



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

**“ANEMIA EN LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN
EL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS
USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD APARICIO
POMARES HUÁNUCO ENERO-NOVIEMBRE 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

ELABORADO POR:

Obst. MIRAVAL TARAZONA, Zoila Elvira

DOCENTE ASESOR:

Dr. VALDERRAMA GAITAN, Jaime Roberth

HUÁNUCO - PERÚ

NOVIEMBRE, 2016



"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintidós días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis, siendo las^{16⁰⁰} horas, los jurados, docentes de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Dr. Edilberto Toscano Poma **Presidente**, Dra. Irma Palacios Zevallos **Secretaria**, Esp. Obst. Maricela Marcelo Armas **Vocal**, respectivamente; nombrados mediante **Resolucion N° 695-2016-D-FCS-UDH**, de fecha veinte de mayo del dos mil dieciséis y, al amparo de la Ley Universitaria N° 23733 y **Resolución N° 0319-2011-ANR**, para proceder a la evaluación de Tesis por modalidad de Sustentación Oral, a la aspirante **Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, el Presidente de jurado invito a la graduando a proceder con la exposición de su tesis intitulada: **"ANEMIA EN LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE USARÍAS DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES HUÁNUCO-ENERO-NOVIEMBRE 2015"**, absolviendo las interrogantes que le fueron formulados por los miembros del jurado; de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias.

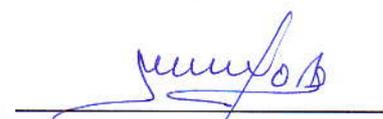
Dicho acto de sustentación se desarrollo en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de Muy bueno (Art. 54).

Siendo las 17³⁰ horas del día 22 del mes de Noviembre del año 2016, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
Dr. Edilberto Toscano Poma


SECRETARIA
Dra. Irma Palacios Zevallos


VOCAL
Esp. Obst. Maricela Marcelo Armas

AGRADECIMIENTO

A Dios.

A mi Madre, Trinidad Tarazona R. por su incondicional apoyo.

A mi esposo, Roberto Mondragón Bazán por su comprensión y apoyo

A mi hija, Susan Mondragón Miraval por su apoyo incondicional.

A mi hijo Mac Robert Mondragón por su apoyo.

A mi Padre que duerme en los sueños de los justos.

A mis hermanos en especial a Cayto Didi Miraval Tarazona.

A mis compañeros y amigos Edgar Matos, Mónica Tamayo.

Zoila

RECONOCIMIENTO

Dr. Jaime R.Valderrama G. A quien debo la culminación de este trabajo de investigación por su asesoría y dedicación al orientarme.

Dra. Mónica Tamayo García Por su apoyo constante en la revisión la tesis.

Obstetras del Componente Quienes me apoyaron en la recopilación de
Materno C.S.A.P- datos.

Zoila.

INDICE

AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
PRESENTACION	ix
1. INTRODUCCION	11
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2 Formulación del problema y alternativas o planteamientos	18
1.3 Trascendencia teórica, Técnica y Académica.	19
1.4 Antecedentes Inmediatos (Tesis, artículos, conferencias.....	21
1.5 Objetivos.....	28
2. REFERENCIA TEORICA O CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes Históricos	30
2.2. Aspectos Conceptuales o doctrinas (para cada variable.).....	32
2.3. Base teórica o teoría en la que se sustenta. (Teorías, modelos, paradigmas)	33
2.4 Definiciones Operacionales (de palabras claves no más de 5)	48
3. METODOLOGIA DE INVESTIGACION	
3.1. Método y nivel de Investigación.....	50
3.2. Sistema de Hipótesis, Variables (Operativizacion) y esquema de diseño.....	51
3.3. Técnicas e Instrumentos.....	51
3.4. Cobertura de la Investigación (Población y muestra)	54
4. RESULTADOS	
4.1. Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos	57

4.2 Análisis y organización de datos, dividido en sub capítulos o contenidos desagregados, de acuerdo a las variables e indicadores que fundamentan la tesis.	75
5. DISCUSION DE RESULTADOS	
5.1. Verificación o contrastación de Hipótesis, Objetivos y problema (en coherencia)	72
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1 Conclusiones.....	77
6.2 Recomendaciones.....	78
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
Apéndice y anexos.	79

RESUMEN

La anemia es una complicación de la gestación y es causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en el mundo, los intentos para conseguir su prevención están justificados. Se realizó la investigación con el objetivo de determinar el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares enero –noviembre 2015. El método y nivel de investigación utilizado fue el descriptivo, correlacional retrospectivo y transversal, siendo el diseño descriptivo correlacional.

Se trabajó con una muestra de 120 gestantes con anemia de una población de 600 gestantes que acudieron al Centro de Salud Aparicio Pomares para recibir su atención prenatal. Los criterios de inclusión fueron todas aquellas gestantes que presentaron anemia, con atenciones prenatales. El método e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron el análisis documental, para recabar datos importantes de las madres gestantes con anemia en estudio, para ello se utilizó La Historia perinatal SIP 2000, Así mismo se utilizó como instrumento de recolección de datos las historias clínicas o fichas de recolección de datos de análisis de laboratorio clínico de las gestantes con anemia en estudio.

Los principales resultados fueron que un 63% de gestantes estudiadas perciben su ingreso económico mensual de 500 nuevos soles; el 92% presentaron el grado de anemia leve y el 37% de recién nacidos presentaron un peso menos de 2500gr. En la comprobación de la hipótesis se obtuvo que $\chi^2=1.9 < 12.59$ aceptando la hipótesis de investigación que la anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares.

Palabra claves: Anemia, gestantes, peso, recién nacido.

SUMMARY

Anemia is a complication of pregnancy and is a major cause of maternal, fetal and neonatal morbidity and mortality in the world, attempts to achieve prevention are justified. The investigation was conducted to determine the degree of anemia in pregnant women and their influence on the weight of newborns of users of Aparicio Pomares Health Center in January -November 2015. The method and level of research used was descriptive, retrospective and cross-correlation, being descriptive correlational design.

We worked with a sample of 120 pregnant women with anemia in a population of 600 pregnant women attending the health center Aparicio Pomares to receive prenatal care. Inclusion criteria were all those pregnant women who had anemia, with prenatal care. The method and tools for data collection used were document analysis, to gather important data of pregnant women with anemia in the study, for this used the Perinatal History SIP 2000, also used as a tool for data collection medical records or data collection sheets clinical laboratory analysis of pregnant women with anemia in the study.

The main findings were that 63% of pregnant women studied perceive their monthly income of 500 new soles; 91.7% had mild degree of anemia and 59% of newborns had a weight less than 2500gr. En checking the hypothesis was obtained $Quex^2 = 1.9 < 12.59$ accepting the hypothesis of research that anemia in pregnant women influences the weight of newborns of users Health Center Aparicio Pomares.

Key words: Anemia, pregnant, weight, newborn.

PRESENTACION

El presente trabajo de investigación se ha realizado en el Centro de Salud Aparicio Pomares, jurisdicción de la Micro Red Huánuco. El objetivo de la investigación fue determinar el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos en esta Institución. La anemia en las gestantes es un problema de salud pública mundial ya que se constituye en una complicación que pone en riesgo la vida de la madre y del recién nacido; peor aún en mujeres pobres y de extrema pobreza, sumado a ello el bajo nivel económico, educativo, que influyen en el desconocimiento de las consecuencias en su salud y su neonato al padecer esta complicación. Ya que en su mayoría las gestantes no cumplen con las indicaciones de la suplementación de hierro, la consejería nutricional y con hábitos nocivos para la salud.

El método y nivel de investigación fue el descriptivo, correlacional retrospectivo y transversal, siendo el diseño descriptivo correlacional. Se trabajó con una muestra de 120 gestantes con anemia de una población de 600 gestantes que acudieron al Centro de Salud Aparicio Pomares para recibir su atención prenatal. Los criterios de inclusión fueron todas aquellas gestantes que presentaron anemia, con atenciones prenatales.

Se trabajó con una muestra de 120 gestantes con anemia de una población de 600 gestantes que acudieron al Centro de Salud Aparicio Pomares para recibir su atención prenatal. Los criterios de inclusión fueron todas aquellas gestantes que presentaron anemia, con atenciones prenatales. Los métodos e instrumentos de recolección de dato fueron el análisis documental, para recabar datos importantes de las madres gestantes con anemia en estudio, para ello

se utilizó La Historia perinatal SIP 2000, Así mismo se utilizó como instrumento de recolección de datos las historias clínicas o fichas de recolección de datos de análisis de laboratorio clínico de las gestantes con anemia en estudio.

Los principales resultados fueron que un 63% de gestantes estudiadas perciben su ingreso económico mensual de 500 nuevos soles; el 91.7% presentaron el grado de anemia leve y el 59% de recién nacidos presentaron un peso menos de 2500gr. En la comprobación de la hipótesis se obtuvo que $\chi^2=1.9 < 12.59$ aceptando la hipótesis de investigación que la anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares. Con esta investigación hacemos la recomendación que los Profesionales de la salud realicen la vigilancia estricta a las gestantes a través de la supervisión de la ingesta del ácido fólico y sulfato ferroso, así como de una alimentación balanceada.

1. INTRODUCCION

A nivel mundial, Nacional y Regional la anemia definida como un síndrome en la que la sangre tiene disminuido sus glóbulos rojos o bajos niveles de hemoglobina; enfermedad que afecta a las grandes mayorías en especial a la población vulnerable de madres gestantes; quienes por su condición de pobreza, bajo nivel educativo y cultural no acuden a su atención prenatal y peor aun las que reciben la consejería nutricional no cumplen con las indicaciones de la suplementación del sulfato ferroso , del ácido fólico, consumir alimentos balanceados, cuya consecuencia son las complicaciones que se presentan en el parto , puerperio y en sus recién nacidos.

De los diferentes tipos de anemia la que más predomina es la ferropénica; teniendo alta incidencia y prevalencia en un 95% a 98% en poblaciones de zonas rurales y urbano marginales asociado a ello factores económicos, educativos, sociales etc. También se tiene algunas casuísticas de gestantes con anemias por problemas de carácter hereditarios con las anemias drepanocítica o de células falciformes.

La anemia se asocia con el bajo peso de los recién nacidos; sobre todo de gestantes que durante sus 9 meses presentan cuadros de niveles bajo de hemoglobina, cuyos parámetros son dados por la organización mundial de la salud. Institución que considera el peso de los recién nacidos como bajo a valores menos de 2,500 gr. Es decir el primer peso fetal registrado luego del nacimiento. y que sea inferior a 2500 gr. Estudios revisados dan como resultado la vinculación entre valores altos y bajos de

hemoglobina con patologías que conllevan a la morbimortalidad de los recién nacidos como recién nacidos prematuros, problemas del apgar bajo, con sufrimiento fetal.

El peso al nacer es una variable importante para la evolución del estado de salud del recién nacido, constituyendo además un factor que condiciona la supervivencia, su desarrollo y crecimiento futuro. Los neonatos con peso bajo al nacer tienen con frecuencia graves problemas de supervivencia fuera del útero. Por lo tanto, el peso bajo de los recién nacidos es considerado como una de las principales causas de la morbimortalidad infantil y perinatal.

Los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de anemia en mujeres de Europa y Asia alcanza el 45%, en África oscila entre el 35 y 56% de los embarazos; mientras que en 41 % son en gestantes Latinoamericanas, dentro de ellas tenemos a Brasil (13.7%), México (19%) y Bolivia (28%); según la OPS y la OMS en el año 2004 la prevalencia de las gestantes peruanas era del 30%; de las cuales el mayor porcentaje es en las mujeres entre las edades de 12 y 49 años de edad, teniendo mayor incidencia en el área rural (22%) y en poblaciones de pobreza extrema (26%).

Los departamentos de la sierra presentan mayor prevalencia de anemia, Huancavelica ocupa el primer lugar con 54%, seguido por Puno con el 48%, Ayacucho con 44%, Apurímac con 38% y Huánuco con 27%. Este estudio determinó el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de usuarias del Centro de Salud de

Aparicio Pomares siendo la investigación por el grado de participación del investigador correlacional, retrospectivo y transversal y el análisis y resultados nos demuestra que es descriptivo porque no se manipula variables, sólo se describe los hechos.

La muestra conformada 120 gestantes atendidas en el restablecimiento de Salud Aparicio Pomares de enero a noviembre del 2015, con el diagnóstico de anemia. Entre sus principales resultados fueron que el 92% (110) gestantes presentaron anemia leve, el 6%(7) presentaron anemia moderada y un 3%(3) presentaron anemia severa. Referente al peso de los recién nacidos el 37%(44) tuvieron menos de 2500 gr, con un 23% (27) de talla de 45 a 50 cm.

Se comprobó la hipótesis: a través de la significancia del Chi-cuadrado, aceptándose la hipótesis de investigación que interpreta: La anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Establecimiento de Salud Aparicio Pomares por lo que recomendamos que los Profesionales de la salud deben realizar la atención prenatal reenfocada, con calidad de esta manera mejorar la salud del binomio madre- niño.

1.1. Planteamiento del Problema

La anemia es una enfermedad muy frecuente durante el embarazo (la sufren hasta en el 95% de las mujeres embarazadas) y se presenta como consecuencia del descenso de la hemoglobina por debajo de los valores normales. El estado nutricional materno es un factor

determinante en el crecimiento y el peso fetal. Durante el embarazo, la sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50% más de lo usual, ocasionando una hemodilución por consiguiente necesita incrementar el hierro para producir más hemoglobina y optimizar la sangre que se suministrara al bebe y a la placenta. La deficiencia de hierro es la causa común de la anemia. También se tiene algunas casuísticas de gestantes con anemias por problemas de carácter hereditarios con las anemias drepanocítica o de células falciformes.

El embarazo con sus periodos son fenómenos fisiológicos, por lo que requieren del cuidado especial para optimizar el crecimiento fetal y el nacimiento del nuevo ser que dependen exclusivamente de su constitución genética y de las condiciones del ambiente, el embarazo produce cambios fisiológicos en el cuerpo, relacionados con las demandas nutricionales del nuevo ser conllevando a un incremento en forma considerable, del plasma hasta en un 40 60%; así como también de los hematíes en 20 a 30%.

Este incremento es como un factor compensatorio que ocasiona un descenso del hematocrito en 4 a 5%, y consecuentemente la anemia; durante los primeros meses del embarazo. La Organización Mundial de la Salud determina que la anemia es la disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre; los valores de 11gr/100ml. se consideran límites mínimos adecuados para gestantes durante los primeros y terceros trimestres del embarazo y que los valores de 10.5gr/100ml. son límites mínimos adecuados para gestantes en el segundo trimestre, valores inferiores a estos son considerados como anemia en el embarazo. Según

los valores de la hemoglobina, la anemia materna se clasifica en leve (11-9gr/dl), moderada (8.-7gr/dl) y severa (menor a 7gr/dl).

Los valores de hemoglobina dados por la Organización Mundial de la Salud, valores que definen la anemia son universales a cierto punto ya que hay estudios que sostienen que estos valores dependen de parámetros como la edad, sexo, embarazo y altitud de residencia.

Las poblaciones de zonas de altura tienen un nivel de hemoglobina alta como un mecanismo de compensación al efecto de la hipoxia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando lo anterior dicho propuso que los valores de hemoglobina deberían ser ajustados por la altitud de residencia, para así definir los valores de hemoglobina para anemia.

