



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DISMINUYENDO LA ANEMIA EN GESTANTES EN EL  
PUESTO DE SALUD QUIAN – HUARMEY, 2019**

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

**AUTORA**

**SALINAS YONG, JACKELYN LIZZET**

**ORCID: 0000-0003-1576-1921**

**ASESORA**

**PALACIOS CARRANZA, ELSA**

**ORCID: 0000-0003-2628-0824**

**CHIMBOTE - PERÚ**

**2019**

## **EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTORA**

**Salinas Yong, Jackelyn Lizzet**

**ORCID: 0000-0003-1576-1921**

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda  
Especialidad, Chimbote, Perú

### **ASESORA**

**Palacios Carranza, Elsa Lidia**

**ORCID: 0000-0003-2628-0824**

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias  
de la salud, Escuela profesional de Enfermería, Chimbote, Perú

### **JURADO**

**Charcape Benites, Susana Valentina**

**ORCID: 0000-0002-1978-3418**

**Cabanillas De la Cruz Susana Elizabeth**

**ORCID: 0000-0003-3777-9460**

**Ñique Tapia Fanny Rocío**

**ORCID: 0000-0002-1205-7309**

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y  
ASESORA**

**MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES  
PRESIDENTE**

**MGTR. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ  
MIEMBRO**

**MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA  
MIEMBRO**

**MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA  
ASESORA**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al personal de salud que labora conmigo en el establecimiento y a la población de Quian por haberme apoyado en este trabajo y haber accedido y darme facilidades para realizar este Trabajo Académico.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mi familia por su apoyo y su amor incondicional que me brindaron durante este tiempo de formación profesional como especialista en el área de obstetricia.

## ÍNDICE

<b>Pág.</b>	
	<b>AGRADECIMIENTO</b> iii
	<b>DEDICATORIA</b> iv
	<b>I. PRESENTACION</b> 01
	<b>II. HOJA RESUMEN</b> 03
	2. 1. Título del Trabajo académico 03
	2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región) 03
	2.3. Población beneficiaria 03
	2.4. Institución(es) que lo presentan 03
	2.5. Duración del proyecto 03
	2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio 03
	2.7. Resumen del Trabajo académico 04
	<b>III. JUSTIFICACION</b> 05
	<b>IV. OBJETIVOS</b> 24
	<b>V. METAS</b> 24
	<b>VI. METODOLOGIA</b> 25
	6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención. 25
	6.2. Sostenibilidad del proyecto 31
	<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.</b> 32
	<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b> 38
	<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES</b> 40
	<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b> 46
	<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b> 46
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> 47
	<b>ANEXOS</b> 52

## **I. PRESENTACIÓN**

Una de las más comunes alteraciones en el embarazo es la anemia, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente (1).

Estudios clínicos revelan que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbimortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales (2).

El Puesto de Salud Quian tiene a su cargo una población netamente rural, donde las gestantes se dedican al trabajo de campo, como apoyo para el ingreso económico en el hogar, dejando un tiempo limitado para la preparación de alimentos nutritivos, siendo uno de los factores que pueden ocasionar anemia durante su etapa gestacional. Esta situación se agrava con el escaso conocimiento de las gestantes sobre medidas preventivas para evitar la anemia y la poca sensibilización del personal de salud para controlarla.

Considerando dicha problemática se propone el presente trabajo académico con el propósito de contribuir a la disminución de casos de anemia en la gestante, ya que esta patología puede aumentar la

morbimortalidad de la madre y el producto, siendo esta intervención un medio por el cual el personal de salud pueda involucrarse en estrategias y actividades que logren la sensibilización de las gestantes en la importancia de sus cuidados nutricionales durante el embarazo y el fortalecimiento de la función del personal de Obstetricia como facilitador en la educación sanitaria y actividades de gestión.

Es así que se ha elaborado el Trabajo académico titulado: **DISMINUYENDO LA ANEMIA EN GESTANTES EN EL PUESTO DE SALUD QUIAN. HUARMEY – 2019**, donde se denota las estrategias metodológicas para solucionar el problema, los objetivos planteados y el plan de trabajo, además del uso del modelo del autor Bobadilla.



## II. HOJA RESUMEN

### 2. 1. Título del Trabajo académico

DISMINUYENDO LA ANEMIA EN GESTANTES EN EL  
PUESTO DE SALUD QUIAN.

### 2.2. Localización

Distrito : Culebras.

Provincia : Huarmey.

Departamento : Ancash.

Región : Ancash.

### 2.3. Población beneficiaria

**Directa** : 05 Gestantes del Puesto de Salud Quian

**Indirecta:** Familias, comunidad y personal de salud

### 2.4. Institución(es) que lo presentan

Puesto de Salud Quian, Microred de salud Huarmey, Red de Salud  
Pacífico Sur, MINSA

### 2.5. Duración del Trabajo académico: 01 año

**Fecha de inicio** : Diciembre del 2019

**Fecha de término:** Diciembre del 2020

### 2.6. Costo total: S/ 3,635.00

## **2.7. Resumen del Trabajo académico**

Cabe señalar que el presente Trabajo Académico es resultado del incremento de casos de anemia en gestantes que son atendidas en el Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud Quian. Considerando que durante el embarazo el incremento de las necesidades energéticas, proteicas, de vitaminas y minerales se hacen necesarias para satisfacer las demandas tanto de la madre como el feto y evitar complicaciones futuras en esta población tan vulnerable.

Por ello con el Trabajo Académico se busca mejorar los conocimientos de la gestante sobre los efectos de la anemia en la etapa gestacional y como puede influir negativamente en el producto, además de promover el interés de la gestante en realizar su atención prenatal y lograr un eficiente gestión de autoridades para implementación de materiales e insumos para prevenir la anemia en esta etapa tan importante para la mujer.

Cabe señalar que para el logro de dichos objetivos, se establecieron líneas de acción tales como Información, educación y comunicación (IEC), capacitación, sensibilización y gestión; asimismo se detalla la metodología para la elección del problema y el plan de trabajo, utilizando el modelo de proyectos del autor Bobadilla.

Como profesional de Obstetricia, se espera contribuir con el mejoramiento de las prácticas saludables de la gestante en la jurisdicción de Quian, con el propósito de disminuir los casos de anemia en la etapa gestacional.

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

El presente Trabajo Académico se realizará debido al incremento de casos de gestantes con anemia y la poca sensibilización de las gestantes sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la escasa importancia de una alimentación variada y poco interés de alimentarse con alimentos ricos en hierro de origen animal, factores que predisponen a que puedan padecer anemia durante su embarazo. Sumado a ellos que algunas gestantes no tienen interés o no le dan la debida importancia a su atención prenatal.

Asimismo, se pretende brindar conocimiento sobre estilos de vida saludables y medidas preventivas que logren disminuir el riesgo de tener un embarazo que pueda afectar la salud de la madre y el niño, mediante actividades preventivo promocionales.

Cabe señalar que la anemia es una condición muy común, que constituye un serio problema de proporciones endémicas. Aproximadamente la tercera parte de la población mundial (2 billones de personas) cursa con algún grado de anemia, el 35% de las mujeres en edad reproductiva, el 51% de las gestantes y el 18% de los hombres son anémicos. Las causas más comunes están asociadas con la malnutrición pluricarencial incluida la de micronutrientes y en particular la deficiencia de hierro, que llega a involucrar hasta cerca del 60 a 80% de la población mundial (4-5 billones de personas) (4).

Según la OMS existe una prevalencia mundial de anemia en las mujeres embarazadas de hasta el 42%. En cuanto a estadísticas

internacionales se encontró que la anemia en el tercer trimestre del embarazo es el mayor indicador de salud reproductiva en mujeres de bajos recursos, la cual presenta alta prevalencia en afroamericanas 48,5%, seguidas por nativas americanas y nativas de Alaska 33,9%, hispanas y latinas 30,1%, Asiáticas, Nativas Hawaianas y otras islas del pacífico 29%, y europeas (27.5%). Se estima que cerca del 35 a 75% (promedio 56%) de las gestantes en los países en vías de desarrollo, incluida Latinoamérica con un 40%, cursan con anemia, y cerca del 18% de las gestantes en los países industrializados, son anémicas (5).

Además la anemia durante el embarazo es considerada una anomalía muy grave y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo ya que tiene consecuencias maternas y fetales. Se estima que la anemia causa más de 115.000 muertes maternas y 591.000 perinatales en todo el mundo por año (6).

Entre los datos de anemia en gestantes reportados en algunos países Sudamericanos tenemos; en Brasil (32%), Argentina (28%), Chile (25%), Uruguay (29%), Ecuador (29%) y Colombia (30%); así en algunos países desarrollados, como Estados Unidos (17%), Reino Unido (23%) y Canadá (23%) así como otros de similar desarrollo: Nicaragua (20%) y México (21%), estos últimos deberían ser objeto de estudio para la identificación de factores que permitieron lograr una disminución de sus prevalencias de anemia en gestantes por debajo de la media de Latinoamérica y el Caribe (28,2%) (7).

