



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
FACTORES QUE SE RELACIONAN A LA ANEMIA GESTACIONAL EN EL
CENTRO DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

SERQUEN CAYCAY, JENNIFER ROXETTE

ASESOR:

MG. NORMA CELINDA. CHAGUA PARIONA

**LIMA, PERÚ
Julio, 2019**

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
	Pág.
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	02
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	02
1.2 Delimitación de la investigación	04
1.3 Formulación del Problema	04
1.3.1 Problema principal	04
1.3.2 Problemas secundarios	04
1.4 Objetivos de la investigación	05
1.4.1 Objetivo general	05
1.4.2 Objetivos específicos	05
1.5 Hipótesis	05
1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	06
1.6 Diseño de la Investigación	07
1.6.1 Tipo de investigación	07
1.6.2 Nivel de la investigación	07
1.6.3 Método	07
1.7 Población y muestra	08
1.7.1 Población	08
1.7.2 Muestra	08
1.8 Técnicas e instrumentos	10
1.8.1 Técnicas	10
1.8.2 Instrumentos	10
1.9 Justificación	11

CAPITULO II MARCO TEORICO	13
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	13
2.1.1 Antecedentes	13
2.1.2 Bases teóricas	18
2.1.3 Definición de términos	27
CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
3.1 Presentación de resultados	28
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	37
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	40
4.2 Recomendaciones	41
FUENTES DE INFORMACION	42
ANEXOS	
Matriz de consistencia	
Instrumentos de recolección de datos	
Juicio de expertos	
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	

Agradezco A Dios, al creador de todas las cosas, al que me ha sustentado cuando estaba a punto de caer y me ha dado la fuerza y salud para seguir adelante.

Con un mismo sentimiento quiero agradecer a mis padres y a mi abuelita por la formación, valores y amor que me han inculcado.

Y no quiero culminar este agradecimiento sin antes hacer mención a mi asesora Norma Chagua, quien me ha orientado durante este tiempo.

Dedico A mis padres, por su gran esfuerzo y sacrificio, por ser los principales motivos de inspiración para la construcción de mi vida profesional, hoy quiero dedicarles este gran logro.

Asimismo, esta dedicatoria va dirigida a la Universidad Alas Peruanas, por brindarnos docentes de calidad quienes con su metodología y simpatía me llevaron al éxito.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el **objetivo** de determinar los factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018. **Material y método**, el presente estudio fue de tipo no experimental analítico prospectivo de corte transversal y de diseño casos y controles. La muestra estuvo conformada por 184 gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Esperanza. Encontrando los siguientes **resultados**, en relación a los datos generales el 89.7% tuvieron edad mayor a 19 años, el 83.2% de las gestantes se dedica a su casa, el 84% de las gestantes tuvieron edad gestacional ≥ 27 semanas, el promedio de hemoglobina fue de 10.9 g/dl. Encontrando un rango entre 7.5 g/dl y 14 g/d. Los factores socioculturales que se relación a la anemia en la gestación son la ingesta de hierro, lugar de procedencia, estructura familiar y el conocimiento sobre la tableta de sulfato ferroso siendo estadísticamente significativo con un valor $p < 0.05$. Los factores obstétricos que se relacionan con la anemia en la gestación son el número de gestaciones, la paridad, el control prenatal y el sangrado vaginal siendo estadísticamente significativo con un valor $p < 0.05$. Donde se **concluye** que los factores socioculturales y obstétricos tienen relación con la anemia en gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza.

Palabras Clave: Anemia Gestacional, Factores Socioculturales y Obstétricos.

ABSTRACT

The present study was conducted with the **objective** of determining the factors that are related to gestational anemia in the Nueva Esperanza Health Center, 2018. **Material and method**, the present study was not experimental prospective analytical cross-sectional and design cases and controls. The sample consisted of 184 pregnant women at the Nueva Esperanza Health Center. Finding the following **results**, in relation to the general data, 89.7% had an age over 19 years, 83.2% of pregnant women are home, 84% of pregnant women of gestational age > 27 weeks, the average of hemoglobin was 10.9 g / dl. Finding a range between 7.5 g / dl and 14 g / d. The sociocultural factors that are related to anemia in pregnancy are the iron intake, the place of origin, the family structure and the knowledge about the ferrous sulfate tablet as statistically significant with a value $p < 0.05$. The obstetric factors that are related to anemia in pregnancy are the number of pregnancies, parity, prenatal control and vaginal bleeding being statistically significant with a p value < 0.05 . Where it is **concluded** that the sociocultural and obstetric factors are related to anemia in the pregnant women of the Nueva Esperanza Health Center.

Keywords: Gestational Anemia, Sociocultural and Obstetric Factors.

INTRODUCCION

La anemia es un problema de Salud Pública a nivel mundial que afecta a países en vías de desarrollo con importantes consecuencias para la salud; así como, desde el punto de vista social y económico. Se manifiesta en todas las etapas de vida, siendo más frecuente en los niños y las embarazadas.

La anemia gestacional es considerada una de las patologías más frecuentes durante este periodo, presenta alta morbilidad durante el embarazo y parto tanto para la madre, el feto y recién nacido.

El tipo de anemia que se presenta con mayor frecuencia durante el embarazo es la anemia por la deficiencia de hierro y generalmente es más prevalente en países subdesarrollados debido a las malas prácticas nutricionales. Dicha patología aumenta de forma proporcional con el desarrollo del embarazo, convirtiéndose en un gran problema en muchos países.

La anemia gestacional es una patología caracterizada por la disminución de la cantidad o tamaño de glóbulos rojos que durante el embarazo se encuentra influenciado por diversos factores, entre ellos los factores socioculturales, nutricionales y obstétricos que aumentan el riesgo de complicaciones maternas y perinatales como el retardo del crecimiento intrauterino, partos pretérminos, cesáreas, infecciones durante el embarazo así como también aumenta las posibilidades de presentar prematuridad, peso bajo al nacer e incluso la muerte del feto.

La presencia de anemia en la gestación motiva mucha preocupación en todos los ámbitos y niveles de salud, ya que sus consecuencias repercuten negativamente en el desarrollo de los neonatos a nivel cognitivo, motor, emocional y social.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que para el año 2016 existían 2 billones de madres en estado gestacional en el mundo y más del 30% de ellas están anémicas, el 50% es atribuible a la deficiencia de hierro y el 80% de dichas personas viven en países en vías de desarrollo. Por ello, la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia es cuatro veces mayor que en el mundo industrializado que tiene 11% de prevalencia total.

Asimismo, refiere que durante el embarazo el 20% de la población mundial y el 30% de las mujeres sufren de anemia. En El Caribe y América Latina se estima que 23 millones de mujeres presentan anemia durante el embarazo .¹

Datos estadísticos registrados en el año 2015 a nivel mundial revelan que la anemia afecta a 1,62 mil millones de personas siendo mujeres embarazadas 56 millones, por ello, la anemia es considerada una de las patologías más frecuentes de este periodo y es catalogada como severa

cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7,0 g/dL, moderada cuando la hemoglobina se encuentra entre 7,0 a 9,9 g/dL y leve cuando encontramos el valor de 10,5 g/dL. La anemia durante la gestación es una de las principales causas de morbimortalidad de las embarazadas en los países en vías de desarrollo teniendo consecuencias fatales como muertes maternas y fetales. Se estima que la anemia es causante de 115.000 muertes maternas y 591.000 muertes perinatales en todo el mundo por año.²

En el año 2014, según datos estadísticos internacionales, la anemia es el mayor indicador de salud reproductiva en mujeres de bajos recursos en el tercer trimestre del embarazo, con una alta prevalencia en afroamericanas (48,5%), seguidas por nativas americanas (33,9%), hispanas y latinas con 30,1%, Asiáticas y otras islas del pacífico 29%, y europeas 27.5%.³

A nivel de Latinoamérica (2014), la anemia ferropénica es considerado un problema de Salud Pública, que afecta a las gestantes como uno de los grupos más vulnerables, pero con mayor frecuencia a las edades extremas. Asimismo, en el Perú, tener menos de 19 años y mayor a 35 años es considerado como un factor de riesgo para la morbimortalidad materna.⁴

La Norma técnica del manejo terapéutico y preventivo de la anemia del Ministerio de Salud del Perú menciona que es un problema multifactorial cuyos efectos se hacen presentes en todo el ciclo de la vida. Las medidas de tratamiento y de prevención detalladas en esta Norma ponen énfasis en un abordaje intersectorial e integral dándole importancia a orientar a las gestantes y puérperas sobre las consecuencias de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con efectos adversos en la capacidad intelectual, proceso de aprendizaje e incluso con repercusiones en la vida adulta.⁵

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación Espacial

El desarrollo del presente estudio tuvo lugar el Centro de Salud Nueva Esperanza.

1.2.2. Delimitación Social

El presente estudio abarcó a las gestantes del servicio de consultorio externo del Centro de Salud Nueva Esperanza.

1.2.3. Delimitación Temporal

El desarrollo del estudio se dio durante el año 2018.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuáles son los factores socioculturales que se relacionan a la anemia en gestantes?

¿Cuáles son los factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar los factores socioculturales que se relacionan a la anemia en gestantes.

Identificar los factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H1: Los factores socioculturales y obstétricos si se relacionan con la anemia gestacional.

