

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Trabajo Académico

**Plan de acción para fortalecer el diagnóstico,
tratamiento, control y seguimiento en gestantes con
anemia en un Centro de Salud de Ica - 2025**

Octavio Salazar Arandia
Octavio Alexander Salazar Hernandez

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Salud Pública

Lima, 2026

Repositorio Institucional Continental

Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD
DEL TRABAJO ACADÉMICO**

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
: Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Hernán Hugo Matta Solis**
: Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 16 de septiembre del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado “**PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO EN GESTANTES CON ANEMIA EN UN CENTRO DE SALUD DE ICA – 2025**”, perteneciente al Lic. Salazar Arandia Octavio y Lic. Salazar Hernandez Octavio Alexander de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **5%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía Sí NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo nº de palabras excluidas: < 40) Sí NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí NO

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Hernán Hugo Matta Solis
DNI: 10689893

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, SALAZAR ARANDIA OCTAVIO, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 21566480, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO EN GESTANTES CON ANEMIA EN UN CENTRO DE SALUD DE ICA - 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 17 de Octubre de 2025.



SALAZAR ARANDIA OCTAVIO
DNI. N° 21566480



Huella

Arequipa

Av. Los Hornos S/N,
Instituto de Postgrado y Kinesio
(054) 412 0500

Calle Alvarado Urquiza 817, Yanahuana
(054) 412 0500

Huancayo

Av. San Carlos 1030
(054) 411 4111

Cusco

Urb. Manuel Pardo, Inter B. N. 7/A, El Alamo
(054) 481 1171

Sector Arqueólogo KM. 01,
Carretera San Jerónimo - Sullta
(054) 481 1171

Lima

Av. Alvarado Mendiolaza 4213, Los Olivos
(01) 283 2700

C. Juan 155, Miraflores
(01) 283 2700

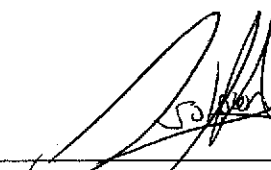
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, SALAZAR HERNANDEZ OCTAVIO ALEXANDER, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 72705574, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y SEGUIMIENTO EN GESTANTES CON ANEMIA EN UN CENTRO DE SALUD DE ICA - 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 17 de Octubre de 2025.



SALAZAR HERNANDEZ OCTAVIO ALEXANDER
DNI. N° 72705574



Huella

Arequipa
Av. José Luis Sotelo 848
Instituto de Postgrado y Acreditación
(054) 4121131

1218-Altavista, Depto. de IZ, Yanahuara
(054) 4121131

Huancayo
Av. San Carlos 3000
(054) 481479

Cusco
Dir. María Elfrida Latorre N. Z. Av. Chacabamba
(054) 4391170

Sector Anapetura KM 10
Carretera San Jerónimo - Saylla
(054) 4561070

Lima
Av. Antenor Mendoza 1200, Los Olivos
(51) 2832161

C. Juan C. A. Miranda
(01) 2792461

Trabajo académico final Octavio SH-Octavio SA

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.continental.edu.pe	Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Continental	Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.upla.edu.pe	Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uoosevelt.edu.pe	Fuente de Internet	1%
5	ciencialatina.org	Fuente de Internet	<1%
6	www.uticvirtual.edu.py	Fuente de Internet	<1%
7	www.repositorio.autonomadeica.edu.pe	Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 40 words

Excluir bibliografía

Activo

Asesor

Dr. Hernan Hugo Matta Solis

Agradecimiento

En primer lugar, agradecer a Dios padre celestial y creador del universo por su guía en nuestro caminar, A nuestra familia, fortaleza inquebrantable, fuente de motivación y comprensión acompañado por su amor incondicional que sirven de motor para crecer día a día.

ALEXANDER

A mis hijos, por su comprensión y haberles privado parte del tiempo y no estar junto a ellos y dedicarles atención. Recordarles que todo esfuerzo y sacrificio tiene su recompensa.

OCTAVIO

Índice

Asesor	ii
Índice	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
1.1.1. Entorno general	10
1.2.1. Definición del problema principal	14
1.2.2. Causas del problema	14
1.2.3. Evidencias del problema	16
1.2. Formulación del problema	17
1.3.1. Problema general	17
1.3.2. Problemas específicos	17
1.4. Determinación de Objetivos	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos específicos	18
1.5. Justificación e importancia del problema identificado	18
Capítulo II: Marco teórico	20
2.1. Antecedentes del Problema	20
2.2. Fundamentación teórica	24
Capítulo III: Diagnóstico del problema	28
3.1. Propósito del diagnóstico	28
3.2. Metodología	28
3.2.1. Tipo de diagnóstico	29
3.2.2. Actores involucrados	29
3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	31
3.3. Brechas identificadas	32
3.4. Conclusiones del diagnóstico	33
Capítulo IV: Plan de acción	35
4.1. Objetivo del plan de acción	35
4.2. Actividades Específicas	35

1.3. Cronograma	37
1.4. Riesgos y Medidas de Mitigación	38
1.5. Resultados Esperados	39
1.6. Monitoreo y Seguimiento	40
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Referencias Bibliográficas	45
Anexos	52

Índice de Tablas

Tabla 1. Actores Involucrados	36
Tabla 2. Técnicas e Instrumentos	37
Tabla 3. Técnicas de Análisis e Indicadores	38
Tabla 4. Actividades Específicas	42
Tabla 5. Cronograma de Actividades	43
Tabla 6. Riesgos y Medidas de Mitigación	45

Resumen

El presente plan tiene como objetivo abordar de manera integral la anemia en gestantes, una condición frecuente que afecta la salud materna y fetal, sobre todo en contextos con limitaciones de información, recursos y servicios sanitarios. Se han diseñado actividades dirigidas a analizar, intervenir y evaluar el grado de cognición de las embarazadas y la participación del personal sanitario, articulando esfuerzos en diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento.

Se plantea la aplicación de instrumentos validados para determinar el nivel de cognición de las gestantes respecto a la anemia y sus efectos en la gestación. Esta información permitirá identificar brechas y orientar intervenciones educativas. Se incluye la observación de factores sociales, profesionales y del sistema de salud que dificultan la detección y tratamiento, reconociendo que el problema trasciende lo individual.

Un eje central del plan es la evaluación de la participación del personal de salud, cuyo compromiso es determinante para la sostenibilidad de las estrategias. Para fortalecerlo, se implementarán programas de capacitación técnica y sensibilización, junto a un sistema de monitoreo y seguimiento que registre la evolución de las gestantes con anemia, asegurando la continuidad de las acciones.

El cronograma inicia con el diagnóstico, continúa con la observación de factores, evaluación del personal y capacitaciones, mientras el monitoreo es de forma permanente. Se contemplan riesgos como baja participación de gestantes o limitaciones en recursos, incorporando medidas de mitigación.

El plan integra acciones educativas y asistenciales, promoviendo mayor conocimiento, compromiso sanitario y seguimiento constante para garantizar la efectividad de las intervenciones.

Palabras clave: Implementación de Plan de Salud, Embarazo, Anemia, Anemia ferropénica (fuente: DeCS)

Abstract

The purpose of this plan is to comprehensively address anemia in pregnant women, a common condition that affects maternal and fetal health, particularly in contexts with limited access to information, resources, and health services. To this end, activities have been designed to analyze, intervene, and evaluate the level of knowledge of pregnant women and the participation of health personnel, coordinating efforts in diagnosis, treatment, control, and follow-up.

The plan proposes the use of validated instruments to assess the level of cognition of pregnant women regarding anemia and its effects during pregnancy. This information will make it possible to identify gaps and guide educational interventions. In addition, it includes the observation of social, professional, and health system factors that hinder detection and treatment, recognizing that the problem goes beyond the individual.

A central component of the plan is the evaluation of health personnel participation, whose commitment is essential for the sustainability of strategies. To strengthen this, technical training and awareness programs will be implemented, together with a monitoring and follow-up system to track the progress of pregnant women with anemia, ensuring continuity of actions.

The schedule begins with diagnosis, followed by observation of factors, staff evaluation, and training, while monitoring is carried out permanently. Potential risks, such as low participation of pregnant women or limited resources, are also considered, along with mitigation measures.

In conclusion, the plan integrates educational and care actions, promoting greater knowledge, health personnel commitment, and continuous follow-up to ensure the effectiveness of interventions.

Keywords: Health Plan Implementation, Pregnancy, Anemia, Iron-Deficiency
(Source: DeCS)

Introducción

La anemia hace referencia a los niveles disminuidos de hemoglobina en el torrente sanguíneo que sucede en todos los estadios de la vida. Singularmente está incrementada en mujeres gestantes, y se precisa como anemia fisiológica gestacional, ya que la capacidad sanguínea total aumenta 1.5 litros en el embarazo. La capacidad plasmática se incrementa más en comparación con la masa eritrocitaria, lo que conlleva a hemodiluirse disminuyendo los valores de hemoglobina, concluyendo que la anemia está presente durante la gestación cuando la hemoglobina es inferior a 11g/dl.

El presente trabajo tiene como objetivo promover el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en embarazadas anémicas en un centro de salud de Ica, a través de la ejecución de un plan de acción para promover el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en embarazadas anémicas. A lo largo de la investigación, se analiza la importancia del manejo completo de la embarazada con anemia, el rol fundamental que desempeñan el personal sanitario y las gestantes en esta patología, y la precisión de tener métodos evaluadores y de seguimiento continuos que permitan ajustar el actuar conforme avanza su aplicación.

Este proyecto está conformado por cuatro secciones. El primer capítulo donde se identifica el problema, surgiendo de la observación del contexto general hasta llegar al problema específico abordado. La segunda sección donde se muestra el marco conceptual, visualizando los precedentes y las teorías que refuerzan las estrategias precisadas. La tercera sección expone el dictamen encontrado en los centros de salud, identificando las brechas de abordaje. El capítulo final señala el plan de acción, explicando las acciones concretas, los elementos a necesitar, los marcadores de consecución y el cronograma de trabajo.

En el entorno de la salud pública, el personal sanitario cumple un papel determinante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la educación prenatal a la población que lo requiera.

Capítulo I: Identificación del problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

La anemia representa una complicación de salud muy recurrente durante el embarazo, asimismo el riesgo de desarrollarla aumenta con las semanas de gestación debido al aumento de los requerimientos nutricionales para satisfacer el desarrollo del recién nacido (Morales, 2022).