En Latinoamérica, la anemia ferropénica es un problema mayor de salud pública, que afecta a las mujeres gestantes; y dentro de este grupo, las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo especial, debido a la mayor tasa de fecundidad frente a otros países más desarrollados. Así también, en el Perú, tener más de 35 años se considera un factor de riesgo para la morbilidad perinatal y materna, sin embargo, no se toman las medidas adecuadas para poder controlar uno de los problemas comunes en la gestación que es la anemia, cuyas cifras son similares al grupo de gestantes: 26,9% para el 2016. Además, diversos estudios han demostrado que la anemia en gestantes es por la baja calidad de la dieta (7).

Respecto a la prevalencia nacional de anemia gestacional identificada, el 29,6% de mujeres gestantes en el Perú tiene anemia, siendo Lima Metropolitana donde se concentra la mayor cantidad de casos (23,1%), seguido de la selva (22,9%), la sierra y el resto de la costa (18,9%) (8).

En el Perú se han identificado regiones y conglomerados distritales con altas prevalencias de anemia gestacional, concentrados, mayormente, en la parte central y sur de la sierra peruana. La prevalencia nacional de anemia en gestantes fue de 24,2%, asimismo las regiones con mayor prevalencia fueron: Huancavelica, Puno, Pasco, Cusco y Apurímac. El mayor número de gestantes con anemia se concentró en las áreas de residencia rurales de las tres regiones naturales del Perú. Según criterio de la OMS la presencia de anemia representa un grave problema de salud pública en 463 distritos y moderado problema de salud pública en 601

distritos peruanos. Los 202 distritos identificados en conglomerados hot spots se distribuyeron en 13 regiones y el mayor porcentaje de estos distritos eran rurales (9).

Asimismo en la Región Ancash de 11,406 embarazadas, 3,853 han sido diagnosticadas con anemia. Otro dato importante informa la Dirección Regional de Salud Ancash (DIRESA), quien señala que en el 2017, la población total del departamento fue de 240,590 habitantes de los cuales 62,129 son mujeres en edad fértil y 5.383 son gestantes, entre ellas 1,128 embarazadas son atendidas en el establecimientos de salud de I nivel de atención, de las cuales 706 gestantes presentan anemia ferropénica (10).

Esta problemática no es ajena a la situación en el Puesto de Salud Quian donde se han incrementado los casos de gestantes con anemia, quienes debido al poco interés y/o desconocimiento con respecto a este problema y a las medidas preventivas para evitarla hacen que esto se agudice y se convierta en problema latente en la localidad. Es así que de 5 gestantes atendidas 3 de ellas tiene anemia, lo que constituye el 60% del total de gestantes, lo cual es un resultado significativo a pesar de ser una población pequeña (11).

La anemia, definida como una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, es una de las deficiencias nutricionales más comunes observadas en todo el mundo y afecta a más de un cuarto de la población mundial. Es un importante problema de salud pública que afecta a todas las edades, con su mayor prevalencia entre los niños menores de cinco años de edad y las mujeres embarazadas (12).

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina (Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud) (13).

En relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal la OMS clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito (12):

- Severa Menor de 7,0 g/dL
- Moderada Entre 7,1 –10,0 g/dL
- Leve Entre 10,1- 10,9 g/dL.

Con respecto a los factores de riesgo, adicionalmente a los cambios fisiológicos y anatómicos del embarazo se asocian diversos factores como la edad, sexo, raza y lugar de residencia, etc. Con respecto a la edad, el número de casos nuevos en un año se acerca al 5 % en el sexo femenino en los grupos de menor edad, existe una mayor susceptibilidad durante el embarazo (12).

En cuanto al lugar de procedencia la cantidad adecuada de Hemoglobina está en relación inversa a la tensión atmosférica de oxígeno y por tanto, una cifra normal para los habitantes que viven a nivel del mar, dará síntomas de anemia en sujetos en una población especial que vive en

grandes alturas. En la altura existen concentraciones de Hemoglobina mayores (12).

En lo concerniente al grado de instrucción, se determina que existe una mayor prevalencia de anemia en mujeres con un menor nivel de instrucción (analfabeta y primaria) debido a que desconocen la importancia de los cuidados prenatales y alimentación adecuada, además está estrechamente relacionado con el nivel socioeconómico y de acceso a los servicios médicos. Por otro lado en el estado civil, la disfunción familiar participa como factor negativo, aumentando tres veces el riesgo de las embarazadas en presentar anemia; es necesario considerar que el espacio familiar es en donde se conforman la conducta determinante de diversos hábitos y costumbres, que cuando se ve afectado ese grupo familiar por conflictos y situaciones críticas puede deteriorarse su función protectora de la salud (13).

Oro factor importante es la edad gestacional, donde se muestran los cambios en las concentraciones de hemoglobina entre el primer y tercer trimestre hacia la semana 29 de gestación, una frecuencia de anemia mayor que durante el primer trimestre. Cabe señalar que la elevación de este indicador es un efecto esperado si tenemos en cuenta los cambios fisiológicos en las concentraciones de hemoglobina que sufre la embarazada a partir de la sexta semana, producto de una hemodilución, y el aumento de los requerimientos de hierro para satisfacer las necesidades del crecimiento del feto y de la placenta, que pueden no cubrirse con la



dieta y menos aun cuando esta es deficiente en hierro, como la consumida por las gestantes (13).

Asimismo “la paridad, en las mujeres con embarazos numerosos tienden a presentar anemia debido a la pérdida sanguínea que está cerca de los 500 ml, por lo tanto es lógico pensar que entre más partos, mayores serán las pérdidas, con lo que se contribuye al déficit de hierro en las pacientes” (13).

En cuanto al aborto recurrente es un factor de riesgo para desarrollar anemia Ferropénica en la gestación debido a la pérdida progresiva de hemoglobina. Así también el alcoholismo y el tabaquismo son factores de riesgo que influye en el metabolismo de la absorción del hierro y por ende conduce a una anemia gestacional (12).

En cuanto a los antecedentes familiares, algunas evidencias señalan que las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado anemia tienen una incidencia significativamente mayor de padecer la enfermedad por lo que es un factor de riesgo importante para considerar (13).

La anemia es la complicación más frecuente del embarazo y está asociada con tasas elevadas de parto pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. Entre las causas de anemia gestacional se encuentran la deficiencia de hierro; la deficiencia de ácido fólico, que produce anemia megaloblástica y se asocia con defectos del tubo neural; y, con menor frecuencia, la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, la drepanocitosis o anemia de células falciformes y las talasemias (13).

“La anemia por deficiencia de hierro durante la gestación puede tener consecuencias profundamente negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres, así como afectar significativamente su calidad de vida. Son más frecuentes la fatiga, la debilidad general y las disfunciones psíquicas, incluyendo un deterioro de las capacidades cognitivas, malestar, inestabilidad emocional y depresión y existe una mayor frecuencia de desarrollo de infecciones. Las mujeres con deficiencia de hierro pueden experimentar problemas en cuanto a manejar las actividades de la vida diaria, en realizar sus actividades laborales usuales, sea en su trabajo como amas de casa o en su empleo fuera del hogar. Se alteran las relaciones de las mujeres con sus familias y sus allegados, afectándose negativamente” (14).

En general, el estado del hierro del feto y del recién nacido dependen de la condición del hierro en la madre gestante; y en consecuencia, la deficiencia de hierro en la futura madre significa que el feto en crecimiento también puede presentar deficiencia de hierro. El hierro es un elemento esencial para el desarrollo y crecimiento normales de la mayoría de los órganos en el feto, especialmente en los órganos hematopoyéticos; y, lo más importante, también para el desarrollo normal del cerebro. La deficiencia de hierro a principios de la vida fetal induce un deterioro permanente e irreversible en la función cerebral después del nacimiento (14).

Múltiples estudios han demostrado que los infantes y los niños nacidos de madres con deficiencia de hierro tienen un menor desarrollo

cognitivo, motor, social, emocional y neurofisiológico de las funciones cerebrales, así como valores más bajos en el cociente intelectual en comparación con los infantes y niños nacidos de madres con buenos niveles de hierro. Estos hallazgos pueden tener consecuencias profundas para el desarrollo posterior y en el funcionamiento social del niño en crecimiento. Si la deficiencia de hierro fuera muy prevalente en la población femenina, ello puede afectar el perfil de salud, así como la estructura de la sociedad en una dirección negativa (14).

En consecuencia, la anemia durante la niñez es un problema serio y frecuente en los niños nacidos de madres con anemia por deficiencia de hierro; y, por tanto, pueden comenzar la vida desde el nacimiento con deficiencia de hierro y quizás hasta con anemia. La deficiencia congénita de hierro puede ser responsable de la prevalencia muy elevada de la anemia en los infantes peruanos y posteriormente ello puede agravarse por una nutrición tanto cualitativa como cuantitativamente insuficiente (14).

Desde el punto de vista clínico, la mayor atención recae en la anemia del embarazo y por ello es frecuente observar en los servicios de ginecología y obstetricia la administración de suplementos de hierro a las embarazadas. Esta medida está destinada a prevenir la anemia y sus consecuencias en el feto y recién nacido (14).

La OMS (1972) define a la anemia durante el embarazo, independientemente de su causa, como la presencia de un nivel de hemoglobina menor a 11.0 g/dL y menor a 10.0g/dl durante el periodo posparto. El Center of. Disease Control (CDC) desde 1989 recomienda

tener en cuenta las variaciones fisiológicas de la hemoglobina durante el embarazo. Se considera que la anemia está presente si el nivel de hemoglobina es menor a 11g/dL durante las semanas 1-12 (primer trimestre) y 29-40 (tercer trimestre) del embarazo y menor a 10.5 g/dL durante las semanas 13-28 (segundo trimestre). Estos niveles de hemoglobina corresponden a valores de hematocrito de 33.0%, 32.0% y 33.0%, respectivamente (15).