H0: Los factores socioculturales y obstétricos no se relacionan con la anemia gestacional

1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

VI: Factores socioculturales y obstétricos

VD: Anemia

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable Dependiente Anemia	Concentración de hemoglobina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve 2. Moderado 3. Severa
Variable Independiente Factores	Socioculturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Estado civil 3. Grado de instrucción 4. Lugar de procedencia 5. Religión 6. Consumo de hierro 7. Hábitos nocivos 8. Hábitos alimenticios 9. Índice de masa corporal 10. Estructura familiar 11. Conocimiento sobre el sulfato ferroso
	Obstétricos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de gestaciones 2. Paridad 3. Atención prenatal 4. Periodo intergenésico 5. Culminación del embarazo anterior 6. Antecedentes de tuberculosis

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Según Hernández R., Fernández C., Baptista L. y Mendoza T. el tipo de estudio fue cuantitativo, observacional, de alcance explicativo con diseño transversal, prospectivo de tipo casos y controles.

Es **Cuantitativo** porque a través de la medición de las variables nos permitirá hacer prueba de hipótesis.

Es **observacional** porque no se va manipular ninguna de las variables de estudio.

Es de diseño **Transversal** porque se recogen los datos en un tiempo determinado.

Es **prospectivo** porque se recolectó la información en un determinado tiempo hacia adelante (mediante una ficha de recolección de datos).

Casos y controles son estudio en el cual los sujetos se seleccionan en función a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos con en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.

1.6.2 Nivel de Investigación

La presente investigación es de nivel básico pues permite acrecentar el conocimiento sobre los factores relacionados a la anemia gestacional.

1.6.3 Método

El método utilizado en la presente investigación es el deductivo, pues a través de los resultados encontrados nos permitirá realizar conclusiones.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por las gestantes que acudieron al Centro de Salud Nueva Esperanza, siendo un total de 894, información que fue obtenida de la oficina de Estadística del Centro de Salud.

1.7.2 Muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de tamaño de muestra para una proporción con marco muestral conocido. El cual responde al siguiente algoritmo.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Asimismo, se calculó la prevalencia de anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza en las pacientes atendidas un trimestre previo al estudio.

Dónde:

n: Muestra Calculada

N: 894

$Z_{(1-\alpha/2)}$: 1,96

p: 0.28

q: 0.72

d: 0.05

$$n = \frac{894 \times 1.96^2 \times 0.28 \times 0.72}{0.05^2 \times (894 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 231 gestantes

Hallando la muestra ajustada a la población:

$$nf = \frac{n_{\infty}}{1 + \frac{n_{\infty}}{N}}$$

$$nf = \frac{231}{1 + \frac{231}{894}}$$

$n_f = 184$ gestante, de los cuales 92 son casos (gestantes con anemia) y 92 controles (gestantes sin anemia).

Criterios de inclusión:

Casos

- Gestante que desea ingresar al estudio de manera voluntaria previa firma del consentimiento informado.
- Gestante con diagnóstico de anemia independiente de la semana de gestación atendida en el Centro de Salud Nueva Esperanza.
- Gestante con feto único

Controles

- Gestante que desea ingresar al estudio de manera voluntaria previa firma del consentimiento informado.
- Gestante sin anemia durante el embarazo atendida en el Centro de Salud Nueva Esperanza.
- Gestante con feto único

Criterios de exclusión:

- Gestante con alguna patología psicológica o psiquiátrica que impida responder correctamente la encuesta.
- Gestante con alguna patología hereditaria o adquirida que repercuta sobre la producción de glóbulos rojos.
- Gestante con enfermedad autoinmune.
- Gestante con alguna neoplasia.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Para la obtención de los datos se aplicó la técnica de encuesta.

Para realizar la siguiente investigación se realizará los siguientes criterios:

- Se solicitó la autorización al director del Centro de Salud Nueva Esperanza, a través de una carta de la Dirección de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.
- Se coordinó con el Obstetra encargado de consultorio externo del Centro de Salud Nueva Esperanza.
- Se aplicó un cuestionario a las gestantes que son atendidos en consultorio externo de Obstetricia, el tiempo estimado fue de 15 minutos por paciente.
- La recolección de la información se realizó de acuerdo a los horarios de atención de lunes a viernes de 08:00 a 13:00 horas y sábados de 08:00 a 12:00 horas.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó para la siguiente investigación fue un cuestionario precodificado con 23 preguntas subdivididas en 4 acápite. La primera parte con 3 preguntas relacionadas a la anemia, la segunda parte con 3 preguntas que indagan datos generales de la gestante, la tercera parte con 10 preguntas que indagan sobre los factores socioculturales y finalmente 7 preguntas que indagan sobre los factores obstétricos.

Para hallar la validez el instrumento, fue sometido a juicio de expertos (tres expertos) obteniendo concordancia en los ítems.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La anemia en gestantes es uno de los problemas primordiales de la Salud pública en el país, los datos estadísticos reportan que alrededor del 30% de todas las gestantes en nuestro país tienen anemia e incluso pueden superar el 40% en las regiones de la sierra; por ello, es fundamental el estudio de los factores relacionados a la anemia gestacional entre ellos los factores socioculturales y obstétricos con el objetivo de incidir desde el plano preventivo promocional.

Los resultados que deriven de la presente investigación nos permitirá a los obstetras como parte del equipo multidisciplinario, mejorar las estrategias de prevención, identificación temprana y tratamiento en las atenciones prenatales, las visitas domiciliarias y el programa de psicoprofilaxis obstétrica; toda vez que, una gestante anémica tiene mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.

Siendo la anemia un problema de salud pública y una prioridad nacional, y tomando en cuenta que el Centro de Salud Nueva Esperanza atiende a un número considerable de gestantes del Cono Sur, es importante conocer el perfil sociocultural y reproductivo de las gestantes con diagnóstico de anemia para orientar las estrategias sanitarias al cambio de aquellos factores modificables para así prevenir o disminuir la prevalencia de anemia gestacional.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

Estudios Internacionales:

Rincón D., Gonzáles J., Urazán Y. en el año 2019 en Colombia publicaron el estudio titulado “Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a anemia ferropénica en mujeres gestantes de Colombia (análisis secundario de la ENSIN 2010)” el cual tuvo como objetivo calcular la prevalencia de anemia gestacional y conocer los factores sociodemográficos asociados a esta patología, fue un análisis secundario de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Los principales resultados fueron: la prevalencia elevada de anemia gestacional se encontró en gestantes entre los 18 y 29 años (12.3%), sin escolaridad (19,4%), residencia en zonas rurales (12,1%), el IMC bajo (11.8%) o sobrepeso (11.9%). Los autores concluyen que existe una elevada prevalencia de anemia ferropénica en gestantes colombianas y existen factores como la etnia y el lugar de residencia que lo condicionan.⁶

Zeledón P., Lazo C. en el año 2017 en Nicaragua realizaron un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo nutricionales y culturales

asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo” teniendo como objetivo, identificar los factores de riesgo nutricional y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas. Donde se encontró los siguientes resultados, el 60% de las embarazadas tuvieron entre 14 a 24 años, el 72% fueron de situación sentimental conviviente, el 90% se dedica a su casa, el 67.6% eran de origen urbano, el 41.1% tuvo un IMC menor de 22 (X^2 0.5; OR 1.3 IC: 0.5;3.1), 70.5% de los casos y 22.0% de los controles tuvo más de cuatro gestas, antecedente de aborto o cesárea o PIN corto o PIN mayor de 5 años (X^2 22.6; OR 8.4 IC: 3.3;21.5) , el 78% tuvieron edad gestacional menor a 40 semanas, el 4.1 % de los casos y el 35.2% de los controles consumían suplementos de hierro y ácido fólico (X^2 12.8; OR 18 IC: 2.3;139.9) . Los autores concluyen que el inapropiado consumo de tacos y chicha de maíz como alimentos de costumbre, el no consumir los suplementos de ácido fólico y hierro y tener más de tres embarazos, antecedente de aborto, PIN menor a 2 años o mayor a 4 años son factores de riesgo para desarrollar anemia durante el embarazo.⁷

Arana A., Intriago A., Gomez S., De la Torre J. en el año 2017 en Ecuador publicó un artículo titulado “Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años” que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes. Donde se obtuvo los siguientes resultados: el 71% de las adolescentes tuvo anemia leve seguido de la moderada con un 28%, el 67% tenían entre diecisiete y diecinueve años de edad, el nivel de instrucción con mayor porcentaje fue el nivel primario con 51%, seguido de nivel secundaria (44%) y solo un 5% un nivel superior, la religión predominante fue la católica y el nivel socioeconómico medio (86%). Con respecto a los factores obstétricos, el 71% de las adolescentes encuestadas eran primigestas, el 62% tenían periodo intergenésico mayor de un año el 96% de pacientes se realizaron de uno a seis controles en el embarazo y el hábito nocivo más frecuente fue el consumo de café con un 45% concluye que entre las causas que con

mayor frecuencia llevan a la anemia se tiene a la menarquia temprana y embarazos previos.⁸

