



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

TESIS

**CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE
LAS GESTANTES CON ANEMIA EN EL CENTRO MATERNO
INFANTIL OLLANTAY DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2016**

PRESENTADO POR:

ELIZABETH MARLENI MACHACA JUAREZ

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN:
OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
DICIEMBRE 2016**

Dedico a:

Este trabajo dedico a mi madre y hermanos, porque fueron ellos quienes me enseñaron a creer en uno mismo siguiendo mis metas y decir con voz enérgica lo que soy y seré como profesional y como ser humano, se lo debo y deberé siempre a ella. Mi madre

A mi abuelita Gero que ya no está con conmigo.

Agradezco a:

Mis docentes, asesores, obstetras, en especial a la obstetra Vilma Aguilar Guido, quienes colaboraron en resolver mis dudas guiando y encaminando la presente investigación que en principio pensé no lograrlo y agradecer a profesores del pregrado por la enseñanza brindada.

Resumen

La presente investigación denominada características sociales, demográficas y clínicas de gestantes con anemia en el Centro Materno Infantil Ollantay de San Juan de Miraflores, **Objetivo:** Identificar las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia en el Centro Materno Ollantay en San Juan de Miraflores del año 2016. **Material y método:** es un estudio descriptivo, de corte transversal, prospectivo, aplicativo y cuantitativo. La muestra del estudio estuvo conformada por 137 gestantes entre los 15 a 45 años de edad. El instrumento fue un cuestionario de 33 preguntas. Los datos recolectados se procesaron en el programa estadístico SPSS 22 y han sido presentadas través de tablas estadísticas y gráficos. **Resultados** el 51,1% de la población estudiada está dentro de los 20 a 30 años de edad, 59,1% nació en lima, 78,8% hablan el idioma español, 67,2% de la ocupación de las gestantes son amas de casa, el 51,8% los padres de familia tienen trabajo independiente, dependiente y eventual, el 43,8% tienen un ingreso mensual familiar mayor a s/750, 46.7% tienen vivienda propia, 63.5% tienen un abastecimiento de agua potable dentro de casa, 48,0% almacenan el agua en tachos, 85,4% tienen luz propia, 66.4% el desagüe tienen conectado a una red pública dentro de la vivienda, 58,4% pertenecen al tercer trimestre de gestación, 38% son primigestas, 76,6% tienen anemia leve, 72,3% no presentaron hemorragias vaginales en embarazos anteriores, el 50,4% no presentaron ninguno de estos síntomas, 16.8% tienen resultado positivo en el examen de heces y 80,3% pertenecen a la religión católica. **Conclusión** la edad, el lugar de nacimiento y el tiempo de residencia, el nivel socioeconómico bajo, la pobreza, condiciones de vida, nivel educativo deficiente, sueldo básico mínimo y discontinuo, antecedente de tres o más partos, antecedente de hemorragias son características o condiciones que están relacionados a la anemia en gestantes.

Palabras claves: anemia, demografía, características sociales, características clínicas, embarazo, nivel socioeconómico.

Abstract

The present investigation called social maternal social, demographic and clinical characteristics of women pregnant with anemia in the and Child Center Ollantay of San Juan de Miraflores **objective** identify the social, demographic and clinical characteristics of pregnant with anemia in the Maternal Center Ollantay in San Juan de Miraflores of the 2016. **Material and Methods:** a descriptive study, transversal, prospective, application and cuantitative. The sample study consisted of 137 pregnant women between 15 to 45 years old. The instrument was a questionnaire of 33 questions. The collected information were processed in SPSS 22 stastical program and have been presented statiscal tables and graphics. **Results** 51,1% of the study population is are between 20 to 30 years old, 59,1% borned in Lima, 78.8% speak Spanish, 80,3% belong to the catholic religion, 67,2% of employment of pregnant women are housewives, 43.8% have income increased as S/ 750, 46.7% own have theirs houses, 63.5% have a supply of drinking water, 48.0% store water in pails, 85.4% have their own light, 66.4% have drains connected to a public network inside the home, 58.4% are in the third trimester of pregnant, 38% are pregnant for the first time, 76.6% have mild anemia, 72.3% had no vaginal bleeding in previous pregnancies, 50.4% didn't experience any of these symptoms, 16,8% had positive test result stool. **Conclusion** age, place of birth and residence time, low socioeconomic status, poverty, living conditions, poor education, minimum basic salary and discontinues history of three or more births, history of bleeding are characteristics or conditions which they are related to anemia in pregnant.

Keywords: anemia, demographic, social, clinical, pregnancy, socioeconomic status.

Índice

Carátula_____	I
Dedicatoria_____	II
Agradecimientos_____	III
Resumen / Abstract_____	IV
	pág.
Introducción_____	8
CAPITULO I: Planteamiento metodológico	
1.1 Descripción de la realidad problemática_____	10
1.2. Delimitación de la investigación_____	12
1.3 Formulación del problema_____	13
1.4 Objetivos de la investigación_____	13
1.5 Hipótesis de la investigación_____	13
1.6 Variables, dimensiones e indicadores_____	14
Contrastación de variables_____	14
1.7 Justificación de la investigación_____	15
CAPITULO II: Marco teórico	
2.1 Antecedentes_____	16
2.2 Bases teóricas_____	24
Características sociales_____	26
Características demográficas_____	34
Características clínicas_____	37

2.3 Definición de términos básicos	40
------------------------------------	----

CAPITULO III: Metodología

3.1 Tipo de investigación	42
---------------------------	----

3.2 Diseño de la investigación	42
--------------------------------	----

3.2.1 Nivel de investigación	42
------------------------------	----

3.2.2 Método	43
--------------	----

3.3 Población y muestra de la investigación	43
---	----

3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	44
--	----

CAPITULO IV: Resultados

4.1 Resultados	46
----------------	----

4.2 Cuadro de resumen	75
-----------------------	----

4.3 Discusión de los resultados	77
---------------------------------	----

Conclusiones	79
--------------	----

Recomendaciones	80
-----------------	----

Fuentes de información	81
------------------------	----

Anexos:

1. Instrumentos	85
-----------------	----

2. Matriz de consistencia	90
---------------------------	----

3. Otros	91
----------	----

Autorización del establecimiento de salud

Formatos de validación de instrumento

INTRODUCCIÓN

La pobreza en nuestro país es un indicador de desarrollo socioeconómico mide aspectos social, cultural, demográfico y económico. es una condición en la cual una o más personas tienen un nivel de bienestar inferior al mínimo socialmente aceptado. La pobreza se mide por la satisfacción o no de la canasta básica familiar la cual representa el valor numérico de la línea de pobreza aumentando de s/161.00 a s/169.00 mensuales por cada persona que conforma un hogar .dichos aspectos incluye la educación, alimentación, la tasa de crecimiento poblacional, edad, tasa de natalidad, tasa de fecundidad, tasa de mortalidad, empleo y calidad del empleo, acceso a servicios básicos, acceso a un seguro de salud que cubran la atención y tamaño del hogar

La población peruana durante muchas décadas ha presentado un crecimiento poblacional sostenido durante largo tiempo, tal crecimiento en la actualidad tiende a hacer cada vez menor. En el 2011 la población tuvo una tasa de crecimiento promedio anual de 1.1%, las provincias más pobladas son Lima, La libertad. Piura, Cajamarca, Puno y Junín.