Dos terceras partes de mujeres no embarazadas en edad reproductiva tienen historia de deficiencia de hierro y al menos 5% tienen anemia. En países en desarrollo el 83% de las mujeres embarazadas anémicas tienen deficiencia de hierro. Los requerimientos diarios de hierro durante el embarazo son de 4mg pero durante la 2ª mitad del embarazo se incrementan de 6.6 a 8.4mg por día al término. Los requerimientos totales de hierro en el embarazo (700 a 1400mg) se utilizan para expandir la masa eritroide materna así como para el crecimiento del feto y de la placenta. El estudio de la anemia empieza usando la clasificación morfológica mediante el VCM y el frotis de sangre periférica (16).

La recomendación dietética a toda embarazada independientemente de su edad gestacional es preferir alimentos de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como el hígado y riñones, incluir una fuente de vitamina C en cada comida (frutas principalmente) y el consumo de frutas y verduras como fuentes de vitaminas, minerales y fibra, mas no como fuentes de hierro (17).

Si la hemoglobina  $>11.0$  g/dl en el primer y tercer trimestre y  $>10.5$  en el segundo trimestre. El tratamiento profiláctico es necesario porque pocas mujeres tienen reservas adecuadas de hierro que permitan cubrir las necesidades aumentadas del embarazo. Recomendación dietética. Si el valor de Hb. no sugiere anemia diferir la toma de Hierro hasta pasada la semana 12 para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre (17).

Las mujeres deben recibir desde las 12 semanas y hasta los tres meses post parto una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día. La dosis profiláctica: 30 mg/día por 2 meses mínimo. - 300 mg de gluconato ferroso (10% absorción). - 150 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). - 100 mg de sulfato ferroso (30% de absorción) (18).

Si la hemoglobina  $< 10.5$  en el segundo trimestre se usa el tratamiento terapéutico oral: Si hemoglobina está bajo lo normal proceder al tratamiento terapéutico. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la anemia crónica en el embarazo es una forma importante de reducir la necesidad de realizar transfusiones futuras. La Dosis terapéutica oral es de 60 a 120 mg/día de hierro elemental para lograr saturar las reservas de ferritina por 6 meses (18).

El tratamiento de elección para tratar la anemia es el sulfato ferroso, el hierro, es un ion metálico inorgánico, es un componente esencial del organismo, necesario para la formación de hemoglobina y para la realización de procesos oxidativos en los tejidos. Los preparados de hierro sirven sólo para tratar las anemias por deficiencia de este elemento. Con la

administración oral de preparados de hierro, la concentración normal de hemoglobina se recupera en 10 semanas y, a veces, es necesario un tratamiento de tres a seis meses para reponer los depósitos (19).

El sulfato ferroso, que contiene 20% de hierro elemental, se absorbe en forma irregular e incompleta en el tubo digestivo; sin embargo, la absorción mejora de manera considerable en individuos deficientes. Su absorción disminuye cuando se toma con los alimentos. En el plasma se une en cantidad importante a las proteínas plasmáticas, la hemoglobina y, en menor proporción, a mioglobina, ferritina, hemosiderina, transferrina y enzimas. Su eliminación se lleva a cabo por diversas vías: piel, uñas, cabello, orina, heces y menstruación (19).

La anemia en el embarazo puede prevenirse, pero es muy difícil curarla aun tratada adecuadamente. Entre las medidas preventivas más importantes tenemos: alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado. Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto (19).

El manejo preventivo de la anemia se realizará en las gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia de la siguiente manera (19):

- La primera medición de hemoglobina se realizará en la primera atención prenatal.

- La segunda medición de hemoglobina se realizará luego de 3 meses con relación a la medición anterior.
- La tercera medición de hemoglobina se solicitará antes del parto.
- Una cuarta medición se solicitará 30 días después del parto.

En zonas geográficas, ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar, se realizará el ajuste de la hemoglobina observada. En los casos que la gestante inicia la atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, la determinación de hemoglobina se realiza en esta atención (19).

En caso que no se detecte anemia, se hará una siguiente medición de hemoglobina entre la semana 37 y 40 y la última a los 30 días post parto. Si en alguna de las determinaciones de hemoglobina, se detecta anemia (hemoglobina < de 11mg/dl), debe referirse al médico u obstetra para definir el procedimiento a seguir, evaluar la adherencia y derivar para la consulta nutricional (19).

El presente trabajo se fundamenta en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender quien “expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables” (20).

Además postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y

conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (20).

El presente trabajo académico tiene como base legal (19):

- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Norma Técnica – Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas:
- Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, cuya aplicación es obligatoria, a nivel nacional, en todos los establecimientos del Sector Salud, Seguro Social de Salud-EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, Clínicas y otros establecimientos del sector privado según corresponda. Donde estipula que el equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica (19).



- Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas (19).
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Estándares e Indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales y
- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil (19).

El tema de anemia en gestantes ha sido abordado desde diversos ámbitos, a nivel internacional tenemos:

Moreno A. (21), en México 2014, realizó una investigación “Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el hospital de Ginecología y obstetricia del IMIEM”, el estudio fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los tipos morfológicos de anemia en mujeres embarazadas durante su ingreso al servicio de urgencias del hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM. Concluyendo que la anemia estuvo presente en 9.38 % de las mujeres embarazadas, en un rango de edad 21 a

30 años. Los principales tipos morfológicos de anemia detectados fueron la microcítica hipocrómica con una prevalencia de 88%, la microcítica normocrómica con 8.8%, la normo normocrómica 3.6%.

Moyolema Y. (22), en Ecuador 2017, realizó una investigación “Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017”, la investigación fue de tipo descriptivo-Cuantitativo-transversal, su objetivo fue determinar la incidencia de anemia que se presentan en mujeres durante el embarazo. Se concluye que la anemia leve se presenta con mayor frecuencia en las gestantes primigestas y con una edad menor a 19 años principalmente durante el primer trimestre de embarazo.

Bustos D. (23), en Ecuador 2018, realizó un estudio “Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, en el hospital san Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra y Hospital Gustavo Domínguez de santo domingo de los Tsáchilas en el periodo enero a julio 2017”, fue una investigación descriptiva correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la presencia de anemia y amenaza de parto pretérmino así como parto prematuro en las mujeres embarazadas entre las 32 a 36,6 semanas. Se concluye que la anemia, basada en su hemoglobina, diagnosticada en el tercer trimestre de embarazo y sin un manejo adecuado, es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino, más ésta no se encuentra relacionada con el diagnóstico de parto prematuro.

Tiene como ámbito nacional:

Ruelas A. (24), en Perú 2016, realizó un estudio “Factores maternos asociados a la anemia en gestantes controladas en el centro de salud Zamácola de Arequipa, 2017”, el estudio fue descriptiva no experimental, cuyo objetivo fue conocer los Factores Maternos asociados a la anemia en Gestantes del Centro de Salud Maritza Campos de Arequipa-2017. Concluyendo que los factores maternos asociados a la presencia de anemia en gestantes del Centro de Salud Zamácola de Arequipa son los siguientes: edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y ocupación. Sobre factores obstétricos estudiados las primíparas tiene una frecuencia de 6,3% de anemia.

Soto J. (25), en Perú 2016, realizó una investigación titulada “Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital “San José” Callao - Lima. 2016”, el tipo de estudio fue observacional, analítico, con el objetivo de Identificar si los factores en estudio están asociados a la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José” Callao-Lima. Se concluye que los factores que se asociaron significativamente a la anemia fueron la edad materna, la v edad gestacional, la paridad, los controles prenatales y el periodo intergenésico. Por el contrario, los factores que no se asociaron significativamente fueron la preeclampsia, la eclampsia y el índice de masa corporal.

Ayala R. (26), en Perú 2016, realizó una investigación “Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de

emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de noviembre de 2016, el estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de anemia, en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se concluye que la anemia es un problema de salud pública. La anemia microcítica hipocrómica fue la más común en mujeres embarazadas jóvenes y multíparas y que estos resultados sugieren la necesidad de implementar acciones para disminuir esta patología y sus complicaciones.

Martínez E. (27), en Perú 2016, realizó una investigación “Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - Diciembre del 2016”, el estudio fue descriptivo no experimental, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de anemia y riesgo obstétrico durante el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años. Concluyendo que a más baja sea la hemoglobina en una gestante adolescente mayor será las múltiples complicaciones que puedan presentar ya sea en la etapa de gestación o durante trabajo de parto.

Quispe G. (28), en Perú 2017, realizó un estudio “Causas de anemia en gestantes en el puesto de salud alto libertad micro red cerro colorado Arequipa 2017”, fue un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue determinar las causas posibles de desarrollo de anemia en las gestantes que acuden al puesto de salud Alto Libertad. Se concluye que de las características obstétricas analizadas, reflejan que la talla de 150cm 54.84%, gestaciones

en primigestas 67.74%, edad gestacional III trimestre 67.74% y la atención pre natal al 100%, no condicionan la ocurrencia de anemia, muy por el contrario todas se desarrollan dentro de los límites de la normalidad. Dentro de las características de la anemia, la anemia leve se presenta en 90.32%, y la indicación de hierro oral es del 100%. Lo que corresponde a la guía técnica vigente del Ministerio de Salud.