Según organizaciones internacionales, las embarazadas en los tres primeros meses y en los tres últimos, se confirma anemia cuando la hemoglobina es inferior a 11g/dl y en el segundo trimestre cuando su valor está por debajo a 10.5g/dl (OMS, 2023).

La anemia representa un riesgo global para las damas en edad fértil, o mujeres de 15 a 49 años, tanto en naciones desarrolladas como en países en expansión. Los niveles de anemia en edad fértil son cuatro veces mayores en las naciones en desarrollo, múltiples estudios y encuestas formulados por la OMS y UNICEF, La alta carga mundial de anemia en las naciones de escasos y medianos ingresos que continúa subrayando la necesidad de enfoques inusuales e intervenciones dirigidas a cada individuo (Alem et al, 2023).

La deficiencia de hierro dietético a nivel global se considera como el principal contribuyente a la anemia, pero la creciente evidencia acumulada de la base de datos de literatura en curso de los autores junto con la investigación de literatura reciente sugiere que tiene una etiología multifactorial, parte de la cual no está relacionada con la nutrición, se observó que la ingesta dietética de hierro biodisponible sigue siendo un factor importante para reducir la anemia, y se analizó brevemente el papel del mijo como fuente mejorada de hierro en comparación con los cereales básicos tradicionales (Givens et al, 2024).

La tasa de anemia durante las primeras etapas del embarazo en un estudio en China fue del 16.3%, estos datos mostraron una relación positiva entre la tasa de parto pretérmino, peso bajo al nacimiento y pequeño para su edad gestacional y la gravedad de la madre con anemia (Zhou et al, 2024).

La tasa mundial de anemia durante la gestación es de 43% y, en Latinoamérica y el Caribe, 37% de embarazadas entre 15 a 49 años. La población nacional de mujeres en edad fértil anémicas, conforme la encuesta demográfica y de salud familiar, ha aumentado en el último quinquenio llegando cerca del 28%, asimismo para la máxima autoridad de salud nacional estimó el 29% de anemia gestacional, y en EsSalud cerca del 30%, no existen registros publicados recientemente para entidades privadas, pero se estima valores similares (Encuesta demográfica y de salud familiar, 2023).

Según los informes de autoridades nutricionales en 2022, la prevalencia de anemia gestacional se estima en 20%, encontrándose incrementada en las embarazadas de la parte sierra del país (Sistema de Información del Estado Nutricional, 2022).

En Lambayeque de 209 gestantes tuvieron anemia un 31.6%, la anemia leve fue 17.2%, anemia moderada el 13.4% y la forma grave un 1%, encontrándose que los años con incrementada presencia eran de 20 a 34 con un 66.7%; las embarazadas con elevado peso 48.5%, con secundaria completa un 56.1% y damas que convivían con un 77.3% (Baldera, 2021).

Las vitaminas son esenciales para diversas funciones celulares y cumplen un rol relevante en mantener los niveles de hemoglobina durante el embarazo, abarcando la producción de glóbulos rojos y procesos que influyen en la condición del hierro. La anemia del embarazo por falta de hierro, que es la afección más común en el ámbito obstétrico y muy frecuente en naciones en desarrollo, está vinculada a complicaciones significativas como los trastornos de hipertensión en el embarazo y la diabetes gestacional. A pesar de que se sabe que la falta de vitaminas afecta el metabolismo del hierro y la producción de glóbulos rojos, todavía no se tiene un entendimiento completo sobre sus funciones específicas preventivas y el tratamiento de la enfermedad durante la gestación. Es importante entender de qué manera la falta de vitaminas afecta la expresión génica y la señalización celular. Con el incremento de la tasa de anemia del embarazo por deficiencia de hierro, es vital asegurar una adecuada ingesta de vitaminas durante la gestación para mejorar la salud de la sangre (Yadav et al, 2025).

En Cajamarca analizando una muestra de 102 historias se demostró que 61.8% de gestantes con anemia tuvieron una edad de 18 a 29 ; 59.8% convivían; 31.4% culminó la secundaria; el 72.5% hacen labores domésticas; 62.7% eran católicas y el 84.3% de embarazadas vivían en una zona rural, respecto a las características nutricionales el 55.9% de las embarazadas mantuvo un IMC adecuado; 58.8% tuvo escaso aumento de kilogramos durante el embarazo; el 60.8% recibió inicialmente consejería dentro de los 3 a 6 meses de embarazo y un 86.3% obtuvo sulfato ferroso en el segundo trimestre del embarazo y el 55.9% recibió una cantidad inferior a 180 pastillas de sulfato ferroso mientras estaba embarazada (Vázquez, 2024).

También López (2023) determinó que el principal factor obstétrico relacionado a anemia del embarazo fue tener más de 2 partos ($p = 0.009$), las embarazadas multíparas presentan 2.5 veces mayor probabilidad de tenerla de quienes no la tienen ($OR=2.51$).

Al respecto Gutiérrez (2024) afirmó que las embarazadas tienen un riesgo de 3,7 veces de padecer anemia en el embarazo cursan con intergenésico reducido ya que el nivel Odds Ratio fue 3,7. Respecto a los múltiples partos, se confirma como indicador de peligro 3,3 veces por cada embarazada, de padecer anemia del embarazo con un valor Odds Ratio de 3,3.

En Chincha se analizaron las 60 historias y se obtuvo que respecto a la alimentación con carne rojas y vísceras un 73.3% manifiestan que prefieren no ingerirlas ya que no les apetece, respecto a las menestras el 65.0% no las incluyen en su dieta, en cuanto a la suplementación el 55.0% no la ingieren porque les causan náuseas y vómitos, respecto a la consejería nutricional el 63.7% si tuvo una charla y el 33.3% lo consume con cítricos (Pachas, 2024).

La carencia de hierro en la gestación incrementa las muertes maternas y la cantidad de partos prematuros. Motivo por el cual es relevante tener el diagnóstico de anemia gestacional para brindar el un manejo oportuno

1.1.2. Condiciones específicas

En Ica, en los primeros 6 meses del 2023 el INS a través de la DIRESA, informó un 13.5% de anemia gestacional, conformando por 724 casos de 5367 mujeres

examinadas, identificado como factores relacionados a un bajo nivel socioeconómico, segundo y tercer trimestre, gestaciones mayores a tres, no contar con suplementación con hierro e infección por anquilostomas (Sistema de información del estado nutricional, 2023).

La población iqueña es mayormente de escasos recursos económicos motivo por el cual la anemia en la gestación es común debido a que muchas de las mujeres embarazadas siguen trabajando día a día deteriorando su salud y la del producto gestacional, asimismo es prioritario fortificar las acciones entre sectores y en conjunto a las actividades preventivo promocionales se reduzca la morbilidad y mortalidad del recién nacido relacionada a la anemia gestacional (Chipana, 2023).

La falta de hierro a menudo ocurre antes de que se desarrolle la anemia ferropénica, aunque es posible que se observen síntomas clínicos y funcionales, como problemas de memoria, fallos en el sistema inmunológico y cansancio, aun sin la presencia de anemia. A pesar de estar bastante extendida, siguen existiendo obstáculos para lograr una definición, diagnóstico y tratamiento precisos y efectivos de esta condición. Los progresos en los métodos de diagnóstico facilitan una identificación más temprana, mientras que las nuevas alternativas de tratamiento, que incluyen esquemas de dosificación oral actualizados y fórmulas modernas de hierro por vía intravenosa, ofrecen un mejor rendimiento y aceptación (Kolars et al, 2025).

Es importante conocer los nuevos casos de anemia en el embarazo y sus características favorecen a tomar las medidas de control y tratamiento previniendo así una serie de patologías materno fetales provenientes de esta condición; en Ica existe hacinamiento marcado por el alto número de hogares con escasos recursos que favorecen un embarazo de riesgo respecto a la anemia (Pisconte, 2023).

Se ha informado sobre las carencias de hierro que estas engloban severas consecuencias feto-placentarias y en la salud de las gestantes, se ha relacionado el déficit de hierro con disfunciones cognitivas y escaso rendimiento escolar (Pacheco, 2021).

También es prioritario indicar que la anemia gestacional es una preocupación pública de salud en los países subdesarrollados puesto que aumenta la morbimortalidad materna - fetal y neonatal (Misaico, 2021).

1.2. Identificación del problema

1.2.1. Definición del problema principal

La preocupación primordial hallada en esta investigación es la carencia de planes de acción para fortalecer el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia. Esta carencia se manifiesta en la tardía detección de anemia gestacional, dificultando la implementación de estrategias preventivas y de tratamiento que mejorarían significativamente el desarrollo integral del binomio madre- niño (Gutiérrez, 2023).

La anemia es una grave dificultad para la salud de la embarazada y la puérpera. Al no diagnosticarse adecuadamente y no corregirse puede conllevar a consecuencias severas de la salud materna (Muñoz, 2023).

En Perú, el número de embarazadas anémicas ha aumentado en los pasados 3 años, de 27.9% a 38.9%, frecuentemente en gestantes de 15 y 19 años; mientras que los menores con bajo peso al nacer son el 7%, de los mismos el 8.1% radica en zona rural. También se notifica que, de 43 mil nacimientos, veinticuatro mil mueren en el primer mes de nacimiento causado por el bajo peso al nacer (Gutierrez, 2022).

1.2.2. Causas del problema

La dificultad por la ausencia de planes de acción para fortalecer el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia tienen múltiples causas que interactúan entre sí. A continuación, se detallan los factores más significativos:

Asimismo, los factores profesionales, sociales y del sistema de salud que influyen negativamente en el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de gestantes con anemia.

Las complicaciones maternas asociadas con la anemia en el embarazo pueden incluir un riesgo incrementado de mortalidad, mayor susceptibilidad a infecciones, partos prematuros, hemorragias en el posparto y problemas cardiovasculares. Las complicaciones en el feto son igualmente alarmantes, con la posibilidad de restricción del crecimiento intrauterino, partos anticipados, mortalidad perinatal y problemas en el desarrollo neurológico a largo plazo (Asefu et al, 2025).

Existen condiciones que predisponen a la anemia como el nivel socioeconómico, la gestación no planificada, el ser soltera y la dependencia económica, que confirman lo hallado en investigaciones realizadas donde existen circunstancias que predisponen a la anemia siendo aquellas con escasos recursos económicos quienes padecen de anemia (Rodríguez, 2025).