El perfil de los hogares en el Perú, se caracterizan por el tamaño del hogar, es un componente que incide en la condición de la pobreza, a mayor número de miembros mayor es la posibilidad de ser pobre, considerando que la mayoría de familias en el Perú son extensivas y nucleares, más si hay una composición demográfica en los hogares por niños, niñas y adolescentes entonces hay mayor dependencia económica en dichos hogares, donde el promedio de n° de miembros del hogar son cuatro. La mayor proporción de población menor de 18 años se asocia a la alta tasa de fecundidad por lo tanto una elevada dependencia demográfica.

La anemia se puede presentar en cualquier etapa de la vida, los más afectados son los niños, mujeres gestantes y mujeres en edad fértil; en el Perú la anemia es un problema de salud pública severo sin hacer diferencias en los grupos etareos los más afectados ante mencionado son los mismos que se encuentran en este nivel de problema. El nivel de hemoglobina que define anemia tiene valores estándar, según

diferentes organizaciones de salud nacional e internacional, poniendo énfasis en gestantes con características particulares en los pobladores de costa, sierra y selva la realidad demuestra que puede ser modificado de acuerdo con la altitud de residencia y tiempo de residencia.

Aunque la Organización Mundial de la Salud propone que los valores de hemoglobina deben ser ajustados por la altitud de residencia para definir o establecer valores de hemoglobina. De este modo las mujeres gestantes que viven en zonas rurales se ven más afectadas de aquellas mujeres que tienen tiempo de residencia en zonas urbanas en diferentes provincias del país.

La educación es la capital de desarrollo humano básico que provee a los integrantes del hogar de las herramientas necesarias para que los individuos mejoren sus desempeños laborales e incrementen sus ingresos, el cual tendrá efecto en el bienestar del hogar. Las mujeres gestantes que presentan anemia en su mayoría tienen un nivel socioeconómico bajo no cuentan con los servicios básicos, tienen un nivel de instrucción incompleto y deficiente. La población actual de las zonas urbanas tiene un crecimiento en las ciudades lo que favorece a una ausencia de agua y saneamiento en estas zonas y más en lugares marginados que albergan a familias con riesgo de enfermedad como gestantes y niños es ahí donde se ha visto una alta prevalencia de anemia.

La sintomatología depende de una serie de factores como la intensidad de la anemia, tiempo de anemia, el tipo de anemia, cuanto más intensa sea la anemia más fuerte será la sintomatología y si el cuadro o la causa de anemia se desarrolla con brusquedad el síndrome clínico será pronunciado.

El estudio tiene como finalidad identificar cuáles son las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes que presentaron anemia ya que los casos de anemia son cada vez más frecuentes, la zona de pamplona alta es un lugar muy poblado en las zonas marginales; que carece de servicios básicos, tiene criaderos de chanco, presenta zonas pedregosas habitadas por familias en los cerros.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La anemia como problema de salud pública; según la OMS la mayor proporción de individuos afectados por la anemia se encuentra en África (67,6%) y Asia Sudoriental (65,5%). En el Mediterráneo Oriental, la prevalencia es del 46%, y del 20% aproximadamente en las demás regiones según la OMS en: América, Europa y Pacífico Occidental¹.

En las embarazadas la máxima prevalencia se da en África (57,1%) y Asia Sudoriental (48,2%), seguidas por el Mediterráneo Oriental (44,2%), el Pacífico Occidental (30,7%), Europa (25%) y las Américas (24,1%)¹.

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población .La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar es de 47.4 % y el segundo porcentaje con mayor prevalencia es de las mujeres embarazadas con un 41.8 %.²

En el Perú según la encuesta demográfica y salud familiar 2013(ENDES 2013) la prevalencia nacional de anemia en gestantes fue 29.5%.Según área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área rural (20,4%) que en el área urbana (18,1%).demostró una mayor prevalencia de anemia en la selva (21,7%), seguido por la Sierra con 19,2%. Loreto (31,0%), Pasco (29,3%), Puno (27,3%) y Madre de Dios (23,7%) presentaron los mayores porcentajes de mujeres de 15 a 45 años de edad con anemia³.

Las embarazadas son susceptibles a alteraciones hematológicas que pueden afectar a cualquier mujer en edad de procrear, trastornos que surgen durante el embarazo debido a necesidades inducidas por la gestación el más importante es la expansión del volumen sanguíneo con un incremento desproporcionado del volumen plasmático ocasionando en las gestantes anemia.

En américa latina y el caribe se relaciona estrechamente la anemia con la extrema pobreza; significa que un bajo nivel de ingresos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesaria, pese a que en américa latina y el caribe se producen suficientes alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales sufren de desnutrición y por ende aumentan los casos anemia debido a una ingesta nutricional persistente inadecuada de su población. La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas muestran una alta prevalencia de anemia en gestantes⁴

Uno de los objetivos de desarrollo del Milenio y sus vínculos con la reducción del hambre y la desnutrición es promover la igualdad de género y la potenciación de la mujer. Las mujeres carecen del apoyo de los hombres en las labores de cuidado dentro del hogar, y suelen postergar su propia salud nutricional en beneficio de la del resto de la familia.

Dado que las mujeres desnutridas dan a luz bebés con bajo peso al nacer, lo anterior exacerba esta vulnerabilidad que se transmite de generación en generación⁴

Sumándose a la extrema pobreza el bajo nivel educativo de las madres y la falta de conocimiento sobre las causas y consecuencias de la anemia en la gestación, en el parto o puerperio; y el niño por nacer como una prematuridad o bajo peso al nacer la prevalencia es mayor en mujeres que no cursaron educación primaria en comparación con madres que completaron la educación primaria.⁴

Por otra parte el hogar de las gestantes frecuentemente no disponen de instalaciones o un acceso inadecuado a servicios básicos como agua potable y saneamiento , lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos lo cual es la segunda enfermedad el parásito con una supervivencia latente en el huésped inhibe el aprovechamiento de nutrientes provocando una desnutrición y por ende anemia ,creándose un círculo vicioso en el ambiente que es un agente activo en el desarrollo de la anemia .en el caso de países andinos por ejemplo ,los hogares abastecedoras de fuentes inseguras (rio, lago o pozos) duplica la de aquellos que tienen acceso al agua potable⁴ .

El Perú demográficamente se expresa por la tasa de fecundidad, la cual ha disminuido o descendido a un 41,9% donde la tasa de global de fecundidad fue de 85 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad, el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad descendió de 124 a 115 nacimientos por mil mujeres y el grupo de mujeres de 25 a 29 años de edad descendió de 124 a 118 nacimientos por mil mujeres. El cual es un claro ejemplo que muestra cifras opuestas a las adolescentes.

Según la OMS 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años de edad dan a luz cada año. Según ENDES 2015 del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad el 13,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez, hay un incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de reproducción en forma creciente, que alguna vez estuvieron embarazadas la cual conforme aumenta con la edad comenzando con un 3,0% desde los 15 años edad hasta el 28,7% a los 19 años de edad.