Rosas M., Ortiz M., Dávila R., Gonzales A. en el año 2016 en México realizaron un estudio titulado “Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel” que tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de la anemia e identificar los factores asociados para su prevención y tratamiento. Como resultados se encontró que de las 194 embarazadas, con edad promedio de veinticuatro años, el 68% fueron solteras, el 57% son de religión católica, el 52% tenía de uno a cuatro embarazos, 37% tenían periodo intergenésico óptimo, el 55% de las embarazadas estaba en peso normal, el 77% inició su CPN en el primer trimestre de embarazo y el 24% no consumieron hierro; se registró una incidencia de 13% de anemia de los cuales el 76% tenía anemia leve y 24% moderada, de ellos el 72% tenía anemia microcítica normocrómica y 28% normocítica normocrómica. Los autores concluyen que hubo relación estadística significativa entre la anemia y el trimestre de gestación (OR 8.4 IC: 1.1; 64.3; p=0.011). Los autores concluyen que tiene una baja prevalencia de anemia ferropénica reflejo del impacto de las intervenciones sanitarias nacionales.⁹

Antecedentes Nacionales

Cota E. en el año 2019 en Lima en la tesis “Factores asociados a anemia gestacional en el Instituto Materno Perinatal” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la anemia gestacional, fue un estudio de tipo analítico, retrospectivo de diseño transversal cuyos resultados más resaltantes fueron: en relación a los factores socioeconómicos, el 46.7% era conviviente, el 48.8 con nivel de instrucción secundaria completa ($X^2=46.9$, p=0.001), sin ocupación en el 66.2% y con hábitos nocivos en un 88.1% ($X^2=102.09$, p=0.003). en relación a los factores obstétricos el 74.1% de las gestantes tenía 18 años o más ($X^2=211.9$, p=0.001), el 66.49 %

estaba en el tercer trimestre de gestación ($X^2=123.8$, $p=0.002$), el 57,5% tenía IMC normal ($X^2=178.0$, $p=0.001$), el 76.5% era multípara ($X^2=122.8$, $p=0.001$), tenían control prenatal suficiente en un 76.2% ($X^2=119.4$, $p=0.001$) y un periodo intergenésico largo en el 65.7% ($X^2=123.5$, $p=0.001$) de los casos. El autor concluye que los factores de riesgo vinculados a la anemia son tener más de 18 años, periodo intergenésico largo, 27 o más semanas de embarazo y hábitos nocivos. ¹⁰

Bazán E. en el 2018 en Arequipa en su tesis “Factores asociados a anemia ferropénica en gestantes tardías a término en el Hospital Goyeneche 2017” tuvo como objetivo determinar los factores más frecuentes que se asocian a la anemia ferropénica en gestantes. En el que se obtuvo los siguientes resultados, El 35.5% corresponde a la incidencia de anemia ferropénica de las cuales el 86.4% tuvo anemia leve y 13.6% anemia moderada. El 25.8% son de zona urbana, 22.5% convivientes, 59% provienen de familias extensas y el 25.8% tienen grado instrucción secundaria ($X^2= 18.02$, $p<0.05$). El 17.7% tuvieron de 4 a 6 controles prenatales y 12.1% menos de 3 CPN ($X^2= 48.67$, $p<0.05$), 45% tienen antecedente de parto vaginal, 16.1% fueron multigestas ($X^2= 17.09$, $p<0.05$), el 27% de las pacientes anémicas tuvo IMC normal ($X^2= 10.89$, $p<0.05$), el 28.2% tuvo antecedente de aborto ($X^2= 4.48$, $p<0.05$) e ingesta de sulfato ferroso a parir de las 32 semanas ($X^2= 43.91$, $p<0.05$) concluyendo que la ingesta de sulfato ferroso, número de abortos, controles prenatales de cuatro a seis y ser multigesta son factores que se relacionan con la anemia. ¹¹

Zárate L. en el 2017 en Lima en su tesis “Factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril 2017” tuvo como objetivo, determinar los factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. En el que se obtuvo los siguientes resultados, dentro de los factores personales se encontró que el 91.7% de las parturientas tiene más de 19 años, el 76.7% tenían nivel de instrucción

secundaria y 78.3% son casadas, en relación al nivel de anemia el 56,7% tiene anemia leve y 40% anemia moderada. Con respecto a los factores obstétricos, se halló un 53.3% de nulíparas, 63.3% controladas, 60.0% con índice de masa corporal normal, 30.0% con periodo intergenésico normal y con diagnóstico de anemia leve (63.3%) en el primer examen de hemoglobina ($X^2=2.89$; IC: 1.23; 6.83 $p=0.013$) concluyen que existen factores personales, obstétricos que se asocian con la persistencia de anemia gestacional. ¹²

Canales S., Vera G. en el año 2016 en Tumbes se realizó un estudio titulado “Factores de riesgo de anemia ferropénica en gestantes que acuden al puesto de salud I-II Gerardo Gonzales Villegas de Tumbes. 2011-2015”, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo para el desarrollo de anemia ferropénica cuyos resultados más importantes fueron que, entre los factores sociodemográficos el 32% tienen entre 21 y 25 años, 83% son convivientes, el 37% tiene secundaria completa, el 72% se dedicaban al hogar y proceden de zona urbana (96%); entre los factores obstétricos tenemos que, el 49% de las gestantes se encontraban en el primer trimestre, 45% son multíparas, 31% tiene un periodo intergenésico mayor de 5 años, 55% con IMC normal y el 77% gestantes eran no controladas de las cuales el 8% tuvo solo un CPN. Los autores concluyen que la mayor parte de las gestantes anémicas tiene entre 21 a 25 años, residen en zona urbana, convivientes, multíparas con cuatro controles prenatales. ¹³

2.1.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Anemia:

La anemia se caracteriza por la disminución en su concentración de eritrocitos, hematocrito y hemoglobina siendo estos los principales componentes de la sangre periférica (1-10%) reflejando su variación según la raza, edad, sexo, región, gestación y estilo de vida. Anemia se caracteriza por ser uno de los principales problemas de salud en países en desarrollo y está relacionado a múltiples factores a través de ellos resalta la mala alimentación debido a la disminución del consumo de hierro. La anemia es la enfermedad de mayor frecuencia que puede en algunas ocasiones ser producidas durante el embarazo, por lo mismo que aumenta los requerimientos para que el feto y la placenta se desarrollen adecuadamente, la ingesta de hierro es primordial. En la etapa de la adolescencia se necesita cubrir todos los requerimientos de hierro que son propias del desarrollo y del comienzo del ciclo menstrual añadiéndole a ello el crecimiento de una nueva vida.¹⁴

2.2.2. Etiología

Es una disminución de la cantidad del hematocrito, de eritrocitos, o del contenido de hemoglobina. La masa eritrocítica simboliza el equilibrio entre su producción y destrucción o pérdida de eritrocitos los glóbulos rojos retornan al tamaño pequeño e hipo crómicos. Puede presentarse a causa de hemorragias, carencia de nutrientes ya que durante la gestación aumenta la absorción intestinal, por lo que aumenta las necesidades para la unidad feto placentario.¹⁵

2.2.3. Fisiopatología

En la gestación, las necesidades de hierro se incrementan como consecuencia de las pérdidas basales, por el crecimiento del feto y el aumento de la masa eritrocitaria, placenta y tejidos maternos relacionados, por lo que las modificaciones hematológicas que se realizan en este periodo se debe a las necesidades de incrementar la circulación y necesidades para aumentar el hierro, ya que llegan a producir una ampliación del volumen sanguíneo (50%) y una acentuación en la masa eritrocitaria (25%); no obstante, como el incremento de la masa eritrocitaria no indemniza se considera un incremento del volumen plasmático, los valores del hematocrito y la hemoglobina en algunas ocasiones es más bajo; conllevando a que los requerimientos de hierro aumenten 3 veces (15-30 mg diariamente). Conforme avanza el embarazo se da un incremento de la masa eritrocitaria y del volumen plasmático, a consecuencia se produce la hemodilución fisiológica y la consecuente anemia gestacional.

La aparición de anemia es consecuencia de insuficiencia de la médula y destrucción excesiva de eritrocitos. La insuficiencia medular puede derivarse de exposición a sustancias tóxicas insuficiencias nutricionales o invasión tumoral.¹⁴ De acuerdo con esto, en una gestación normal como mínimo se necesita 1000 mg de hierro. Ya que los primeros 300 mg van de inmediato al feto y a la placenta, 200 mg serán eliminados, y los 500 mg serán empleados para el incremento de los glóbulos rojos. Con respecto a la cantidad de hierro se elimina de manera constante, ya que el individuo no toma control de la pérdida dependiendo especialmente del consumo, es por ello que la causa primordial de la anemia por déficit de hierro es la escasa ingesta en la alimentación. También existen los desórdenes en la absorción de hierro, pérdida

sanguínea (crónica) o cualquier situación que incremente los requerimientos ocurriendo ya sea en los niños, jóvenes y especialmente en las mujeres embarazadas.