La anemia se asocia con el bajo peso de los recién nacidos; sobre todo de gestantes que durante sus 9 meses presentan cuadros de niveles bajo de hemoglobina, cuyos parámetros son dados por la organización mundial de la salud. Institución que considera el peso de los recién nacidos como bajo a valores menos de 2,500 gr. Es decir el primer peso fetal registrado luego del nacimiento. y que sea inferior a 2500 gr. Estudios revisados dan como resultado la vinculación entre valores altos y bajos de hemoglobina con patologías que conllevan a la morbimortalidad de los recién nacidos como recién nacidos prematuros, problemas del apgar bajo, con sufrimiento fetal.

El peso al nacer es una variable importante para la evolución del estado de salud del recién nacido, constituyendo además un factor que

condiciona la supervivencia, su desarrollo y crecimiento futuro. Los neonatos con peso bajo al nacer tienen con frecuencia graves problemas de supervivencia fuera del útero. Por lo tanto, el peso bajo de los recién nacidos es considerado como una de las principales causas de la morbilidad infantil y perinatal.

Los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de anemia en mujeres de Europa y Asia alcanza el 45%, en África oscila entre el 35 y 56% de los embarazos; mientras que en 41 % son en gestantes Latinoamericanas, dentro de ellas tenemos a Brasil (13.7%), México (19%) y Bolivia (28%); según la OPS y la OMS en el año 2004 la prevalencia de las gestantes peruanas era del 30%; de las cuales el mayor porcentaje es en las mujeres entre las edades de 12 y 49 años de edad, teniendo mayor incidencia en el área rural (22%) y en poblaciones de pobreza extrema (26%).

Los departamentos de la sierra presentan mayor prevalencia de anemia, Huancavelica ocupa el primer lugar con 54%, seguido por Puno con el 48%, Ayacucho con 44%, Apurímac con 38% y Huánuco con 27%. Este estudio determinó el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de usuarias del Centro de Salud de Aparicio Pomares siendo la investigación por el grado de participación del investigador correlacional, retrospectivo y transversal y el análisis y resultados nos demuestra que es descriptivo porque no se manipula variables, sólo se describe los hechos.

En la madre, estas diferencias están asociadas con partos prematuros, mayor riesgo de mortalidad en el parto y menor capacidad de trabajo, y en el niño a mayor riesgo de muerte perinatal y al retraso permanente del desarrollo mental y cognitivo, con un grave impacto económico y social. El centro latinoamericano de perinatología (Montevideo) realizó un estudio en 54 maternidades de Latinoamérica, encontrándose una incidencia del 9% de recién nacidos de bajo peso; lo que muestra que el 78% se debe a la mortalidad perinatal y el 48% a la mortalidad materna.

En el Perú también se mostró y observó que de 43 mil recién nacidos vivos, 24 mil fallecieron en el primer mes de vida a causa de su bajo peso al nacer. En el Instituto Materno Perinatal y otras instituciones la prevalencia de recién nacidos con bajo peso es alta pese a las estrategias adoptadas, tanto por el Ministerio de Salud y EsSalud quienes han recomendado que la administración de por lo menos 100 mg de sulfato ferroso en la primera mitad del embarazo y 300mg en los últimos trimestres; a pesar de todo el problema nacional persiste.

La deficiencia de hierro en la futura gestante trae como consecuencia que el feto intrauterino puede tener deficiencia de hierro. Sabemos que el hierro es un componente muy importante para el crecimiento y desarrollo de los órganos del feto en especial de los órganos hematopoyéticos; y lo más importante, también para el desarrollo normal del cerebro.

Múltiples investigaciones han demostrado que los recién nacidos infantes y los niños de madres con anemia tienen un bajo desarrollo cognitivo, motor, social, emocional y neurofisiológico de las funciones cerebrales, así como valores más bajos en el cociente intelectual en comparación con los infantes y niños nacidos de madres con buenos niveles de hierro. Situación similar ocurre en recién nacidos con problemas de prematuridad, peso bajo al nacer y para la edad gestacional, deficiencia de hierro y anemia en los primeros años de vida.

La deficiencia congénita de hierro puede ser responsable de la prevalencia muy elevada de la anemia en los infantes, sumado a ello la nutrición tanto cualitativa como cuantitativamente insuficiente.

A pesar de los esfuerzos relacionados de los países para contrarrestar este flagelo previniendo la anemia en especial la ferropénica durante la gestación, éstas continúan siendo un problema de salud pública entre las mujeres gestantes debido, principalmente, al consumo inadecuado de hierro y folatos durante la etapa preconcepcional y en el embarazo por lo que considero oportuno realizar la investigación.

1.2 Formulación del Problema y Alternativas o Planteamientos

1.2.1. Problema General

¿Cómo la anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacido en las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares. Enero – Noviembre 2015?

1.2.2. Problema Específico

- ✓ Cómo el nivel socio económico influye en la anemia de las gestantes que acuden al Centro de Aparicio Pomares?
- ✓ ¿Cuál es el grado de anemia en las gestantes que acuden al Centro de Aparicio Pomares?
- ✓ ¿Cuál es el trimestre de embarazo con mayor incidencia de anemia en las gestantes que acuden al Centro de Salud Aparicio Pomares?
- ✓ ¿Cuál es el peso de los recién nacidos de gestantes anémicas que acuden al Centro de salud Aparicio Pomares.

1.3 Trascendencia teórica, Técnica y Académica

Se sabe, que la mortalidad materna y perinatal, para toda institución de salud, es un problema de salud pública que cuestiona el tipo de atención que ofrecen dichas instituciones, así como la calidad de la misma, es importante señalar que el incremento del número de gestantes con anemia, eleva los costos de atención, y esto no es conveniente para un país con limitados recursos económicos.

A nivel nacional la anemia en las gestantes es un problema de salud pública que pone en riesgo la vida del binomio madres niño ocasionando pérdidas irreparables tanto a nivel social como en el hogar, ya que la mujer es el pilar fundamental, en un 70- 80% es jefe de familia y en su mayoría son económicamente activas, sin embargo, es una enfermedad prevalente con tendencia al aumento.

La presente investigación fue conveniente realizarla porque a través de ella se pudo determinar el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de usuarias del Centro de Salud de Aparicio Pomares, ya que es un problema de gran magnitud en nuestra región Huánuco, sobre todo por la influencia que tiene en mortalidad infantil y por las secuelas en niños que logran sobrevivir a las complicaciones iniciales de esta afección.

La relevancia social, es que está beneficiando a la población vulnerable (Madre-niño) de preferencia a los que viven en condiciones de extrema pobreza, de marginalidad urbana y en áreas rurales alejadas de los sitios de atención médica, a través de la educación sanitaria que impartirán los profesionales en cada visita domiciliaria, haciendo que las gestantes se sensibilicen y den importancia a los nutrientes como el ácido fólico, sulfato ferroso, y alimentos ricos en proteínas.

Como implicancia práctica ayudara a los profesionales y no profesionales de los establecimientos de salud de zonas rurales y urbanas marginales, a vigilar en las gestantes el consumo de los suplementos vitamínicos, hierro para disminuir la anemia en las gestantes y evitar las consecuencias negativas en la población perinatal.

El valor teórico de la investigación permitirá desarrollar una guía de procedimientos para educar a las madres gestantes, y se desarrollara en cada sesión educativa realizados por el Profesional de la salud en actividades extra e intramuros, de esta manera contribuiremos a mejorar la salud de las gestantes y por ende del neonato y evitaremos la

morbimortalidad materna y peri natal que es alta en nuestra región y por ende en el Perú.

Referente a la utilidad metodológica nuestros resultados sirven de base para próximos estudios de investigación y son dados a conocer a la DIRESA y Red de Salud para implementar programas o proyectos que conlleven a actividades preventivo promocionales en educación nutricional haciendo uso de la guía de procedimientos para mejorar la salud de las gestantes incidir en la importancia y los beneficios que tiene la suplementación de hierro y ácido fólico.

1.4 Antecedentes Inmediatos (Tesis, artículos, conferencias).

1.4.1. Antecedentes Internacionales

Fernanda Villa Leiva. “Presencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 ciudades del estado de Chihuahua y su relación con el estado nutricional. México - 2010” En su estudio señala que se estudió a un grupo de 488 niños menores de 6 años de Chihuahua, Cuauhtémoc, Ciudad Juárez y Delicias.

Se determinó el nivel de hemoglobina por el sistema hemocue y la anemia se definió a un nivel de hemoglobina por debajo de 11 mg/dl.

La prevalencia de anemia sigue presentándose en un grado importante por lo que se sugiere que este estudio de paso a otros para una adecuada intervención.

Jimi A. Carvayo “Comportamiento de la Anemia en el Embarazo en un Área de Salud Integral "Villas del Pilar". Venezuela. 2008”. El estudio fue descriptivo de corte transversal en gestantes embarazadas con anemia, en el Área de Salud Integral "Villas del Pilar". Cuyas conclusiones son que existe un alto porcentaje de pacientes que sufren Anemia durante la gestación, corroboramos la estrecha relación entre el peso bajo en la embarazada y los niños de peso bajo al nacer. De esta manera se comprobó la relación de anemia en otros embarazos y la anemia en el embarazo actual, además se demostró la inadecuada suplementación de vitaminas y minerales en gestantes y puérperas.

Beatriz Elena Parda y col.. “Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación del programa prenatal – Antioquia – Colombia” (Colombia – 2006). Determinaron que hubo cambios positivos de conocimientos sobre cómo mejorar las prácticas alimentarias y la ingestión del suplemento; el 94.4% de las participantes no presentó anemia al finalizar la gestación.

Por lo tanto concluyen: estos resultados concuerdan con otros provenientes de poblaciones similares, se justifica implementar esta estrategia integrada en los programas de control prenatal de Colombia.

John Gay Rodríguez y col. (“Prevención y control de la anemia y de la deficiencia de hierro en Cuba – 2005). Determinaron que el factor alimentario predomina en su causalidad. Desde hace más de dos décadas

se realiza la suplantación gratuita de las embarazadas con preparados farmacéuticos. Con respecto a la fortificación de elementos se distribuyen purés de frutas con adición de hierro y ácido ascórbico a los niños de 4 meses y 3 años de edad, se ha ensayado la fortificación de leche y se ha desarrollado una bebida a base de corpúsculos de sangre bovina o porcina.

Maricel Pérez Fonseca y Col. “Comportamiento de la malnutrición por defecto en gestantes del policlínico 3. Municipio Manzanillo – Cuba” (Cuba – 2004). En su estudio demostró el predominó de la desnutrición por defecto en gestantes de 20 a 35 años y en menor cuantía en los mayores de 35 años.

El estudio demostró que el hábito de fumar en las embarazadas con malnutrición por defecto tiene un efecto desfavorable en el estado nutricional de ellas. La buena ganancia de peso de las gestantes con malnutrición por defecto está condicionada por una mejor atención prenatal y la vinculación de estas casas maternas, hogares maternos, comedores obreras, etc.

1.4.2. Antecedentes Nacionales

Oscar Munares García “Anemia en Gestantes del Perú y Provincias con Comunidades Nativas. Instituto Nacional de Salud. (Lima – 2011 Perú). La prevalencia de anemia en gestantes para el año 2011 fue de 28.0% y la prevalencia de anemia en provincias con comunidad nativa fue

de 20.1%. Demostrando que la prevalencia de anemia disminuye de acuerdo al rango de edad y se incrementa conforme aumenta la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Las Regiones de la Sierra, Puno y Huancavelica son los que tienen mayor prevalencia de anemia leve. La provincia de Sucre (Ancash) es mayor la prevalencia de anemia leve (72.3%), la provincia de Espinar (Cusco) con 64.6%. La provincia de Purus (Ucayali) no presentó casos de anemia.

Las comunidades tienen una mayor prevalencia en la anemia leve, esta presenta una tendencia decreciente conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23.7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18.7% para el rango entre 36 a 45 años. Con respecto a la edad gestacional, la anemia leve va en aumento de acuerdo al aumento del rango de la edad gestacional, similar situación ocurre con la altitud a nivel del mar. Las regiones de Pasco y Amazonas son las que presentaron mayor prevalencia de anemia leve.

Cesar Becerra “Prevalencia de anemia en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa. Perú”(Pucallpa – 2009). Se tuvo una prevalencia de anemia en las gestantes que fue de 70,1% valor que no se modificó por efecto de la edad materna, la escolaridad ni el intervalo intergenésico. Dicha prevalencia se relacionó con el número de gestaciones e inversamente con la ganancia de peso durante el embarazo, la tasa de mortalidad perinatal fue de 37,7 por 1000 nacidos. Estos resultados no se asociaron con el grado de anemia de la madre.

Grados Valderrama, Flor de María y Col “Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y relación con el peso del recién nacido – Hospital Cayetano Heredia – Lima – Perú”. (Lima- 2008). Cuyos resultados demuestran que por cada ganancia de peso de la madre durante el embarazo; el peso del recién nacido se incrementa respectivamente; con la diferencia en el grupo de obesas que no se da esta relación.

Cesar Herrera y Col “Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido – Trujillo. (Trujillo – 2005). En su estudio presentaron resultados: 0.3% de los recién nacidos fueron de peso bajo (<2500gr) y 5,8% macrosomicos (> 4000g). El peso promedio del recién nacido estuvo influenciado por la edad gestacional: RNPT (6,8%) con promedio de 2570g, RNT (89,1%) y 3552g y RN post término (3%) 3552g ($p < 0,01$).

Vilma Yovanna, Corasma Uñuruco “Factores que se asocian con el bajo peso del recién nacido UNMSM. Lima – Perú” (Lima – 2002).

La mayoría de las gestantes de condición socioeconómica deficiente que se atienden en el Instituto Materno Perinatal provienen del distrito de San Juan de Lurigancho, su estado civil es conviviente y tienen grado de estudios primarios y/o secundaria. Las variables grado de estudio, estado civil y la ganancia de peso de las madres que se atendieron en Instituto Materno Perinatal durante los meses Enero – Junio del 2002, no son factores de riesgo en el bajo peso de los recién nacidos.

Los factores que más influyen en el bajo peso del recién nacido son la pre eclampsia, multiparidad, los abortos y la anemia, siendo mayor incidencia en la gestantes jóvenes. La exclusión de estas observaciones del análisis de los datos no altera la capacidad predictiva del modelo.

1.4.3. Antecedentes locales

Elizabeth Huilca Ccassa “Incidencia de Anemia como Factor de Riesgo en Gestantes que Acudieron al Centro de Salud Santa María del Valle” (Huánuco – 2001) consistió en determinar la incidencia de anemia como factor de riesgo durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2001. El objetivo planteado fue encontrar una incidencia de anemia en gestantes y conocer los niveles de concentración de hemoglobina y/o hematocrito.

El tipo de investigación utilizado fue el descriptivo, analítico o explicativo, retrospectivo, transversal; como diseño se utilizó el descriptivo correlacional. Contando con un universo de 186 gestantes que acudieron al programa materno perinatal en el establecimiento de salud Santa María del Valle. La muestra se conformó por 32 gestantes con anemia, el muestreo fue probabilístico por conveniencia.

Es estudio consistió en la revisión minuciosa de las historias clínicas y del libro de registros de laboratorio. Utilizando una ficha para recoger los datos en el que se tomaron en cuenta la edad, procedencia, ocupación, grado de instrucción, estado civil, paridad, intervalo

intergenesico, edad Gestacional, hemoglobina, control prenatal, nivel socioeconómico, complicaciones maternas.