La maternidad adolescente abarca en diferentes departamentos de forma distinta según su cultura, el 32,8% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija y/o hijo o estaban embarazada³.

El mantener niveles apropiados de hierro durante el embarazo dentro de los niveles de concentración de hemoglobina disminuye los casos de morbilidad materno neonatal, y si este proceso ocurre en la adolescencia es aún más desafiante ya que a las necesidades de hierro requeridas para el embarazo se deberán sumar las necesidades de hierro para el crecimiento rápido y propio del desarrollo del adolescente.

También está relacionado en aquellas adolescentes que experimentan grandes pérdidas de sangre durante la menstruación antes del embarazo, las adolescentes se encuentran a un elevado riesgo para el desarrollo de la deficiencia de hierro. Y a su vez los adolescentes tienen malos hábitos alimenticios, que favorecen el consumo de alimentos de elevado contenido calórico pero pobre en nutrientes con el propósito de lograr figuras delgadas idealizadas por una cultura popular.

La anemia puede afectar de manera negativa y directa la supervivencia materna presentando complicaciones adicionales también para el feto ocasionando partos prematuros, bajo peso al nacer y deficiencia de hierro en la infancia afectando el desarrollo cognitivo.

La incidencia del parto pretermino o el bajo peso al nacer aumenta con el grado de severidad de la anemia, el riesgo de parto prematuro aumento de 1,6 veces con una hemoglobina entre 10 y 10,9gr/dl, 2,6 veces con una hemoglobina entre 9-9,9gr/dl y 3,7 veces con una hemoglobina entre 6-8,9gr/dl.

Existen estudios que demuestran que se encontró y se informó que la incidencia de parto prematuro y bajo peso al nacer aumentaba conforme lo hacia la intensidad de la anemia cuyos casos son más frecuentes en países en desarrollo; proporcionado pruebas de que la anemia materna influye sobre la vascularización placentaria al alterar la angiogénesis durante etapas tempranas del embarazo.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación Temporal: la investigación se realizó en el primer semestre de este año 2016.

1.2.2 Delimitación geográfica: la presente investigación fue realizada en el Centro Materno Infantil Ollantay de primer nivel de atención tiene a su cargo cuatro puestos de salud.

1.2.3 Delimitación Social: Gestantes con anemia que fueron atendidas en el Centro Materno Infantil Ollantay.

1.3 Formulación del Problema.

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia en el Centro Materno Infantil Ollantay de San Juan de Miraflores, 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con anemia?

¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes con anemia?

¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes con anemia?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

Identificar las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia en el Centro Materno Infantil Ollantay de San Juan de Miraflores, 2016.

1.4.2 Objetivos específicos:

Identificar las características sociales de las gestantes con anemia

Identificar las características demográficas de las gestantes con anemia

Identificar las características clínicas de las gestantes con anemia

1.5 Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1 La presente investigación por ser un estudio descriptivo no tiene hipótesis.

1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores

V1 Características sociales

V2 Características demográficas

V3 Características clínicas

1.6 Variables, dimensiones e indicadores

Contrastación de variables

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia	Sociales	1. Nivel socioeconómico 2. Nivel de educación 3. Lengua o idioma 4. Acceso a servicios básicos 5. Acceso a un seguro de salud 6. Acceso a programas sociales 7. Tamaño del hogar 8. Ocupación
	Demográficas	1. Edad 2. Estado civil 3. Área o zona de residencia 4. Región natural de residencia
	Clínicas	1. Nivel de hemoglobina 2. Síntomas: Cansancio Disminución del apetito Sueño incrementado Cefaleas Visión nublada Debilidad
	Gestantes	1. Edad gestacional 2. Paridad 3. Antecedentes de presencia de sangre en las heces 4. Antecedentes de hemorragia vaginal 5. Antecedentes de trastorno menstrual

1.7 Justificación

La población más afectada y vulnerable en riesgo de padecer anemia son los niños y gestantes, el 42% de las gestantes tienen anemia y siendo nuestro país el más afectado de Sudamérica, por otro lado el gobierno en una de sus políticas busca reducir los casos de anemia, con la distribución gratuita del sulfato ferroso en las gestantes incrementando las reservas de hierro que necesita la madre para el parto y así de la misma forma asegurar también la salud de los recién nacidos.

El nivel de severidad de la anemia implica riesgos en los primeros trimestres del embarazo afectando el binomio madre – hijo; pues la anemia está directamente relacionada aun parto prematuro, bajo peso al nacer, sin olvidar las consecuencias a largo plazo afectando el desarrollo cognitivo y aprendizaje.

Existen varios estudios nacionales, sobre la prevalencia de la anemia en el Perú los cuales muestran una evolución constante temporal presentando aun tasas elevadas de la prevalencia en los últimos 10 años, de forma paralela la incidencia de pobreza en nuestro país también tuvo un comportamiento similar.

La anemia es un problema producto de la pobreza ,generalmente la mayor proporción de gestantes anémicas se encuentran en zonas deprimidas económicamente, con graves problemas de saneamiento con falta de cultura en el autocuidado de su salud donde los servicios sociales no son accesibles, ni asequibles es evidente una relación con los determinantes sociales y demográficos considerando la importancia de las inversiones adecuadas del gobierno en los recursos primordiales en sectores de extrema pobreza como la población de los lugares urbanomarginales y rurales. También la pertinencia de los determinantes biológicos propios del embarazo y son manifestados por signos y síntomas presentes en la anemia como palidez, disminución del apetito, cansancio, sueño incrementado, cefalea, debilidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Pushpa O. Lokare, Vinod D. Karanjekar, Prakash L. Gattani¹, Ashok P. Kulkarni en su trabajo titulado un estudio de la prevalencia de anemia y factores sociodemográficos asociados con la anemia entre las mujeres embarazadas en la ciudad de Aurangabad, India realizado en un Centro de Salud Urbano (UHC) del Gobierno Medical College Aurangabad, India en el año 2012 con el **objetivo** de Estudiar la prevalencia de anemia y los diversos factores sociodemográficos asociados con la anemia entre las mujeres embarazadas en un centro de salud urbano en la ciudad de Aurangabad, India con un **diseño** de estudio descriptivo, transversal utilizando como **material y métodos** un total de 352 embarazadas, las mujeres fueron seleccionadas utilizando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Las participantes se incluyeron solamente después de la confirmación del embarazo llegando a los resultados: La prevalencia general de anemia entre las mujeres embarazadas se encontró que era 87,21%. Factores tales como la religión, el nivel de educación de las mujeres y sus esposos y el nivel socioeconómico resultaron ser asociado

significativamente con la prevalencia de la anemia en el embarazo ($p < 0,05$) y como **conclusión:** la clase socioeconómica baja, el analfabetismo, la religión hindú se asoció significativamente con alta prevalencia de anemia durante el embarazo en las mujeres indias.⁴

Aimeé Piñón Gámez, Ana María Collado Madurga, Leanne acosta Quintana, Tania Gutiérrez Soto en su estudio titulado Consideraciones del panorama social y de salud de la mujer en las Américas, con énfasis en Cuba en el año 2012 con el **objetivo** de destacar los indicadores de impactos positivos y negativos en el panorama social y de salud de la mujer en las Américas utilizando como **métodos:** se realizó la revisión documental de los informes publicados de salud, con criterios de estratificación de la América por regiones, entre las que fueron escogidos países representativos, y se seleccionaron algunos indicadores de la situación social y de salud llegando a los **resultados:** los indicadores positivos más destacados son: esperanza de vida al nacer, empleo remunerado, desempleo, paridad y la mortalidad materna en Canadá. Los indicadores negativos han sido principalmente: incremento de la paridad en adolescentes, prevalencia de anemia y mortalidad materna e infectada por VIH (para Argentina). Cuba, por su parte, tiene marcados contrastes porque a pesar de ser un país en vías de desarrollo ofrece indicadores positivos, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer, a diferencia de la prevalencia de anemia y la mortalidad materna que se comportaron como indicadores negativos y como conclusiones: los resultados muestran un mejor balance con mayores indicadores positivos sobre los negativos en Canadá y Cuba; no sucedió así con Argentina, que exhibe mayores indicadores negativos sobre los positivos⁵.