El Trabajo académico formulado es importante porque fortalecerá los hábitos alimentarios saludables y acciones pertinentes en el cuidado de salud de la gestantes y así disminuir los casos de anemia y complicaciones, en tal sentido conocer la prevalencia es importante para así poder realizar las recomendaciones adecuadas, y que el personal de salud brinde la atención necesaria para la mejora de esta condición. Así mismo como base en esta información diseñar estrategias de promoción y educación a la gestante y su familia. Con respecto al aporte profesional, el presente trabajo permitirá fortalecer la atención en Salud estipulada en la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual Reproductiva, orientado a brindar una atención integral e individualizada dirigida a la gestante, familia y comunidad.

Es así que como profesional de Salud es imperioso intervenir ante esta problemática a través de acciones preventivas para evitar la enfermedad y promoción de estilos de vida saludables enfocando nuestra atención a la identificación de factores de riesgo en la gestante, lo cual se hará con una atención prenatal de calidad.

#### **IV. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Disminución de la anemia en gestantes en el Puesto de Salud Quian.

Huarmey- 2019

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Conocimiento eficiente de la gestante sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto
2. Interés de la gestante en realizar controles prenatales
3. Actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes

#### **V. METAS**

- El 100% de gestantes disminuyen la anemia
- El 100% de gestantes con conocimiento sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto
- El 100% de las gestantes acuden a sus controles prenatales
- El 100% de actores sociales comprometidos en el problema de anemia en las gestantes
- 02 talleres de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.
- 02 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro
- 02 talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales

- 08 visitas domiciliarias realizadas para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes
- 04 visitas domiciliarias para la captación de gestantes
- 02 talleres de capacitación dirigida a los actores sociales
- 04 reuniones de coordinación realizadas

## **VI. METODOLOGIA**

### **6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.**

#### **A. SENSIBILIZACIÓN**

Supone adquirir conocimientos, sentimientos y conductas sobre la prevención ante los riesgos de cualquier índole. La sensibilización supone considerar la actitud como fuente de conductas. Saber hacer, poder hacer y querer hacer. Una persona que sepa qué medidas de protección utilizar y que pueda utilizarlas porque las tenga a su disposición, es una persona a la que se la pueda iniciar en el proceso de sensibilización. Querer utilizar las medidas preventivas significa la suma de lo anterior. Despertar sensibilidad frente a los propios riesgos laborales es comprometerse con uno mismo, con su dignidad como trabajador y con la salud (29).

En el Puesto de Salud Quian se evidencia escasa sensibilización por parte de las gestantes con respecto a la importancia de la prevención de la anemia y sus efectos en la madre y el niño, es así que algunas gestantes no acuden a las

fechas en que están programadas sus controles prenatales y casi siempre se tiene que realizar visitas para que puedan hacerlo, aún se necesita sensibilizarlas para que puedan mejorar su actitud y valorar la importancia de sus controles por un personal de salud capacitado.

**Acciones:**

**1A. Taller de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades
- ❖ Estructuración del plan de taller de capacitación sobre anemia
- ❖ Ejecución del Taller de capacitación sobre anemia
- ❖ Evaluación e informe del Taller de capacitación
- ❖ Seguimiento y monitoreo a gestantes

**2A. Talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades
- ❖ Estructuración del plan de talleres de sensibilización
- ❖ Ejecución del Talleres de sensibilización
- ❖ Evaluación e informe de Talleres de sensibilización



- ❖ Seguimiento y monitoreo a gestantes de asistencia a controles prenatales.

## **B. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)**

Es una estrategia desarrollada y utilizada, en respuesta al modelo de atención primaria de salud: "prevenir más que curar". Se observó la necesidad de acompañar las intervenciones de salud destinadas a la comunidad, con actividades de información y educación orientadas a lograr cambios de comportamiento sostenibles a través la adquisición de conocimiento y actitudes favorables del público objetivo de programas o proyectos (30).

En el Puesto de Salud Quian, a pesar que se vienen realizando actividades de información, educación y comunicación con respecto al tema de anemia en gestantes, aún se necesita desarrollar y aplicar esta estrategia de manera permanente para que las gestantes y sus familias y también las autoridades locales puedan tener un conocimiento más amplio del tema y logren actitudes favorables, y eso se puede realizar de distintas maneras y una de las más efectivas son las sesiones educativas con demostración y su complementación con las visitas domiciliarias, las cuales han sido consideradas en el presente trabajo.

### **Acciones:**

#### **1B. Sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades
- ❖ Estructuración del plan de sesiones educativas y demostrativas
- ❖ Ejecución de sesiones educativas y demostrativas
- ❖ Evaluación e informe de sesiones educativas y demostrativas.
- ❖ Seguimiento y monitoreo a gestantes

**2B. Visitas domiciliarias para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades
- ❖ Estructuración del plan de visitas domiciliarias
- ❖ Ejecución de visitas domiciliarias
- ❖ Evaluación e informe de visitas domiciliarias

**3B. Visitas domiciliarias para la captación oportuna de gestantes**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades
- ❖ Estructuración del plan de visitas domiciliarias
- ❖ Ejecución de visitas domiciliarias
- ❖ Evaluación e informe de visitas domiciliarias

## **C. CAPACITACIÓN**

Se denomina capacitación al acto y el resultado de capacitar: formar, instruir, entrenar o educar a alguien. La capacitación busca que una persona adquiera capacidades o habilidades para el desarrollo de determinadas acciones. Es un proceso que posibilita al capacitando la apropiación de ciertos conocimientos, capaces de modificar los comportamientos propios de las personas y de la organización a la que pertenecen. La capacitación es una herramienta que posibilita el aprendizaje y por esto contribuye a la corrección de actitudes de una persona o personal en un Centro laboral (31).

En el Puesto de Salud Quian, si bien se realizan capacitaciones dirigidas a las gestantes, aún son escasas las capacitaciones dirigidas a las autoridades locales, por lo que en el presente trabajo se considera involucrarlos en los temas de salud y que conozcan la problemática local de salud en su comunidad, es así que cuando se unen esfuerzos en la comunidad se hace más sencillo el trabajo y los objetivos pueden cumplirse fácilmente.

### **Acciones**

#### **1C. Taller de capacitación sobre la prevención de anemia en gestantes a los actores sociales**

- ❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades

- ❖ Estructuración del plan de talleres de capacitación
- ❖ Ejecución del Talleres de capacitación
- ❖ Evaluación e informe de Talleres de capacitación

### **C. GESTIÓN**

Es asumir y llevar a cabo las responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye: La preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar y la coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones). El término gestión es utilizado para referirse al conjunto de acciones, o diligencias que permiten la realización de cualquier actividad o deseo. Dicho de otra manera, una gestión se refiere a todos aquellos trámites que se realizan con la finalidad de resolver una situación o materializar un proyecto. En el entorno empresarial o comercial, la gestión es asociada con la administración de un negocio (32).

En el Puesto de Salud Quian son escasas las actividades de gestión que se vienen realizando, es por ello que se evidencia escasas de recursos y materiales para la atención de la gestante, los que podrán obtenerse si se aplicaría acciones y diligencias que permitan el logro de objetivos, y la mejora de la calidad de vida de la gestantes en esta etapa tan importante.

## **Acciones**

### **1C. Gestión para presupuesto de implementación de materiales e insumos para prevenir anemia en gestantes**

- ❖ Programación de reuniones de coordinación
- ❖ Coordinación con autoridades
- ❖ Problematizar sobre la importancia de materiales e insumos
- ❖ Elaboración del plan de requerimiento de materiales e insumos
- ❖ Elaboración de Documentos técnicos para implementación.
- ❖ Realizar seguimiento a las autoridades

### **6.2. Sostenibilidad del proyecto**

La sostenibilidad del presente proyecto estará a cargo del Equipo de Salud que trabaja directamente en el servicio de Obstetricia y la jefatura del Puesto de Salud Quian considerando la estrategia de coordinación y gestión para la ejecución de las actividades, con la finalidad de impulsar y mantener el presente proyecto.

**VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.**

**MATRIZ DE SUPERVISIÓN**

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p><b>Propósito:</b> Disminución de anemia en gestantes en el Puesto de Salud Quian</p>	El 100% de gestantes disminuyen la anemia	N de gestantes con anemia / total de gestantes x100	Grado en que se reducen los casos de anemia en gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registro HIS</li> <li>•Cuaderno de registro diario de atención a la gestante</li> <li>•Historia clínica materno perinatal</li> </ul>	Semestral	Lista de chequeo
<p><b>Resultados</b> 1.Conocimiento eficiente de la gestante sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto</p>	El 100% de gestantes con conocimiento sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	N° de gestantes con conocimiento sobre los efectos de la anemia y el producto / N° de gestantes atendidas x 100	Porcentaje de gestantes con información teórica sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Reportes de asistencias a las reuniones y capacitaciones.</li> <li>•Test de evaluación.</li> </ul>	Semestral	Lista de cotejo

2. Interés de la gestante en realizar controles prenatales	El 100% de las gestantes acuden a sus controles prenatales	N° de gestantes que acuden a sus controles prenatales / N° de gestantes programadas x 100	Porcentaje de gestantes que realizan con responsabilidad su atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro HIS</li> <li>• Cuaderno de registro diario de atención a la gestante</li> <li>• Historia clínica materno perinatal</li> </ul>	Trimestral	Lista de cotejo
3. Actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes	100% de actores sociales comprometidos en el problema de anemia en las gestantes	N° de actores sociales comprometidos en el problema de anemia en las gestantes /  N° de actores sociales x 100	Porcentaje de actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de reuniones de coordinación realizadas</li> <li>• Fotos</li> <li>• Documentos técnicos para implementación.</li> </ul>	Trimestral	Lista de cotejo

### MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
1. Conocimiento eficiente de la gestante sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	1a. Taller de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.	02 talleres de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.	Nº de talleres de sensibilización ejecutados / Nº de talleres de capacitación programados X 100	Porcentaje de gestantes con información teórica sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes de asistencias a talleres</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo
	2a. Sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro	02 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro	Nº de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas / Nº Total de sesiones educativas y demostrativas programados x 100		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistencia a sesiones educativas y demostrativas</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo



2. Interés de la gestante en realizar controles prenatales	1b. Talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales	02 talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales	Nº de gestantes con atención prenatal / Total de gestantes x 100	Porcentaje de gestantes que realizan con responsabilidad su atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistencia a talleres</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo
	2b. Visitas domiciliarias para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes	08 visitas domiciliarias realizadas para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes	Nº de visitas domiciliarias realizadas / Total de visitas programadas x 100		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de registro diario de atención a la gestante</li> <li>• Historia clínica materno perinatal</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo
	3b. Visitas domiciliarias para captación oportuna de gestantes	04 visitas domiciliarias realizadas para captación oportuna de gestantes	Nº de visitas domiciliarias realizadas / Total de visitas programadas x 100		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno de registro diario de atención a la gestante</li> <li>• Historia clínica materno perinatal</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo

3. Actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes	1c. Taller de capacitación sobre la prevención de anemia en gestantes a los actores sociales	02 talleres de capacitación dirigido a los actores sociales	Nº de talleres de capacitación realizados / Nº de talleres de capacitación programados x 100	Porcentaje de actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistencia</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo
	2c. Gestión para presupuesto de implementación de materiales e insumos para prevenir anemia en gestantes	04 reuniones de coordinación realizadas	Nº de reuniones de coordinación ejecutados / Nº de reuniones de coordinación programados x 100		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de reuniones de gestión realizadas</li> <li>• Fotos</li> <li>• Documentos técnicos para implementación.</li> </ul>	Mensual	Lista de cotejo

## **7.1. Beneficios**

### **Beneficios con proyecto**

- Disminución de la morbilidad materno infantil en el Puesto de Salud Quian.
- Bajo riesgo de deterioro del Crecimiento y desarrollo del niño
- Población satisfecha con el servicio
- Bajo riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer
- Bajo riesgo de complicaciones post parto

### **Beneficios sin proyecto**

- Incremento de la morbilidad materno infantil en el Puesto de Salud Quian
- Alto riesgo de deterioro del Crecimiento y desarrollo del niño
- Población insatisfecha con el servicio
- Elevado riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer
- Alto riesgo de complicaciones post parto

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1. Materiales para actividades de Información, Educación y comunicación (IEC)

CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNT S/.	COSTO TOTAL S/.
01	Cartulina Duplex	30	S/ 1.00	S/ 30.00
02	Papel Bond A4 x 80 gr	300	S/ 2.50	S/ 250.00
03	Plumones gruesos	05	S/ 0.50	S/ 25.00
04	Micas	20	S/ 3.00	S/ 60.00
05	Lapiceros	20	S/ 0.50	S/ 25.00
06	Lápices	50	S/ 0.50	S/ 25.00
07	USB	1	S/50.00	S/ 50.00
08	Tipeo	200	S/ 2.50	S/ 500.00
09	Impresión	200	S/ 0.50	S/ 100.00
10	Marcadores	20	S/2.00	S/ 40.00
11	Fotocopias	300	S/ 0.50	S/ 150.00
<b>COSTO TOTAL PARA IEC</b>			<b>S/ 78.50</b>	<b>S/ 1,355.00</b>

### 8.2. Materiales para Capacitación

N°	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio	-	01	-	-
2	Impresiones	0.20	200	0.00	<b>200.00</b>
3	Fotocopias	0.10	400	0.00	<b>200.00</b>
4	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	varios	varios	0.00	<b>350.00</b>
5	Refrigerio	2.00	40	0.00	<b>300.00</b>
6	Plumones gruesos	2.50	4	0.00	<b>30.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>			<b>0.00</b>	<b>1,080.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>					<b>1,080.00</b>

### 8.3. Materiales para sensibilización

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio	-	01	-	<b>00.00</b>
2	Impresiones	0.20	200	0.00	<b>200.00</b>
3	Fotocopias	0.10	300	0.00	<b>100.00</b>
4	Refrigerio	3.00	50	0.00	<b>150.00</b>
5	Papel sábana	0.50	20	0.00	<b>50.00</b>
6	Papel bond	20 paq.	2	0.00	<b>50.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>550.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>550.00</b>

### 8.4. Presupuesto para Gestión

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Impresiones	0.50	100	0.00	50.00
2	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
3	Pasajes	30.00	08	0.00	240.00
4	Viáticos	30.00	08	0.00	240.00
5	Material de escritorio	100.00	varios	0.00	100.00
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>650.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA GESTIÓN S/.</b>					<b>650.00</b>

**RESUMEN DE PRESUPUESTO:**

<b>DENOMINACION</b>	<b>APORTE REQUERIDO S/.</b>	<b>APORTE PROPIO S/.</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
Materiales para IEC	1,355.00	0.00	1,355.00
Materiales de Capacitación	2 x 220.00	0.00	1,080.00
Taller de sensibilización	2 x 275.00	0.00	550.00
Presupuesto para Gestión	650.00	0.00	650.00
<b>TOTAL</b>			<b>3635.00</b>

**IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES**

## PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO GENERAL:** Disminución de la anemia en gestantes en el Puesto de Salud Quian. Huarmey- 2019

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAM			INDICADOR
					A			
					2019	2020		
	DESCRIPCION	COSTOS	II	I	II			
1	Elaboración del proyecto “Disminuyendo la anemia en gestantes en el puesto de salud Quian. Huarmey-2019 ”	1	Informe	200.00	X			Trabajo Elaborado
2	Presentación y exposición del Trabajo a la Gerencia de Red Pacifico Sur	1	Informe	20.00		x		Trabajo Presentado
3	Reunión de coordinación con el equipo de salud y jefatura para conformar el comité de apoyo en el desarrollo del Trabajo académico	2	Informe	50	X			Reuniones realizadas
4	Ejecución del Trabajo Académico	1	Informe	3 635.00	X	x		Trabajo Académico ejecutado
5	Evaluación del Trabajo Académico	1	Informe	30.00			x	Trabajo Académico desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	100.00			x	Informe final presentado





**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Interés de la gestante en realizar controles prenatales

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		2018 -2019		
			DESCRIPCION	COSTOS	II	I	II
1	Talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades</li> <li>❖ Estructuración del plan de talleres de sensibilización</li> <li>❖ Ejecución del Talleres de sensibilización</li> <li>❖ Evaluación e informe de Talleres de sensibilización</li> <li>❖ Seguimiento y monitoreo a gestantes de asistencia a controles prenatales.</li> </ul>	Taller	280.00	X		
					X		
						X	X
							x
							x
2	Visitas domiciliarias para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades</li> <li>❖ Estructuración del plan de visitas domiciliarias</li> <li>❖ Ejecución de visitas domiciliarias</li> <li>❖ Evaluación e informe de visitas domiciliarias</li> </ul>	Visitas domiciliarias	350.00	x		
							x
						x	x
							x

3	Visitas domiciliarias para la captación oportuna de gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades</li> <li>❖ Estructuración del plan de visitas domiciliarias</li> <li>❖ Ejecución de visitas domiciliarias</li> <li>❖ Evaluación e informe de visitas domiciliarias</li> </ul>	Visitas domiciliarias	350.00	x	x	X x
---	---	---	-----------------------	--------	---	---	--------

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** Actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		2018 -2019		
			DESCRIPCION	COST OS	II	I	II
1	1c. Taller de capacitación sobre la prevención de anemia en gestantes a los actores sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión de equipo de Salud y asignación de responsabilidades</li> <li>❖ Estructuración del plan de talleres de capacitación</li> <li>❖ Ejecución del Talleres de capacitación</li> <li>❖ Evaluación e informe de Talleres de capacitación</li> </ul>	Taller	1080.00	X X	x x	x x
2	2c. Gestión para presupuesto de implementación de materiales e insumos para prevenir anemia en gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Programación de reuniones de coordinación</li> <li>❖ Coordinación con autoridades</li> <li>❖ Problematizar sobre la importancia de materiales e insumos</li> <li>❖ Elaboración del plan de requerimiento de materiales e insumos</li> <li>❖ Elaboración de Documentos técnicos para implementación.</li> <li>❖ Realizar seguimiento a las autoridades</li> </ul>	Gestión	650.00	X	x x	x