La frecuencia de anemia en la gestante depende de factores como la condición económica, edad, tipos de alimentos que consumen, condición física, números de gestaciones y sobre todo si en el transcurso del embarazo no recibe como compensación el hierro suplementario. Los resultados encontrados fueron los siguientes: El total de la muestra fue de 32 gestantes con anemia. La mayoría de las gestantes presentaron anemia leve (84.4%) y no se presentó ningún caso de anemia severa. La población de multigestas representaron un alto porcentaje (46.9%). La mayoría de estas gestantes anémicas oscilaban entre las edades de 20 – 23 años con un (37.5%), procedentes en su mayoría de la zona periurbana (65.6%), dedicándose la mayoría a su casa (50%), encontrándose mayor porcentaje en aquellas que tuvieron un nivel educativo de primaria incompleta (40.6%). Las convivientes fueron las que presentaron mayor número de anemia con un (46.9%).

El mayor número de gestantes anémicas tenían intervalo intergenesico mayor de dos años con un (43.7%), predominio en el tercer trimestre con anemia leve (40.6%), teniendo en su mayoría de 1 – 3 controles prenatales (28.1%), siendo el mayor número de condición socioeconómica bajo (59.4%), con un mayor número de gestantes anémicas sin complicaciones (75%).

Libertad Ajalla Ortiz “La anemia ferropénica y su efecto en la gestante del tercer trimestre y en el producto” (Huánuco – 1998).

Tuvo como objetivo relacionar las patologías de la embarazada; la anemia ferropénica con los efectos (impacto) con el binomio madre y producto; para tal efecto se empleó el método explicativo, correlacional prospectivo y transversal, Cuyas conclusiones fue que las madres gestantes del tercer trimestre, con mayor severidad de anemia producen complicaciones en la gestante e igualmente sucede para el neonato, produciéndose en relación a la anemia severa de la gestante; estas fueron aceptadas a través de la técnica de Pearson con un $p < 0.05$ y un nivel de significancia de 95%. Por lo tanto nos permitimos recomendar la aplicación de estrategias compatibles a la prevención y protección de la gestante a fin de prevenir y tratar la anemia ferropénica en la población de mayor riesgo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de usuarias del Centro de Salud de Aparicio Pomares. Enero –noviembre 2015.

1.5.2 Objetivo Específico

- ✓ Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes del centro de salud Aparicio Pomares.
- ✓ Identificar el grado de anemia en el embarazo que presentan las gestantes del centro de salud Aparicio Pomares.

- ✓ Identificar el trimestre de embarazo con mayor incidencia de anemia.
- ✓ Determinar el peso de los recién nacidos de gestantes anémicas que acuden al Centro de Salud Aparicio Pomares.

2. REFERENCIA TEORICA O CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes Históricos

En la historia de la humanidad ha existido el problema de la anemia, sin haberse realizado estudios de investigación, solo algunos estudiosos que se preocuparon por la alta incidencia de anemia en las gestantes y las consecuencias en los recién nacidos.

Se sabe que el estado nutricional pre gestacional materno y el peso que gane la gestante durante su embarazo son factores fundamentales que influyen en el peso de los neonatos; cuyas secuelas se asocian con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental del recién nacido.

El estudio de la anemia se dio a finales del siglo XIX, en 1910 en la cual muchos estudiosos investigaron y contribuyeron a mejorar los síntomas y signos de esta enfermedad.

En el año 1910, el Dr. James Herrick describió oficialmente la anemia de células falciformes; quien visualizo los síntomas que hoy reconocemos como síndrome agudo de pecho, asimismo demostró la dimensión de la variable de la hemoglobina característica distintiva de este tipo de anemia homocigótica. Para cuyo diagnóstico se usaba la prueba de electroforesis y ante la casuística se profundizo el conocimiento médico de la enfermedad concluyendo que se da por herencia homocigótica y heterocigótica.

En el año 1949, la electroforesis mostró que la hemoglobina de la hoz se movió a un diverso tipo a la hemoglobina normal, dando lugar a

diversos tipos de anemia por falciformes concluyendo en la clasificación de esta enfermedad.

En la actualidad se sigue debatiendo si la anemia del embarazo ejerce algún efecto en el peso del recién nacido, realizándose investigaciones de incidencia, prevalencia y otros. Tal es así que en el año 2011 en el Perú Gonzales y colaboradores (37) realizó una investigación con el objetivo de demostrar la frecuencia de anemia y eritrocitos en gestantes de diferentes regiones del Perú y la asociación con los resultados adversos perinatales utilizando los datos del Sistema de Información Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud (MINSa). El estudio se realizó en 43 establecimientos de salud del Perú (10 de la costa, 22 de la sierra y 11 de la selva).

La población objetivo fue la madre como al recién nacido de embarazo único, con edad gestacional de 20 y 44 semanas. Los resultados fueron prevalencia de anemia en gestantes del Perú para el año 2011 fue de 28.0% y la prevalencia de anemia en provincias con comunidad nativa fue de 20.1%.

En conclusión la prevalencia de anemia disminuye conforme aumenta la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Las Regiones de la Sierra, Puno y Huancavelica son los que tienen mayor prevalencia de anemia leve. Las provincia de Sucre (Ancash) es la que tiene mayor prevalencia de anemia leve (72.3%), se sigue la provincia de Espinar (Cusco) con 64.6%.

La provincia de Purus (Ucayali) no presentó casos de anemia. En las comunidades nativas, la mayor prevalencia está en la anemia leve, esta presenta una tendencia decreciente conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23.7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18.7% para el rango entre 36 a 45 años.

En un estudio realizado en Brasil por Petraglia, no se encontró asociación alguna entre estas dos variables, mientras que en otra investigación en ese mismo país se tuvo como resultado que la proporción de recién nacidos de bajo peso fue más alta sobre gestantes anémicas que acudieron a la primera consulta prenatal en el tercer trimestre del embarazo. En distintas revisiones sobre anemia y embarazo, esta última se ha asociado con bajo peso al nacer.

Aunque en él se estimó una alta tasa de prevalencia de anemia gestacional, no se detectó ninguna asociación con bajo peso al nacer. El análisis multivariante reveló que al inicio del embarazo la madre presenta un peso, luego durante la gestación y la paridad están directamente asociados con el peso del recién nacido. Mientras que en otras investigaciones se demostró que existe una relación entre anemia materna y peso al nacer.

Varios investigadores como: Simmons, Giugliani entre otros han considerado un peso promedio mayor en los hijos de madres no anémicas que en los hijos de madres con anemia, y una prevalencia de neonatos de bajo peso significativamente más alta entre madres anémicas, sin que

hubiera asociación entre la concentración de hemoglobina de la madre y el peso del recién nacido.

Sin embargo a la fecha el problema de anemia en las gestantes continua siendo un gran problema de la salud pública, preocupación de la OMS, MINSA y de los poblacionales de la salud responsable de la atención del binomio Madre-Niño, motivo por el cual se está realizando la presente investigación y esperamos que los resultados contribuyan a mejorar el estado nutricional de las gestantes y por ende el recién nacido.

2.2. Aspectos Conceptuales o doctrinas (para cada variable.)

Variable Independiente:

Anemia en el embarazo;

Variable Dependiente: Peso del recién nacido

Peso del recién nacido expresado en gr, considerado como normal si se encuentra entre 2500 – 4000gr

2.3. Base teórica o teoría en la que se sustenta. (Teorías, modelos, paradigmas).

La hemoglobina es un pigmento característico que le da color a la sangre, es proteína conjugada que contiene el grupo “hemo”, es la encargada de suministrar el oxígeno a los tejidos corporales y, por eso, es un componente vital para el ser humano.

Los rangos de normalidad de hemoglobina en el ser humano varían en la población debido a los factores como los geográficos y ambientales (nivel sobre el mar y alturas). A nivel del mar los valores son mínimos, y a gran altura los valores son más altos (la menor presión parcial de O₂ obliga al organismo a optimizar su transporte). En relación al sexo, se observa que las mujeres (por la pérdida de eritrocitos y contenido sanguíneo en cada ciclo menstrual) los valores son menores siendo su hematocrito de 37 a 40% y hemoglobina de 12 a 14 g%. En relación al hombre se establece como normal un hematocrito de 40 a 50%, hemoglobina de 14 a 16%

Por decir un individuo tiene disminuido de 1 a 2 g/dl en su hemoglobina, y aun así estar dentro de la normalidad.

SEXO	NUMERO O ERITROCITOS	HEMATOCRITO	HEMOGLOBINA
Hombres	4,2-5,4x10 ⁶ /mm ³	42-52 %	13-17 g/dl
Mujeres	3,6-5,1x10 ⁶ /mm ³	36-48 %	12—16 g/dl

Cuando la cantidad de hemoglobina circulante esta disminuida en valores considerados como normales, se produce una disminución en la capacidad de oxigenación de los tejidos por la sangre que pueden ser ocasionados por pérdida de sangre, deterioro de la producción o destrucción de glóbulos rojos (eritrocitos); esto produce una patología muy conocida llamada anemia. La anemia se conceptúa como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Siendo su detección con el análisis de laboratorio cuyos resultados son un nivel de hemoglobina en

la sangre menor de lo normal. También puede haber disminución de glóbulos rojos, o del hematocrito, pero no es correcto definirla como disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia.

La anemia es un signo, que se orina muy frecuentemente por múltiples causas, siendo la de la mayor frecuencia por la deficiencia de hierro, poca ingesta de este mineral en la alimentación, o por pérdidas excesivas debido a hemorragias. Conforme a los criterios de la OMS y su gravedad, clasifica el grado de anemia de la siguiente forma:

TIPO	LEVE	MODERADO	SEVERO
Hemoglobina gr %	9 -11	7-9	< 7
Hematocrito %	33 - 27	26 - 21	< 20

Entre los factores etiológicos se tiene muchos que inciden directamente sobre las tasas de anemia: la ingesta o absorción del hierro (Fe), la deficiencia de micronutrientes, el hábito de fumar, la presencia de infecciones crónicas, de parasitosis y de anemias de origen hereditario como las talasemias y hemoglobinopatías.

La anemia en el embarazo es una patología que constituye en un problema de salud pública en el mundo en especial en los países en vías de desarrollo, ya que incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal.

Anemia en el Embarazo

Según la OMS (organización mundial de la salud) la anemia es la disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre, se considera que el valor de 11gr/100ml es el adecuado para las gestantes durante el primer y tercer trimestre del embarazo, en el segundo trimestre considera los valores mínimos de 10.5gr/100ml, por lo tanto se diagnostica como Anemia Gestacional cuando los valores de la hemoglobina es de 10.4gr/100ml.

La prevalencia de anemia en el embarazo varía debido a las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. La anemia es una de las enfermedades más frecuentes durante el embarazo ya que para el desarrollo del feto y la placenta se requiere el incremento de hierro elemental.

El requerimiento de hierro en el embarazo es 350 mg para el feto y la placenta, 450 mg para el incremento de la masa de Hb, 250 mg por las pérdidas durante el parto (se duplica en la cesárea) y 250 mg en las pérdidas basales. Esto se agrega a las necesidades diarias de hierro (2 mg en la mujer no embarazada; 6 mg/día en la gestante a partir del 4 mes).

La anemia es un problema hematológico muy frecuente del embarazo en el mundo. Se tiene información que en el continente americano existe un 60 % de embarazadas existiendo una variabilidad con otras regiones como es en Chile con un 1,3%, 18% en México.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 30 % de gestantes tienen anemia por deficiencia de hierro. Esta cifra se incrementa en algunas regiones del mundo hasta el 50 y el 60 %.

Sabemos que la función primordial del eritrocito es la de transportar oxígeno a los tejidos y con un problema de anemia trae como consecuencia la hipoxia tisular. Ante esta alteración se desarrolla el desarrollo de mecanismos que tratan de mantener la oxigenación de los tejidos. Siendo uno de ellos el aumento del volumen plasmático por pasaje de agua al compartimiento intravascular para que aumente la perfusión en la unidad de tiempo. Otro es el aumento del difosfoglicerato eritrocitario que aumenta la capacidad de disociación de la oxihemoglobina liberando mayor cantidad de oxígeno en los tejidos que en condiciones normales.

La estimulación cardíaca se constituye en el mecanismo compensador más importante que aumenta la fuerza de contracción ventricular y la frecuencia de la misma produciéndose una vasodilatación arteriolar a nivel visceral con vasoconstricción cutánea y muscular esquelética. Todo ello produce una hiperkinesia circulatoria que se manifiesta en la clínica (palpitaciones, taquicardia con pulso saltón, soplos cardíacos funcionales, aumento de la presión arterial diferencial, cefaleas pulsátiles) y que sumada a la disnea, mareos y palidez cutánea mucosa permiten el diagnóstico del síndrome que nos ocupa.

También los pacientes suele aquejar astenia, cansancio fácil con tareas habituales, torpeza mental y si hay desnutrición, nefropatías o hepatopatías acompañantes, edema subcutáneo. En el segundo trimestre

del embarazo hay un desequilibrio entre el incremento desigual del volumen del plasma y el de los glóbulos rojos, lo que se denomina indebidamente como anemia fisiológica.

Se trata, en realidad, de un estado de hipovolemia debido al aumento del líquido amniótico y al inicio del edema fisiológico de la gestación. Existen cambios porcentuales de elementos sanguíneos y de hemoglobina (Hb), pero los valores hemáticos absolutos se mantienen. Para el diagnóstico preciso de anemia en el embarazo deben ser no solo la Hb, el hematocrito (Hto) y el recuento de glóbulos rojos (RGR), sino incluir la ferritina, el Fe sérico y el volumen corpuscular medio (VCM).

Esto es particularmente importante en el momento de decidir una terapia con Fe: una gestante que no necesita Fe puede sufrir intoxicación férrica que es lesiva para ella y el feto, ya que retarda el crecimiento al competir con el zinc y el yodo, entre otros elementos.

Clasificación de la Anemia

Pueden agruparse en dos categorías:

1. Directamente relacionadas con la gestación:
 - a) Ferropenias.
 - b) Megaloblásticas.
 - c) Hipoplasias.

2. Que no guardan relación directa con la gestación:
 - a) Anemias por hematíes falciformes.
 - b) Otras anemias hemolíticas y raras.

La frecuencia de anemia en el embarazo depende principalmente de complementos de hierro al menos en un 95% de los casos; muy raramente se dan los casos de anemias megaloblásticas cuya causa es el déficit de vitamina B12.

Manifestaciones clínicas La clínica dependerá de la reserva funcional, intensidad y causa de la anemia.

En el grado leve se produce fatiga, palpitaciones y somnolencia, síntomas además comunes en el embarazo. En el grado moderado existe palidez, sudoración, taquicardia, palidez, sudoración y disnea de esfuerzo. En el grado severo, existe inestabilidad hemodinámica asociada a pérdidas agudas e intensas pérdidas de sangre que obligan a su hospitalización.

Diagnóstico clínico Durante la atención prenatal, se debe de realizar análisis de sangre con el estudio sistemático de la hemoglobina y el hematocrito que debe hacerse cada 6 a 12 semanas esto permitirá diagnosticar precozmente la anemia. Los niveles de hemoglobina deben ser mayores de 11 gramos por decilitro durante el primer y el tercer trimestre del embarazo y mayores de 10,5 en el segundo trimestre. Se caracterizan por tener:

- Hemoglobina y hematocrito disminuidos.
- Hierro sérico disminuido.
- Discapacidad total elevada.

- Índice de saturación disminuido.
- Protoporfirina eritrocitaria elevada.
- Lámina periférica normocítica hipocrónica.

Consecuencias durante el embarazo

- Partos Pretérmino.
- Bajo Peso al Nacer.
- Mortalidad Perinatal

Tratamiento: La administración de hierro debe proveer al organismo la cantidad suficiente de este elemento para lograr la regeneración de la hemoglobina y para la reserva. Para ello debemos administrar 2 a 3 tabletas diarias de sales ferrosas durante el embarazo y hasta 6 meses después del parto.