Norma Cecilia Chávez Álvarez, José Semeje Befeler, José Antonio Rodríguez Martínez, Alexandra Bermúdez Rodríguez, Patricia Restrepo en su investigación titulado estado nutricional en el embarazo y

su relación con el peso del recién nacido realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia. Centro Médico ABC Santa Fe, México en el año 2011, con el **Objetivo:** Estudiar un grupo de embarazadas que recibieron control prenatal y su relación con el peso del recién nacido. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, que incluyó a 110 mujeres con control prenatal. Se les aplicó el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos con lo que se determinó la cantidad y composición de la dieta. En el análisis se utilizó estadística descriptiva, posteriormente la prueba *t* y de bondad de ajuste para determinar la significancia. **Resultados:** 9.09% de recién nacidos tuvieron bajo peso, lo que coincide con lo reportado a nivel nacional. Se incluyeron pacientes con comorbilidades (diabetes gestacional, obesidad e hipotiroidismo); debido al control nutricional llevado a cabo, el peso del recién nacido estuvo dentro de parámetros normales. **Conclusión:** El control nutricional con una asesoría especializada durante el embarazo es de suma importancia para lograr un adecuado peso en el recién nacido, particularmente cuando existen morbilidades⁶.

Luz Stella Escudero V., Beatriz Elena Parra S., Sandra Lucía Restrepo M en su trabajo titulado factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red Hospitalaria Pública de Medellín, Colombia en el año 2011, con el **objetivo** de explorar las asociaciones de factores sociodemográficos y gestacional con la concentración de hemoglobina en la sangre utilizando como **metodología** una muestra aleatoria de 336 mujeres embarazadas registros médicos del Hospital Público Red en Medellín. La concentración de hemoglobina, sociodemográficas y de embarazo datos analizados por la prueba *t* de Student, ANOVA y Pearson de correlación llegando a los **resultados** que la edad promedio de las mujeres embarazadas fue de 24 ± 6 ; 3,3%; 67,6% de ellos eran graduados de escuela secundaria; 62,2% tenían socios permanentes. Número de la asistencia a las citas prenatales

fue de 6 ± 1 . Peso pregestacional fue $54,4 \pm 8,2$ kg; concentración media de hemoglobina en el primer trimestre fue $13,0 \pm 1,0$ g / dl, $11,9 \pm 1,1$ g / dl en el segundo, y $12,2 \pm 1,1$ g / dl en el tercero. Hubo una diferencia significativa en la concentración de hemoglobina basado en pregestacion al índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,035$), una correlación significativa entre la primera concentración de hemoglobina trimestre y el IMC pregestacional ($r = 0,178$, $p = 0,028$), y también con tercero hemoglobina trimestre concentración ($r = 0,356$ y $p = 0,000$) y como **conclusión**: pregestacion al IMC se asoció con la concentración de hemoglobina al principio y al final del embarazo⁷.

Escudero V Luz S; Parra S Beatriz E; Herrera M Julián; Restrepo M Sandra L; Zapata L Natalia en su estudio titulado “Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes en el año 2013” con el **objetivo** de analizar el estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes de tercer trimestre utilizando como **metodología** un estudio analítico de corte transversal con 276 adolescentes entre 10 y 19 años, en tercer trimestre de gestación de la Empresa Social del Estado (ESE) Metro salud (Medellín, 2011-2012), con datos de hemoglobina, volumen corpuscular medio, concentración de hemoglobina corpuscular media e ingesta de suplemento de hierro. La ferritina sérica se analizó en 178 gestantes, controlada por proteína C-reactiva. Se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, porcentajes y pruebas de Chi², anova, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney llegando a los **resultados** que la prevalencia de anemia fue 17,1% en el tercer trimestre de gestación y por deficiencia de hierro, 51%. La mediana de ferritina sérica fue $13,3 \mu\text{g/L}$ (RQ: $7,7 \mu\text{g/L}$ - $17,9 \mu\text{g/L}$); sólo el 5,6% ($n = 9$) presentó valores adecuados de ferritina. Las madres que tomaron suplemento de hierro diariamente presentaron mejores concentraciones de hemoglobina y ferritina, frente a aquellas que no lo hicieron, Hb $12,1\text{g/dL}$ vs. $11,7 \text{g/dL}$ ($p = 0,019$) y ferritina sérica $14,6 \mu\text{g/L}$ vs. $7,0 \mu\text{g/L}$ ($p = 0,000$) cuya **discusión** fue, hubo altas

prevalencias de anemia y ferropenia en las gestantes, asociadas con la no adherencia al suplemento de hierro⁸.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Marín Guanilo Marlon Arturo, Vasquez Tapia Wilmer realizaron una tesis titulada “Factores socioculturales que influyen en los niveles de hemoglobina, 2012”, con el **objetivo** de establecer los principales factores socioculturales que influyen en los niveles de hemoglobina (Hb) de las gestantes atendidas en el hospital, 2012 como **diseño** un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, teniendo como muestra a 63 de las 63 madres gestantes atendidas en el hospital Pacasmayo entre el 1° de enero y el 30 de junio del 2012, aplicando una encuesta en el referido hospital, utilizando como **método** la prueba de Chi cuadrado (χ^2) fijando el nivel de significancia en 0.05. haciendo uso del paquete estadístico SPSS 19. Y posteriormente se trabajó con la hoja de Excel 2013 para el manejo e interpretación de los datos donde halló como **resultado** entre los factores más frecuentes que influyen en los niveles de hemoglobina hallamos que el nivel de Hb más frecuente fue el menor de 11g/dl con un 75% el mayor porcentaje de pacientes está influenciada por la ocupación y el nivel educativo, seguido por el estado civil y con un menor porcentaje encontramos la edad y la procedencia. El grupo de estudio tuvo como principales características: madres jóvenes y adultas, cuyas edades eran mayores de 20 años, convivientes en su mayoría con estudios secundarios o superiores, amas de casa, y de procedencia urbana⁹.