El nivel de cognición con el que cuentan las embarazadas anémicas respecto a su patología, el tratamiento y las implicancias de su abandono, el bajo conocimiento sobre la anemia y sus complicaciones en la población de gestantes es una causa muy importante que impide implementar el plan de acción.

En una investigación llevada a cabo en Jaén, se observó una conexión significativa entre las condiciones sociodemográficas y gineco-obstétricas con el grado de comprensión respecto a la anemia. Se destacó la relevancia de aspectos como la edad, la situación marital, el lugar de residencia, el grado educativo, la profesión, la semana de embarazo, el número de gestaciones y las visitas prenatales. Se llegó a la conclusión de que un mayor entendimiento de la anemia está vinculado a un nivel educativo más alto, a tener un empleo y a realizar el control gestacional de manera adecuada. (Domínguez, 2024).

En las embarazadas tienen preferentemente un nivel mediano de cognición respecto a la anemia gestacional con un 78.1% por eso es necesaria la articulación de un grupo de acciones que garanticen una mejor atención preconcepcional con el objetivo de vigorizar, enriquecer y sensibilizar al personal sanitario y a la

embarazada sobre lo relevante de incrementar la cognición respecto a la anemia (Cabrera, 2022).

El nivel de participación del personal sanitario en las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia, el rol del personal sanitario es primordial para un diagnóstico adecuado y un manejo eficaz de estos casos, principalmente una atención diferenciada, acorde no solo a los requerimientos de salud femenina sino también a su contexto sociocultural (Cuela, 2021).

1.2.3. Evidencias del problema

La anemia es un trastorno de la serie roja principalmente detectado durante el embarazo, en la mujer ocurren distintos cambios físicos para asegurar la perfusión placentaria y preparación de los segmentos intrauterinos. El riesgo de anemia se incrementa en cuanto progresa la gestación, la carencia de hierro se traduce en un problema sanitario global que enfrentan las naciones en vías de crecimiento (OMS, 2021).

La anemia en gestantes es diagnosticada mediante la medición de hemoglobina, que se debe hacer en su control prenatal inicial, en el primer trimestre, durante la semana 24 y 28 se debe realizar un seguimiento realizándose la toma de un hemograma determinando los niveles de hierro en la embarazada. (Cruz, 2024)

El siguiente testimonio de una mujer embarazada de un centro de salud de Ica: “Cuando estaba gestando, no conocía qué era la anemia. Acudía a mis controles, pero no comprendía por qué me daban pastillas de hierro. A veces sentía cansancio, sin ganas de hacer nada, y pensaba que era normal por el embarazo. No le di importancia, no tomaba las pastillas. Nadie me explicó bien para qué servían”. Esclarecen cómo la falta de información puede llevar a que una gestante no se cuide adecuadamente, ni ser consciente de los riesgos. La educación sobre la anemia puede marcar la diferencia entre un embarazo saludable y uno con complicaciones.

Se obtuvo también un testimonio de una obstetra de un centro de salud de Ica: “Recuerdo a una gestante que acudía a sus controles, parecía normal, tomaba sus

pastillas de hierro... o eso se pensaba. Nunca refirió molestias, y como profesionales de salud tampoco tuvimos el tiempo adecuado para explicar bien qué era la anemia, por qué era tan peligrosa y el cómo podía afectarla a ella y a su bebé.” con esto encontramos que el personal de salud puede reconocer que, por falta de tiempo o recursos, no siempre se otorga una educación clara y efectiva, el conocimiento siempre debe ir acompañado de empatía y comunicación, sobre todo con las embarazadas que la mayoría de veces no conocen términos técnicos y finalmente la prevención de la anemia no es solo entregar pastillas, sino asegurarse de que la gestante entienda, crea y se comprometa con su cuidado.

1.2. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cómo promover el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia en un centro de salud de Ica- 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Qué factores profesionales, sociales y del sistema de salud influyen negativamente en el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de gestantes con anemia?
- ¿Qué nivel de conocimiento tienen las gestantes con anemia sobre su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias de su abandono?
- ¿Cuál es el nivel de participación del personal de salud en las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia?
- ¿Qué características debe tener un sistema de monitoreo adecuado que permita dar seguimiento a las gestantes con anemia y evaluar la eficacia de las intervenciones?

1.4. Determinación de Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Diseñar un plan de acción para promover el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia en un centro de salud de Ica- 2025

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores profesionales, sociales y del sistema de salud que influyen negativamente en el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de gestantes con anemia.
- Evaluar el nivel de conocimiento tienen las gestantes con anemia sobre su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias de su abandono
- Conocer el nivel de participación del personal de salud en las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia.
- Establecer un sistema de monitoreo adecuado que permita dar seguimiento a las gestantes con anemia y evaluar la eficacia de las intervenciones

1.5. Justificación e importancia del problema identificado

La razón por lo cual se está realizando es debido a que en los últimos años han aparecido gestantes con anemia en la localidad.

La anemia gestacional forma parte de las preocupaciones relevantes de salud pública a nivel de la nación y se estima que cerca del 30% de todas las gestantes en nuestro país tienen anemia, estas cifras que incluso superan el 40% en las regiones del sur del país, como la de 38% en Ica, las embarazadas con anemia, si bien no presentan síntomas en los casos leves, si se podrán tener en los casos moderados y graves con debilidad, cansancio, lasitud, indigestión y falta del apetito.

Los gestantes presentaran edema por hipoproteinemia. Se puede auscultar un soplo sistólico leve en la región mitral causado por la circulación incrementada. Las embarazadas anémicas podrán tener complicaciones lo que incrementa los costos en los servicios sanitarios al requerirse más recursos materiales como humanos, en consecuencia lleva al aumento del uso de medicamentos, el tiempo de estancia hospitalaria .Los casos de anemia en embarazadas pueden ocasionar un incremento de la morbimortalidad perinatal, se encontró una marcada prevalencia de bajo peso al nacimiento, así como complicaciones del parto tales como distocias, desgarros uterinos, enfermedad hipertensiva del embarazo y amenazas de aborto.

A nivel nacional, en Lima se presenta alto índice de embarazadas anémicas con 23.1%, en segundo lugar, la selva con 22.9%, finalmente la serranía y parte costera con 18.9%. En la Diris Lima sur se evaluó 8,235 embarazadas durante los primeros seis meses del 2021, de las cuales 1,486 tenían anemia, conformando el 18% del total de embarazos. Organizar el recurso humano está acaparando mayor atención a nivel global porque se presenta en las actividades cotidianas. Existe por lo mismo una presión alta por convertir y favorecer servicios sanitarios de mayor calidad y eficiencia, el profesional debe entablar comunicación asertiva con las gestantes. Los servicios de salud dirigidos a mujeres son sectores que deben proteger la confianza que ellas depositan en nosotros, para que se sientan cómodas con su atención. Ofrecer calidad de servicio que muestra un desafío para los profesionales sanitarios actualmente.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del Problema

Alem (2023) en su artículo “Prevalencia y factores asociados con la anemia en mujeres en edad reproductiva en países de ingresos bajos y medios según datos nacionales” menciona que la anemia es un riesgo global entre las féminas en edad fértil, o mujeres de 15 a 49 años, tanto en países desarrollados como en los en vía de crecimiento. La tasa de enfermedad en edad fértil es mucho mayor en países en crecimiento, según múltiples estudios y encuestas realizados por la OMS y UNICEF. Sin embargo, hay investigaciones limitadas que formularon análisis agrupados de la tasa de enfermedad en naciones de escasos recursos. El propósito de este estudio fue analizar la frecuencia y los elementos relacionados con la anemia en féminas en edad fértil en naciones de bajos y medianos ingresos. Para realizar dicho estudio, se recurrió a información secundaria proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud en 46 países con economías emergentes entre 2010 y 2021. Se llevaron a cabo análisis descriptivos sobre las proporciones en mujeres gestantes y no embarazadas. Se aplicó un modelo de regresión logística binaria de varios niveles para examinar los elementos vinculados a la anemia en este grupo de mujeres. En total, se incluyeron a 881,148 mujeres de edad reproductiva en estos países. La investigación reveló una significativa prevalencia de anemia, que alcanzó el 45.2% con un intervalo de confianza del 95% entre 41.21 y 49.16. en mujeres embarazadas y del 39.5% en mujeres no embarazadas. El nivel educativo, el nivel económico, el tamaño familiar, la exposición a los medios de comunicación y la residencia fueron factores comunes significativamente relacionados con la enfermedad, tanto en gestantes como en no embarazadas. La alta carga mundial de anemia en naciones de escasos y medianos ingresos continúa subrayando la necesidad de enfoques inusuales e intervenciones dirigidas a cada individuo. El compromiso y el movimiento globales para disminuir los casos de anemia deben revisarse y rediseñarse para las circunstancias actuales.

También Barut (2023) en su estudio “Asociación de la anemia materna con resultados adversos maternos y fetales en mujeres somalíes” donde se incluyó prospectivamente a mujeres gestantes que dieron a luz entre mayo y diciembre del 2022 en el Hospital formativo de Investigación Recep Tayyip Erdoğan de

Mogadiscio, Somalia y Turquía. Se midieron los niveles de hemoglobina en sangre de cada participante al momento del intraparto. Se investigaron las asociaciones entre la anemia materna y los hallazgos materno fetales. Dicho estudio incluyó a 1186 mujeres embarazadas consecutivas (edad media 26,9 años, rango 16-47). Los casos nuevos de enfermedad de la madre al momento del parto fueron del 64.8%, con 33.8%, 59.8% y 6.4% de mujeres de manera leve, moderada y grave, gradualmente. La anemia en el intraparto se relaciona con una incrementada aplicación de oxitocina para la inducción del parto (OR, 2,25, IC del 95%, 1,34-3,78). De la misma forma la anemia moderada como la severa se relaciona con incrementado riesgo de sangrado después del parto (moderada, OR, 4,93; severo, OR, 41,30) y el requerimiento transfusional de paquetes globulares (moderada, OR, 9,66; severo, OR, 301,50). Adicionando, la patología severa se relacionó con incrementado padecimiento de parto pretérmino (OR, 2,50, IC del 95%, 1,35-4,63), bajo peso al nacimiento (OR, 3,45, IC del 95%, 1,87-6,35), muerte intrauterina (OR, 4,02, IC del 95%, 1,79-8,98), desprendimiento de placenta (OR, 58,04, IC del 95%, 6,83-493,27) e ingreso de la madre en la UCI (OR, 8,33, IC del 95%, 3,53-19,63). Los resultados definen que la anemia durante el embarazo está relacionado con resultados adversos maternos y fetales, y que la anemia moderada o grave conlleva marcado peligro de complicaciones del parto, y que el tratar la forma grave en embarazadas debería recibir especial consideración en nuestros esfuerzos por prevenir los partos pretérminos, bajo peso al nacimiento y los mortinatos.