Debe darse sales ferrosas:

1. Sulfato ferroso: tableta de 300 mg = 60 mg de Fe elemental.
2. Gluconato ferroso: tableta de 300 mg = 36 mg de Fe elemental.
3. Fumarato ferroso: tableta de 200 mg = 65 mg de Fe elemental.

Intervenciones obstétricas

A. Mejorar el estado nutricional

- Proporcionar consulta con respecto a la dieta, recalando que sea bien equilibrada y rica en hierro.

- Suministrar complementos de hierro (sulfato ferroso, 300mg tres veces al día) si está prescrito. Si se dan complementos de hierro, aconsejar que ingiera más líquidos y fibras (para evitar el efecto colateral del estreñimiento) y aumentar la ingestión de alimentos ricos en vitamina C (que favorece la absorción de hierro). Se necesitan complementos de ácido fólico 1 mg de ácido fólico al día para corregir su deficiencia.

Las dietas ricas en proteína animal, y vegetales de hojas verdes, también son importantes. Cuando la anemia es intensa, puede ser necesaria la transfusión de paquete globular o hierro intramuscular.

B. Mejorar la Nutrición y Oxigenación del Feto. Para mejorar se requiere una dieta complementada con vitaminas y minerales.

La oxigenación del feto puede mejorarse o sostenerse si: Se mejoran las concentraciones de hemoglobina de la madre (puede ser necesaria la transfusión de paquete globular en casos de drepanocitemia). Se evitan las infecciones en la madre que pueden reducir la concentración de hemoglobina y aumentar la tasa metabólica y el consumo de oxígeno.

IMPACTO DE LA ANEMIA MATERNA SOBRE EL FETO

El impacto perinatal de la anemia consiste en la ocurrencia del doble de riesgo de infecciones, mayor riesgo de pre eclampsia y eclampsia, enfermedades endocrinas y cardiopatías.

La anemia impacta de manera negativa al feto, comprometiendo su reserva de hierro y por ende incrementando el riesgo de abortos, de prematuridad, de bajo peso al nacer, de sufrimiento durante el trabajo del parto y muerte. Muchos recién nacidos de madres anémicas tienen retardo del crecimiento psicomotor, problemas de aprendizaje y un coeficiente intelectual disminuido.

El riesgo de muerte fetal aumenta cuando la madre tiene anemia grave. La presencia de anemia materna genera estrés tanto en madre como feto. Esta situación genera mayor producción de prostaglandinas y de oxitocina, las cuales pudieran dar inicio al trabajo de parto.

El estrés fetal libera CRH a nivel de madre y placenta, iniciando así el trabajo de parto, resultando como consecuencia productos con menos peso, talla y edad gestacional.

Clasificación del Recién Nacido

Se toma en cuenta la edad gestacional y el peso del recién nacido para la clasificación, siendo de la siguiente manera:

RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas de gestación y menor de 42 semanas de gestación.

RNPT (Recién nacido pre término): Aquellos nacidos con edad gestacional menor de 37 semanas de gestación. **RNPT (Recién nacido pos término):** Aquellos nacidos con edad gestacional mayor o igual a 42

semanas de gestación. Según la relación entre peso y edad gestacional se subdivide en: AEG (Adecuados para la edad gestacional): Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI) PEG (Pequeños para la edad gestacional): cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.

GEG (Grandes para la edad gestacional): cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI. Referente al parámetro peso se clasifica también de la siguiente manera: Recién nacido de bajo peso: producto con peso menor a 2500 gr. Recién nacido de muy bajo peso (MBP): productos con peso menor a 1500 gr. Recién nacido de extremadamente bajo peso (EBP): productos menores de 1 000 gr.

Recién Nacido de Bajo Peso

Hace 50 años la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció el término de "recién nacido de bajo peso" identificando a todo aquel neonato con peso menor a 2500 gr. Luego de 30 años OMS dice: En todo el mundo y en todos los grupos de población el peso bajo al nacer, es el factor individual más importante que determina las probabilidades del neonato de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo sano.

El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, cuya secuela es la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año. La mayor incidencia de nacimientos con neonatos de bajo peso ocurre en países subdesarrollados haciendo un 90% y con una prevalencia global de 19%.

El Bajo Peso al Nacer alcanza un 50% en países asiáticos, mientras que en América latina alcanza un 11% y para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6%. Los factores asociados al BPN son las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales.

Los niños que nacieron con BPN tienen problemas a futuro e incluso lo padecen su descendencia haciendo cuadros de infecciones de adultos que les conlleva a la muerte 10 veces mayor, comparada con la de quienes tuvieron peso adecuado al nacimiento.

El mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas durante la infancia, conlleva a desnutrición y consecuentemente al círculo vicioso infección/desnutrición/infección y a un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas durante la edad adulta.

Problemas asociados con el Bajo peso al nacer:

Los niños con bajo peso al nacer presentan como morbilidad neonatal inmediata: asfixia perinatal, aspiración de meconio, hipotermia, hipoglucemia, hipocalcemia y policitemia, además de las enfermedades asociadas a inmadurez y a los efectos de los factores etiológicos que produjeron el bajo peso. Estos productos son más susceptibles de hospitalización y eventos infecciosos más prolongados y severos.¹

¹Ashworth-Hill A. Infección e inmunidad en lactantes de bajo peso al nacimiento. 1999. Pág 16

Aquellos niños con BPN por malnutrición materna tienen mayor probabilidad o mayor riesgo de morir que los nacidos de buen peso.

Y estos episodios son de diarrea, infección respiratoria aguda o sarampión si no están inmunizados. La susceptibilidad de morir por infección se mantiene aún en los adultos jóvenes que tuvieron BPN, con riesgo hasta diez veces más alto que los eutróficos al nacimiento.

Otro gran problema que parece tener los productos con BPN son las alteraciones del desarrollo mental, problemas de aprendizaje y del lenguaje; secuelas motoras y auditivas y alteraciones de conducta.

Las estadísticas señalan que los recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer pero que no sufrieron otras agresiones y el ambiente perinatal fue óptimo, tienen desarrollo a futuro normal _ En los recién nacidos a término con bajo peso al nacer, el sufrimiento fetal crónico que produce bajo peso, frecuentemente se asocia con agudización del problema al momento del parto y consecuentemente con asfixia perinatal de diverso grado, situación que puede conducir a encefalopatía hipóxico-isquémica, que aun cuando sea leve, podría ocasionar algún tipo de secuela en 20 a 95% de los sobrevivientes.

Asimismo, los eventos hipóxicos secundarios a inmadurez pulmonar y al manejo ventilatorio concomitante, son más frecuentes en prematuros, sobre todo en los de muy bajo peso.

Estas diferencias se traducen en eventos de daño cerebral que suceden en diferente momento perinatal y sobre un cerebro que reacciona al mismo daño en diferente forma, de acuerdo a su grado de madurez._

Estos pacientes con bajo peso al nacer también presentan enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta, principalmente enfermedades cardiovasculares (en particular hipertensión arterial sistémica), diabetes tipo II, obesidad y osteoporosis que parecen tener más relación con la alimentación hiperproteica que a menudo se proporciona a estos pacientes, o bien a las alteraciones del balance en los nutrientes y su acción sobre la vasculatura fetal.

Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer

La OPS (Organización peruana de la salud) clasifica a los factores: socio demográfico, pre-concepcionales, concepcionales, ambientales, de comportamiento y dependientes del cuidado de la salud. Entre ellos considera: Causas de origen extrínseco: Padres con baja estatura. Edad materna (mayor riesgo en menores de 20 y mayores de 40 años).

Peso materno menor de 50 kg, Factores socioeconómicos maternos. Deficiente aporte de nutrientes. Antecedente obstétrico de recién nacidos con bajo peso. Atención prenatal deficiente. Exposición a tóxicos como: alcohol, nicotina, anticonvulsivantes. Exposición a infección intrauterina, principalmente las del síndrome de TORCH. Exposición a teratógenos. Vivir a gran altitud sobre el nivel del mar.

Causas de origen intrínseco: Alteraciones genéticas del feto. Embarazo múltiple. Enfermedad cardíaca materna. Anemia materna. Disfunción placentaria que acompaña a los estados hipertensivos del embarazo. Infartos placentarios y/o el desprendimiento crónico de la misma. Tamaño pequeño de la placenta.

Malformaciones, tumores uterinos reducen el espacio para el adecuado crecimiento del feto sumado a ello los problemas de desnutrición de los neonatos con bajo peso al nacer, factores etiológicos, lo que impide una adecuada recuperación. Por un lado, si el producto con BPN es 2aceptar en forma total los nutrientes necesarios para su recuperación.

Los prematuros son especialmente susceptibles para desarrollar desnutrición adquirida, sobre todo si se encuentran críticamente enfermos en el período postnatal. La meta de la alimentación neonatal es imitar el crecimiento y la composición corporal intrauterinos en el prematuro y recuperar e igualar la velocidad de crecimiento postnatal. El feto tiene como su principal aporte nutricio la glucosa que toma de la madre a través de la placenta, con un consumo mínimo de grasas.

Al producto de muy bajo peso a menudo se le administra lípidos y glucosa en mayor cantidad de la que requiere. El suministro de proteína es la misma cantidad parecida a las 24 y 25 semanas de gestación; siendo de 4 g/kg/día para disminuir a 3 gr en el paciente de término, siempre y cuando no presente enfermedad coexistente y siendo de una preparación especial para este período.

Otra posibilidad de nutrición de productos con bajo peso, sobre todo prematuros y con menos de 1 500 gr es la alimentación enteral mínima. Cuando se inicia no tiene un valor nutricional real ya que las cantidades varían ente 1 a 25 mL/kg/día.

El incremento debe ser paulatino y de preferencia con leche materna que tiene efecto protector contra enterocolitis necrosante.

Independientemente de la edad gestacional y peso al nacimiento, a todo recién nacido con bajo peso al nacer debe darse aportes adecuados de hierro, cobre, zinc y vitaminas para recuperar los depósitos que no fueron acumulados in útero. El hierro se encuentra en niveles bajos en los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso, más aún, la deficiencia de hierro tiene una alta prevalencia en los países en vías de desarrollo.

La deficiencia de este mineral durante las primeras etapas del desarrollo cerebral se ha relacionado con alteraciones de la conducta que incluyen deficiencias del aprendizaje y de la memoria.

2.3 Definiciones Operacionales (de palabras claves no más de 5)

Anemia: Trastorno caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta unos niveles debajo del rango normal, disminución de la producción de hematíes, aumento de la destrucción de los mismos o pérdida de sangre.

Embarazo: Proceso de gestación, que abarca el crecimiento y el desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción, a lo largo de los periodos embrionario y fetal hasta el nacimiento. **Peso del Recién Nacido:** Peso expresado en gramos con el que nace un neonato habitualmente de unos 3,500gr, se conoce que el

riesgo de mortalidad neonatal es mayor en recién nacidos con pesos menores de 2,500gr o mayores de 4,000gr.

Gestante: Persona femenina que se encuentra embarazada o en gestación, periodo de tiempo comprendido entre la fertilización del óvulo y el nacimiento

3. METODOLOGIA DE INVESTIGACION

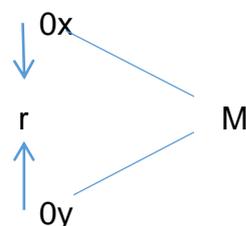
3.1. Método y Nivel de Investigación

El presente estudio por el grado de participación del investigador es descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal.

- Según análisis y alcance de los resultados es descriptivo porque no se manipula variables, sólo se describe los hechos.
- Según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo, porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos.
- Según el periodo y secuencia es transversal porque las variables de estudio serán medidas simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte de tiempo.

Diseño de la Investigación

Para la investigación se tuvo en cuenta el diseño de tipo descriptivo correlacional retrospectivo cuyo esquema es el



Dónde:

M: Muestra en Estudio

Ox: Datos de la Variable Independiente (anemia en el embarazo)

Oy: Datos de la Variable Dependiente (Peso del recién nacido)

r : Relación de datos de ambas variables

3.2. Sistema de Hipótesis, Variables (Operativización) y esquema de diseño

Hipótesis General

Específicos

H1: La anemia leve en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.

H2: La anemia moderada en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.

H3: La anemia grave en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.

3.3. Técnicas e Instrumentos

3.3.1 Métodos e instrumentos de Recolección de datos

Los métodos utilizados fueron el análisis documental, para recabar datos importantes de las madres gestantes con anemia en estudio, para

ello se utilizó la Historia perinatal SIP 2000, como instrumento de recolección de datos de utilizo la ficha estructurada.

3.3.2. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.

El instrumento fue validado por expertos que compiten el tema de la investigación de los cuales se validó en un 95% y su confiabilidad en un 5% Para ello se realizó una prueba piloto la cual se aplicó a 15 gestantes.

3.3.3. Recolección y Organización de datos.

Para el procedimiento de recolección de datos se realizó los siguientes pasos: Se solicitó la autorización del Jefe del establecimiento de salud, Jefe de servicio de Obstetricia y Jefe del servicio de Laboratorio del centro de Salud Aparicio Pomares. Se presentó el proyecto a la plana directiva de la Institución y personal del servicio de Obstetricia para motivarlos y obtener su colaboración.

El investigador principal verifico el cumplimiento de los criterios de inclusión de las gestantes que se seleccionaron para la investigación. Se procedió a realizar el análisis documental, como instrumento de recolección de datos se usaron las historias clínicas y fichas de recolección de datos de análisis de laboratorio clínico de las gestantes con anemia en estudio.

Para la recolección de datos se usaran las fuentes primarias: Fichas y registros de las gestantes con anemia registradas en el Centro

de Salud Aparicio Pomares, y las fuentes secundarias: Bibliografías, revistas, internet, etc.

3.3.4. Interpretación de datos y resultados

Procesamiento de datos: Después de hacer una evaluación y análisis de los datos, a fin de garantizar la validez y confiabilidad se organizó y proceso en forma manual.

Procesamiento de datos

Después de hacer una evaluación y análisis de los datos, a fin de garantizar la validez y confiabilidad se organizó y proceso en forma manual.

Presentación de datos: Los datos son presentados mediante la construcción de tablas de frecuencia unidimensionales. A partir de estas tablas se construyeron cuadros estadísticos y calcularon estadígrafos y medidas de resumen, para facilitar el análisis e interpretación de los datos y resultados mediante la estadística inferencial y la significancia del chi – cuadrado: χ^2 .

3.3.5. Análisis de datos prueba de Hipótesis:

Una vez obtenida la información, los datos requeridos se procesaron haciendo uso de las técnicas básicas de la Estadística mediante programas como: Microsoft Word, Microsoft Excel y/o SPSS.

Para la descripción y análisis explicativo y correlacional de los resultados se usó los cuadros estadísticos y gráficos.

Para la validación de la hipótesis: Validación directa: se hizo para la variable independiente por ser esta empírica, por tener que contrastarla y confirmarla en las unidades de análisis. - Validación indirecta: se hizo para la variable dependiente por ser esta teórica, además se requerirá de su contrastación y confirmación sobre si la anemia en las gestantes influye o no en el peso de los recién nacidos.

3.4. Cobertura de la Investigación (Población y muestra).

3.4.1. Población

Para la investigación se tuvo en cuenta como universo o población a todas las gestantes que acuden al Centro de Salud Aparicio Pomares entre enero a noviembre, 2015, haciendo un total de 600 gestantes.

3.4.2. Muestra y Muestreo

3.4.2.1. Unidad de Análisis En la presente investigación la unidad de análisis estuvo conformado por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Aparicio Pomares de enero a noviembre del 2015, con el diagnóstico de anemia.

3.4.2.2. Unidad de Muestreo La unidad de muestreo estuvo conformada por las mismas gestantes atendidas en EL

Centro de Salud Aparicio Pomares de enero a noviembre del 2015, con el diagnóstico de anemia.