2.2.4. Tipos de Anemia

Anemia Gravídica

Es el deterioro en la concentración de la hemoglobina respecto a los valores que se consideran normales conforme al sexo, edad, lugar de procedencia y actividad física. Entre los factores de mayor uso se consideran la deficiencia de hierro, ácido fólico y las de menor uso la vitamina B12. Se menciona que la principal función de los hematíes es llevar oxígeno hacia los tejidos. Así mismo, se define también como una disminución de la capacidad dando como resultado una deficiencia de hematíes o una reducción inferior de los valores normales de los hematíes.¹⁶

Para la anemia en gestantes el punto de corte es inferior ya que hay una dilución de la sangre que empieza en la doceava semana acelerándose durante el segundo trimestre siendo más lento en el tercer trimestre de gestación. Durante las 32 y 34 semanas de embarazo el volumen sanguíneo materno es 45% más que al inicio de la gestación, mientras que la proporción del eritrocito únicamente llega la mitad. La “hipovolemia” fisiológica es imprescindible para la irrigación del útero hipertrófico, ya que complementa al feto y placenta de nutrientes, prevención del retorno venoso en la posición supina como recta y atenuar la pérdida sanguínea en el momento del parto. Con respecto a la dilución fisiológica que se presenta durante la gestación, solo el 5% de las embarazadas tienen una hemoglobina inferior a 11g/dL es por ello que se consideran patológicos.¹⁶

Anemia ferropénica

Este tipo de anemia es muy frecuente en las embarazadas, resaltando que el 90% de las gestantes lo padecen. Para poder prever este tipo de anemia se recomienda llevar una alimentación adecuada e ingesta de suplementos ricos en hierro (antes, durante y después del embarazo). Generalmente se considera que la anemia no afecta al feto, solo en caso contrario que la madre padezca de una hemoglobina menor de 7g/dL, puede ocasionar riesgo durante la gestación como partos prematuros, infecciones, abortos e incluso muerte perinatal. Por ello se recomienda la medición de niveles en ferritina para poder cuantificar exactamente el almacenamiento de hierro.¹⁷

La anemia ferropénica es el tipo más común de anemia durante el embarazo. El estado nutricional del hierro depende del equilibrio a largo plazo y es favorecido por la ingestión de cantidades adecuadas en la dieta (natural o fortificada) o a través de suplementos. El equilibrio se ve afectado negativamente por la pérdida de hierro a través de la eliminación de la mucosa intestinal, la descamación de la piel, la lactancia y la menstruación. La absorción de hierro es del 15-30% y hasta el 50% en el estado de deficiencia de hierro se reduce a 5-8% con una dieta rica en hierro, tales como verduras, cereales, semillas, leche y huevos.¹⁷

Anemia megaloblástica

Se considera la segunda anemia más común durante el embarazo. Comúnmente es producida por la deficiencia de ácido fólico o vitamina B12. Por otro lado, se menciona que el ácido fólico no se almacena en el cuerpo, debido a que es considerado como una vitamina hidrosoluble que se desecha mediante la orina, por ello es

ideal adquirirla mediante la alimentación o suplementos de manera continua. El déficit de ácido fólico en gestantes suelen originar ciertos defectos congénitos como por ejemplo la espina bífida, por este motivo se recomienda a las mujeres que desean concebir consumir suplementos en vitaminas antes y durante del embarazo (primer trimestre). Este tipo de anemia es consecuencia de un trastorno madurativo de los precursores eritroides y mieloides, la cual sobrelleva a la hematopoyesis ineficaz y cuyos factores de mayor frecuencia son la deficiencia de ácido fólico o vitamina B12. Esta alteración se debe a la síntesis defectuosa del DNA con síntesis de RNA y proteínas normales, esta conlleva a la elaboración de células con una apariencia morfológica particular en sangre periférica o médula ósea, y esta denominada “megaloblastos” debido al gran incremento de la masa y maduración citoplasmática con respecto al núcleo.¹⁸

Anemia hemolítica

Este tipo de anemia compromete a un conjunto de patologías, las cuales tienen en común la destrucción de los glóbulos rojos antes de que cumpla los ciento veinte días (vida media). Por otro lado, es de gran importancia recalcar su extenso espectro de presentación y su relación con procesos tóxico-metabólicos, infecciosos y neoplásicos, sin dejar de lado que puede llegar hacer la primera manifestación de una enfermedad hereditaria. La fisiopatología de la anemia hemolítica suele abarcar en dos mecanismos primordiales las cuales son hemólisis extravascular y hemólisis intravascular.¹⁹

2.2.5. Clínica y Diagnóstico de la anemia

La clínica de la anemia durante la gestación puede o no presentarse mediante síntomas, especialmente en la anemia leve y moderada. El paciente puede quejarse de agotamiento, debilidad, indigestión y pérdida del apetito. Palpitaciones, vértigo, disnea, edema y, en muy pocas veces, anasarca generalizada e incluso en casos severos puede ocurrir insuficiencia cardiaca congestiva. Los pacientes pueden presentar edema por hipoproteïnemia. Se puede oír un soplo sistólico suave en el área mitral debido a la circulación hiperdinámica.²⁰

Para el diagnóstico de la anemia en el embarazo se realiza la estimación de hemoglobina que es el método más práctico, debido a que es rentable y puede ser realizado fácilmente por un técnico capacitado. El método del taliquista de la estimación de la hemoglobina tiene simplicidad y facilidad de aplicación, pero no es muy confiable. Los métodos de Sahil son confiables y exactos cuando son hechos por un experto, y son los métodos más comúnmente utilizados, sin embargo, el método de la cianometahemoglobina parece ser el más preciso. La sangre periférica es un indicador más para el diagnóstico de la anemia que también diferenciará la anemia por deficiencia de hierro, la anemia megalobástica y la anemia hemolítica. En la anemia por deficiencia de hierro, hay microcitosis, anisocitosis, hipocromía, poikilocitosis y células diana en la película de sangre.²⁰

La anemia usualmente se diagnostica en la atención prenatal a través de exámenes de laboratorio en sangre rutinario para llegar a confirmar los niveles de hemoglobina y hematocrito. Asimismo, para el diagnóstico de anemia incluyen también el interrogatorio que se le realiza a la gestante (trastornos hemorrágicos,

antecedentes de anemia en la familia) anamnesis para observar palidez, controlar la tensión arterial y un hemograma, ya que se consideran métodos sencillos y rápidos para la evaluación a través de la cuantificación de la Hemoglobina y hematocrito.²⁰

2.2.6. Clasificación de la Anemia

La anemia es un problema mundial que está estrechamente vinculada con la desnutrición. El criterio principal para el mejor diagnóstico, según la organización mundial de la salud es encontrar una hemoglobina inferior a 12 mg/dL en mujeres no gestantes, no obstante para el diagnóstico en mujeres embarazadas es diferente, como por ejemplo en el Perú conforme la norma técnica se recomienda los siguientes valores:

- **Anemia leve** (Hb entre 10 a 10,5 g/dl)
- **Anemia moderada** (Hb de 7 a 9 g/dl)
- **Anemia severa** (Hb menos de 7 g/dl)

Valores Normales de la Sangre durante la Gestación²¹

- Hemoglobina: primer trimestre (120 g/L); tercer trimestre (110 g/L).
- Hematocrito: primer trimestre (36-44%); tercer trimestre (33-42%).
- Hierro sérico: 60 a 150 mg/100 ml.
- Reticulocitos: 0,5 a 1,5 %.
- Eritrosedimentación: 45 mm en el último trimestre.
- Leucocitos: 10 000 a 15 000/mm³.
- Plaquetas: 150 000 a 400 000/mm³.(20)

2.2.7. Factores de riesgo para anemia en la gestación

Son todas las características asociadas a una probabilidad de desarrollar la anemia durante la gestación en tal sentido iremos mencionando alguno de ellos. Los Antecedentes Maternos son ciertas características maternas que son estudiadas desde hace tiempo como factores de riesgo en la gestación. La relación entre ellas es continua y tratar de determinarlas a todas las gestantes es muy complicado por lo que se hace referencia a las más mencionadas en la literatura.²² Por otra parte, la edad materna es una causa de riesgo primordial para la etapa del embarazo, asimismo se han reconocido 2 grupos atareo de riesgo (gestantes adolescentes y edad mayor de 35 años), se ha detallado que en las pacientes más jóvenes se relacionan con un alto incidencia de anemia gestacional. El segundo grupo, es la causa de riesgo de importancia para la gestación.²² Según estudios la multiparidad con espacios intergenésico cortos (menos de 2 años) es usado para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos como la anemia en el post parto.²³ La educación en la madre muestra una asociación con la morbimortalidad materna. Conforme algunos estudios esto se demuestra, porque las madres que han accedido a un mejor nivel de educación retrasan la maternidad, así como también prefieren mejor atención en las consultas llevando el control de toda su etapa del embarazo y parto, es por ello que las variables están asociadas a las prácticas y actitudes de las madres.²³

El estado civil se encuentra asociada al riesgo de presentar anemia durante el embarazo guardando asociación con otros factores de riesgo como la gestación en la etapa de la adolescencia, consumo de hábitos nocivos (alcohol, tabaco).²⁴ La Ingesta de hierro se recomienda en la etapa del embarazo mediante una alimentación

variada, acompañando de suplementos farmacológicos (ácido fólico y hierro), incluso se debe consumir desde la etapa preconcepcional para evitar la anemia en el embarazo. En el Perú, el complemento de hierro y ácido fólico están establecidas en la normatividad que regula los cuidados de la mujer durante la etapa del embarazo, la misma que requiere que la suplementación se debe iniciar desde las catorce semanas con la finalidad de asegurar un transporte de hierro desde la madre al feto, continuando hasta las cuarenta y dos días postparto para recobrar todo lo perdido.²⁴