También Baldera (2021) En su investigación titulada “Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque – 2021”, donde se analizaron 209 embarazadas del servicio de obstetricia de un Hospital de Lambayeque, determinó que los niveles de anemia en las embarazadas examinadas concluyeron un 31.6% siendo esta leve con el 17.2%, moderada con 13.4% y la forma grave con un 1%. El grupo poblacional con más alta casuística de anemia fue de 20 a 34 años con un 66.7%, las embarazadas con sobrepeso (48.5%), con grado de estudio secundario con el 56.1%, damas que vivían en pareja (77.3%) y amas de casa en bajo número, las mujeres embarazadas que medían alrededor de 1.40 m fueron un 6. 1%. En cuanto a las características obstétricas, se observó que el 40. 9% eran madres primerizas. Entre las

embarazadas con anemia, el 51. 5% sufrieron complicaciones, siendo las más frecuentes las infecciones y hemorragias, con porcentajes de 25. 8% y 13. 6%, respectivamente.

López (2021) llevó a cabo un estudio titulado “Factores relacionados con la anemia durante el embarazo en un hospital de Paita”, el cual no siguió un diseño experimental, sino que fue descriptivo y correlacional, analizando 102 historias médicas. Los resultados indicaron que el 61. 8% de las féminas embarazadas tenían entre 18 y 29 años; el 59.8% vivían en unión libre; el 31.4% había completado la secundaria; el 72.5% eran amas de casa; el 62.7% se identificaron como católicas y el 84.3% eran de áreas rurales. En lo que respecta a las características nutricionales, el 55.9% de las embarazadas presentaron un índice de masa corporal adecuado; el 58.8% experimentó un aumento de peso insuficiente durante el embarazo; el 60.8% recibió orientación inicial durante el segundo trimestre; el 86.3% comenzó a tomar sulfato ferroso en el segundo trimestre y el 55.9% recibió menos de 180 tabletas de este sulfato durante el embarazo. En relación a las características del embarazo, el 42.2% eran nulíparas; el 23.5% tuvo un intervalo entre gestaciones prolongado y el 16.7% corto; el 45.1% iniciaron sus controles prenatales en la segunda mitad del embarazo; el 84.3% tuvieron más de 6 controles y el 48% fueron diagnosticadas con anemia en los últimos tres meses de la gestación.

Maldonado (2021), en su investigación titulada “Prevalencia y factores socioculturales asociados a la anemia en gestantes del Centro de Salud de Parcona de junio a noviembre de 2020”, realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, y determinó que la tasa de embarazo con anemia en este centro era del 34.5%. De ellas, el 14.9% tuvo anemia moderada y el 19.5% anemia leve. En cuanto a la edad, la prevalencia de anemia fue alta entre féminas de 18 a 29 años, alcanzando un 61.7%. Sobre el nivel educativo, el 63.4% no contaba con estudios superiores, mientras que el 41.7% había finalizado la secundaria y el 21.7% no la había terminado. En términos de estado civil, el 93.3% eran solteras, y por su empleo, el 91.7% realizaban labores domésticas.

Valenzuela (2023), determinó los factores relacionados a la anemia en embarazadas vistas en el Centro de Salud Pueblo Nuevo, de enero a marzo de 2021. Con un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo - correlacional, y diseño no experimental, su población eran 55 embarazadas anémicas y 45 no anémicas, las fórmulas de análisis usadas fue chi cuadrado y regresión binaria brindando como hallazgos que la edad media fue de 28.55, con alta frecuencia eran de 20 a 35 años (69,0%), el 49,0% convivían, un 65% con un grado de estudios secundario. Los factores asociados al tipo de enfermedad eran los factores sociodemográficos como el nivel de estudios, con los factores obstétricos y los aspectos nutricionales.

Astocaza (2023) realizó un estudio sobre los riesgos que contribuyen a la anemia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Regional de Ica durante el año 2022. La metodología utilizada fue un enfoque no experimental, transversal, retrospectivo, con un análisis de casos y controles, examinando a 119 mujeres embarazadas con distintos grados de anemia en comparación con otras 119 sin esta condición. El estudio reveló que el 22.7% de las participantes tenían menos de 20 años. Un 76.9% de las embarazadas tenían educación primaria o secundaria. El 18.9% de ellas reportaron antecedentes de aborto. Un 19.3% eran multíparas. Además, el 22.7% contó con menos de seis controles prenatales, y un 37.8% de las gestantes no consumió hierro en el embarazo. Los factores de riesgo vinculados a la enfermedad en el embarazo incluyen: el nivel educativo de primaria y secundaria, haber tenido abortos previos, el número de partos, tener menos de seis controles prenatales, y la falta de ingesta de hierro.

Fajardo (2022) indica que la anemia leve tiene una incidencia elevada, alcanzando el 67.8%, de la cual el 21.5% conlleva riesgo de aborto y posible parto prematuro, mientras que un 15.7% se asocia con ruptura prematura de membranas. La anemia moderada se presenta en el 28.9% de los casos, con un 11.6% en riesgo de aborto, un 9.9% en amenaza de parto prematuro, y un 5.8% experimentando ruptura prematura de membranas. Por último, la enfermedad grave representa un 3.3% del total de casos con un riesgo de aborto. Las consecuencias perinatales fueron expulsivo prolongado con 14.8%, desgarro en regiones blandas con 6.6%; las consecuencias inmediatas puerperales fueron, en anemia leve el 62.3% no

representaron consecuencias, 4.9% retención placentaria y 0.8% hemorragia después del parto; en anemia moderada, el 1.6% hemorragia postparto, un 0.8% retención placentaria, un 28.7% sin consecuencias; en anemia grave, un 1.6% tuvo retención placentaria y el resto no tuvo complicaciones.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1 Modelos y teorías relacionados al tema

Modelo de Promoción de La Salud

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, creado en 1982 y actualizado en 1996, busca explicar y predecir conductas orientadas al bienestar, promoviendo estilos de vida sanos más allá de la prevención de enfermedades. Se fundamenta en teorías del aprendizaje social y la autoeficacia, considerando que las decisiones en salud dependen de experiencias previas, creencias, apoyo social, barreras percibidas y del entorno sociocultural. Su aplicación se centra en la enfermería comunitaria y en programas educativos para la salud, permitiendo diseñar intervenciones que motivan conductas positivas como la alimentación saludable, la actividad física o el control prenatal. El modelo integra tres dimensiones principales: características y experiencias personales (factores biológicos, psicológicos y socioculturales), saberes y aspectos marcados de la conducta (percepción de beneficios, barreras, autoeficacia, influencias interpersonales y situacionales) y el resultado conductual, que se traduce en el compromiso con un plan de acción orientado a la adaptación de conductas que incrementen el bienestar y la calidad de vida (Patricia et al., 2021)

Modelo de Creencias en Salud

Dicho modelo fue propuesto en 1950 por psicólogos sociales del U.S. Public Health Service, busca explicar la adopción de conductas preventivas a partir de las percepciones individuales sobre la enfermedad y la acción preventiva. Propone que las decisiones dependen de factores como la percepción de riesgo para enfermar, la severidad de las consecuencias, los beneficios esperados de la conducta, los límites percibidos, la autoeficacia y los estímulos que motivan la acción, como campañas o síntomas iniciales. Se aplica ampliamente en programas de promoción y prevención, como vacunación, detección temprana de enfermedades, abandono

del tabaco y adherencia a tratamientos, siendo una herramienta clave para diseñar estrategias que fortalezcan la motivación hacia conductas saludables (Alyafei y Easton-Carr, 2024)

El Modelo de Atención Primaria en Salud

Este modelo fue propuesto por la OMS en 1978, en aplicación a la anemia gestacional, se centra en la prevención, detección y control oportuno de esta condición durante el embarazo, priorizando un acceso integral y continuo a los servicios sanitarios. Se basan en la equidad, la participación comunitaria y el enfoque familiar, y promueve conductas saludables mediante la educación nutricional, la suplementación con hierro y ácido fólico, el tamizaje de hemoglobina y seguimiento prenatal. Su aplicación busca reducir complicaciones maternas y perinatales, fortalecer el autocuidado y la adhesión al tratamiento, empoderar a la gestante y su entorno, e incrementar la capacidad de respuesta sanitaria en los niveles comunitario y hospitalario, contribuyendo así al bienestar del binomio madre niño (Osorio y Álvarez, 2023).

Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría creada por Dorothea Orem en 1971 se basa en que todas las personas presentan la capacidad y responsabilidad de realizar acciones de autocuidado para mantener su salud, prevenir enfermedades y afrontar situaciones de vida, pero cuando esta capacidad se ve limitada, como en el caso de una gestante con riesgo o diagnóstico de anemia, surge un “déficit de autocuidado” que requiere la intervención de enfermería. La labor de la enfermera es evaluar esas limitaciones y brindar apoyo mediante un sistema de cuidado total (cuando la gestante no puede hacerlo por sí misma), parcial (cuando necesita ayuda en algunas actividades) o de apoyo-educación (cuando puede cuidarse, pero requiere orientación). En el contexto de la anemia gestacional, esta teoría se aplica al reforzar el autocuidado en la alimentación, la toma de suplementos de hierro y ácido fólico, y asistir regularmente a controles prenatales (Self-care Deficit Nursing Theory s. f.)