Gómez-Sánchez Iván, Rosales Silvia, Agreda Lucia, Castillo en su estudio titulado “Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales el año 2014”, con el **objetivo** de determinar el nivel de hemoglobina (Hb) en gestantes y prevalencia de anemia y su asociación con características

socio-demográficas y prenatales utilizando como **métodos**: Análisis secundario de la encuesta ENDES 2013. Se aplicaron como criterios de inclusión que la participante estuviera gestando y que contara con determinación de Hb. Los niveles de Hb se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, según corresponda, y la presencia de anemia mediante prueba chi cuadrado, para las características socio-demográficas y prenatales seleccionadas llegando a los **resultados**: La mediana del nivel de hemoglobina fue 11,70 g/dL (RIQ 10,90 - 12,60), y la prevalencia de anemia 27,2% (IC95% 24,2% a 30,2%). Las gestantes que inician sus controles prenatales en el primer o segundo mes de gestación presentan medianas superiores de Hb frente a las que inician a partir del tercer mes (11,96, 11,80 y 11,40 g/dL respectivamente, $p < 0,001$), también las que presentan una menor paridad (11,80 vs 11,60 g/dL, $p = 0,003$), a mayor edad gestacional las medianas de Hb son inferiores ($p < 0,001$) y si el embarazo fue planificado la mediana de Hb fue superior (11,90 vs 11,60 g/dL, $p = 0,16$). Cuando se analizó la anemia, resultaron significativos la edad gestacional (a mayor edad gestacional mayor prevalencia de anemia, $p < 0,001$), el momento de inicio de los controles prenatales (un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia, $p < 0,001$) y la planificación del embarazo (23,6% vs 29,9%, $p = 0,041$) y como **conclusion**: El inicio temprano del control prenatal y la planificación del embarazo se asocia a una menor prevalencia de anemia, mientras que al avanzar la gestación este problema se hace más frecuente¹⁰.

Gustavo F. Gonzales, Vilma Tapia, Manuel Gasco, Carlos Carrillo en su estudio titulado “Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales realizaron un estudio en el año 2011”. **Objetivo** de establecer la frecuencia de anemia y eritrocitosis 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) utilizando como **materiales y métodos** se obtuvieron datos de 379 816 partos de 43 centros asistenciales del Ministerio de Salud entre los años 2000 y 2010. Se determinó la frecuencia de anemia y eritrocitosis en cada región geográfica así como de los resultados adversos perinatales llegando a los **resultados** que la frecuencia de anemia leve fue mayor en la costa (25,8 %) y en la selva baja (26,2 %). La frecuencia de anemia moderada/severa es más alta en la selva baja (2,6 %) seguido de la costa (1,0 %). En la sierra, la frecuencia más alta de anemia moderada/severa se observa en la sierra sur (0,6 %). La mayor frecuencia de eritrocitosis (Hb>14,5 g/dL) fue encontrada en la sierra centro (23,7 %), seguido de 11,9 % en la sierra sur y 9,5 % en la sierra norte. La anemia severa y la eritrocitosis estuvieron relacionadas con los resultados adversos perinatales y como **conclusión** hay diferencias por región geográfica en la frecuencia de anemia. En la sierra central se encontró mayor frecuencia de eritrocitosis con respecto a la sierra sur. Tanto la anemia severa como la eritrocitosis aumentan los resultados adversos perinatales¹¹.

Vite Gutiérrez Flor Yessenia en su estudio titulado incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: periodo mayo 2010-marzo 2011 con el **objetivo** de conocer la incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en la gestación en el distrito de Rapayan, Ancash, Perú utilizando como **material y método** un estudio prospectivo, analítico y longitudinal en 39 gestantes del distrito de Rapayán, provincia de Huari, departamento de Ancash, Perú durante el periodo comprendido entre mayo 2010 y marzo del 2011. Se procedió a tomar muestras de sangre del total de la muestra n= 39 gestantes, durante los tres trimestres con el fin de controlar los niveles de hemoglobina y forma de los eritrocitos. Además se evaluaron los siguientes factores: edad de las gestantes, número de gestaciones y ganancia de peso durante los tres trimestres obteniendo como **resultados**

que: de las 39 gestantes estudiadas el 15,3% presentó anemia en los dos primeros trimestres y el 10,2% en el tercer trimestre, presentando todos estos niveles leves de anemia. El 83,33% de las gestantes con anemia mostraron eritrocitos normocíticos y el 16,67% mostraron eritrocitos microcíticos. Las edades de las gestantes anémicas comprendían entre los 19 a 43 años, el número de gestaciones no muestra significancia estadística y con respecto a la ganancia de peso se evidencia que la anemia se presenta en gestantes que ganaron menos de 9 kg durante la gestación y como **conclusión**: El sistema de creencias de la población, genera una gran desadherencia en las recomendaciones acerca del cuidado que debe tener una gestante durante el embarazo, estando entre estas, la buena alimentación y el consumo de los suplementos férricos y de ácido fólico que son repartidos gratuitamente por el MINSA. Lo cual nos lleva tener un 15,83% de las gestantes con anemia ferropénica¹².

Oscar Munares-García, Guillermo Gómez-Guizado, Juan Barboza-Del Carpio, José Sánchez-Abanto realizaron un estudio titulado niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del ministerio de salud del Peru,2011 con el **objetivo** de determinar los niveles de hemoglobina y la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional utilizando como **material y método** un estudio transversal donde se analizó la base de datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño menor de 5 años y de la Gestante (SIEN). Se incluyó 287 691 registros de gestantes evaluadas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú en 2011, se analizaron los niveles de hemoglobina corregida a la altura, edad, edad gestacional, altitud a nivel del mar y prevalencia de anemia (leve, moderada y grave). Se aplicaron estadísticas descriptivas y chi cuadrado llegando a los **resultados**. La prevalencia a nivel nacional de anemia en la gestante fue de 28,0% siendo anemia leve de 25,1%, moderada de 2,6% y grave de 0,2%. Los niveles de hemoglobina son

mayores en mujeres con mayor edad y menores durante los primeros meses de gestación, la frecuencia de anemia decrece con la altitud. Asimismo, la prevalencia es mayor en departamentos de la sierra. Huancavelica fue el departamento con mayor prevalencia de anemia (53,6%), seguido de Puno con 51,0% y como **conclusión**: Los niveles de hemoglobina son mayores conforme la edad materna es mayor, y menores conforme el trimestre de gestación y altitud. Huancavelica tiene la mayor prevalencia de anemia en gestantes¹³.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Anemia:

Es la disminución de la masa de glóbulos rojos circulantes por debajo de valores normales, asociándose a la edad, sexo; afectando en diferentes etapas de la vida pero tiene mayor prevalencia en las mujeres embarazadas, niños pequeños y mujeres en edad fértil.^{13, 14}

Siendo un problema de salud pública a nivel mundial ,presentándose con más frecuencia en países subdesarrollados con consecuencias severas tanto para la salud, como para el desarrollo social y económico; en el Perú el sistema de información del estado nutricional los departamentos con mayor prevalencia superiores al 40% de las gestantes evaluadas fueron Puno, Huancavelica y Ayacucho.^{14,15}

ANEMIA FERROPÉNICA

Frecuencia

El 95 % de las anemias durante el embarazo se producen por déficit de hierro. La anemia es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a países desarrollados y en desarrollo con importantes consecuencias para la salud humana tanto social como económica.