Los factores obstétricos para anemia durante el embarazo podrían estar relacionado con la atención prenatal inadecuado, hoy en día no hay duda que la atención prenatal, se debe realizar de inmediato después de la concepción ya que se encuentra relacionado a mejores resultados de la gestación, sobre todo en la disminución de ciertos riesgos que conllevan a padecer la anemia durante el embarazo.²⁴ Con respecto al índice de masa corporal, es el principal componente para evaluar la nutrición de la gestante y a su vez se utiliza para iniciar control nutricional tempranamente. En tal sentido es considerado como un factor que define las condiciones físicas de la mujer en la etapa del embarazo para relacionar su peso y estatura. Este método se considera uno de los mejores, ya que determinara si el peso se encuentra adecuado para su estatura y así diagnosticar riesgos de obesidad o desnutrición.²⁵ La paridad es fundamental para evaluar el grado de riesgo tanto obstétrico como neonatal. Investigaciones manifiestan que las primigestas tienen una elevada relación con la anemia en el embarazo en especial en especial en mujeres adolescentes. Las madres multíparas también se asocian a los resultados adversos que se explican primordialmente con las complicaciones obstétricas o alguna patología de la madre.²⁵

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- a. **Anemia:** Es la concentración inferior de la hemoglobina en la sangre. La anemia no se considera una enfermedad, pero si un signo que suele ser originado por diversos factores, la más frecuente es el déficit de hierro, insuficiente consumo de suplementos o caso extremo perdida sanguínea por hemorragias.²⁵
- b. **Anemia ferropénica:** Anemia producida por eritropoyesis deficiente debido a la falta o disminución del hierro del organismo.²⁵
- c. **Factores de riesgo:** Son rasgos, características que presenta un sujeto, que tiene cuya posibilidad de padecer alguna enfermedad.²⁶
- d. **Gestante:** Se considera al estado fisiológico de la mujer que comienza con la fecundación y culmina con el parto.²⁶
- e. **Hemoglobina:** Es una proteína de estructura cuaternaria, que consta de tres subunidades. La hemoglobina es una molécula que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y sirve para transportar el oxígeno hasta los tejidos.²⁷
- f. **Hierro:** Es un componente esencial en el transporte de oxígeno en el organismo. El cuerpo humano contiene un promedio de 4 g de hierro, la mitad del cual está contenido en la hemoglobina de los eritrocitos.²⁷

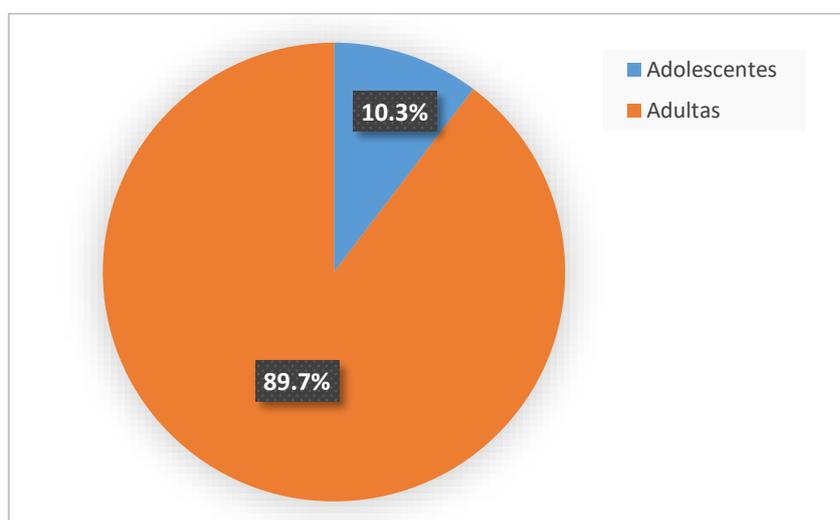
CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

Tabla N°01 DATOS GENERALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2019

Cuadro I Edad de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Edad	n=184	%
Adolescentes (≤ 19 años)	19	10.3
Adultas (>19 años)	165	89.7

Gráfico N°01 Edad de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza



Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

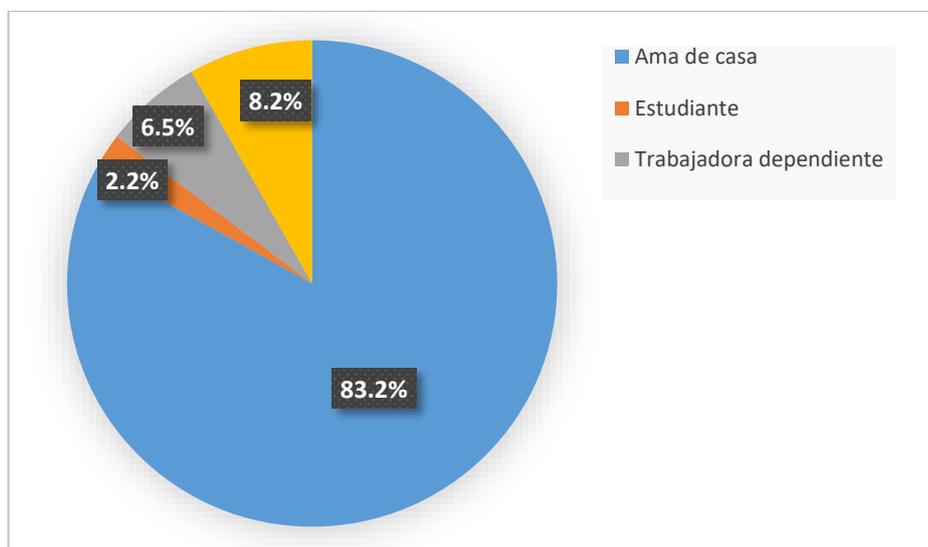
Interpretación

En el gráfico N°01 se observa la edad de las gestantes del Centro de Salud Nueva esperanza, donde se encontró que el 89.7% de las gestantes tuvieron edad mayor a 19 años y el 10.3% de las gestantes tuvieron edad ≤ 19 años.

Cuadro II Ocupación de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Ocupación	n=184	%
Ama de casa	153	83.2
Estudiante	4	2.2
Trabajadora dependiente	12	6.5
Trabajadora independiente	15	8.2

Gráfico N°02 Ocupación de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza



Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

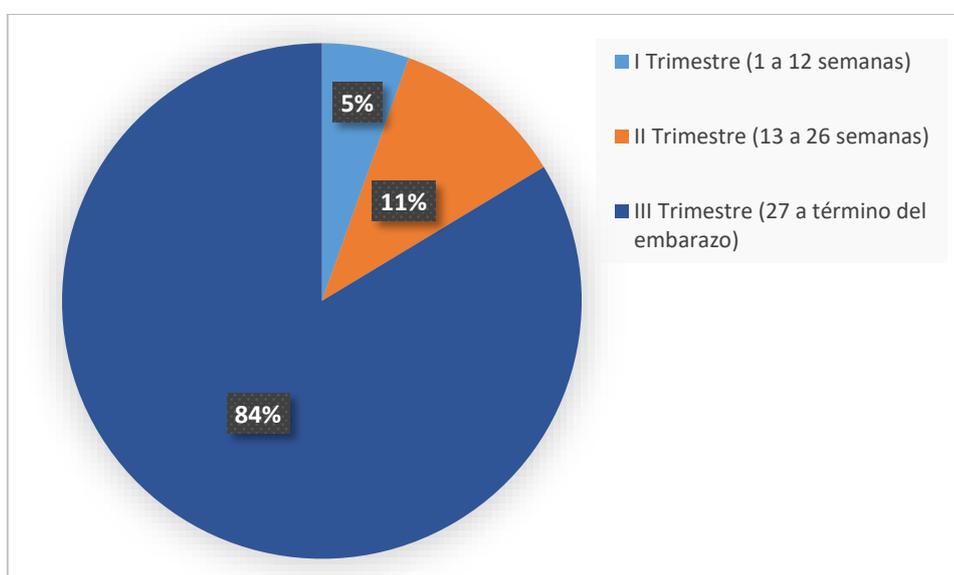
Interpretación

En la gráfica N°02 se observa la ocupación de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza, donde se encontró que el 83.2% de las gestantes se dedica a su casa, el 8.2% de las gestantes fueron trabajadoras independientes, el 6.5% de las gestantes fueron trabajadoras dependientes y el 2.2% de las gestantes se dedicaron al estudio.

Cuadro III Edad gestacional de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Edad Gestacional	n=184	%
I Trimestre (1 a 12 semanas)	10	5
II Trimestre (13 a 26 semanas)	20	11
III Trimestre (27 a término del embarazo)	154	84

Gráfico N°03 Edad gestacional de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza



Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

Interpretación

En la gráfica N°03 se observa la ocupación de las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza, donde se encontró que el 84% de las gestantes tuvieron edad gestacional ≥ 27 semanas, el 11% de las gestantes tuvieron edad gestacional entre 13 a 26 semanas y el 5% de las gestantes tuvieron edad gestacional ≤ 12 semanas.