3.4.2.3. Marco Muestral: El marco muestral de la investigación estuvo conformada por las Historias clínicas de las gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal y partos del Centro de Salud Aparicio Pomares.

3.4.2.4. Tamaño de la Muestra; La muestra estuvo representada por 120 gestantes atendidas en EL Centro de Salud Aparicio Pomares de enero a noviembre del 2015, con el diagnóstico de anemia.

3.4.2.5. Tipo de Muestreo: Para la selección de la muestra se utilizó la técnica del muestreo No Probabilístico por conveniencia ya que todos los elementos de la población tendrán la misma posibilidad de ser escogidos y se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.2.6. Criterios de Inclusión y Exclusión: Son los siguientes:

Criterios de Inclusión: Mujeres gestantes que presentan anemia durante su embarazo entre enero a noviembre, 2015. Mujeres gestantes con anemia entre las edades > de 15 años. Mujeres gestantes con atención prenatal y con anemia atendidos en el

Centro de Salud Aparicio Pomares entre los meses enero – noviembre 2015.

Criterios de Exclusión: Mujeres gestantes que no presentan anemia durante los meses de enero a noviembre del 2015. Mujeres gestantes que no tienen atención

Criterios de Exclusión

- Mujeres gestantes que no presentan anemia durante los meses de enero a noviembre del 2015.
- Mujeres gestantes que no tienen atención prenatal.
- Mujeres gestantes que no aceptaron participar de la Investigación.

3.4.3. Ubicación de la Población en espacio y tiempo.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Aparicio Pomares, ubicado en el Pueblo joven del mismo nombre, distrito y provincia de Huánuco, delimitado entre los jirones Micaela bastidas y la cuadra dos de prolongación Junín.

Este establecimiento de salud pertenece a la Micro Red Aparicio Pomares-Red Huánuco - Dirección de salud de Huánuco. Brinda atención correspondiente al primer nivel durante las 24 horas del día en los servicios de Medicina, Obstetricia, laboratorio, Odontología, Nutrición

4. RESULTADOS

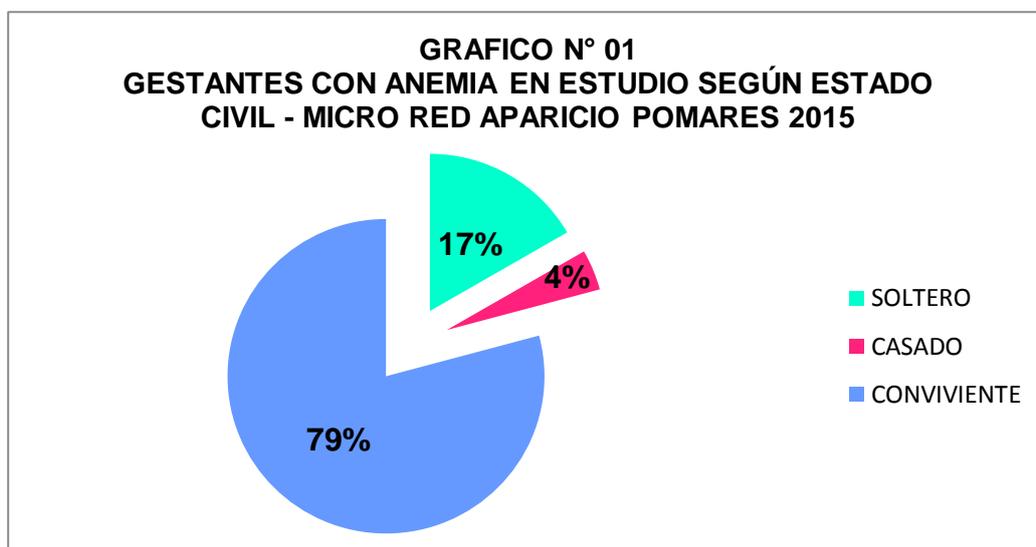
4.1. Presentación de Resultados en concordancia con las variables y objetivos.

Los resultados son sistematizados en cuadros estadísticos y gráficos los mismos que facilitaran el análisis e interpretación de los datos.

TABLA N° 01
GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL -
MICRO RED APARICIO POMARES 2015

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERO	20	17%
CASADO	5	4%
CONVIVIENTE	95	79%
TOTAL	120	100%

Fuente ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

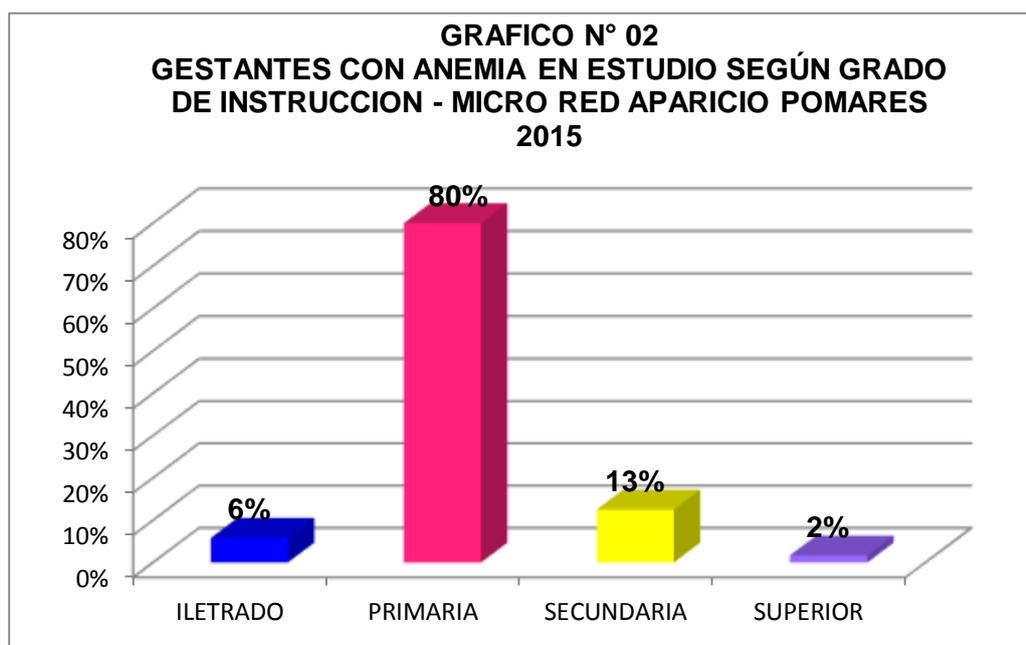
La tabla y grafico N° 01, muestran que, el 79%(95) de gestantes con anemia estudiadas presentaron el estado civil conviviente, el 17%(20) soltera y 4%(5) casada.

TABLA N° 02

GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION - MICRO RED APARICIO POMARES 2015

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
ILETRADO	7	6%
PRIMARIA	96	80%
SECUNDARIA	15	13%
SUPERIOR	2	2%
TOTAL	120	100%

Fuente ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

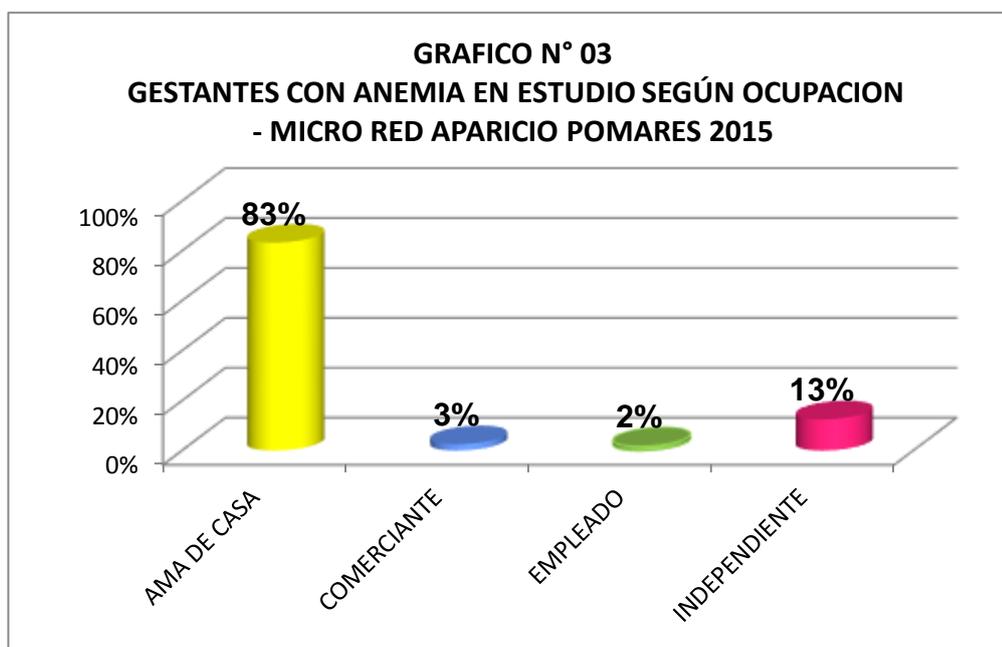
La tabla y grafico N° 02, señalan que, el 80%(96) de gestantes con anemia estudiadas presentaron el grado de instrucción primaria, el 13%(15) secundaria, el 6%(7) iletrada y el 2%(2) superior.

TABLA N° 03

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACION -
MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

OCUPACION	N°	%
AMA DE CASA	100	83%
COMERCIANTE	3	3%
EMPLEADO	2	2%
INDEPENDIENTE	15	13%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

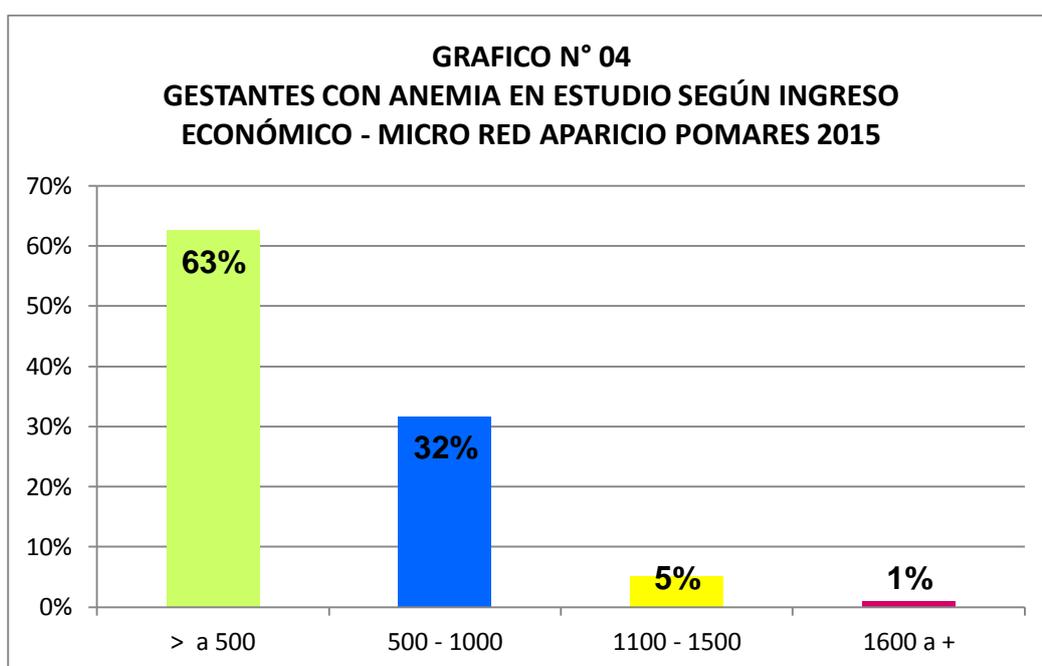
La tabla y grafico N° 03, indican que, el 83%(100) de gestantes con anemia estudiadas son ama de casa, el 13%(15) tiene ocupación independiente, el 3%(3) son comerciantes, el 2%(2) son empleados.

TABLA N° 04

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN INGRESO
ECONÓMICO - MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

INGRESO ECONÓMICO	N°	%
> a 500	75	63%
500 - 1000	38	32%
1100 - 1500	6	5%
1600 a +	1	1%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

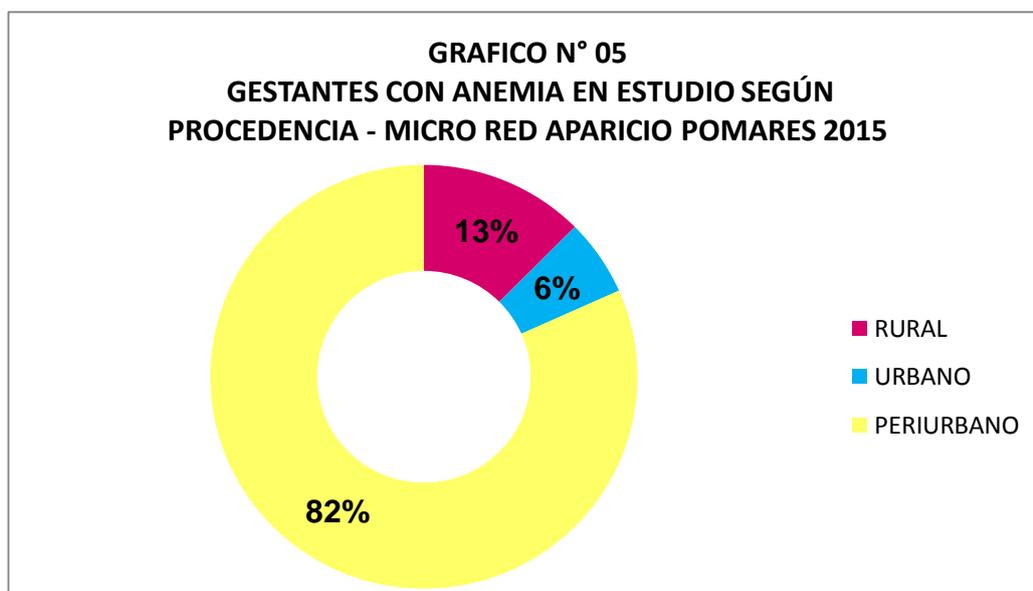
En la tabla y grafico N° 04, se observa que, el 63%(75) de gestantes con anemia estudiadas fluctúan en una economía entre menos de 500 nuevos soles por mes, el 32%(38) perciben entre 500 a 1000 nuevos, el 5%(6) entre 100.1500 nuevos soles y el 1%(1) entre 1600 a más nuevos soles.

TABLA N° 05

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA -
MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

PROCEDENCIA	N°	%
RURAL	15	13%
URBANO	7	6%
PERIURBANO	98	82%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

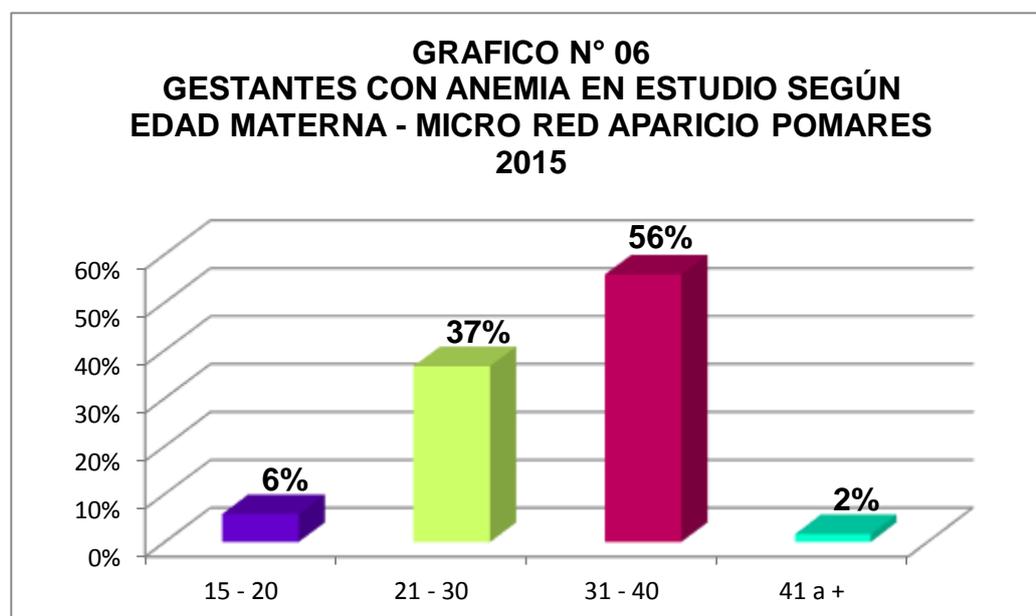
La tabla y grafico N° 05, muestran que, el 82%(98) de gestantes con anemia estudiadas son de procedencia periurbana, el 13 % (15) de zona rural y el 6%(7) de zona urbana.