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

El trabajo académico “Disminuyendo la anemia en gestantes en el puesto de salud Quian. Huarmey-2019” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de Obstetricia, jefatura de servicio y Jefatura del Puesto de Salud Quian en coordinación con equipo de salud para asumir la responsabilidad de un trabajo en equipo durante el desarrollo de la intervención.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

- Microred de Salud Huarmey
- Red de Salud Pacífico Sur
- Municipalidad Distrital de Quian

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Hoz F. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS* vol.26 no.3 Bucaramanga. Colombia.2013
2. Iglesias J. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. México. 2009.
3. New S, Wirth M. Anemia, pregnancy, and maternal mortality: the problem with globally standardised hemoglobin cutoffs. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 de enero de 2015.
4. Selva J. Anemia en el embarazo. *Revista de Hematología México.*2011; 12 (supl.1): 28-31.
5. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Semin Hematol.* 1 de octubre de 2015;52(4):339-47.
6. Banco Mundial. Prevalencia de anemia entre embarazadas [Internet]. BM; 2016 [citado el 11 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.PRG.ANEM>.
7. Sánchez F, Castañeda R, Trelles E, Pedroso P, Lagunes M. Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres embarazadas. *Revista cubana de Medicina General e Integral.* Cuba. 2011.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. Lima. Perú. Disponible en URL

elcomercio.pe/juntos-contra-anemia/ultimas/29-6-mujeres-gestantes-peru-anemia-noticia-543236

9. Hernández A. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú. Perú. 2017.
10. Prevención de la anemia en la gestante y el recién nacido: Dirección de Salud Sexual y reproductiva- MINSA. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/6%20Anemia%20en%20Gestantes.pdf>
11. Informe estadístico de atenciones realizadas. Puesto de Salud Quian. Huarmey-2018.
12. .kennet A Bauer, MD Hematologic changes in pregnancy. 2016.
13. Lops VR, Hunter LP, Dixon LR. Anemia in pregnancy. Am Fam Physician 2005;51: 1189–1197
14. Boulton BE, Cunningham PW. Some aspects of obstetrics in black teenage pregnancy: a comparative analysis. Med Law 1005;14:93–97
15. Goldberg, D. Prevalencia y Factores de Riesgo de anemia en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Municipal Materno Infantil San José del Sur de Quito. Ecuador. 2007.
16. Universidad nacional autónoma de México escuela nacional de gineco-obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

17. Componente Normativo Materno CONASA, Anemia Ferropénica en el embarazo. 2008.
18. Freire WB. Programa de Alimentación y Nutrición. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Salud Pública. México. 2004.
19. Norma Técnica – Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas: Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA. Perú. 2017.
20. Aristizabal G. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. México. 2014.
21. Moreno A. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el hospital de Ginecología y obstetricia del IMIEM. México .2013.
22. Moyolema Y. Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017. Ecuador. 2017.
23. Bustos D. Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, en el hospital san Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra y Hospital Gustavo Domínguez de santo domingo de los Tsáchilas. Ecuador. 2018.

24. Ruelas A. Realizó un estudio “Factores maternos asociados a la anemia en gestantes controladas en el centro de salud Zamácola de Arequipa, 2016. Perú. 2016
25. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital “San José” Callao – Lima - Perú 2016.
26. Ayala R. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de noviembre de 2016. Perú - 2016.
27. Martínez E. Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - Diciembre del 2016. Perú - 2016.
28. Quispe G. Causas de anemia en gestantes en el puesto de salud alto libertad micro red cerro colorado Arequipa 2017 .Perú. 2017.
29. Erran J. Concienciación y sensibilización. España.2014 URL <https://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/psicoprevencioncom/2014/05/11/conciencia-sensibilizacion-ssl-prl>
30. Plan de IEC Información, educación y comunicación proyecto UNIVIDA <http://www.care.org.ec/univida/documentacion/PLAN%20DE%20IEC%20UNIVIDA%20logosENERO.pdf>



31. Jaureguiberry M. Que es la capacitación. URL <https://www.fio.unicen.edu.ar/usuario/segumar/Laura/material/Que%20es%20la%20Capacitaci%F3n.pdf>
32. Gestión. La Enciclopedia libre. URL <https://es.wikipedia.org/wiki/Gesti3n>.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

El puesto de Salud Quian, pertenece a la Microred de salud Huarmey, Red de Salud Pacifico Sur y DIRES Ancash, esta categorizado con el nivel de atención I-2 considerado con un Quintil 2 (pobre), cuenta con una población de 410 habitantes, distribuidos en sus 7 caseríos: Janca, Quian, Huayash, Muchipampa, Cuzmo y Quilla Pampa, el tiempo de acceso al caserío más próximo es de 15 minutos en caminata y al acceso al caserío más lejano es de 3 horas de caminata.

El establecimiento de salud Quian presenta 4 ambientes para la atención de los pacientes dividido: consultorio de área niño en el cual también se atiende el área de tóxico, farmacia, área de triaje, consultorio de salud sexual y reproductiva en donde se realiza la atención de las diversas actividades como controles prenatales, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, despistaje de cáncer de cuello uterino, a la vez cuenta: 1 enfermera nombrada, 1 obstetra contratada, 1 técnico de enfermería en plaza bloqueada ante esta situación por el escaso personal de salud se realizan múltiples actividades para cubrir la demanda de las necesidades de salud de la población.

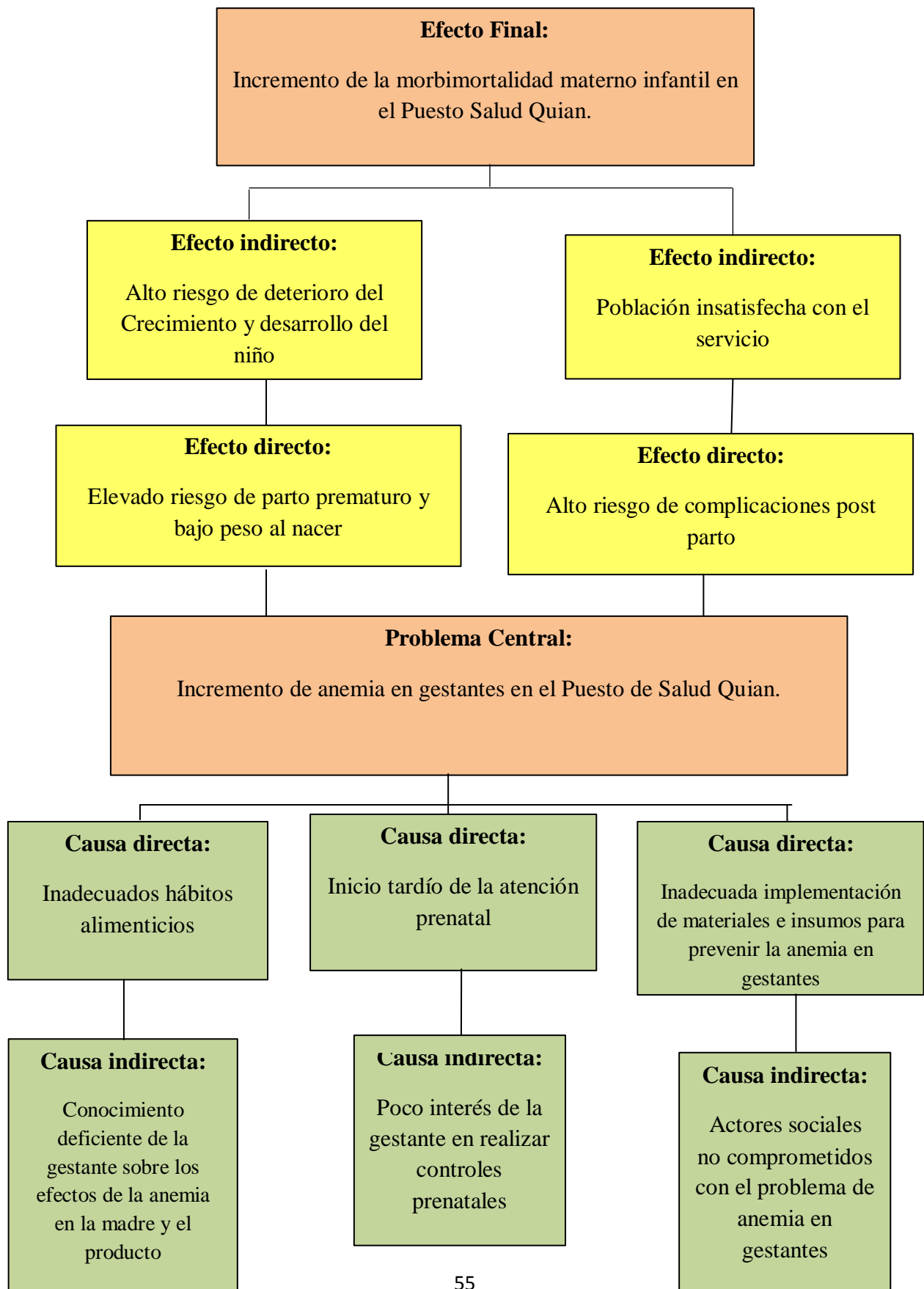
En el centro poblado de Quian su principal actividad económica es la agricultura y la ganadería, sus viviendas casi en su mayoría son hechas a base de abobe, quincha y en un mínimo porcentaje de material noble, cuenta servicios básicos con alumbrado público por tramos, agua potable pero no es apta para el consumo por no contar con los niveles de cloración ideal para el consumo, los caseríos de Muchipampa y Cuzmo consumen agua del canal de irrigación, esta situación hace más propensa a la

población a la adquisición de enfermedades e infestarse de parásitos u otros agentes que son dañinos para su salud