La anemia durante la gestación al igual que tiene muchas consecuencias negativas e incluso severas para la madre y el recién nacido también en diferentes estudios se encontraron características sociales, demográficas y clínicas no tomadas en cuenta en programas u organizaciones sociales del estado pero que están muy relacionadas y asociadas a la presencia de anemia en gestantes como un nivel socioeconómico bajo ,edad, nivel educativo en muchos casos ausente o incompleto ,deficiencia de servicios básicos ,ausencia de coberturas de seguros de salud, entorno social en el que vive la gestante,etc.⁶

Fisiopatología

El embarazo y el parto representan una pérdida de 1 a 1,3 g de hierro, que se extrae fundamentalmente de los depósitos de hierro en el sistema retículo endotelial y en el parénquima hepático, en forma de hemosiderina o ferritina. Con frecuencia, las embarazadas enfrentan estas necesidades con las reservas de hierro exhaustas. Entre los factores que llevan a ello se encuentran: menstruaciones abundantes, embarazos con escaso período intergenésico, dietas con bajo contenido en hierro, embarazos anteriores sin un adecuado suplemento férrico, partos con hemorragias durante el alumbramiento o el puerperio, parasitismo intestinal, baja absorción del hierro y otros.

Etiología

La principal causa de la anemia nutricional es la deficiencia de hierro
Principales causas de anemia por deficiencia de hierro

- Alimentación con bajo contenido y/o bajo biodisponibilidad de hierro
- Disminución de la absorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales
- No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado
- Pérdida de sangre en el parto
- Malaria e infecciones crónicas

2.2.2 Características sociales

Nivel socioeconómico bajo:

La población mayormente afectada por su situación de pobreza se caracteriza porque su lengua materna es Nativa de la Amazonía (64,7%), Quechua o Aymara (34,1%); tienen nivel de instrucción primaria (35,5%); son trabajadores familiares no remunerados (39,3%) o trabajadores independientes (23,0%) y se dedican a actividades primarias o extractivas—agricultura, pesca y minería(42,0%)

Individuos que pertenecen a distintos grupos socioeconómicos se establecen diferencias en salud, nutrición y población¹⁶.

El nivel socioeconómico se define en términos de:

- Activos o riqueza en hogares encuestados, en vez de ingresos o consumo.
- Características de la vivienda
- La disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero
- Servicios que se relacionan directamente con el nivel socioeconómico

Necesidad básica insatisfecha (NBI):¹⁶

Se toma en consideración un conjunto de indicadores relacionados con necesidades básicas estructurales (vivienda, educación, salud, infraestructura pública, etc.) que se requiere para evaluar el bienestar individual.

Se considera población en pobreza a aquella que tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y como pobres extremos a los que presentan dos o más indicadores en esa situación.

Educación:

Alfabetización de los adultos: La alfabetización universal es indispensable para el progreso social y económico. El mejor modo de desarrollar

competencias en lectura y escritura es hacerlo durante la infancia mediante una buena educación de calidad.¹⁷

Desde el año 2000, el número de adultos analfabetos solo ha disminuido en un 1%. En los Estados Árabes, las tasas de alfabetización de adultos han aumentado más rápidamente desde 1990. Sin embargo, el crecimiento demográfico ha significado que el número de adultos analfabetos solo ha pasado de 52 a 48 millones. En el África Subsahariana, el número de adultos analfabetos ha aumentado en un 37% desde 1990, debido sobre todo al crecimiento demográfico, y ha alcanzado los 182 millones en 2011.¹⁷

Debilidad en educación:

- Formación del docente: En los países como Congo, Etiopía y Malí, la matrícula en la enseñanza primaria se multiplicó por más de dos y sin embargo esos países lograron que disminuyera la proporción alumnos/docente en más de 10 alumnos por docente.

Sin embargo, son muchos los países en los que el número de docentes ha aumentado rápidamente porque se ha contratado a personas sin la formación necesaria para enseñar. En algunos contextos, la presencia de docentes de sexo femenino es un factor decisivo para atraer a las niñas a la escuela y hacer que mejoren sus resultados de aprendizaje¹⁷.

Los docentes necesitan materiales didácticos de buena calidad, pero son muchos los que no tienen acceso a libros de texto.

- La deficiencia de las infraestructuras es otro problema para los alumnos de muchos países pobres. Los niños se ven a menudo hacinados en aulas superpobladas, y la situación de los que están

en los primeros grados es particularmente desfavorable. En Malawi, hay en promedio 130 niños por aula en el primer grado, frente a 64 en el último grado¹⁷.

Educación y pobreza:

La educación imparte conocimientos y competencias que permiten a las personas desarrollar plenamente su potencial, y se convierte así en un factor catalítico para alcanzar los demás objetivos de desarrollo contribuyendo a la reducción de la pobreza, fomenta el empleo y hay un incremento de la prosperidad económica en casa.

La educación en las mujeres es un instrumento de transformación incomparable, educarlas no solo multiplica sus probabilidades de obtener empleo, estar en buena salud y participar plenamente en la sociedad, sino que tiene una neta incidencia en la salud de sus niños y acelera la transición de sus países a un crecimiento demográfico sostenible

Si todos los alumnos acabasen sus estudios con conocimientos básicos de lectura, 171 millones de personas podrían salir de la pobreza por ejemplo en Pakistán, las trabajadoras con buenas competencias en lectoescritura ganaban un 95% más que las mujeres cuyas competencias en ese ámbito eran deficientes.¹⁷

Educación y una vida sana:

Las vidas de 2,1 millones de niños menores de 5 años han sido salvadas entre 1990 y 2009 gracias a la mejora de la educación de las mujeres en edad de reproducción.

Si todas las mujeres terminaran su educación primaria en esos países, la tasa de mortalidad de los niños de menos de 5 años disminuiría en un 15%. Si todas las mujeres terminaran su educación secundaria, disminuiría en un 49%, lo que significa unos 2,8 millones de vidas por año aproximadamente.¹⁷

Educación en el Perú:

A nivel internacional, el Perú ha participado en diferentes pruebas. Cabe destacar las pruebas PISA del 2000 y 2009, el Perú se ubica en el puesto 63 en comprensión de textos y matemáticas, y en el puesto 64 en ciencias, de un total de 65 países. se ubica en el último lugar entre los países de América Latina que rindieron las pruebas en las materias de comprensión de textos y ciencias, y en el penúltimo en el área de matemáticas.

De acuerdo a la Evaluación Censal de Estudiantes 2010 realizada por el Ministerio de Educación y aplicada a los alumnos del segundo grado de primaria, en el 2010 sólo 29 y 14 alumnos de cada 100 alumnos a nivel nacional alcanzaron los aprendizajes esperados para el grado en comprensión de textos y matemáticas, respectivamente, y se registraron diferencias significativas según tipos de escuela y zona geográfica.

Educación en las mujeres peruanas:

El nivel educativo de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha mejorado en el año 2013 respecto al año 2009. El 57,3% tienen educación secundaria completa o superior (26,5% y 30,8%, respectivamente). Esta condición en el área urbana fue 2,8 veces la proporción observada en el área rural (67,3% frente 23,8%). En el año 2009, el 53,8% de entrevistadas tenían educación secundaria completa o superior.

Los resultados del Censo de Población del 2007 revelan que el nivel de educación de la población de 15 y más años de edad ha mejorado respecto al nivel registrado en 1993¹⁷.