Teoría del Cuidado Humano

Esta teoría formulada por Jean Watson en 1975 se centra en la dimensión humanista y transpersonal del cuidado de enfermería, considerando que cuidar va más allá de procedimientos técnicos y se orienta a formar una relación de confianza, respeto y apoyo emocional con la persona atendida. Watson plantea que el cuidado debe unir la mente, el cuerpo y el espíritu, favoreciendo el bienestar integral. En el caso de la anemia gestacional, la teoría permite que la enfermera no solo se enfoque en indicar suplementos o controles médicos, sino también en brindar acompañamiento empático, escuchar las preocupaciones de la gestante, motivar a seguir el tratamiento y fortalecer su autoestima y confianza en el proceso de embarazo, lo cual repercute en una mayor adherencia y mejores resultados en la salud materna y fetal (Bsn, 2024)

.2.2.2 Definiciones relacionadas a la anemia

Anemia: Es un estado patológico donde la cantidad de eritrocitos está mermada y, por ende, el transporte oxigenatorio sanguíneo no satisface los requerimientos fisiológicos. Las necesidades fisiológicas del cuerpo varían según los años de vida, el género, la altitud de vivienda, el consumo de tabaco y el estado de gestación. La anemia generalmente resulta de una falta de hierro, aunque también puede ser causada por otras carencias nutricionales, como el ácido fólico, la vitamina B12 y la vitamina A. Asimismo, las afecciones inflamatorias, ya sean agudas o crónicas, las infecciones parasitarias y las enfermedades genéticas o adquiridas pueden afectar los niveles de hemoglobina y el proceso de producción de glóbulos rojos. (*¿Qué es la Anemia? | NHLBI, NIH, s. f.*)

Tipos de anemia: De acuerdo con la OMS, se identifican tres grados de anemia, que son: leve, moderada y severa (grave) basándose en la cantidad de hemoglobina:

- Leve: concentraciones de Hb de 10 a 10.9 g/dl o Hto de 28%
- Moderada: concentraciones de Hb de 7 a 9.9 g/dl o Hto de 21-28%
- Severa (grave): concentraciones de Hb menor a 7 g/dl o Hto debajo de 21%.

Tratamiento: Especialmente en gestantes, se centra en corregir la carencia de hierro y mejorar los valores de hemoglobina para prevenir complicaciones maternas y fetales. Generalmente incluye la suplementación oral con hierro y ácido fólico como primera línea, acompañada de una alimentación equilibrada rica en hierro (carnes rojas, hígado, menestras, vegetales verdes) y alimentos que favorezcan su absorción como las frutas cítricas. En casos de anemia moderada a severa, o cuando existe intolerancia o falta de respuesta al tratamiento oral, se indica hierro parenteral (intravenoso) y, en situaciones graves, se recurre a transfusiones sanguíneas. Además, el control prenatal continuo es clave para monitorear la hemoglobina, asegurar la adherencia al tratamiento y educar a la gestante sobre la relevancia del autocuidado y la prevención de recaídas (Muñoz, 2024).

Capítulo III: Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

3.2. Metodología

El propósito de este diagnóstico es evaluar la realidad de las acciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, control y recuperación de la anemia en gestantes que recibieron atención en los centros sanitarios de la región Ica durante el año 2025. Este análisis busca identificar las principales debilidades, barreras y oportunidades en la atención integral de esta condición, considerando su alta prevalencia en la zona.

A través de este diagnóstico se pretende conocer el grado de preparación del personal sanitario, la aplicación efectiva de protocolos clínicos, la disponibilidad de suplementos y medicamentos, así como el seguimiento que se brinda a las gestantes con diagnóstico de anemia. Asimismo, se examinará la participación activa de las usuarias, el cumplimiento de los controles prenatales y el nivel de conocimiento sobre hábitos nutricionales preventivos.

Este estudio permitirá obtener una óptica clara y definida de la situación en Ica, identificando fallas en la formación del personal, deficiencias en identificar y monitorizar casos, limitaciones en los recursos presentes, y factores socioculturales que pueden influir en su tratamiento y recuperación de la anemia. Los hallazgos formarán una base sólida para generar un plan de intervención que fortalezca las competencias del personal sanitario y garantice una atención más eficaz y humanizada para las gestantes.

El enfoque del diagnóstico no sólo valorará los déficits contemporáneos, sino también en hallar motivos de mejora a nivel institucional, comunitario y educativo. Los resultados serán propicios para gestionar estrategias sostenibles que reduzcan la incidencia de anemia en embarazadas, mejorando así los indicadores sanitarios materno-perinatales en la región Ica.

3.2.1. Tipo de diagnóstico

El diagnóstico a llevarse a cabo será de tipo descriptivo-analítico ya que nuestro objetivo primordial es evaluar la realidad actual de las acciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, control y recuperación de la anemia en gestantes atendidas en los centros sanitarios de la región Ica durante el año 2025.

Dicho diagnóstico es oportuno porque permite obtener una imagen detallada y actual del problema, así como evaluar el estado actual de las acciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, control y recuperación de la enfermedad en las féminas embarazadas que recibieron atención en los centros sanitarios de la región Ica durante el año 2025.

Mediante un enfoque descriptivo-analítico, reconoceremos las características más relevantes del entorno de las gestantes con anemia, como el conocimiento de las féminas embarazadas y el rol del personal sanitario.

La metodología de este diagnóstico incluye recolectar datos numéricos y cualitativos, a través del empleo de encuestas y entrevistas a gestantes y profesionales de la salud. Además, se realizarán observaciones en los centros de salud de Ica para implementar el plan de acción. El análisis de los datos recolectados mostrará el estado actual y también reconocer los puntos álgidos y encontrar oportunidades de mejora relevantes para la creación de futuras intervenciones.

3.2.2. Actores involucrados

Tabla 1
Actores involucrados

Actor	Rol	Responsabilidades	Nivel de influencia	Participación esperada
Obstetras de los distintos centros de salud	Principales profesionales en contacto con las gestantes con anemia	-Detectar problemas en las gestantes - Implementar las estrategias de tratamiento de anemia gestacional - Colaborar con especialista	alto	Participar activamente en programas de seguimiento y tratamiento. - Aplicar las estrategias para reducir la anemia gestacional. - Colaborar con especialistas

Gestantes de los centros sanitarios	Pacientes con anemia gestacional	Reconocer signos y síntomas de la anemia gestacional - seguir las recomendaciones y cumplir el tratamiento de la anemia	alto	Participar en reuniones y capacitaciones para conocer sobre la anemia - Colaborar con estrategias en el hogar para el manejo de la anemia
Gerente de los centros sanitarios	Profesionales que velan por el cumplimiento de estrategias de salud establecidas	Monitorizar el plan de acción para el manejo integral de la anemia gestacional	medio	Participar activamente en la monitorización de la atención integral del binomio madre-niño - coordinar con autoridades para la implementación del plan de acción
Servicio de laboratorio	Encargados de realizar análisis clínicos y pruebas relacionadas con anemia gestacional	- Procesar muestras y entregar resultados oportunos - Apoyar en el diagnóstico y control de la anemia - Brindar información técnica al personal de salud	medio	- Participar en campañas de tamizaje - Garantizar la calidad de los resultados - Colaborar con obstetras y médicos en el seguimiento
Agentes comunales	Población de la comunidad que apoyan en la promoción de la salud y sensibilización local	- Difundir información preventiva - Motivar la participación de las gestantes - Acompañar en el cumplimiento de tratamientos	bajo	- Apoyar en actividades educativas - Promover la asistencia a controles prenatales - Ser el enlace comunal y sanitario

Fuente: Elaboración propia

3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Tabla 2

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección	Descripción	Instrumento	Población objetivo	Justificación
------------------------	-------------	-------------	--------------------	---------------

Encuesta	Técnica cuantitativa que permite obtener información estructurada a través de preguntas cerradas o escalas.	Instrumentos validados; el primero consta de 16 ítems: dividido en conceptos básicos de la anemia y medidas de prevención de la anemia. El segundo instrumento y consta de 15 preguntas: divididas en dos dimensiones; prácticas de alimentación y consumo de suplementos (ver anexo 1 y 2).	Gestantes atendidas en los centros de salud	Permite obtener datos sobre la percepción y nivel de conocimiento de las gestantes sobre la anemia gestacional
Entrevista Semiestructurada	Técnica cualitativa que permite obtener información precisa a través de preguntas abiertas y flexibles.	Guía de entrevista con preguntas abiertas y semiabiertas. (descripción) Ver anexo 3	Profesionales de los centros de salud	Permite explorar a detalle las percepciones, experiencias y opiniones sobre la implementación del plan de acción en los centros de salud.
Observación Directa	Técnica cualitativa que detalla comportamientos y prácticas en el contexto natural de los participantes.	Ficha de observación estructurada para la aplicación de estrategias. (descripción) Ver anexo 4	Establecimientos de salud	Ofrece una mirada directa de la aplicación del plan de acción

Fuente: *Elaboración propia*

3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

Tabla 3

Técnicas de análisis e indicadores

Técnica de análisis	Descripción	Indicadores	Justificación
---------------------	-------------	-------------	---------------

<p>Análisis descriptivo estadístico de datos numéricos.</p>	<p>Se aplicarán métodos estadísticos básicos para sintetizar y caracterizar la información recopilada a través de encuestas y listas de verificación, utilizando frecuencias, porcentajes, promedios y desviaciones estándar, lo que facilitará la comprensión de la distribución y las características principales de las respuestas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de conocimientos apropiados de las gestantes 	<p>Resumen oportuno del conocimiento de las gestantes para futuras intervenciones y cómo intervenir específicamente.</p>
<p>Análisis de observación organizado.</p>	<p>Se llevará a cabo una observación sistémica del conocimiento del profesional de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento del manejo, tratamiento y seguimiento del personal sanitario relacionado a la anemia gestacional 	<p>Ofrece una comprensión sobre los problemas que experimenta el personal en su trabajo diario y para el desarrollo de intervenciones más relevantes.</p>
<p>Análisis comparativo y de correlación</p>	<p>Se llevarán a cabo análisis estadísticos para identificar diferencias significativas entre diversos centros de salud, así como para obtener relaciones entre variables, tales como el conocimiento y las prácticas del profesional sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Distintos manejos y conocimiento entre diferentes centros de salud. ● Relación entre formación y prácticas adecuadas. 	<p>Permite reconocer elementos que afectan al diagnóstico y manejo oportuno de la anemia del embarazo</p>

Fuente: Elaboración propia

3.3. Brechas identificadas

Las brechas detectadas en el marco del plan de acción para fortalecer el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento en gestantes con anemia. Esta carencia se manifiesta en la tardía detección de anemia gestacional, dificultando la implementación de estrategias preventivas y de tratamiento que mejorarían significativamente el desarrollo integral del binomio madre- niño.