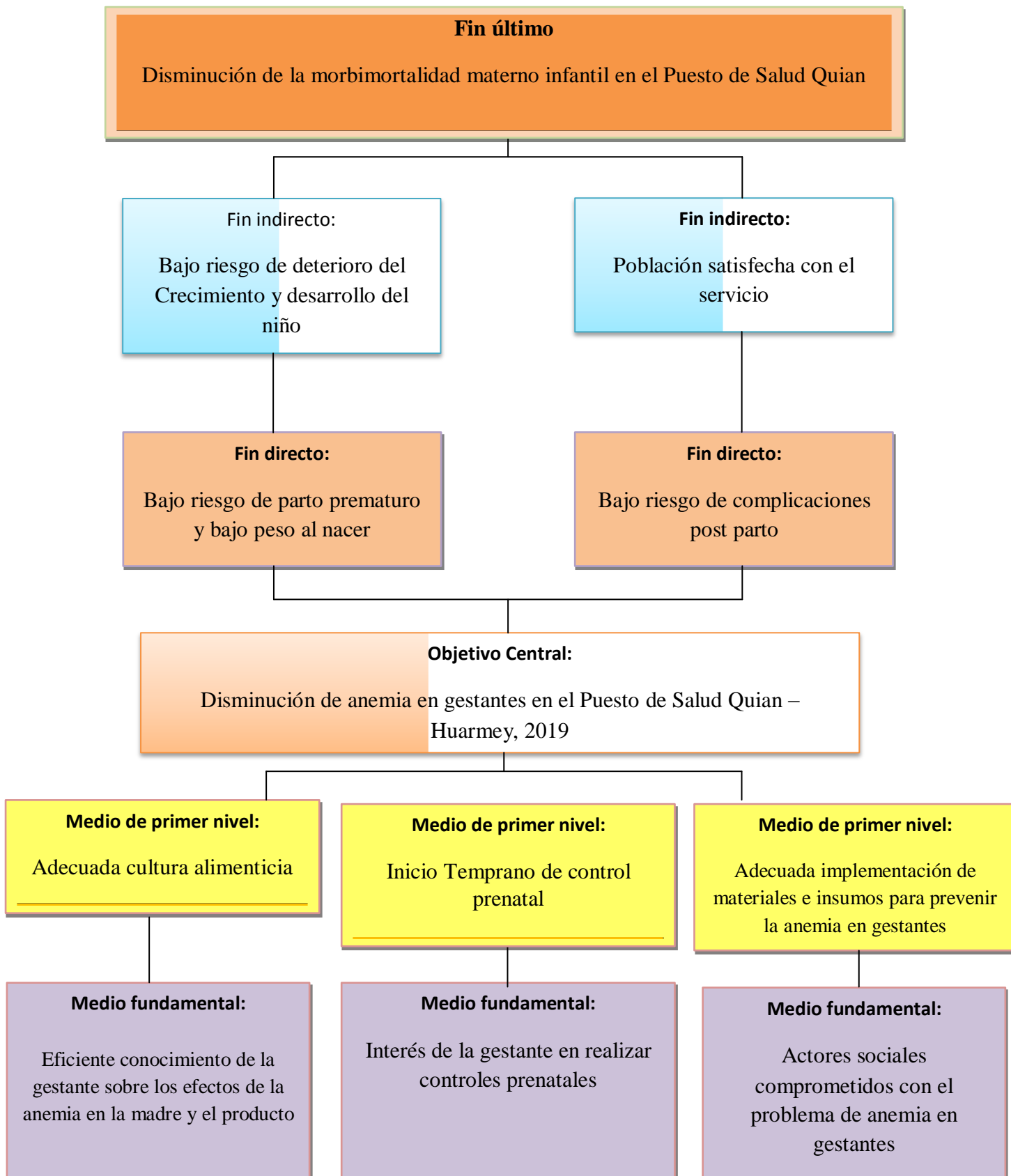
La distribución de la población según el grupo etario: adulto 30 a 59 años 50%, adulto mayor de 60 años a más 30%, infantil de 0 a 11 años 21%, adolescente 5% y joven 5%.

La población de gestantes del centro poblado de Quian y sus caseríos son de 5 gestantes de las cuales solo 3 fueron diagnosticadas que da como resultado el 60% de la población de gestantes, esto se debe a sus inadecuados hábitos alimenticios, la falta de conocimiento y de preparación de alimentos con alto contenido en hierro, estos resultados dan como consecuencias complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido.

**ANEXO 2**  
**GRÁFICO N° 01: ÁRBOL DE CAUSAS - EFECTOS**

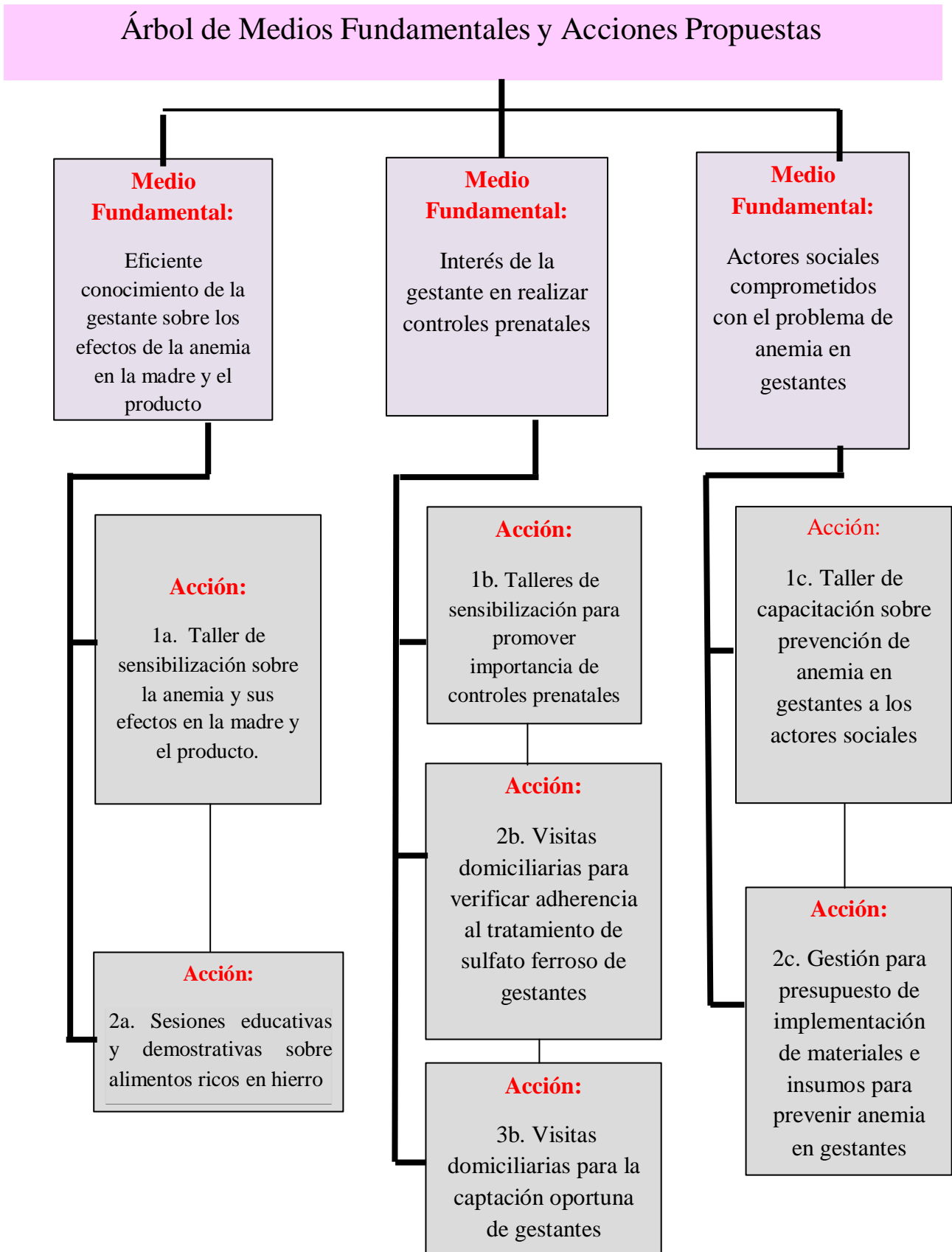


**ANEXO 3**  
**Gráfico N° 02: ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES**



ANEXO 4

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



**ANEXO 5  
MARCO LÓGICO**

	<b>Resumen de objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<b>Fin</b>	Disminución de la morbilidad materno infantil en el Puesto de Salud Quian. Huarmey – 2019				
<b>Propósito</b>	Disminución de los casos de anemia en gestantes en el Puesto de salud Quian. Huarmey – 2019	El 100% de gestantes disminuyen la anemia	N de gestantes con anemia / total de gestantes x100	Registro HIS  Cuaderno de registro diario de atención a la gestante  Historia clínica materno perinatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia disminución de los casos de anemia en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Quian.</li> </ul>