Tabla N°02 Factores socioculturales que se relacionan a la anemia en gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Factores Socioculturales	Anemia				P<005
	Casos		Controles		
	Nº	%	Nº	%	
Grado de Instrucción					
Primaria completa	7	7.6%	8	8.6%	0.105
Secundaria Completa	30	32.6%	32	34.8%	
Secundaria Incompleta	20	21.7%	24	26.1%	
Técnico Completa	18	19.6%	10	10.9%	
Técnico Incompleta	8	8.7%	2	2.2%	
Universitario Completa	7	7.6%	6	6.5%	
Universitario Incompleta	2	2.2%	10	10.9%	
Estado Civil					
Soltera	21	22.8%	14	15.2%	0.326
Casada	10	10.9%	8	8.7%	
Conviviente	61	66.3%	70	76.1%	
Religión					
Católica	76	82.6%	80	87%	0.488
Evangélica	8	8.7%	4	4.3%	
otros	8	8.7%	8	8.7%	
Consumo de hierro					
Con ingesta de hierro	78	84.8%	88	95.7%	0.013
Sin ingesta de hierro	14	15.2%	4	4.3%	
Lugar de procedencia					
Costa	12	13%	68	73.9%	0.036
Sierra	72	78.3%	22	23.9%	
Selva	8	8.7	2	2.2	
Hábitos alimenticios					
Saludable	83	90.2%	87	94.6%	0.409
No saludable	9	9.8%	5	5.4%	
Índice de masa corporal					
Bajo peso <18.5	2	2.2%	2	2.2%	0.310
Normal 18.5-24.9	26	28.3%	48	52.2%	
Sobrepeso 25.0-29.9	60	65.2%	38	41.3%	
Obesidad >29.9	4	4.3%	4	4.3%	
Estructura familiar					
Nuclear	23	25%	54	58.7%	0.019
Extendida	69	75%	38	41.3%	
Conocimiento sobre la tableta del sulfato ferroso					
Si	88	95.7	90	97.8	0.006
No	4	4.3	2	2.2	
Total	92	100%	92	100%	

Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

Interpretación

En la tabla N°02 se observa los factores socioculturales que se relacionan con la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Esperanza, en donde se encontró que el 32.6% de las gestantes con anemia tuvieron educación secundaria completa y el 34.8% de las gestantes que no tuvieron anemia estudiaron secundaria completa. En relación al estado civil el 66.3% de las gestantes con anemia fueron convivientes y el 76% de gestantes sin anemia fueron de situación sentimental conviviente. En cuanto a la religión se encontró que el 82.6% de las gestantes con anemia son de religión católica y el 87% de las gestantes sin anemia son de religión católica. Con respecto al consumo de hierro el 84.8% de las gestantes con anemia tuvieron ingesta de alimentos con hierro y el 95.7% de las gestantes sin anemia tuvieron ingesta de alimentos con hierro. Con relación al lugar de procedencia el 78.3% de las gestantes con anemia son procedentes de la sierra y el 73.9% de las gestantes sin anemia son procedentes de la costa. Por otro lado, se encontró que el 90.2% de las gestantes con anemia tuvieron hábitos alimenticios saludables y el 94.6% de las gestantes sin anemia tuvieron hábitos alimenticios saludables. En relación al índice de masa corporal se encontró que el 65.2% de las gestantes con anemia tuvieron sobrepeso y el 52.2% de las gestantes sin anemia tuvieron peso normal. Con respecto a la estructura familiar el 75% de las gestantes con anemia tuvieron una familia extendida y el 58.7% de gestantes sin anemia tuvieron una familia nuclear. Para finalizar se encontró que el 95.7% de las gestantes con anemia tuvieron conocimiento sobre las tabletas de sulfato ferroso y el 97.8% de las gestantes sin anemia también tuvieron conocimientos sobre las tabletas de sulfato ferroso.

Los factores socioculturales que se relación a la anemia en la gestación son la ingesta de hierro, lugar de procedencia, estructura familiar y el conocimiento sobre la tableta de sulfato ferroso siendo estadísticamente significativo con un valor $p < 0.05$.

Tabla N°03 Factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Factores Obstétricos	Anemia				P<005
	Casos		Controles		
	Nº	%	Nº	%	
Número de gestaciones					
Primigesta	41	44.6%	34	37%	0.005
Multigesta	29	31.5%	39	42.3%	
Gran multigesta	22	23.9%	19	20.7%	
Paridad					
Nulípara	40	43.5%	2	2.2%	0.011
Primípara	6	6.5%	31	33.7%	
Segundípara	24	26.1%	30	32.6%	
Múltipara	22	23.9%	29	31.5%	
Periodo intergenésico					
Sin periodo	39	42.4%	30	32.6%	0.360
Corto ≤24 meses	16	17.5%	6	6.5%	
Óptimo >24 meses	37	40.1%	56	60.9%	
Culminación del embarazo anterior					
Vaginal	28	30.4%	34	41.1%	0.220
Cesárea	16	17.4%	22	23.7%	
Aborto	8	8.7%	34	33%	
No aplica	40	43.5%	2	2.2%	
Atención prenatal					
Adecuado > 6 controles	59	64.1%	82	88.9%	0.012
Inadecuado < 6 controles	33	35.9%	10	11.1%	
Antecedente de Tuberculosis					
Si	9	9.8%	2	2.2%	0.100
No	83	90.2%	90	97.8%	
Sangrado genital durante su embarazo actual					
Primera mitad del embarazo	80	87%	10	10.9%	0.010
Segunda mitad del embarazo	4	4.3%	8	8.6%	
Ninguno	8	8.7%	74	80.5%	
Total	92	100%	92	100%	

Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

Interpretación

En la tabla N°03 se observa los factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Esperanza, en donde se encontró que el 44.6% de las gestantes con anemia fueron primigesta

y el 42.3% de las gestantes sin anemia fueron multigesta. En relación a la paridad se encontró que el 43.5% de las gestantes con anemia fueron nulíparas y el 33.7% de las gestantes sin anemia fueron primíparas. Con respecto al periodo intergenésico el 42.4% de las gestantes con anemia no tuvieron periodo intergenésico y el 60.9% de las gestantes sin anemia tuvieron periodo intergenésico óptimo (>24meses). Con relación a la culminación del embarazo anterior se encontró que el 43.5% de las gestantes con anemia no tuvieron embarazo anterior y el 41.1% de las gestantes sin anemia tuvieron parto vaginal. En relación a la atención prenatal el 64.1% de las gestantes con anemia tuvieron control prenatal adecuado y el 88.9% de las gestantes sin anemia tuvieron control prenatal adecuado. Sobre las gestantes con antecedente de tuberculosis se encontró que el 90.2% de las gestante con anemia no tuvieron antecedente de tuberculosis y el 97.8% de las gestantes sin anemia no tuvieron antecedente de tuberculosis. Para finalizar, se encontró que el 87% de las gestantes con anemia tuvieron sangrado vaginal durante la primea mitad del embarazo actual y el 80.5% de las gestantes sin anemia no tuvieron sangrado genital en su embarazo actual.

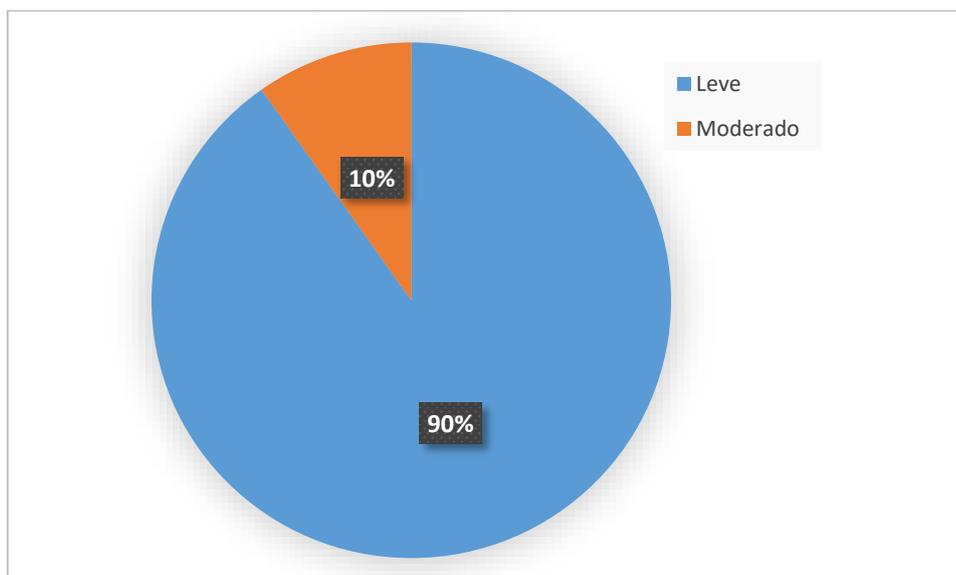
Los factores obstétricos que se relacionan con la anemia en la gestación son el número de gestaciones, la paridad, el control prenatal y el sangrado vaginal siendo estadísticamente significativo con un valor $p < 0.05$.

Tabla. N°05 Clasificación de la anemia en las gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza

Clasificación de la Anemia	n=92	%
Leve	83	90
Moderado	9	10
Severa	0	0

Fuente: Cuestionario de factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de salud Nueva Esperanza, 2018.

Gráfico N°04 Clasificación de la anemia en gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza



Interpretación

En la tabla N°05 se observa la clasificación de la anemia en gestantes del Centro de Salud Nueva Esperanza, en donde se encontró que el 90% de las gestantes tuvieron anemia leve y el 10% de las gestantes tuvieron anemia moderada.

4.2 Discusión de los resultados.

La anemia es un problema de salud pública y una prioridad nacional que articula a diferentes estamentos del estado para su prevención y tratamiento sobre todo en los grupos vulnerables como son los niños y las gestantes.

La anemia es una patología muy frecuente durante el embarazo, es un factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal, por ello, se hace necesario la prevención mediante la detección de factores de riesgo, así como la educación sobre adecuados hábitos alimenticios, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado desde el primer nivel de atención.

En el presente estudio, encontramos que la mayoría de gestantes entrevistadas tuvo anemia leve (90%) y solo el 10% anemia moderada, estos datos concuerdan con los estudios de Arana A. y Col., Bazán E. y Zapata A. donde se reporta que la anemia más frecuente es la leve. Cabe mencionar que, no encontramos pacientes con anemia severa pues esta patología requiere tratamiento en un establecimiento de salud de mayor nivel complejidad.