- Según área de residencia, se observa que los residentes del área urbana logran mejores niveles educativos. Así, el 37,9% (18,1% superior no universitaria y el 19,8% educación universitaria) de la población de este ámbito geográfico logró estudiar educación

superior, mientras que en el área rural sólo el 6,2% (3,9% superior no universitaria y 2,3% universitaria) alcanza este nivel educativo.

- La población que no tiene nivel alguno de educación alcanza al 19,5% de la población del área rural y al 4,1% del área urbana. Apurímac (20,5%), Huancavelica (18,9%), Ayacucho (16,8%), Cajamarca (16,2%) y Huánuco (15,4%), se encontraron la mayor proporción de población que no tiene nivel de educación.
- Según sexo, el nivel educativo mejora para hombres como para las mujeres. Se mostró obtener una educación superior incrementada de un 21.6% a 32% en hombres y de un 19.3% a 30.2% en mujeres.
- La población femenina, que no logró estudiar nivel alguno de educación se encuentra en mayor proporción en los departamentos de Apurímac (30,4%), Huancavelica (28,1%), Ayacucho (25,4%), Cajamarca (24,2%), Huánuco (22,1%) y Áncash (20,1%).
- En Tumbes y la Provincia Constitucional del Callao, el 3,6% y 3,4% respectivamente, de la población femenina de 15 y más años, no tiene ningún nivel educativo¹⁷.

Analfabetismo:

El analfabetismo es una condición de exclusión que no sólo limita el acceso al conocimiento sino que dificulta el ejercicio pleno de la ciudadanía.

Los rostros del analfabetismo son diversos se asocia a un conjunto de realidades socioeconómicas, así como al grado de desarrollo de las regiones, los problemas étnico-culturales no resueltos, la ausencia de oportunidades de acceso a la escuela, la baja calidad de la enseñanza, las metodologías de enseñanza, entre otros.¹⁸

Magnitud del analfabetismo

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 2012, el 6,2% de la población de 15 y más años de edad no sabía leer ni escribir, comparado respecto al año anterior se ha reducido en 0,9.

Cuando se analiza la incidencia del analfabetismo según género, se observa que las disparidades aún existen entre hombres y mujeres. Las mujeres muestran tasas de analfabetismo más altas (9,3%), en comparación a la de los hombres (3,1%).¹⁹

De acuerdo a la lengua aprendida en la niñez, el analfabetismo incide en la población que tiene una lengua nativa (quechua, aymara o lenguas amazónicas) como lengua materna que en aquellos que tienen como lengua materna el castellano; afectando en mayor proporción a las mujeres que pro área de residencia pertenecen al área rural.¹⁹

El analfabetismo es mayor en las zonas rurales y en la sierra del país:

- Las tasas más altas en los departamentos de Huánuco (16,6%), Huancavelica (14,9%), Apurímac (14,5%), Ayacucho (13,8%), Cajamarca (11,8%), Cusco (10,8%), Puno (10,5%), Áncash (9,9%), y Amazonas (8,8%).¹⁹
- Las tasas más bajas de analfabetismo en los departamentos de la provincia constitucional del Callao y Lima (2,3% en cada caso), Ica (3,1%), Tumbes (3,4%) y Madre de Dios (3,6%).¹⁹
- Al analizar el analfabetismo de acuerdo con la condición socioeconómica, se observa que afecta a los pobres y principalmente a las mujeres.¹⁹
- Según sexo, las mujeres del quintil más pobre (I quintil) presentan mayor tasa de analfabetismo, con 26,1%; es decir, de cada 100 mujeres de 15 y más años de edad, 26 no saben leer ni escribir; mientras que en los hombres es 9 de cada 100 personas (9,1%).¹⁹

Servicios básicos:

Saneamiento básico: agua

La carencia de un servicio adecuado de agua y saneamiento tiene impacto negativo sobre la salud de las personas, su futuro desarrollo y calidad de vida. El contagio de enfermedades transmitidas por falta de aseo personal y la contaminación del medio ambiente se agrava por ausencia de agua y saneamiento.²⁰

De acuerdo a los resultados de la ENDES, en el 2012 ,el 78.9% de los hogares del país se abastecieron de agua mediante red pública ,ya sea dentro o fuera de la vivienda .este servicio presento mayor cobertura en el área urbana(85%),mientras en el área rural el 65.7% registro esta forma de abastecimiento.²⁰

Servicio de electricidad:

Entre los servicios básicos, destaca la energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares del país. Los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, donde el servicio cubre al 98,3%; en el área rural, un 72,9% disponía de este servicio.

La disposición y acceso a los servicios básicos como agua, electricidad y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas, se encuentra asociado con mejores condiciones de vida de la población; y en consecuencia también de las niñas y niños. Tradicionalmente, en las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar, se pregunta sobre la fuente principal de abastecimiento de agua; sin embargo, a partir de la Encuesta 2005, adicionalmente se consulta sobre la fuente de agua que utilizan para beber o tomar²⁰.

Eliminación de excretas:

De acuerdo a los resultaos de la ENDES en el 2012, el 88,5% de los hogares tenía servicio higiénico: 59.3% con inodoro conectado a la red pública (dentro o fuera de la vivienda) ,28.9% con letrina incluyendo pozo

ciego y 0.3% utilizaron río, canal y otros. En el área urbana la proporción de hogares con servicio higiénico fue del 94.9%, mayor que en el área rural (74.8%).²⁰

Área o zona de residencia:

La mayoría de la población (73,5%) habitaba en el área urbana. Este porcentaje fue superior en 10 departamentos, destacando entre ellos Lima y Tumbes con el 97,6% y 88,9%, respectivamente. En cambio, en Huancavelica, Cajamarca, Apurímac y Amazonas, dicha proporción se encontró entre 25,8% y 32,8%, en consecuencia su población es predominantemente rural.

Región natural de residencia

El 56,0% de la población del país residía en la región Costa, (31,2% en Lima Metropolitana y 24,8% en el Resto Costa). El 31,1% en la Sierra y solo el 13,0% en la Selva.

Los departamentos en donde predomina la región Costa son: Tumbes e Ica (100,0% cada una), Lima y Lambayeque (97,9%, en cada uno); Piura (92,8%) y Tacna (91,8%). En cambio, los departamentos donde prevalece la región Sierra son: Apurímac, Huancavelica, Puno y Ayacucho. Mientras que, departamentos como Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali son predominantemente selváticos.