En primer lugar, se destaca una distante diferencia entre el nivel actual de conocimientos y las prácticas del personal sanitario sobre el manejo y tratamiento adecuado para la anemia de la gestación

Respecto a la formación y concientización del personal sanitario, se observa que las iniciativas preventivas no llegan a todos los niveles del personal sanitario o no se realizan de manera regular, lo que restringe la actualización de conocimientos y la implementación de medidas oportunas para el tratamiento y seguimiento de la anemia del embarazo

Es oportuno que la atención se dirija primero a fortalecer el conocimiento del profesional sanitario e implementar medidas para las mujeres embarazadas, disminuir las brechas vinculadas con la formación del profesional ya que su efecto directo en el manejo adecuado de la anemia del embarazo. Invertir en el reforzamiento de estos elementos conlleva a la ejecución de estrategias concretas y sostenibles, lo que ayudará a la efectivización de las metas del plan dentro del tiempo previsto.

3.4. Conclusiones del diagnóstico

El análisis del conocimiento de las gestantes sobre la anemia permite identificar las brechas de información y percepción que limitan la prevención y tratamiento oportuno. Esto constituye la base para planificar intervenciones educativas y asistenciales más efectivas.

La observación de los factores sociales, profesionales y del sistema de salud evidencia que la anemia no solo depende de la gestante, sino también de condiciones estructurales que influyen directamente en el diagnóstico y control.

Evaluar la participación del personal sanitario garantiza la sostenibilidad del programa. Su grado de involucramiento refleja el compromiso institucional y la capacidad de respuesta frente a la problemática de la anemia en la gestación.

El seguimiento permanente de las gestantes con anemia asegura la trazabilidad de las intervenciones y permite medir con precisión la eficacia de las estrategias implementadas entre septiembre y diciembre de 2025.

Los programas de formación del personal de salud no solo elevan los conocimientos técnicos, sino que además sensibilizan y comprometen al equipo asistencial en el abordaje integral de la anemia en gestantes.

El cronograma establecido de septiembre a diciembre 2025 es realista y progresivo: inicia con diagnóstico (setiembre), avanza con observación y evaluación del personal (octubre–noviembre), y culmina con capacitaciones y evaluación final (diciembre), mientras el monitoreo se mantiene de forma continua.

La alineación entre actividades, tiempos de ejecución, responsables e indicadores de éxito asegura una evaluación objetiva del impacto, garantizando que cada acción tenga un propósito claro y medible.

Capítulo IV: Plan de acción

4.1. Objetivo del plan de acción

La meta es elaborar una estrategia para impulsar la detección, el tratamiento, el monitoreo y el seguimiento de mujeres embarazadas que padecen de anemia en un establecimiento de salud en Ica. Este plan también abarca un estudio sobre qué comprenden y cómo perciben las féminas gestantes la anemia durante la gestación, así como profundizar en sus visiones, vivencias y opiniones acerca de la aplicación de esta estrategia en los centros de salud.

4.2. Actividades Específicas

Análisis de conocimiento de las gestantes sobre la anemia

Mediante instrumentos validados sobre la percepción y conocimientos de la anemia del embarazo

Observación de factores de influencia

Observar los factores profesionales, sociales y del sistema de salud que influyen negativamente en el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de gestantes con anemia.

Evaluar el nivel de participación del personal de salud

Evaluar la participación del personal sanitario en las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la anemia del embarazo

Monitorizar el seguimiento de las gestantes y comprobar la eficacia de las intervenciones

Contar con un sistema de monitoreo adecuado que permita dar seguimiento a las gestantes con anemia y evaluar la eficacia de las intervenciones

Programas de capacitación

Son acciones para elevar el conocimiento del personal sanitario sobre la anemia del embarazo y su abordaje lo mismo que permitirá la comprensión del problema y su sensibilización respecto al mismo.

Tabla 4

Actividades Específicas

Acción / Eje	Descripción detallada	Responsables	Tiempos de ejecución	Indicadores de éxito
Análisis de conocimiento de las gestantes sobre la anemia	Aplicación de instrumentos validados (encuestas, cuestionarios) para medir percepción y conocimiento sobre la anemia en el embarazo.	Equipo de salud (obstetras, médicos, psicólogos)	Setiembre-noviembre 2025	% de gestantes con adecuado nivel de conocimiento identificado.
Observación de factores de influencia	Identificar factores profesionales, sociales y del sistema de salud que limitan el diagnóstico, tratamiento y control de la anemia.	Personal investigador y coordinadores de salud	Setiembre-diciembre 2025	Registro de factores de influencia identificados y priorizados.
Evaluar la participación del personal de salud	Medir el grado de involucramiento del personal en diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la anemia.	Dirección del centro de salud, jefes de área	Octubre-diciembre 2025	% de personal capacitado e involucrado en las actividades.

Monitoreo y seguimiento de gestantes con anemia	Implementar un sistema de monitoreo que registre seguimiento, tratamiento y resultados en gestantes con anemia.	Personal asistencial, área de informática en salud	Setiembre-diciembre 2025	% de gestantes con anemia monitoreadas y evolución positiva.
Programas de capacitación	Realizar capacitaciones al personal de salud sobre diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la anemia en el embarazo.	Dirección de salud, especialistas en nutrición y obstetricia	Setiembre-diciembre 2025	Número de capacitaciones realizadas, % de personal sensibilizado y con conocimientos reforzados.

Fuente: Elaboración propia

1.3. Cronograma

Tabla 5
Cronograma de Actividades

Actividad	Duración	Meses de ejecución	Hitos importantes
Análisis de conocimiento de las gestantes sobre la anemia	1 mes	Septiembre 2025	Aplicación de encuestas y cuestionarios a gestantes.
Observación de factores de influencia	2 meses	Septiembre - octubre 2025	Identificación de factores sociales, profesionales y del sistema de salud.

Evaluar la participación del personal de salud	2 meses	Octubre - noviembre 2025	- Informe sobre nivel de participación e involucramiento del personal.
Monitoreo y seguimiento de gestantes con anemia	4 meses (continuo)	Setiembre - diciembre 2025	Registro en sistema de monitoreo y reporte mensual de avances.
Programas de capacitación	3 meses	Octubre - diciembre 2025	1° taller (octubre), 2° taller (noviembre), cierre y evaluación (diciembre).

Fuente: Elaboración propia

1.4. Riesgos y Medidas de Mitigación

Tabla 6
Riesgos y Medidas de Mitigación

Riesgo	Impacto potencial	Probabilidad	Medidas de mitigación
Baja participación de las gestantes en las encuestas	Información insuficiente para identificar nivel de conocimiento.	Media	Realizar campañas de sensibilización, coordinar con promotoras de salud y ofrecer horarios flexibles para la aplicación de encuestas.
Limitada disposición del personal de salud a participar	Menor compromiso en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la anemia.	Alta	Motivar con reconocimientos, incluir capacitaciones dentro del horario laboral y difundir la importancia del programa.
Deficiencia en el sistema de monitoreo	Pérdida de información sobre seguimiento y evolución de las gestantes.	Media	Implementar formatos simples en papel como respaldo, formar al personal en el uso del sistema y asegurar soporte técnico.
Retrasos en la ejecución del cronograma	Acumulación de actividades y pérdida de calidad en la implementación.	Media	Establecer cronogramas realistas, monitorear avances semanalmente y reasignar

			responsabilidades en caso de retrasos.
Escasa asistencia a los programas de capacitación	Menor impacto en el fortalecimiento de capacidades del personal de salud.	Alta	Coordinar fechas convenientes, usar modalidad híbrida (presencial/virtual) y entregar constancias de participación.
Factores externos (huelgas, desabastecimiento de insumos, emergencias sanitarias)	Interrupción de actividades de diagnóstico, tratamiento o capacitación.	Baja	Contar con un plan de contingencia, coordinar con autoridades locales y priorizar actividades críticas que puedan continuar en contextos adversos.

Fuente: Elaboración propia

1.5. Resultados Esperados

Al aplicar instrumentos validados, se espera que las gestantes reconozcan la relevancia de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la anemia en el embarazo.

Se contará con un registro claro de los factores profesionales, sociales y del sistema de salud que afectan negativamente el abordaje de la anemia, lo que permitirá diseñar estrategias de intervención más precisas. Se espera un incremento en la participación activa de médicos, obstetras, enfermeras y otros profesionales en las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento.

Se logrará establecer un mecanismo de seguimiento continuo que permita evaluar la evolución de las gestantes con anemia y la eficacia de las intervenciones aplicadas.

Los talleres programados entre octubre y diciembre fortalecerán los conocimientos técnicos y la sensibilización del personal frente a la problemática, lo que redundará en una mejor calidad de atención.

Todas las actividades estarán articuladas en el periodo de septiembre a diciembre 2025, con avances progresivos y metas alcanzables en cada fase.

1.6. Monitoreo y Seguimiento

Tabla 7
Monitoreo y Seguimiento

Actividad	Indicador de seguimiento	Frecuencia de monitoreo	Responsable	Medio de verificación
Análisis de conocimiento de las gestantes	% de gestantes encuestadas con nivel adecuado de conocimiento	Mensual	Obstetras, psicólogos	Resultados de encuestas / cuestionarios
Observación de factores de influencia	Número de factores sociales, profesionales y del sistema de salud identificados	Bimensual	Equipo investigador	Informe de factores registrados
Evaluación de la participación del personal de salud	% de personal involucrado en diagnóstico, tratamiento y control	Mensual	Dirección del centro de salud	Listas de asistencia, reportes de actividades
Monitoreo y seguimiento de gestantes con anemia	% de gestantes en control con evolución positiva	Mensual	Personal asistencial	Historias clínicas, sistema de monitoreo
Programas de capacitación	Número de talleres realizados y % de personal capacitado	Trimestral	Dirección de salud, capacitadores	Registros de talleres, constancias de participación

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Conclusión 1: El nivel de cognición de las embarazadas acerca de la anemia es limitado: muchas mujeres embarazadas desconocen qué es la anemia, cuáles son sus causas, sus síntomas y los riesgos que puede generar tanto para la madre como para el bebé, lo que reduce su capacidad de prevención y cuidado. Esto hace necesario implementar intervenciones educativas en los centros de salud, charlas comunitarias y consejerías personalizadas que les permitan entender la importancia de la suplementación, la alimentación balanceada y la asistencia a los controles prenatales.

Conclusión 2: Existen factores sociales, profesionales y del sistema de salud que influyen negativamente: la anemia gestacional no depende solo de la mujer, también está condicionada por determinantes externos como el nivel socioeconómico, las prácticas culturales, la disponibilidad de alimentos nutritivos, la capacitación del personal sanitario y la eficiencia del sistema para garantizar acceso oportuno a suplementos, exámenes y tratamientos. Estos factores pueden retrasar el diagnóstico, limitar la adherencia al tratamiento o dificultar un control adecuado de la enfermedad.