En relación a los datos generales de las pacientes entrevistadas tenemos que, el 89.7% tuvieron más de 19 años datos similares encontraron Rincón D. y Col. en un estudio en base poblacional en Colombia; en relación a la ocupación el 83.2% de las gestantes se dedica a actividades domésticas, siendo este resultado similar a lo encontrado por Zeledón P. en Nicaragua, por Cota E. en Lima y por Canales S., Vera G. en Tumbes.

El trimestre gestacional más frecuente fue el tercero con un 84% en contraposición a lo encontrado por Canales S., Vera A. quienes reportan que la mayoría de gestantes con anemia se encontraban en el I trimestre gestacional; sin embargo, nuestros resultados concuerdan con los reportes

de Cota E. quien encontró que el 66.49% de las gestantes anémicas cursaban el tercer trimestre de embarazo.

Con respecto a los factores socioculturales se encontró que, el 32.6% de las gestantes con anemia tuvieron educación secundaria completa, estos hallazgos difieren del estudio de Arana y Col. en donde el 51% de las gestantes tuvieron educación primaria y de Rincón y Col donde se encuentra una mayor prevalencia de anemia en gestantes sin instrucción, pero concuerdan con los estudios de Bazán E., Zárate L., Cota E. y Canales C., Vera, A quienes reportan que la mayoría de gestantes anémicas son de nivel de instrucción secundario (25.8%, 76.7%, 48.8% y 37% respectivamente).

En relación al estado civil, el 66.3% de las gestantes con anemia son convivientes coincidiendo con el estudio de Zeledón P., Lazo C. donde el estado civil predominante fue conviviente, sin embargo, Rosas M. y Col encontró que un 68% de gestantes anémicas eran solteras. En cuanto a la religión, se encontró que el 82.6% de las gestantes con anemia son de religión católica coincidiendo con el estudio de Arana A. y Col. donde el 57% fueron de religión católica; asimismo Rosas M., Ortiz, M. reportan 57% de gestantes anémicas con religión católica.

En relación al lugar de procedencia, el 78.3% de las gestantes con anemia son procedentes de la sierra, Bazán E. encontró un porcentaje elevado de gestantes anémicas de la zona urbana, así como, Canales S., Vera G. quien reportó un 96% de gestantes anémicas procedentes de zona urbana; el 75% de las gestantes con anemia provienen de una familia coincidiendo con el estudio de Bazán E. donde el 59% provienen de familias extensas.

El 90.2% de las gestantes con anemia tuvieron hábitos alimenticios saludables en contraposición a lo publicado por Zeledón P., Lazo C. quienes reportan un elevado consumo de carbohidratos en la gestante anémica, asimismo, Cota E. y Arana A. y Col. encontraron un elevado porcentaje

(88.1% y 55.0% respectivamente) de gestantes anémicas con hábitos nocivos, entre ellos resalta el consumo de café.

Con respecto al consumo de hierro el 94.6% de las gestantes sin anemia tuvieron ingesta de alimentos con hierro y 95.7% tienen conocimiento sobre la tableta de sulfato ferroso, coincidiendo con los resultados obtenidos por Zeledón P., Lazo C. donde se reporta que el consumo de suplementos de hierro y ácido fólico son un factor protector para la anemia; en este sentido, Rosas M. y Col. observaron que el 24% de las pacientes anémicas no consumen hierro y Bazán E. reportó una ingesta tardía del sulfato ferroso (a partir de las 32 semanas).

En relación al índice de masa corporal, 65.2% de las gestantes con anemia tuvieron sobrepeso, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Rincón y Col. en Colombia (11.9% de gestantes anémicas con sobrepeso) pero difieren con los resultados de Zeledón P., Lazo C., Cota E. Bazán E. Zarate L. y Canales S. Vera G. quienes encontraron un IMC normal en más de la mitad de las gestantes anémicas.

En relación a los factores obstétricos relaciona con la anemia se encontró que el 44.6% de las gestantes con anemia fueron primigestas y el 43.5% nulípara, estos resultados concuerdan con lo publicado por Arna A. y Col. donde se observa que el 71% de las gestantes adolescentes con anemia eran primigestas; sin embargo, los estudios en gestantes no adolescentes refieren un elevado porcentaje de gestantes multíparas con anemia (7)(9)(10)(11).

Con respecto al período intergenésico el 40.4% de las gestantes con anemia tuvieron un periodo intergenésico óptimo coincidiendo con los resultados de Rosas M. y Col. donde el 37% de gestantes anémicas tienen un PIN óptimo y con Zárate L. donde se observa que el 30.0% de gestantes anémicas

tienen un PIN normal, en contraposición Canales S. Vera G. reporta un porcentaje similar (31.0%) de gestantes anémicas con PIN mayor a 5 años.

En relación a la atención prenatal podemos observar que el 64.1% de las gestantes con anemia fueron gestantes controladas, estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Canales S., Vera G en Tumbes, Cota E. y Zárate L. en Lima quienes reportan un elevado porcentaje de gestantes anémicas controladas (77.0% y 76.2% respectivamente).

CONCLUSIONES

1. Los factores socioculturales asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Esperanza durante el año 2018 fueron: consumo de hierro, lugar de procedencia, estructura familiar y conocimientos sobre la tableta del sulfato ferroso siendo estadísticamente significativo con un $p < 0.05$.
2. Los factores obstétricos asociados a la anemia gestacional fueron: número de gestaciones, paridad, número de atenciones prenatales y sangrado genital durante el embarazo. siendo estadísticamente significativo con un $p < 0.05$.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al profesional obstetra realizar actividades de promoción, prevención y recuperación orientadas a las mujeres en edad fértil implementando sesiones educativas, ferias nutricionales, visitas domiciliarias; con la finalidad de priorizar la captación oportuna de las pacientes teniendo en cuenta los factores asociados a la anemia y así contribuir a la reducción de la casuística de esta patología.
2. Sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la prevención de la anemia en los diferentes espacios de atención en busca de mejorar sus conocimientos en hábitos alimenticios saludables que puedan cristalizarse en prácticas correctas de alimentación.
3. Se recomienda al profesional obstetra del C.S. Nueva Esperanza a realizar un seguimiento estricto a la gestante con anemia durante la atención prenatal independientemente del trimestre de gestación, reforzando en cada consulta la toma correcta del sulfato ferroso, coordinando con el área nutricional para proporcionar dietas ricas en hierro adaptado a las condiciones culturales y económicas de cada paciente.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Estados Unidos. 2016. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables. [Rev. 20 de julio del 2018]. [9]. Disponible:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
2. National Center for Biotechnology Information. [Internet]. Estados Unidos. 2015. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. [Rev. 20 de julio del 2018]. [12]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26404445>
3. National Center for Biotechnology Information. [Internet]. Estados Unidos. 2014. Anemia in Pregnancy. Rev. 20 de julio del 2018. [10]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21444028>
4. Munares O, Gómez G. Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Rev Perú Epidemiol. 2014;18(2):1-7
5. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú. 2017. Norma técnica del manejo terapéutico y preventivo de la anemia. [Rev. 22 de julio del 2018]. Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp?op=5>
6. Rincón D., Gonzáles J., Urazán Y. Prevalencia y Factores sociodemográficos asociados a anemia ferropénica en mujeres de Colombia (Análisis secundario de la ENSIN 2010). Nutr Hosp 2019;36(1):87-95
7. Zeledón, P; Lazo, C. Factores de riesgo nutricionales y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo. Rev. Journal Health NPEPS. Nicaragua. 2017; 2(2):352-364.

8. Arana A., Intriago A., Gómez. S, De la Torre J. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años. Rev. Científica de Ciencias. Ecuador. 2017 3: 431-447
9. Rosas, M; Ortiz, M. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. Rev Hematol Mex. México. 2016 17(2):107-113
10. Cota E. Factores asociados a anemia gestacional en el Instituto Materno Perinatal, 2018 [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio digital UNFV. Perú. 2018
11. Bazán E. Factores asociados a anemia ferropénica en gestantes tardías a término en el Hospital Goyeneche 2017. [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio digital UNSA. Perú. 2018
12. Zarate L. Factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas en el Instituto Materno Perinatal, marzo – abril 2017. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital UNMSM. Perú. 2017
13. Canales S., Vera G. Factores de riesgo de anemia ferropénica en gestantes que acuden al puesto de salud I-II Gerardo Gonzales Villegas de Tumbes. 2011-2015. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital Universidad Nacional de Tumbes. Perú. 2016
14. Paredes H. Valores hematológicos, anemia ferropénica y factores de riesgo en gestantes que acuden al Hospital Regional “Manuel Nuñez Butrón” puno – 2016. [tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Altiplano. Perú. 2017
15. Casas L., Ninahuanca M. Características clínicas del recién nacido y su relación con la anemia en el segundo y tercer trimestre en el embarazo - Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen 2013 – 2015. [tesis de

Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Peruana los Andes. Perú. 2015

16. Flores H. Prevalencia de anemia en gestantes del centro de salud La Libertad, San Juan de Lurigancho, Lima, enero - octubre del 2015. [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio digital de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2017
17. Guías de Salud [Internet]. España. 2014 [Rev. 22 de julio 2018]. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [494]. Disponible en:http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
18. Morlés R. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital "San José" Callao - Lima. 2016. [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2018
19. Gómez S. et al. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. *Medicas. Rev. Peru. Epidemiol.* Perú. 2014 18: 2 - 3
20. Marín M., Vásquez T. actores sociales que influyen en la variación de hemoglobina en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo. [tesis de Licenciatura]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. 2014
21. Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Perú. 2015 [Rev. 22 de julio 2018]. Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte [129]. Disponible: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