<b>Componentes</b>	1.Eficiente conocimiento de la gestante sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	El 100% de gestantes con conocimiento sobre los efectos de la anemia en la madre y el producto	N° de gestantes con conocimiento sobre los efectos de la anemia y el producto / N° de gestantes atendidas x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes de asistencias a las reuniones y capacitaciones.</li> <li>• Test de evaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Gestante y su familia conocen sobre los efectos de la anemia y sus consecuencias en la madre y el producto.</li> </ul>
	2.Interés de la gestante en realizar controles prenatales	El 100% de las gestantes acuden a sus controles prenatales	N° de gestantes que acuden a sus controles prenatales / N° de gestantes programadas x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro HIS</li> <li>• Cuaderno de registro diario de atención a la gestante</li> <li>• Historia clínica materno perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las gestantes acuden a sus controles programados y no se evidencia deserciones.</li> </ul>
	3. Actores sociales comprometidos con el problema de anemia en gestantes	100% de Actores sociales y comprometidos con el problema de anemia en las gestantes	N° de actores sociales comprometidos con el problema de la anemia en gestantes / N° total de actores sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de reuniones de gestión realizadas</li> <li>• Fotos</li> <li>• Documentos técnicos para implementación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencia actores sociales comprometidos con el problema de la anemia en gestantes</li> </ul>

<b>Acciones</b>	1a. Taller de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.	02 talleres de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.	N° de talleres de sensibilización sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto realizados / N° de talleres de sensibilización programados x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistentes a los talleres sensibilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestante y su familia con conocimientos adecuados sobre la anemia y sus efectos en la madre y el producto.</li> </ul>
	2a.Sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro	02 sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro	N° de sesiones educativas y demostrativas sobre alimentos ricos en hierro / N° de sesiones educativas y demostrativas programados x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta y plan de actividades.</li> <li>• Lista de asistencia a los sesiones educativas y demostrativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias con gestantes demuestran conocimientos suficientes sobre alimentos ricos en hierro</li> </ul>
	1b. Talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales	02 talleres de sensibilización para promover importancia de controles prenatales	N° de talleres de sensibilización sobre medidas preventivas para evitar la anemia realizados / N° de talleres educativos programados x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistencia a los talleres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestantes conoce y aplica lo aprendido y realiza sus controles prenatales de acuerdo a lo programado.</li> </ul>
	2b. Visitas domiciliarias para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes	08 visitas domiciliarias realizadas para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso de gestantes	N° de visitas domiciliarias para verificar adherencia al tratamiento de sulfato ferroso / N° de visitas domiciliarias programadas x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Registro de atenciones extramurales</li> <li>• His- Oficina de estadísticas e informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con el personal capacitado para las Visitas domiciliarias y verificación de adherencia al tratamiento de sulfato ferroso</li> </ul>

	<p>3b. Visitas domiciliarias para la captación oportuna de gestantes</p>	<p>04 visitas domiciliarias realizadas para la captación oportuna de gestantes</p>	<p>Nº de visitas domiciliarias para la captación oportuna de gestantes / Nº de visitas domiciliarias programadas x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de atenciones extramurales</li> <li>• His- Oficina de estadísticas e informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con el personal capacitado para las Visitas domiciliarias y captación oportuna de gestantes</li> </ul>
<p>1c. Taller de capacitación sobre la prevención de anemia en gestantes a los actores sociales</p>		<p>02 talleres de capacitación dirigido a los actores sociales</p>	<p>Nº de talleres de capacitación dirigido a los actores sociales realizadas / Nº de talleres de capacitación programados x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de asistencia a los talleres de capacitación</li> <li>• Actas de reuniones de gestión realizadas</li> <li>• Fotos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los actores sociales conocen sobre las medidas de prevención de anemia en gestantes y apoyan al programa durante su gestión.</li> </ul>
<p>2c. Gestión para presupuesto de implementación de materiales e insumos para prevenir anemia en gestantes</p>		<p>04 reuniones de coordinación realizadas</p>	<p>Nº de reuniones de coordinación realizadas / Nº de reuniones de coordinación programadas x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos técnicos para implementación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesto de Salud Quian gestiona presupuesto de implementación de materiales e insumos para prevenir anemia en gestantes</li> </ul>

**ANEXO 6**  
**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH  
RED DE SALUD PACÍFICO SUR  
MICRORRED HUARMEY  
PUESTO DE SALUD QUIAN**



**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO** : I-2

**NOMBRE** : PUESTO DE SALUD QUIAN

**INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE:** MINSA

**DIRECCIÓN COMPLETA** : Centro Poblado Menor Quian

**DEPARTAMENTO** : Ancash

**PROVINCIA** : Huarney

**DISTRITO** : Culebras

**SERVICIOS QUE BRINDA:**

1. Medicina General
2. Obstetricia
3. Enfermería
4. Farmacia
5. Tópico

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

Sábados: de 8.00 a 2.00 pm

Domingo urgencias

**JEFE DEL CENTRO DE SALUD** : Lic. Enf. Isabel Tovar Morales

**COLEGIO PROFESIONAL** : COLEGIO DE ENFERMERA

## **SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y JURISDICCIÓN**

<b>ESTADO</b>	: Activo
<b>SITUACIÓN</b>	: Registrado
<b>CONDICIÓN</b>	: En Funcionamiento
<b>INSPECCIÓN</b>	: Inspeccionado

**UBICACIÓN GEOGRAFICA:** El centro poblado menor de Quian se encuentra ubicado en zona rural del distrito de Culebras. Pertenece a la provincia de Huarney, Región Ancash, Perú.

**EXTENSIÓN:** El centro poblado de Quian siete caseríos: Quillapampa, Cuzmo, Laguna, Huayash, Muchipampa, Quian y Janca.

### **LIMITES:**

**Por el Norte** : Casma

**Por el Sur** : Huarney

**Por el Este** : Huanchay Hz

**Por el Oeste** : Océano pacífico

**ALTITUD** : El centro poblado de Quian se encuentra a 100 metros msnm.

**FLORA Y FAUNA:** Cuenta con campos agrícolas por su amplia extensión, pastos naturales de las cordilleras a la vez goza de una variedad de aves proveniente de la zona sierra.

**COMUNICACIÓN Y VIAS DE ACCESO:** Cuenta con los siguientes medios de comunicación:

- Servicio radial: No cuenta con servicio radial propia pero si llega varias emisoras de transmisión nacional y zonas locales.
- Servicio televisivo: No cuenta con señal propia pero llega la transmisión nacional en forma nítida y clara
- Servicio de telefonía: Solo cuenta con señal de telefonía movistar
- Servicio de transporte: Cuenta con buses, actualmente la carretera hasta al centro poblado de Molino es asfaltada y el resto hasta el caserío de Quian es trocha el tiempo de distancia de Huarmey hasta Quian es de 2 horas y media

#### **ASPECTOS SOCIOCULTURALES:**

- **HISTORIA Y COSTUMBRE:** Fue creada en el año 1980. Tiene su fiesta tradicional el mes de diciembre el cual veneran al niño Jesús.
- **EDUCACIÓN:** Cuenta con centros educativos como PRONOEL, primaria, no cuenta con centro educativo de nivel secundario.
- **IDIOMA:** Predominantemente castellano, seguida del quechua en poco casos
- **RELIGIÓN:** Católica seguida de Evangélicos.

#### **CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS:**

- **VIVIENDA:** La mayoría de las casas del centro poblado son construidas de material de quincha, adobe, esteras.
- **SERVICIOS BÁSICOS:** La mayoría de la población no cuenta con agua potable intra domiciliaria.

## **INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES REPRESENTATIVAS:**

### **POLÍTICA:**

- ❖ Teniente Gobernador
- ❖ Agente Municipal

### **SALUD:**

- ❖ Puesto de Salud Quian
- ❖ Promotores de Salud

### **EDUCACIÓN:**

- ❖ PRONOEI (04)
- ❖ Colegios primarios (04)

### **RELIGIÓN:**

- ❖ Iglesias evangélicas (03)

### **ACTORES SOCIALES:**

- ❖ Teniente Gobernador

**CLUBES DE MADRES:** cuenta con 04 vasos de leches, distribuidos en sus distintos caseríos.

**COMEDORES POPULARES:** No cuenta con comedores populares

**MERCADOS:** No cuenta con mercados

## **RESEÑA HISTÓRICA**

Su historia se inicia por los años 1980, en la que se instaló en el centro poblado de Quian un puesto de salud sanitario en el cual laboraba solo un personal de salud de profesión técnico de enfermería, lugar donde funcionaba a la vez el local comunal, fue el 11 de julio del año 2002 cuando la población del caserío de Quian tuvieron una asamblea para tratar la donación del terreno que ese entonces era propiedad de tres familias, cada una de ellas de forma voluntaria donaron a la comunidad el terreno de 640 metros cuadrados para la construcción del puesto de salud de Quian.

Fue que en los siguientes años posteriores se inició la construcción del terreno donado al Ministerio de Salud en convenio con la municipalidad provincial de Huarmey, esa construcción se encuentra hasta la actualidad en funcionamiento en donde se viene realizando las atenciones de salud hacia la población de Quian y sus caseríos.