Conclusión 3: La participación activa del personal sanitario es clave, médicos, enfermeras y obstetras cumplen un rol central en la identificación temprana de casos, el seguimiento de los niveles de hemoglobina y la orientación a las gestantes. Su compromiso, empatía y capacidad de comunicación son fundamentales para que las mujeres confíen en las recomendaciones, adopten conductas saludables y mantengan la adherencia al tratamiento, lo que contribuye a la reducción de la anemia gestacional.

Conclusión 4: El monitoreo continuo y los programas de capacitación fortalecen la atención, el seguimiento periódico de las gestantes asegura que el tratamiento sea efectivo y que se detecten a tiempo posibles complicaciones. Paralelamente, la capacitación constante del personal sanitario en prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia gestacional no solo mejora el nivel de la atención, sino que incrementa la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Esto permite

otorgar una atención integral, sostenible y adaptada a las necesidades de la población materna.

Recomendaciones

Recomendación 1: Implementar campañas educativas periódicas dirigidas a gestantes: se recomienda realizar talleres, charlas, materiales gráficos y digitales que brinden información clara y sencilla acerca de la anemia, sus riesgos durante el embarazo y cómo prevenirla mediante una buena alimentación, la suplementación con hierro y ácido fólico y la asistencia a controles prenatales. Estas campañas deben ser permanentes y adaptarse al nivel sociocultural de la población para lograr mayor impacto.

Recomendación 2: Diseñar estrategias de intervención integrales: no basta con enfocarse en la parte clínica (diagnóstico y tratamiento), sino que es necesario considerar los factores sociales y estructurales, como la pobreza, el acceso limitado a alimentos saludables, las costumbres culturales y la disponibilidad de suplementos en los establecimientos de salud. Las estrategias deben ser comunitarias, intersectoriales y sostenibles, para garantizar un entorno favorable que apoye la prevención y el control de la anemia.

Recomendación 3: Motivar y capacitar de manera constante al personal de salud: la efectividad de los programas responde en gran medida a la formación y motivación de médicos, obstetras, enfermeras y técnicos. Se deben implementar programas de capacitación actualizados, talleres de sensibilización y espacios de reconocimiento para asegurar su compromiso en cada etapa del proceso: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y consejería. Un personal de salud motivado e informado mejora la calidad de la atención y fortalece la confianza de las féminas embarazadas.

Recomendación 4: Establecer un sistema de monitoreo digital y físico: se propone crear registros digitales y manuales que permitan dar un seguimiento individualizado a cada gestante, registrando controles de hemoglobina, entrega de suplementos y evolución del tratamiento. Este sistema debe facilitar la trazabilidad de la información y permitir a los responsables del programa evaluar periódicamente la eficacia de las intervenciones, identificar fallas y aplicar mejoras

continuas. De esta manera se otorgará una atención más organizada, transparente y efectiva.

Referencias Bibliográficas

- ¿Qué es la anemia? | NHLBI, NIH. (s. f.). NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia>
- Alcon Rosas (2021) Promoción de la salud y prevención de enfermedades como enfoque para el desarrollo de un modelo de escuela saludable en el Perú <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19666>
- Alem, A.Z., Efendi, F., McKenna, L. *et al.* Prevalence and factors associated with anemia in women of reproductive age across low- and middle-income countries based on national data. *Sci Rep* 13, 20335 (2023) <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46739-z>
- Alyafei, A., y Easton-Carr, R. (2024, 19 mayo). The Health Belief Model of Behavior Change. *Stat Pearls* - NCBI Bookshelf <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Astocaza (2023) *Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad San Juan bautista] <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4871>
- Baldera Tapia, E. S. (2021). *Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque – 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad (especificar universidad)]. Lambayeque, Perú. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9262>
- Bardales Vega, W. (2021). *Evaluación de las estrategias en la aplicación del Programa Juntos para la disminución de anemia en la Red de Salud Chachapoyas*. [Tesis de Doctorado], Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/54563>
- Barut A, Mohamud DO. The association of maternal anemia with adverse maternal and fetal outcomes in Somali women: a prospective study. *BMC Womens Health*. 2023 Apr 25;23(1):193 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37098536/>

- Bsn, A. G., RN. (2024, 29 abril). Jean Watson: Theory of Human Caring <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>
- Cabana Barzolo, F. E., y Sacha Torres, E. (2023). "Perfil epidemiológico de gestantes con anemia. Centro de Salud Huanca Sancos, 2011 - 2021". <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/152fcec5-44f3-4712-a6f2-d1e16e723a17>
- Cabrera, P., y Javier, W. (2023). *Factores de alto riesgo en gestantes controladas en el Centro de Salud Subtanjalla, Ica - Perú 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga] <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4107>
- Cappellini MD, Santini V, Braxs C, Shander A. Iron metabolism and iron deficiency anemia in women. *Fertil Steril*. 2022 oct;118(4):607-614. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36075747/>
- Ccoscco Solano, V. S., y Espinoza Ospino, K. R. (2022). Prevalencia de la Anemia en gestantes atendidas en el centro de salud de Chilca, 2021. <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/773>
- Chipana Caballa, K. F. (2023). *Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, enero a diciembre 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio Institucional UNICA. <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4487>
- Cruz Vega, C. M., y Riveros Lima, A. (2024). *Factores asociados a la anemia gestacional en altura en pacientes del Hospital de Lircay - Huancavelica del 2021 al 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Universidad Peruana Los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/8518>
- Cuela Ticona, S. H. (2021). *Factores asociados a la presencia de anemia en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Julio, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de

Santa María]. Universidad Católica de Santa María.
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11466>

Domínguez D, Hernández C. (2024). “*Nivel de conocimiento sobre anemia y factores de riesgo en gestantes atendidas en el centro salud Morro Solar, Jaén – 2024*” [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Jaén, Carrera Profesional de Tecnología Médica]. Repositorio institucional UNJ.
<https://repositorio.unj.edu.pe/handle/UNJ/805>

Elmore C, Ellis J. Screening, Treatment, and Monitoring of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy and Postpartum. *J Midwifery Womens Health*. 2022 May;67(3):321-331. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35642737/>

Fajardo (2022) *Anemia y complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa María del Socorro - Ica, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]
<https://hdl.handle.net/20.500.12990/13720>

Fekadie A, Teketelew BB, Aynalem M, Yalew A. Hemoglobin response to iron-folic acid supplementation and associated factors among anemic pregnant women attending the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital ANC ward Northwest, Ethiopia 2023: A longitudinal follow up study. *PLoS One*. 2025 Sep 4;20(9) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40906698/>

Givens, D. I., Anitha, S., y Giromini, C. (2024). Anaemia in India and Its Prevalence and Multifactorial etiology: A Narrative Review. *Nutrients*, 16(11), 1673.
<https://doi.org/10.3390/nu16111673>

Gutiérrez (2022). *Hemoglobina materna y peso al nacer en un Centro de Salud de Altura Huancayo, 2018*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/2715321>

Gutierrez Miranda, Y. I. (2024). *Multiparidad y periodo intergenésico corto como factores de riesgo para anemia gestacional* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Trujillo, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/156289>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Indicadores de resultados de los programas presupuestales: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, primer semestre 2023*.

INEI. [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/ppr/Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales %20ENDES Primer Semestre 2023_FT.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_%20ENDES_Primer_Semestre_2023_FT.pdf)

Instituto Nacional de Salud 2023. *Vigilancia del Sistema de Información del Estado Nutricional en EESS*. <https://boletin.ins.gob.pe/wp-content/uploads/2023/V29N4/a03v29n4.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2023). Sistema de información del estado nutricional de niños menores de 5 años y gestantes que acceden a establecimientos de salud, enero-setiembre 2023. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, [ISSN 1683-7487].

<https://repositorio.ins.gob.pe/server/api/core/bitstreams/251b62ad-9d4b-4fe2-b3de-12cc181c48d2/content>

Kolarš, B., Jovin, V. M., Živanović, N., Minaković, I., Gvozdrenović, N., Kokeza, I. D., y Lesjak, M. (2025). Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia: A Comprehensive Overview of Established and Emerging Concepts. *18(8)*, 1104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40872496/>

Kumar SB, Arnipalli SR, Mehta P, Carrau S, Ziouzenkova O. Iron Deficiency Anemia: Efficacy and Limitations of Nutritional and Comprehensive Mitigation Strategies. *Nutrients*. 2022 jul 20;14(14):2976 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35889932/>

Leung AKC, Lam JM, Wong AHC, Hon KL, Li X. Iron Deficiency Anemia: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev*. 2024;20(3):339-356. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37497686/>

Lizarzaburu, A., Oblitas, A., Ruiz, E., y Montenegro, A. (2023). *Gobernabilidad que incida en anemia y desnutrición*. *Revista Científica Emprendimiento Científico Tecnológico*, 6(3), 45–56. <https://revista.ectperu.org.pe/index.php/ect/article/view/67/67>

Lopez Julian, J. C. (2023). *Factores asociados a anemia gestacional en un hospital de Paita* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Piura, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/133508>

- Maldonado Huayta, G. C. (2021). *Prevalencia y factores socioculturales asociados a la anemia en gestantes del Centro de Salud de Parcona junio-noviembre 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga] <https://hdl.handle.net/20.500.13028/3404>
- Melchorita Pachas Medina, M. (2024). *Influencia de los factores asociados a la anemia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Sunampe, Chincha, 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Chincha, Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.14441/2716>
- Minchola Zavaleta, Y. L., y Sánchez Ruiz, D. (2021). *Plan de Comunicación con enfoque transmedia para la prevención de anemia en gestantes adolescentes del Hospital Jerusalén, distrito de La Esperanza, 2019.*, Universidad Nacional De Trujillo, Trujillo, Perú. <https://dspace.unitru.edu.pe/items/974606a4-9d7c-428f-b14f-04b65461699a>
- Misaico Mendoza, M. R. (2021). *Anemia gestacional en relación al peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital San María del Socorro - Ica, octubre 2020 - febrero 2021.* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Luis Gonzaga] <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4583>
- Morales Solis, Y. D. (2022). *Factores asociados a la anemia gestacional* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7987>
- Muñoz de la Torre, R. J. (2023). *Anemia en puérperas andinas peruanas según el tipo de parto: Estudio comparativo.* <https://doi.org/10.24245/gom.v9i5.8382>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Acelerar la reducción de la anemia: un marco de acción integral: informe resumido.* Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/379712>.
- Osorio, A. G., y Álvarez, C. V. (2023). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6985524/>