22. Narváez J., Herrera R., Orellana M., Gloria F. Prevalencia de Anemia con y sin Hemoglobina ajustada, en parturientas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Rev Médica HJCA. Ecuador. 2017; 4(2):181-5.
23. Parodi Q. Prevalencia de Anemia en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. Julio - Setiembre del 2015 [Tesis de grado]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2016
24. Bornás A., Chambilla Q. Estado nutricional y anemia ferropénica en gestantes adolescentes del centro de salud Alto de la Alianza. Rev. Cienc Desarro. Perú. 2017; 1(15):12-7.
25. Segura R. Prevalencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil 2013 [Internet] [Tesis de grado]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2016 [citado 19 de julio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18319>
26. Ávila A., et al. Factores clínicos y socio-sanitarios relacionados a la anemia en gestantes: estudio de prevalencia en Municipio Mara, Venezuela, Rev. Salud Pública. 2014 14: 10-26
27. Chacaliaza R. Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo para anemia gestacional del Hospital Santa María del Socorro Ica 2015 [Tesis de grado] Repositorio de la Universidad Alas Peruanas. Perú 2017

ANEXOS



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Nueva Esperanza, 13 de Febrero 2019.

OFICIO N°092-2019-CS.NE-DIRIS.LS/MINSA

Mg
FLOR DE MARIA ESCALANTE CELIS
Directora
Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Alas Peruanas
Presente -

Asunto: Autorización para aplicación de instrumento de Tesis
Referencia: OFICIO N°044-2019-EPO-FMHYCS-UAP

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia autorizar a la Srta. **SERQUEN CAYCAY, JENNIFER ROXETTE** para la aplicación del instrumento de Tesis: "*Factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018*". Asimismo deberá coordinar con la Lic. Carmen Vargas Responsable del servicio de Obstetricia sobre las actividades a realizar.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi mayor estima personal.

Atentamente.


MINISTERIO DE SALUD
C.S. NUEVA ESPERANZA
M.C. Luisa A. Astiguita Ríos
MEDICO JEFE
C.M.P. 26014


MINISTERIO DE SALUD
C.S. NUEVA ESPERANZA
JEFATURA

Av. 26 de Noviembre N° 835
Nueva Esperanza - VMT
Telf. (01) 291-3152
csnuevaeesperanza@yahoo.com



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado Juez experto (a): Luz Marina Quispe Paucar

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: "Factores asociados a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 JEFA DE OBSTETRICIA
 COP 10360

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Juan Delgado Salazar

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: "Factores asociados a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2016"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Juan Delgado Salazar
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Rosa Ramos Avales

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: "Factores asociados a la anemia feritina en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

Rosa Ramos Avales

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES QUE SE RELACIONAN A LA ANEMIA GESTACIONAL EN EL CENTRO DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2018”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Principal ¿Cuáles son los factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018?</p> <p>Secundarios ¿Cuáles son los factores socioculturales que se relacionan a la anemia en gestantes? ¿Cuáles son los factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores que se relacionan a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2018</p> <p>Objetivos Específicos Identificar los factores socioculturales que se relacionan a la anemia en gestantes. Identificar los factores obstétricos que se relacionan a la anemia en gestantes.</p>	<p>H1: Los factores socioculturales y obstétricos si se relacionan con la anemia gestacional.</p> <p>H0: Los factores socioculturales y obstétricos no se relacionan con la anemia gestacional</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Anemia</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Factores Socioculturales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve 2. Moderada 3. Severa <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Estado civil 3. Grado de instrucción 4. Lugar de procedencia 5. Religión 6. Consumo de hierro 7. Hábitos nocivos 8. Hábitos alimenticios 9. Índice de masa corporal 10. Estructura familiar 11. Conocimiento sobre el sulfato ferroso 	<p>Según Hernández R., Fernández C., Baptista L. y Mendoza T. el tipo de estudio fue cuantitativo, observacional, de alcance explicativo con diseño transversal, prospectivo de tipo casos y controles.</p> <p>Población 894 gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Esperanza.</p> <p>MUESTRA: 184 gestantes que cumplieron con los criterios de selección, 92 casos y 92 controles.</p> <p>INSTRUMENTO Se utilizó un cuestionario que fue sometida a juicios de expertos.</p> <p>TECNICAS La técnica que se utilizó en el desarrollo del presente estudio fue la encuesta.</p>

			Obstétricos	<ol style="list-style-type: none">1. Número de gestaciones2. Paridad3. Atención prenatal4. Periodo intergenésic o5. Culmina ción del embarazo anterior6. Antecedent es de tuberculosis	
--	--	--	-------------	---	--



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES QUE SE RELACIONAN A LA ANEMIA GESTACIONAL EN EL CENTRO
DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2018”**

1. **Concentración de hemoglobina:** _____
2. **Anemia en el embarazo:**
 - 1= Si
 - 2= No
3. **Clasificación de la anemia**
 - 1= Leve >9 a ≤ 11
 - 2= Moderada ≥ 7 a ≤ 9
 - 3= Severa <7 g/dl

I: DATOS GENERALES

4. **Edad**
 - 1= Adolescentes (≤ 19 años)
 - 2= Adultas (>19 años)
5. **Ocupación:**
 - 1= Ama de casa
 - 2= Estudiante
 - 3= Trabajadora dependiente
 - 4= Trabajadora independiente
6. **Edad Gestacional:**

Tiempo de embarazo.....semanas.

 - 1= I trimestre
 - 2= II Trimestre
 - 3= III Trimestre

II: FACTORES SOCIOCULTURALES

7. Grado de instrucción

- 1= Sin estudios
- 2= Primaria Completa
- 3= Primaria Incompleta
- 4= Secundaria Completa
- 5= Secundaria Incompleta
- 6= Superior Técnico Completa
- 7= Superior Técnico Incompleta
- 8= Superior Universitario Completa
- 9= Superior Universitario Incompleta

8. Estado Civil:

- 1= Soltera
- 2= Casada
- 3= Conviviente

9. Religión

- 1= Católica
- 2= Evangélica
- 3= otros

10. Consumo de hierro

- 1= Con ingesta de hierro
- 2= Sin ingesta de hierro

11. Lugar de procedencia

- 1= Costa
- 2= Sierra
- 3= Selva

12. Hábitos nocivos

- 1= Tabaco
- 2= Alcoholismo
- 3= Drogas
- 4= Ninguno

13. Hábitos alimenticios

1= Saludable (fruta, cereales, pescado, verdura y leche)

2= No saludable (gaseosas, papas fritas, aderezos y salsas altas en grasa)

14. Índice de masa corporal

1= Bajo peso <18.5

2= Normal 18.5-24.9

3= Sobrepeso 25.0-29.9

4= Obesidad >29.9

15. Estructura de la familiar

1= Nuclear

2= Extendida

3= Monoparental

16. ¿Usted, tiene conocimiento sobre la tableta del sulfato ferroso para prevenir la anemia en el embarazo?

1= Si

2= No

II: FACTORES OBSTÉTRICOS

17. Número de gestaciones

1= Primigesta

2= Multigesta

2= Gran multigesta

18. Paridad

1= Nulípara

2= Primípara

2= Secundípara

3= Multípara

19. Periodo intergenésico

1= Sin periodo (primer embarazo)

2= Corto ≤ 24 meses

3= Óptimo > 24 meses

20. Culminación del embarazo anterior

1= Vaginal

2= Cesárea

3= Aborto

4= No aplica

21. Atención prenatal

1= Adecuado ≥ 6 controles

2= Inadecuado < 6 controles

22. Antecedente de Tuberculosis

1= Si

2= No

23. Tuvo algún sangrado genital durante su embarazo actual

1= Primera mitad del embarazo

2= Segunda mitad del embarazo

3= Ninguno



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE SE RELACIONAN A LA ANEMIA GESTACIONAL EN EL
CENTRO DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2018**

Yo,.....identifica
da con DNI N°....., domiciliada
en..... He sido informada de los
objetivos del estudio “Factores asociados a la anemia gestacional en el Centro
de Salud Nueva Esperanza, 2018”, cuyos resultados permitirá analizar los
factores que orienten a conocer el porqué de la anemia en el embarazo, por lo
que su información y ayuda será valiosa para diseñar estrategias que puedan
reducir el embarazo en adolescentes; así mismo, el equipo investigador
garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la
privacidad de todas las participantes del estudio.

Teniendo conocimiento de los propósitos y la forma del manejo de la información
acepto participar voluntariamente en el presente estudio.

Así mismo en cualquier momento podré voluntariamente retirarme del estudio.

.....

Firma del paciente



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Asentimiento Informado

**FACTORES QUE SE RELACIONAN A LA ANEMIA GESTACIONAL EN EL
CENTRO DE SALUD NUEVA ESPERANZA, 2018**

Yo _____ e
n calidad de padre (), madre (), esposo (), tutor (); con DNI _____
mediante la firma del presente documento, doy mi consentimiento para que mi
hija (), esposa () de ____ años de edad, participe en el estudio científico "Factores
asociados a la anemia gestacional en el Centro de Salud Nueva Esperanza,
2018"

Firma padre, madre o tutor