TABLA N° 06

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN EDAD MATERNA -
MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

EDAD MATERNA	N°	%
15 - 20	7	6%
21 - 30	44	37%
31 - 40	67	56%
41 a +	2	2%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

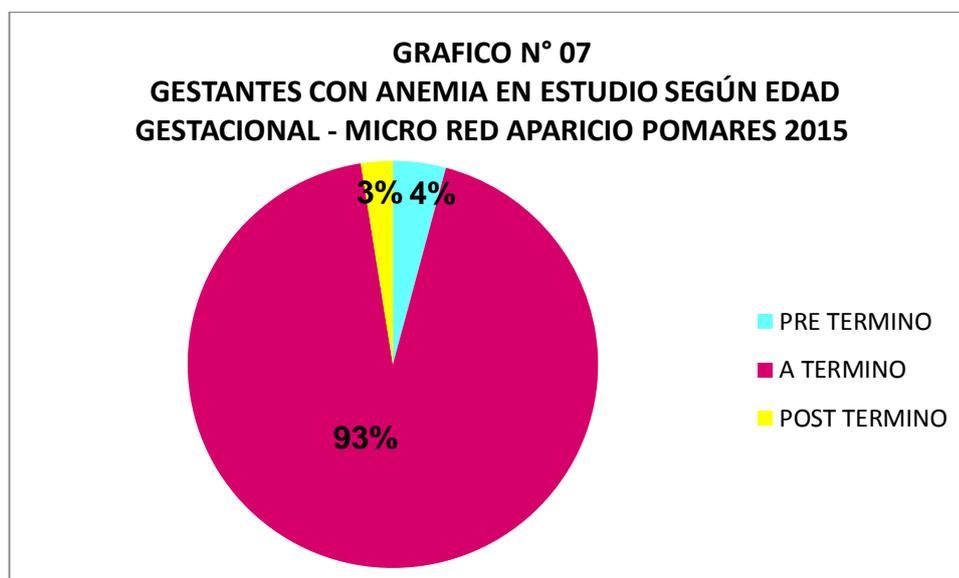
La tabla y gráfico N° 06, señalan que, el 56%(67) de gestantes con anemia estudiadas presentaron edad materna entre 31-40 años, el 37%(44) entre 21 y 30 años, el 6% (7) entre 15-20 años y el 2%(2) entre 41 a más años

TABLA N° 07

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN EDAD
GESTACIONAL - MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

EDAD GESTACIONAL	N°	%
PRE TERMINO	5	4%
A TERMINO	112	93%
POST TERMINO	3	3%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

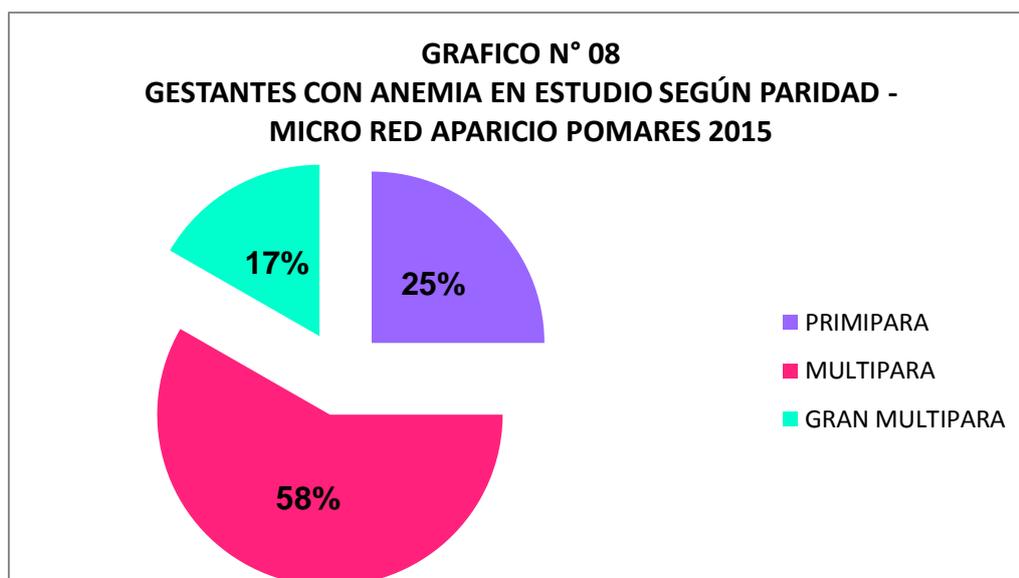
La tabla y gráfico N° 07, indican que, el 93%(112) de gestantes con anemia estudiadas tiene la edad gestacional a término, el 4%(5) pretérmino y el 3%(3) post término.

TABLA N° 08

GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN PARIDAD - MICRO RED APARICIO POMARES 2015

PARIDAD	N°	%
PRIMIPARA	30	25%
MULTIPARA	70	58%
GRAN MULTIPARA	20	17%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

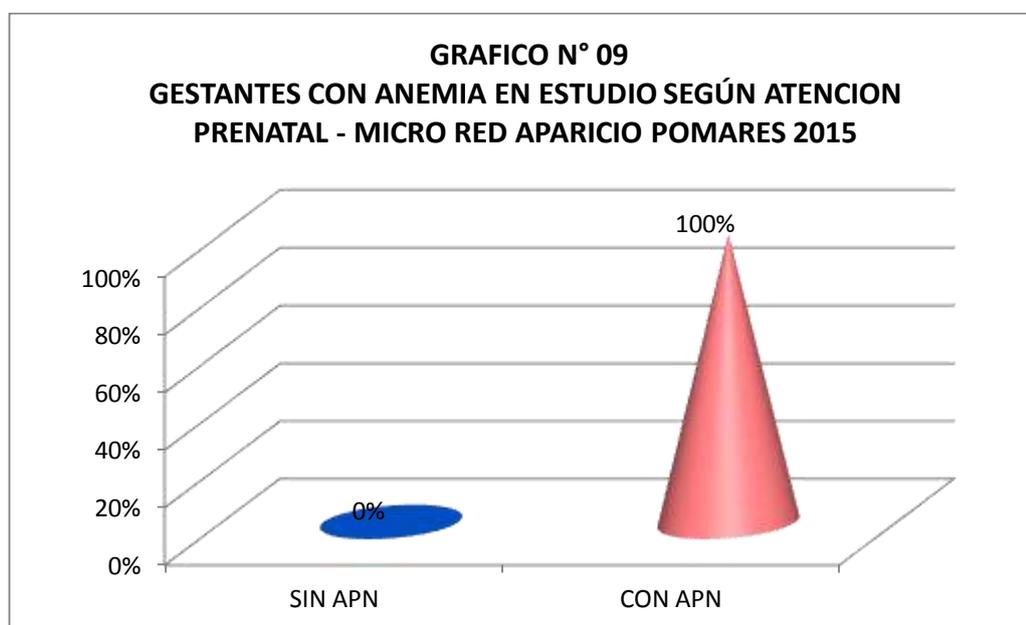
En la tabla y grafico N° 08, se observa que, el 58%(70) de gestantes con anemia estudiadas son múltiparas, el 25%(30) primípara y el 17%(20) son gran múltiparas.

TABLA N° 09

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN ATENCION
PRENATAL - MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

ATENCION PRENATAL	N°	%
SIN APN	0	0%
CON APN	120	100%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

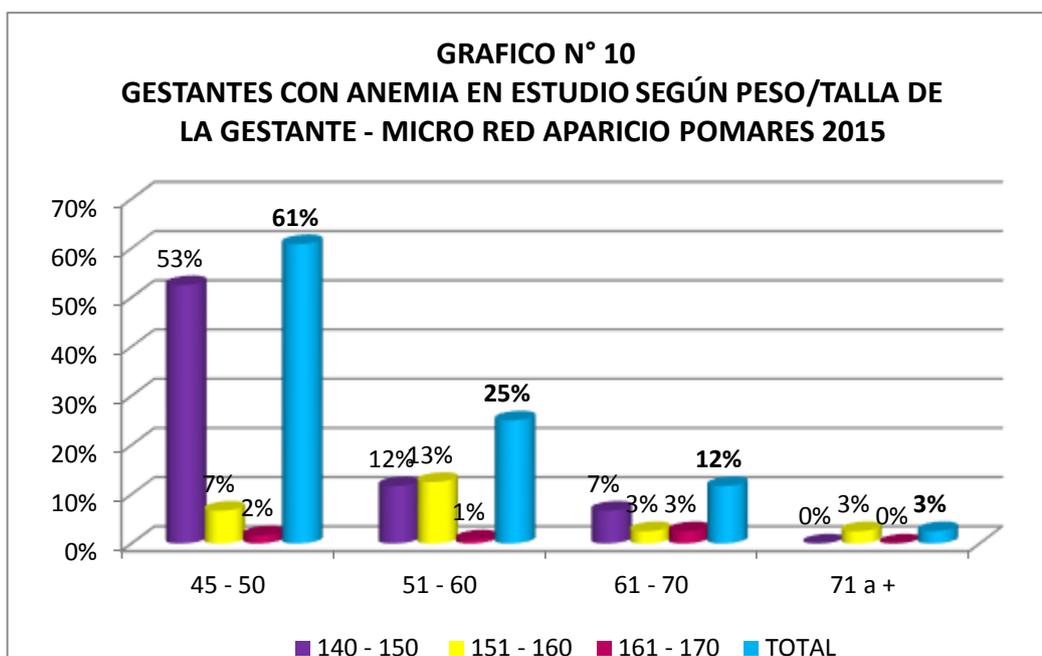
La tabla y grafico N° 09, muestran que, el 100%(120) de gestantes con anemia estudiadas recibieron atención prenatal.

TABLA N° 10

GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN PESO/TALLA DE LA GESTANTE - MICRO RED APARICIO POMARES 2015

PESO DE LA GESTANTE	TALLA						TOTAL	
	140 - 150		151 - 160		161 - 170			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
45 - 50	63	53%	8	7%	2	2%	73	61%
51 - 60	14	12%	15	13%	1	1%	30	25%
61 - 70	8	7%	3	3%	3	3%	14	12%
71 a +	0	0%	3	3%	0	0%	3	3%
TOTAL	85	71%	29	24%	6	5%	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

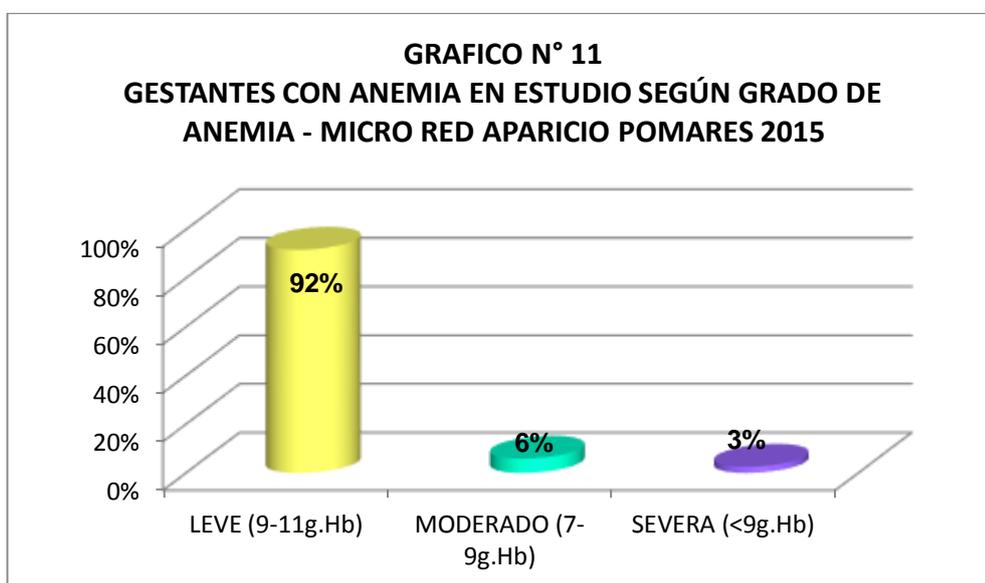
La tabla y grafico N° 10, indican que, el 61%(73) de la muestra estudiada presentaron peso entre 45-50 Kg, el 25 %(30) de 51-60 Kg, el 12%(14) entre 61-70 Kg, y el 3%(3) entre 71 a más Kg. De los cuales el 71%(85) gestantes presentaron una talla de 140-150cm; el 24%(29) entre 151-160 cm; y el 5%(6) entre 161-170 cm.

