N° talleres de sensibilización programados</p> <p>N° agentes de salud comunitarios participantes $\times 100$</p> <p># agentes de salud comunitarios program.</p> <p>C2.</p> <p>N° gestantes adolescentes en riesgo $\times 100$</p> <p>N° gestantes adolescentes programadas</p> <p>N° visitas domiciliarias ejecutadas $\times 100$</p> <p>N° visitas domiciliarias programadas</p> | <p>Historia clínica.</p> | <p>talleres de sensibilización y apoyan en las visitas domiciliarias para concientizar a las gestantes y sus familias.</p> |
|--|---|---|---|--------------------------|--|

ANEXO N° 06

CURRÍCULO INSTITUCIONAL

MINISTERIO DE SALUD.

DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH.

RED DE SALUD HUAYLAS SUR.

MICRORRED MONTERREY.

CENTRO DE SALUD MONTERREY.

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO:

| | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|
| NOMBRE | : | Centro de Salud Monterrey. |
| INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE | : | Ministerio de Salud. |
| DIRECCIÓN COMPLETA | : | Centro Poblado de Monterrey |
| S/N. | : | |
| DEPARTAMENTO | : | Ancash |
| PROVINCIA | : | Huaraz |
| DISTRITO | : | Independencia |
| TELÉFONO | : | 943775627 |
| CORREO ELECTRÓNICO | : | No cuenta. |
| N° DE RESOLUCIÓN DE CREACIÓN | : | 0151-83-UEDES-A-Hz |
| CATEGORIA | : | I-3 |
| N° DOC. CATEGORIZACIÓN | : | - |
| N° DE AMBIENTES | : | 22 |
| SERVICIOS QUE BRINDA | : | |

- Medicina General.

- Enfermería:
 - CRED.
 - ESNI.
 - TBC.
 - Manejo y tratamiento de IRA y EDA.
- Obstetricia:
 - Control Prenatal.
 - Consejería a Gestantes
 - Atención de Emergencias y Urgencias Obstétricas.
- Consultorio Adulto
 - Planificación familiar.
 - Paquete de Atención Integral del Joven y Adulto
 - Consejería y Tratamiento de las ETS.
- Consultorio de Prevención de Cáncer.
 - Consejería y detección de cáncer ginecológico.
 - Toma de PAP.
 - Ecografías Obstétricas.
- Tópico.
- Farmacia.
- Psicología.
- Nutrición
- Odontología.
- Laboratorio.
- Servicio Social

HORARIO DE ATENCIÓN : Lunes a Sábados 7:00-19:00 h.

DATOS DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO:

NOMBRES Y APELLIDOS : M.C. Heidi Isabel Robles.

TIPO DE DOC.IDENTIDAD : DNI

Nº DOC IDENTIDAD : 40398690

COLEGIO PROFESIONAL : Colegio Médico del Perú.

Nº DE COLEGIATURA : 47174