- Pacheco Navarro, C. E. (2021). *Factores obstétricos que influyen en la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en gestantes*, 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5300>
- Patricia, A. H. G., Marlene, B. B. D., Araceli, S. R., y María, O. M. R. (s. f.). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
- Petraglia F, Dolmans MM. Iron deficiency anemia: Impact on Women's reproductive health. *Fertil Steril*. 2022 oct;118(4):605-606 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36182259/>
- Rodriguez, A. (2025). *Factores asociados a anemia en gestantes*, Centro de Salud «El Progreso», Carabayllo, 2023. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Universidad Continental], Lima, Perú. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16707>
- Self-care deficit nursing theory | Research Starters | EBSCO Research. (s. f.). EBSCO. <https://www.ebsco.com/research-starters/nursing-and-allied-health/self-care-deficit-nursing-theory>
- Torres Matos, K., y Chaca Anco, E. R. (2021). *Gestión de recursos y el manejo de la anemia en gestantes adolescentes*, Hospital Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión]. Cerro de Pasco, Perú. http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2246/1/T026_70502297_T.pdf
- Torres, B. (2023). *Nivel de conocimiento de la anemia ferropénica y su relación con las practicas preventivas en gestantes adolescentes que asisten al centro de salud materno infantil el porvenir*. Lima,2022. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/8141>

- Valenzuela Martínez, K. M., y Yalle M. (2023). *Factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, de enero a marzo 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <http://hdl.handle.net/20.500.14441/2749>
- Veramendi-Villavicencios, N., y Soto-Hilario, J. (2019). Intervención de la enfermería: un abordaje educativo en prevención de la anemia. *Investigación y postgrado*, 34(1), 59-77. <http://historico.upel.edu.ve:81/revistas/index.php/revinpost/article/view/7776>
- Yadav DV, Mitra T, Punniyamoorthy D, Murugesan A, Kumari Raveendran S, Janardhanan R. Vitamins and Iron-Deficiency Gestational Anemia - A Review. *J Diet Suppl*. 2025 Sep 9:1-20 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40923398/>
- Zhou, Y., Lyu, Y., Ye, W., Shi, H., Peng, Y., Wen, Z., Narayan, A., Huang, X., Chang, S., Yang, Y., y Xu, Y. (2024). The Prevalence of Anemia among Pregnant Women in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 16(12), 1854. <https://doi.org/10.3390/nu16121854>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Formato de consentimiento informado

Consentiré de manera voluntaria a formar parte de esta investigación; en otras palabras, estoy al tanto de los posibles eventos que pueden suceder al involucrarme en el proyecto; igualmente, reconozco que tengo la opción de no participar, aun habiendo dado mi aprobación y que puedo desistir del estudio en cualquier instante; además, se me proporcionará una copia firmada de este documento de consentimiento.

Nombre del participante

DNI

Firma

Anexo 2. Cuestionario para personal de salud

Cuestionario de conocimiento de la anemia ferropénica

Conceptos básicos de la anemia ferropénica

1. ¿Cuál es el efecto de la anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas?

- a) Parto antes de tiempo
- b) Infección gastrointestinal
- c) Dificultad para evacuar

2. ¿Qué impacto tiene la anemia ferropénica en el bebé durante el embarazo?

- a) Ningún efecto
- b) Sobrepeso
- c) Peso bajo al nacer

3. ¿Qué tipo de alimentos de origen animal son ricos en hierro?

- a) Sangre de pollo, bazo de res, pescado y hígado de ave
- b) Clara de huevo, embutido y salchichas
- c) Aceitunas, queso, hamburguesas y pasta

4. ¿Qué categoría de alimentos vegetales es rica en hierro?

- a) Verduras de hojas verdes (espinacas), legumbres (frijoles, garbanzos, soja, lentejas) y granos (trigo, avena)
- b) Papas, arroz, yuca, jengibre y batata
- c) Plátanos, cebada, ajo y linaza

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos contiene la mayor cantidad de hierro?

- a) Pavo
- b) Sangre de pollo
- c) Legumbres

6. ¿Qué alimentos ayudan a la absorción del hierro?
- a) Limón, naranja, camu camu y papaya
 - b) Refrescos, mantequilla y leche
 - c) Plátano, queso y zanahorias
7. ¿Qué alimentos reducen la absorción del hierro?
- a) Leche, yogurt, café e infusiones (manzanilla, anís y muña)
 - b) Naranja, camu camu y papaya
 - c) Pescado, limón y sangre de pollo
8. ¿Qué categorías de alimentos aportan más hierro y son mejor absorbidos por el cuerpo?
- a) Alimentos de origen animal
 - b) Alimentos de origen vegetal
 - c) Ninguna de las anteriores
9. ¿Qué suplemento es adecuado para la anemia ferropénica en mujeres embarazadas?
- a) Carbonato de calcio
 - b) Ácido fólico
 - c) Sulfato ferroso
10. En relación a la pregunta anterior, ¿qué tipo de bebidas se recomienda para tomarlo?
- a) Solo con agua hervida
 - b) Con una bebida cítrica (jugo de naranja, limonada y camu camu)
 - c) Con cualquier tipo de bebida (infusiones, leche, yogurt, café y té)

Anexo 3. Cuestionario para gestantes

Cuestionario de prácticas preventivas de la anemia ferropénica

Prácticas de alimentación

1. ¿Usted ingiere productos de procedencia animal ricos en hierro (carne, hígado, sangre) al menos tres veces en la semana?

a) No b) Sí

2. ¿Usted consume alimentos de origen vegetal que son ricos en hierro (lentejas, frijoles, guisantes, garbanzos) al menos tres veces por semana?

a) No

b) Sí

3. ¿Qué tipos de bebidas consume que ayudan a maximizar la absorción del hierro de origen vegetal?

a) Café, té

b) Jugo de naranja, limonada

c) Gaseosa, refrescos y néctares d) Leche

4. ¿Cuántas veces al día realiza comidas?

a) Tres comidas más un refrigerio

b) Tres comidas más dos refrigerios

c) Tres comidas

d) Solo dos comidas (desayuno y almuerzo)

5. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come diariamente?

a) Una

b) Dos

c) Tres o más

d) Ninguna

6. ¿Con qué frecuencia a la semana consume alimentos que son altos en ácido fólico (brócoli, col, espinacas, espárragos)?

a) Ninguna

b) Una o dos veces

c) Tres a cinco

d) Seis a siete

7. ¿Cuántas veces a la semana ingiere alimentos que contienen grasas esenciales (aguacate, aceite de oliva, nueces, maní)?
- a) Ninguna
 - b) Una o dos veces
 - c) Tres a cinco
 - d) Seis a siete
8. ¿Cuántas veces a la semana incluye comidas que son ricas en calcio (leche, yogur, queso)?
- a) Ninguna
 - b) Una o dos veces
 - c) Tres a cinco
 - d) Seis a siete
9. ¿Cuántos vasos de líquidos consume a diario (agua, jugos, mate)?
- a) Ocho o más
 - b) De cinco a siete
 - c) De dos a cuatro
 - d) Ninguno
10. ¿Con qué frecuencia a la semana consume alimentos procesados (galletas, helados, snacks, tortas)?
- a) Ninguna
 - b) De una a tres veces
 - c) De cuatro a seis veces
 - d) Más de seis veces
11. ¿Cuántas veces a la semana consume platillos con alto contenido graso (hamburguesas, pizza, salchipapas, pollo frito)?
- a) Siempre
 - b) Cada dos días
 - c) A veces
 - d) Nunca
12. ¿Usted utiliza suplementos (Sulfato ferroso y ácido fólico)?
- a) No

b) Sí

13. ¿En qué momento del día toma usted el suplemento?

a) En ayunas

b) Entre comidas

c) Durante las comidas

14. ¿Qué bebidas utiliza al tomar el suplemento?

a) Agua

b) Bebida cítrica

c) Mate, café, té

d) Productos lácteos

15. ¿Ha experimentado algún malestar después de tomar el suplemento?

a) No

b) Sí, ¿cuál?

Anexo 4. Guía de entrevista: Profesionales de salud y anemia gestacional

1. Desde su experiencia profesional, ¿cómo describiría la situación actual de la anemia gestacional en las gestantes que atiende?
(Pregunta abierta que busca explorar la percepción general del problema).

2. ¿Qué factores considera que influyen más en la aparición y persistencia de la anemia durante el embarazo (nutricionales, sociales, culturales o del sistema de salud)?

(Semiabierta, invita a priorizar factores y justificar la respuesta).

3. ¿Qué estrategias de prevención y tratamiento aplica en su práctica diaria para abordar la anemia gestacional y qué resultados ha observado?
(Pregunta abierta orientada a conocer prácticas profesionales y su efectividad).

4. En su opinión, ¿qué dificultades enfrentan las gestantes para cumplir con el tratamiento de la anemia (suplementación, alimentación, controles médicos)?
(Semiabierta, permite detallar barreras percibidas).

5. ¿Qué propuestas o mejoras cree necesarias para fortalecer el diagnóstico, tratamiento y control de la anemia gestacional en los centros de salud?

(Pregunta abierta enfocada en recomendaciones y mejora del sistema de atención).

Anexo 5. Aplicación de estrategias en la atención de anemia gestacional

Instrucciones: Marque con un ✓ la opción que corresponda según lo observado.

Escala:

1 = Nunca | 2 = Algunas veces | 3 = Casi siempre | 4 = Siempre

1. ¿El profesional brinda educación a la gestante sobre la importancia de la prevención y tratamiento de la anemia gestacional?
 1 2 3 4

2. ¿El profesional verifica y promueve la adherencia de la gestante a la suplementación con hierro y ácido fólico?
 1 2 3 4

3. ¿Se realiza consejería nutricional, orientando sobre alimentos ricos en hierro y su adecuada combinación para mejorar la absorción?
 1 2 3 4

4. ¿El profesional realiza un seguimiento adecuado de los niveles de hemoglobina y controla la evolución del tratamiento?
 1 2 3 4

5. ¿Se fomenta la participación activa de la gestante y su familia en las medidas de prevención y control de la anemia gestacional?
 1 2 3 4