TABLA N° 11

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN GRADO DE ANEMIA -
MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

GRADO DE ANEMIA	N°	%
LEVE (9-11g.Hb)	110	92%
MODERADO (7-9g.Hb)	7	6%
SEVERA (<9g.Hb)	3	3%
TOTAL	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

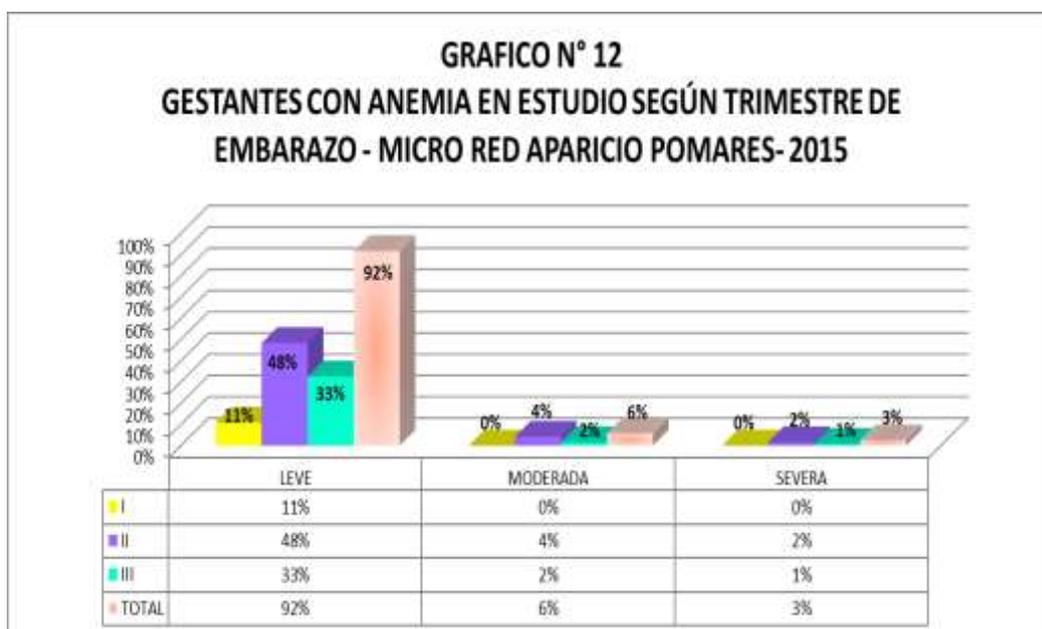
En la tabla y grafico N° 11, se observa que, el 92%(110) gestantes con anemia estudiadas presentaron el tipo de anemia leve (9-11) g. Hb); anemia moderada (7-9 g. Hb.); el 6%(6) y anemia severa (<9g.Hb.) el 3%(3)-

TABLA N° 12

GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN TRIMESTRE DE EMBARAZO – MICRO RED APARICIO POMARES - 2015

GRADO DE ANEMIA	TRIMESTRE DE EMBARAZO						TOTAL	
	I		II		III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LEVE	13	11%	58	48%	39	33%	110	92%
MODERADA	0	0%	5	4%	2	2%	7	6%
SEVERA	0	0%	2	2%	1	1%	3	3%
TOTAL	13	11%	65	54%	42	35%	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

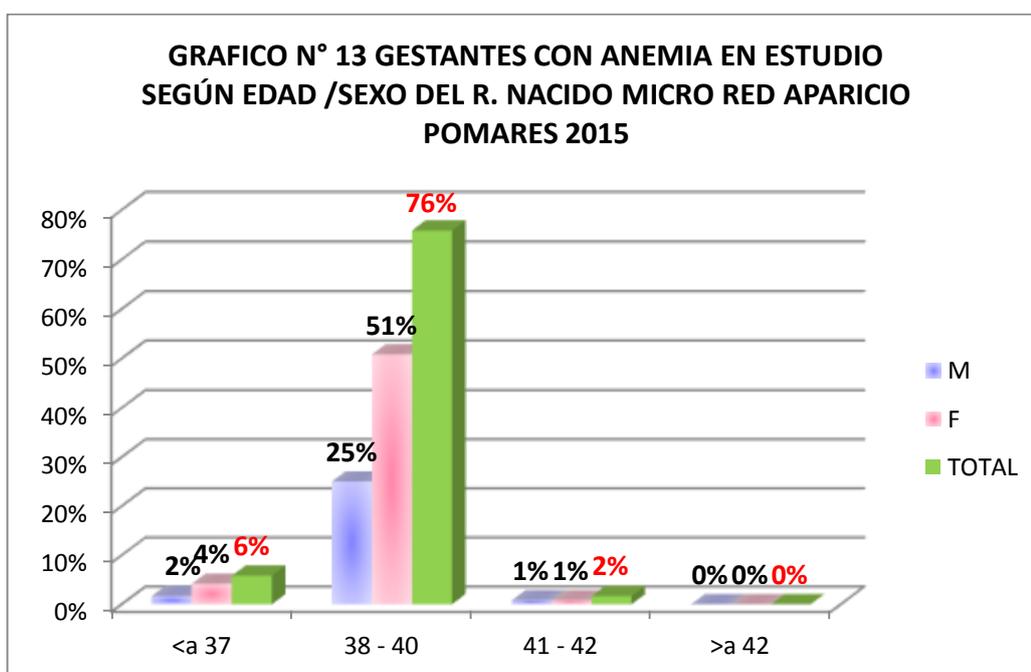
La tabla y grafico N° 12, indican que, el 92% (110) de la muestra estudiada presentaron anemia leve; el 6 % (7) anemia moderada; el 3% (3) anemia severa. De los cuales el 54% (65) gestantes eran del II trimestre; 35% (42) gestantes del III trimestre; y 11% (13) gestantes en el I trimestre.

TABLA N° 13

GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN EDAD/SEXO DEL R. NACIDO - MICRO RED APARICIO POMARES 2015

EDAD AL NACER (SEM)	SEXO				TOTAL	
	M	%	F	%	N°	%
<a 37	2	2%	5	4%	7	6%
38 - 40	30	25%	61	51%	91	76%
41 - 42	1	1%	1	1%	2	2%
>a 42	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	33	28%	67	56%	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

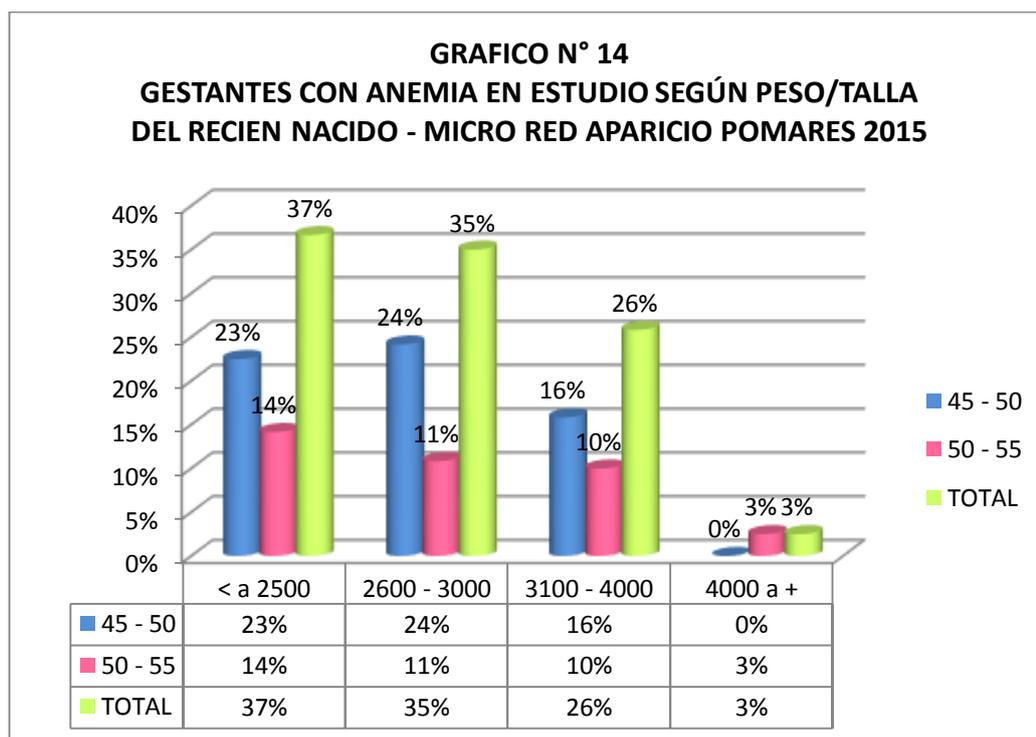
La tabla y grafico N° 13, indican que, el 76%(91) de gestantes con anemia estudiadas presentaron recién nacidos entre 38 a 40 semanas; el 6%(7) menos de 37 semanas y el 2%(2) entre 41-42 semanas. De los cuales el 28%(33) son del sexo masculino y 56%(67) del sexo femenino.

TABLA N° 14

**GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN PESO/TALLA DEL
RECIEN NACIDO –
MICRO RED APARICIO POMARES 2015**

PESO DEL RECIEN NACIDO	TALLA				TOTAL	
	45 - 50		50 - 55			
	N°	%	N°	%	N°	%
< a 2500	27	23%	17	14%	44	37%
2600 - 3000	29	24%	13	11%	42	35%
3100 - 4000	19	16%	12	10%	31	26%
4000 a +	0	0%	3	3%	3	3%
TOTAL	75	63%	45	38%	120	100%

Fuente Ficha de registro



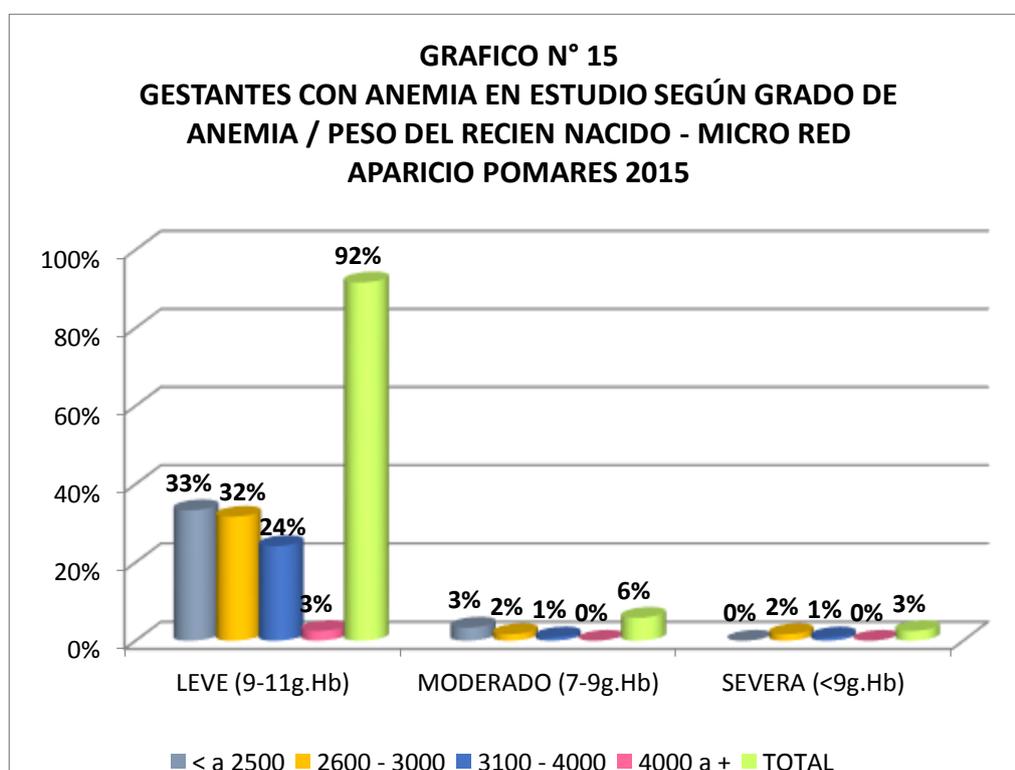
ANALISIS E INTERPRETACION

La tabla y grafico N° 14, señalan que, el 37%(44) de gestantes con anemia estudiadas presentaron recién nacidos con peso menos de 2,500 g; el 35%(42) entre 2600 a 3000 g; el 26%(31) entre 3100 a 4000 g; y el 3%(3) entre 4000 a más g. De los cuales el 63%(71) presentaron una talla entre 45-50 cm; el 38 %(45) entre 50-55cm.

TABLA N° 15
GESTANTES CON ANEMIA EN ESTUDIO SEGÚN GRADO DE ANEMIA
/PESO DEL RECIEN NACIDO - MICRO RED APARICIO POMARES 2015

GRADO DE ANEMIA	PESO RECIEN NACIDO								TOTAL	
	< a 2500		2600 - 3000		3100 - 4000		4000 a +			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LEVE (9-11g.Hb)	40	33%	38	32%	29	24%	3	3%	110	92%
MODERADO (7-9g.Hb)	4	3%	2	2%	1	1%	0	0%	7	6%
SEVERA (<9g.Hb)	0	0%	2	2%	1	1%	0	0%	3	3%
TOTAL	44	37%	42	35%	31	26%	3	3%	120	100%

Fuente Ficha de registro



ANALISIS E INTERPRETACION

La tabla y grafico N° 15, señalan que, el 92%(110) de gestantes con anemia estudiadas presentaron anemia leve; el 6%(7) anemia moderada; el 3%(3) anemia severa. De los cuales el 37%(44) fue con peso menos de 2,500 g; el 35% (42) entre 2600 a 3000 g; el 26%(31) entre 3100 a 4000 g; y el 3%(3) entre 4000 a más g.

5. DISCUSION DE RESULTADOS

De esta manera se llegaron a conclusiones: que el nivel socioeconómico de las gestantes fluctúan entre menos de 500 nuevos soles mensual, el 92% de gestantes presentaron el grado de anemia leve y el 37% de recién nacidos presentaron un peso menor de 2500 gramos y el 61% presentaron un peso bajo. Para tal efecto Jimi A. Carvayo encontró en sus estudios que existe un alto porcentaje de pacientes que sufren anemia durante la gestación, corroboramos la estrecha relación entre el peso bajo de la embarazada y los niños de bajo peso al nacer, así se ratificó la relación de antecedentes de anemia de embarazos anteriores y la anemia en el embarazo actual. Además la falta de seguimiento, vigilancia y de la sistematización de una política educativa sobre los suplementos vitamínicos y minerales que deben ser suministrados a toda embarazada así como a las puérperas.

Al respecto Grados Valderrama y Cols. Indican que existe una relación lineal entre las variables índices de masa corporal (IMC) pre gestacional y ganancia de peso materno durante el embarazo con el peso del recién nacido, ya sea en forma individual o asociada, para las mujeres adelgazadas, con el IMC ideal y con sobrepeso.

Por otro lado Vilma Yovanna Corasma, en su estudio encontró que los factores que más influyó en el peso de los recién nacidos son las complicaciones con la pre eclampsia, multiparidad, los abortos y la anemia. Del total de madres estudiadas el 56%(67) estuvo comprendido entre 31 a 40 años lo que representa el mayor porcentaje de madres anémicas.

Así mismo Elizabeth Huillca, en sus resultados informa que las mayorías de las gestantes en estudio presentaron anemia leve (84.4%), resultado que coincide con la investigación; ya que se obtuvo el resultado de 92%(110) gestantes. El mayor número de gestantes anémicas tenían intervalo intergenésico mayor de dos años, con un (43.7%) predominio en el tercer trimestre; contrastándose con nuestra investigación cuyo resultado revela que la anemia leve predomino en el segundo trimestre con un 48%(58).

De las 120 gestantes estudiadas el 100% tuvo atención prenatal, estando comprendida en un 58 % (70) las multíparas y en un 93%(112) con una edad gestacional de 40 semanas(a término).

Libertad Ajalla Ortiz, menciona que las gestantes del tercer trimestre con mayor severidad producen complicaciones, igualmente sucede para el neonato, produciéndose en relación a la anemia severa de la gestante; estas fueron aceptadas a través de Pearson con un 0.05 y un nivel de significancia de 95%. Por lo tanto nos permitimos recomendar la aplicación de estrategias compatibles a la prevención y protección de la gestante a fin de prevenir y tratar la anemia ferropénica en la población de mayor riesgo.

Según Ministerio de Salud (MINSA) manifiesta: El problema de la anemia ha existido en toda la historia de la humanidad, por lo que los estudiosos de la salud han realizado investigaciones vinculados al problema de la anemia; pero no han tenido efectos beneficiosos frente a este problema que hasta hoy perdura, teniendo como consecuencia las

altas incidencias en las madres gestantes y sus secuelas en los recién nacidos.

Se sabe que el estado nutricional pregestacional materno y la ganancia de peso durante el embarazo son los factores más importantes relacionados con el peso al nacer, el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento y desarrollo antropométrico y mental del recién nacido.

De los cuales la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice: La anemia es la disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre, se considera que el valor de 11gr/100ml es el adecuado para las gestantes durante el primer y tercer trimestre del embarazo, en el segundo trimestre considera los valores mínimos de 10.5gr/100ml, por lo tanto se diagnosticó como anemia gestacional cuando los valores de la hemoglobina es de 10.4gr/100ml.

La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a la diferencia en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas.

5.2. Verificación o contrastación de la hipótesis, objetivos

Prueba y Contrastación de la Hipótesis según la Estadística Inferencial a través de la Significancia del Chi Cuadrado

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

$X^2 = \chi^2$?

\sum = Sumatoria.

F_o = Frecuencia Observada.

F_e = Frecuencia esperada.

CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES

HUANUCO 2015

GRADO DE ANEMIA	PESO RECIEN NACIDO								TOTAL	
	< a 2500		2600 - 3000		3100 - 4000		4000 a +			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LEVE (9-11g.Hb)	40	33%	38	32%	29	24%	3	3%	110	92%
MODERADO (7-9g.Hb)	4	3%	2	2%	1	1%	0	0%	7	6%
SEVERA (<9g.Hb)	0	0%	2	2%	1	1%	0	0%	3	3%
TOTAL	44	37%	42	35%	31	26%	3	3%	120	100%

La tabla corresponde a 4×3 ($4 - 1 = 3$) ($3 - 1 = 2$) = 6 GL (grados de libertad) a alfa 0.05 de la tabla del chi-cuadrado representa a 12.59 que indica a la frecuencia observada (F_o).

Para obtener la Frecuencia esperada (F_e), se realizó los siguientes

Procedimientos:

$$\frac{110 \times 71}{120} = 65.1$$

$$\frac{3 \times 71}{120} = 1.8$$

$$\frac{7 \times 71}{120} = 4.1$$

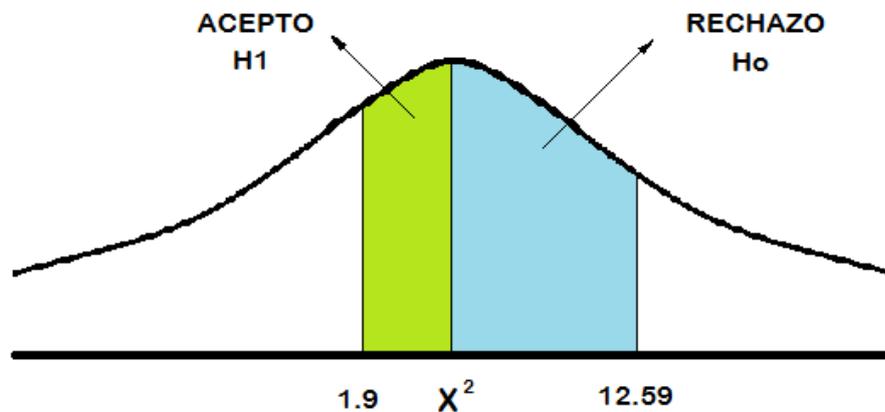
$\frac{110 \times 20}{120} = 18.3$	$\frac{3 \times 20}{120} = 0.5$	$\frac{7 \times 20}{120} = 1.2$
$\frac{110 \times 26}{120} = 23.8$	$\frac{3 \times 26}{120} = 0.7$	$\frac{7 \times 26}{120} = 1.5$
$\frac{110 \times 3}{120} = 2.7$	$\frac{3 \times 3}{120} = 0.1$	$\frac{7 \times 3}{120} = 0.4$

Reemplazando la formula tenemos:

$$\begin{aligned}
 X^2 = & \frac{(65 - 65.1)^2}{65.1} + \frac{(18 - 18.3)^2}{18.3} + \frac{(24 - 23.8)^2}{23.8} + \frac{(3 - 2.7)^2}{2.7} + \\
 & \frac{(2 - 1.8)^2}{1.8} + \frac{(0 - 0.5)^2}{0.5} + \frac{(1 - 0.7)^2}{0.7} + \frac{(0 - 0.1)^2}{0.1} + \\
 & \frac{(4 - 4.1)^2}{4.1} + \frac{(2 - 1.2)^2}{1.2} + \frac{(1 - 1.5)^2}{1.5} + \frac{(0 - 0.4)^2}{0.4} \\
 \\
 X^2 = & 0.0002 - 0.005 - 0.002 - 0.03 - 0.02 - \\
 & 0.5 - 0.1 - 0.1 - 0.002 - 0.5 - 0.2 - 0.4
 \end{aligned}$$

$$X^2 = 1.9 (Fe)$$

Por lo tanto, $x^2 = 1.9 < 12.59$, entonces se acepta la hipótesis de investigación que afirma: La anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares.



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Según los objetivos y variables planteados en la investigación se llegaron a las siguientes conclusiones.

1. Según el nivel socioeconómico de las gestantes estudiadas indicaron que el 63%(75) perciben menos de 500 nuevos soles mensualmente; un 32% de 500 a 1000 y un 5% de 1100 a 1500 soles.
2. Un porcentajes de 92%(110) de gestantes estudiadas presentaron el grado de anemia leve durante el embarazo. Un 6%(7) anemia moderada y un 3%(3) anemia severa.
3. Del total de gestantes anémicas estudiadas el 54 % se encontraban en el II trimestre del embarazo y 35%(42) en el tercer trimestre; solo el 11%(13) estaban comprendidas en el primer trimestre.
4. El porcentaje promedio de 37%(44) de recién nacidos presentaron un peso menos a 2500gr, mientras que 35%(42) un peso de 2600 a 3000gr; un 26% de 3100 a 4000gr y solo un 3% más de 4000gr.
5. Según la prueba de hipótesis se obtuvo el resultado de $x^2=1.9<12.59$ aceptando que la anemia en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares demostrando el objetivo general.

6.2. Recomendaciones

1. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la economía pobre de la población gestante y para ello se debe realizar actividades educativas para el uso de los alimentos económicos y ricos en proteínas.
2. Las autoridades y profesionales de Gineco-Obstetricia especialmente deben difundir los proyectos o programas que conlleven a actividades preventivas promocionales en educación nutricional, enfatizando la importancia que tiene la suplementación de hierro y ácido fólico y los alimentos ricos en proteínas. Para ello se debe sistematizar de acuerdo a la región.
3. Durante la atención prenatal deben realizar diagnostico precoz y oportuno del índice de masa corporal pregestacional para luego realizar la vigilancia y brindar la consejería nutricional que está siendo descuidada por la ardua labor que se cumple en atención prenatal. Debiendo ser esta actividad un indicador trazador del Seguro Integral de salud, medida efectiva de lucha contra la aparición de la anemia en mujeres embarazadas.
4. Cumplir estrictamente con la atención prenatal reenfocada, esto nos conduce a una vigilancia optima del bienestar materno y fetal y estaremos previniendo que los recién nacidos tengan bajo peso y complicaciones posteriores, así como el deterioro de la salud materna como consecuencia de la anemia.
5. Realizar trabajos de investigación similares en otras instituciones de salud, de esta forma confrontar y comparar los datos, de esta manera buscar estrategias para solucionar dicho problema.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Apéndice y anexos

7.1 Libros

1. Brittenham G. Desórdenes en el metabolismo. Edit Elsevier. 5ta edic. Philadelphia. 2008. Pág. 36
2. Grau PW. La anemia: Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. AWGLA. Lima .Perú. 2006. Pág. 142.
3. Rigol RO. Obstetricia y Ginecología. Anemia y Embarazo. 4ª Edición. Cuba. 2004. pág. 121-126.
4. Lira P y col. Deficiencia de hierro en el embarazo. España. 1989. Pág. 24-27.
5. Becerra C, Gonzales G, Villena A y col. Prevalencia de anemia en gestantes. Hospital Regional de Pucallpa, Perú. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. Pág 285-292.
6. Salazar F, Aguabella T, García R y col. Nutrición, suplementación, anemia y embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001. pág. 141-155.
7. Farreras Valentí P Rozman C. Enfermedades del sistema eritrocitario Anemias. Medicina interna. 12º edición. Barcelona: Ediciones Doyma.1992. pág. 1617-1657.
8. Cunningham F, Mac Donal P, Gant NF y col. Williams Obstetricia. 2ª edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1998. pág. 1091-1117.
9. Uranga F. Obstetricia Práctica. 5ª edición. Buenos Aires. Argentina. Editorial Intermédica. 1985. Pág. 767-770.
10. Schwarcz RL, Ruvergs CA, Díaz AG. Obstetricia. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2000. Pág. 392-397.

11. Mesquita M, Iramain R, Troche Z. Anemia neonatal dentro de las 24 horas de vida: prevalencia y factores perinatales asociados. Asunción. 2005. Cap. 32:10-15.
12. Tamayo E, Falcones S, Chedraui P, Pérez-López FR. Prevalencia de anemia y aspectos hematimétricos en gestantes de alto riesgo obstétrico en labor de parto. 2011.
13. Sohl B, Moore T. Anormalidades del peso fetal. 7 ma ed. Philadelphia: WB Saunders. 1998. Pág. 90-101.
14. bolmedhim@prodigy.net.mx.
15. Ashworth-Hill A. Infección e inmunidad en lactantes de bajo peso al nacimiento. 1999. pág. 16.
16. Fernández-Carrocer LA, Peñuela-Olaya MA. Crecimiento y neurodesarrollo del recién nacido de alto riesgo. Bol MedHospInfant Mex.1999. Pág. 623.
17. Barzola Barrientos A. Ortigosa Corona E y col. Neurodesarrollo al año de edad en neonatos con peso igual o menor a 1 000 g al nacer. México. 1994. Pág. 51.
18. Boulton T. Consecuencias a largo plazo de la alimentación durante la infancia. México. 1994. Pág. 11.
19. Díaz Gómez JM, Rodríguez Zetina R. Prevalencia de bajo peso al nacimiento en un Hospital General de segundo nivel de Salud en Tabasco. 2001. Pág 7
20. Gibson RA, Makrides M. Aporte nutricional en las primeras etapas de la vida. 36° edic. México.1999. pág 1-3.

5.2 Revistas y Periódicos de carácter académico

1. Villa Leyva. Fernanda. Presencia de Anemia en Niños Menores de 6 años en 4 Ciudades del Estado de Chihuahua y su Relación con el Estado Nutricio. 2010. Tesis para Optar el Título de Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México.2010.
2. Carvayo Jimi A. Comportamiento de la Anemia en el Embarazo en un Área de Salud Integral "Villas del Pilar". Venezuela. 2008.
3. Parra Beatriz E. y Col. Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación. Programa Prenatal – Antioquia – Colombia; 2006.
4. Gay Rodríguez Jhon. Prevención y control de la anemia y a la deficiencia de hierro. Cuba; 2005.
5. Pérez Fonseca M. y Col. Comportamiento de la mal nutrición por defecto en gestantes del Policlínico 3. Municipio Manzanilla – Cuba; 2004.
6. Munares García. Oscar. Anemia en Gestantes del Perú y Provincias con Comunidades Nativas. Instituto Nacional de Salud. Perú. 2011.
7. Becerra Cesar. Prevalencia de anemia en gestantes. Hospital Regional de Pucallpa – Perú; 2009: 15 – 78.
8. Grados Valderrama Flor de María y Col. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. Hospital Cayetano Heredia – Lima – Perú; 2008.
9. Herrera C, Calderón R, Carbajal R. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido – Trujillo. 2005.
10. Corasma Uñuruco, Vilma Yovanna. Factores que se asocian con el bajo peso del recién nacido. UNMSM. Lima – Perú. 2002.

11. HuilcaCassa, Elizabeth Hermelinda y Soto Ambrosio, Janet. Incidencia de Anemia como Factor de Riesgo en Gestantes que Acudieron al Centro de Salud Santa María del Valle. Facultad de Obstetricia. Universidad Hermilio Valdizán. Huánuco. Perú. 2001.
12. Ajalla Ortiz. Libertad. La Anemia Ferropénica su Efecto en la Gestante del Tercer Trimestre y en el Producto. Servicio de Obstetricia. Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Facultad de obstetricia. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco. Perú.1998.

5.3 Consultas de Internet

1. www.vivirmejor.com
2. www.monografias.com
3. www.rapidcontrol.es
4. www.wikipedia.org
5. www.es.scribd.com.
6. www.abcpedia.com.
7. www.manualdepediatria.mh
8. www.hvil.sld.cu
9. www.storknet.com.
10. www.monografias.com

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (HISTORIA CLÍNICA)

N° de Historia Clínica:.....

I. Datos Generales de la madre:

- Estado civil:.....
- Grado de Instrucción:.....
- Ocupación:.....
- Ingreso Económico
- Procedencia: Urbana () Periurbana () Rural ()

II. Datos de la Gestante:

1. Edad Materna:

15 - 20 ()

21 - 30 ()

31 - 40 ()

41 - + ()

2. Edad Gestacional:

Pre término ()

A término ()

Post Término ()

3. Paridad:

Primípara ()

Múltipara ()

Gran Múltipara ()

4. Atención Prenatal:

Sin atención ()

Con atención ()

5. Peso de la Gestante:.....Talla:.....

6. Tipo de Anemia que presento:

() Leve (9-11g.Hb)

() Moderada (7-9g.Hb)

() Severa (< 7g.Hb)

III. Datos del Recién Nacido

• Edad al Nacer:.....Sexo:.....

• Peso:.....Talla:.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ANEMIA EN LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES HUANUCO ENERO-NOVIEMBRE 2015”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	INDICADOR	METODOLOGÍA
¿Cómo influye en el peso de los recién nacidos en las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares. Enero – noviembre 2015?	<p>Objetivos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar el grado de anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos en usuarias del Centro de Salud de Aparicio Pomares. Enero –noviembre 2015. <p>Objetivos específicos (a partir de las dimensiones o partes del problema o problemas)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar el nivel socioeconómico de las gestantes del centro de salud Aparicio Pomares •Identificar el grado de anemia en el embarazo que presentan las gestantes del centro de salud Aparicio Pomares. •Identificar el trimestre de embarazo con mayor incidencia de anemia. <p>Determinar el peso de los Recién nacidos de las gestantes anémicas que acuden al Centro de Salud Aparicio Pomares.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>La anemia en las gestantes conlleva al bajo peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares. Enero –noviembre 2015.</p> <p>Específicos</p> <p>H₁: La anemia leve en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.</p> <p>H₂: La anemia moderada en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.</p> <p>H₃: La anemia grave en las gestantes influye en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro de Salud “Aparicio Pomares” Enero – Noviembre, 2015.</p>	<p>•Variable Independiente: Anemia en las gestantes.</p> <p>•Variable Dependiente: Peso de los recién nacidos.</p> <p>•Variables Intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad de la gestante -Peso de la gestante -Grado de instrucción 	<p>HEMOGLOBINA EN SANGRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Leve (9 a 11 g/dl). •Moderada (de 7 a 9 g/dl) •Severa (<7 g/dl). <p>PESO DEL RECIEN NACIDO</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bajo peso (<2500gr) •Muy bajo peso (<1500 gr) •Extremadamente bajo peso (<1000 gr) •Increíble bajo peso (<800) •Macrosómico (>4000 gr) 	<p>Area de estudio Centro de Salud Aparicio Pomares, ubicado en el Pueblo joven del mismo nombre, distrito y provincia de Huánuco.</p> <p>Tipo de estudio Estudio descriptivo - correlacional – retrospectivo-transversal</p> <p>Diseño Descriptivo, Correlacional, retrospectivo</p> <p>Población y muestra Población:600gestantes. Muestra :120 gestantes</p> <p>Tipo de muestreo No probabilístico por conveniencia</p> <p>Técnicas e instrumentos Técnica: Análisis documental</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en la Investigación: **“ANEMIA EN LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES. HUANUCO ENERO-NOVIEMBRE 2015”**

Estoy consciente de mi participación ya que trabajando juntamente con el equipo de salud estaré mejorando el cuidado de mi salud para tener una mejor calidad de vida.

Entiendo que fui elegida para participar de este proyecto porque soy una gestante que cumple con sus atenciones en el cuidado de su bebe. Además doy fe que mi participación es voluntaria con conocimiento de todo lo que se realizara en el proyecto ya que recibimos la informacion de la Obstetra del cual estoy muy agrdecida.

Huánuco, 01 de marzo del 2015.

.....
FIRMA DE LA GESTANTE