Cobertura de salud:

Según la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0, del 2012, el 31,3% de la población está asegurado solo al Seguro Integral de Salud (SIS), estos provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. El SIS beneficia también a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en extrema pobreza y pobreza en caso no tengan cobertura de ESSALUD u otros tipo de seguridad social. Un 24,4% de la población está asegurada a ESSALUD. Están incluidos en este grupo los trabajadores

del sector formal, los jubilados y sus familias. Los seguros privados ofrecen cobertura a 2,1% de la población. El 38,2% de personas no tiene ningún tipo de seguro.²⁰

En gestantes:

El acceso a los servicios constituye un aspecto muy importante del derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute de una vida saludable. El contar con algún seguro de salud posibilita a la mujer, especialmente, que sus otros derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren mediante la prevención y tratamiento de su salud física y mental.²⁰

2.2.3 Características demográficas:

La población peruana ha experimentado un crecimiento sostenido en el tiempo, sin embargo, la velocidad de dicho crecimiento viene disminuyendo paulatinamente. La tasa de crecimiento poblacional disminuyó cerca de 3% entre los censos del año 1961 y 1972, y 1,6% en el último periodo censal (2007). Durante el año 2011, la población tuvo una tasa de crecimiento promedio anual de 1,1%.²⁰

Desde el año 1995 se registran caídas generalizadas en la tasa de crecimiento en todo el país, con excepción de Ayacucho que registra un incremento sostenido. Para el año 2013, según proyecciones del INEI se estima que la población peruana será de 30 475 144 habitantes, concentrándose el 57,3% de los habitantes en seis regiones: Lima, La Libertad, Piura, Cajamarca, Puno y Junín.²⁰

Población urbana y rural

La población urbana y rural del país ha sufrido variaciones ostensibles en el tiempo. El acelerado proceso de urbanización ocurrido en el Perú, ha determinado que se formen conglomerados urbanos con poblaciones

superiores a 20 mil habitantes .Lima representa el 44.22% del total de la población urbana.²⁰

Edad:

La población del país es relativamente joven: 28,9% tenía menos de 15 años, el 62,4% entre los 15 y 64 años y un 8,7% contaba con 65 y más años de edad.

La estructura por edad de la población, según área de residencia el 35,2% de la población era menor de 15 años de edad en el área rural en comparación con el 26,6% en el área urbana. Asimismo, la proporción de personas en edad de trabajar, de 15 a 64 años, fue mayor en el área urbana (65,0%) que en el área rural (55,6%).

Mujeres en edad fértil (MEF)

- Las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, representaron el 25,8% de la población total del país y el 50,4% de la población femenina.
- La proporción de mujeres en edad fértil fue mayor en el área urbana (52,5%) que en el área rural (44,4%).

El país con la tasa global de fecundidad más alta se encuentra en Níger con 7.1 y el país con la tasa más baja en Taiwán.²¹

Fecundidad

Para el 2013, se estima que en el Perú ocurren más de 600 mil nacimientos por año. Lima concentra casi el 30% de los nacimientos que ocurren en el país, y le siguen las regiones de La Libertad y Piura con un 6,5% cada uno. La menor cantidad de nacimientos ocurren en Madre de Dios, Moquegua, Tacna y Tumbes cuya proporción representa en cada uno menos del 1% del total de nacimientos. Según la Encuesta Nacional

de Demografía y Salud (ENDES) durante el periodo de 1986 al 2012 se observó una disminución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), pasando de 4,3 hijos por mujer a 2,6; evidenciándose además que la fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad.²⁰

En el 2012, las mayores tasas de fecundidad se ubican en Loreto (4,6 hijos por mujer), Amazonas (3,4) y Ucayali (3,3); además están Huancavelica y Tumbes con (3,2 cada uno). Las menores tasas se ubican en Tacna (1,8) y Moquegua (2,0).²⁰

La población de los EE. UU está creciendo más lentamente y está comenzando a envejecer rápidamente.

- Entre el año 2010 y 2011, la población de los EE. UU. Aumentó solamente 0,7 por ciento, una baja en comparación con la tasa de crecimiento del 1,0 por ciento, típica en los últimos años. Personas de la generación del baby boom se jubilen y queden menos personas en edad de reproducir, podemos esperar más bajas en la cantidad de nacimientos y que la estructura de edad de los Estados Unidos podría comenzar a parecerse a la de Europa.²¹

Casi todo el crecimiento futuro de la población estará en los países en desarrollo del mundo.²¹

- Los países desarrollados, en general, no tendrán crecimiento de población, o este será pequeño, en este siglo, y gran parte de dicho crecimiento será debido a la inmigración de países en desarrollo.
- Hacia el año 2050, la población de los países en desarrollo superará 8 mil millones de personas, 86 por ciento de la población mundial.
- En el año 1950, solo aproximadamente 200 millones de personas de los países en desarrollo vivían en países que ahora las Naciones Unidas definen como “los menos desarrollados”. Se proyecta que la población ascenderá a casi 2 mil millones hacia el año 2050. Dichos

países tienen ingresos particularmente bajos, alta vulnerabilidad económica e indicadores de desarrollo humano pobres.

Malawi tiene una población joven, pero la gente pobre es más joven y la gente adinerada es más vieja.²¹

- Entre las familias que pertenecen al quintil más pudiente, solamente el 43 % de la población tiene menos de 15 años, lo que refleja una reducción en la fertilidad en los últimos años (por debajo de los 4 hijos por mujer).
- Cuando se examina la estructura de edad del quintil más pobre, se comprueba que el 53% de la población de hogares está por debajo de los 15 años, lo que refleja tanto altos niveles de fertilidad (más de 7 hijos por mujer) como la necesidad de invertir grandes cantidades en la salud y la educación de esta población joven.

Altura y gestación

Se estima que más de 14 millones de personas habitan permanentemente en alturas mayores a 2500 m de altitud, nivel que corresponde a una presión arterial de oxígeno (PaO₂) de 60 a 70 mmhg, punto en el cual la saturación arterial de oxígeno empieza a disminuir exponencialmente según la caída de la PaO₂. La altura se convierte, por ello, en un inmenso laboratorio natural donde se puede estudiar el impacto de la hipoxia. Los estudios de investigación han demostrado que el recién nacido en la altura es de menor peso y que la magnitud de la reducción es inversamente proporcional con el número de generaciones de ancestros con residencia en la altura.

2.2.4 Características Clínicas

Depende de una serie de factores entre los que destacan:

- a) intensidad de la anemia
- b) tiempo de desarrollo
- c) tipo de anemia

Así, cuando el cuadro se desarrolle con brusquedad y sea más intensa la anemia más fuerte será la sintomatología por el contrario las anemias de lenta instauración se toleran mucho mejor.

Los síntomas anémicos inespecíficos pueden ordenarse según los órganos y sistemas de la siguiente manera:

- Piel y mucosas: existe palidez, pero es preciso resaltar que tiene menos valor la palidez cutánea que la mucosa. En efecto, aquella aparece con frecuencia sin anemia, o sea, ante simples fenómenos de vasoconstricción. Otras veces es la pigmentación cutánea (melanodermia) la que imposibilita advertir la palidez.
- Sistema circulatorio. Las anemias pronunciadas suelen acompañarse de taquicardia; particularmente, tras esfuerzos físicos. Es consecutiva al aumento del volumen minuto, fenómeno que ocasiona a su vez acúfenos y a veces, un soplo sistólico en la punta. Hay aumento de presión arterial diferencial. La sobrecarga cardiaca referida puede conducir a la dilatación del corazón y, en casos muy intensos, a edemas periféricos.
- Sistema nervioso: la hipoxemia anémica determina una serie de síntomas; entre ellos, propensión a vértigos y desmayos, sobre todo al adoptar bruscamente la postura de bipedestación; además, astenia, dolores musculares tras el esfuerzo y sensación de frío.
- Sistema respiratorio: La hipoxemia central es la responsable, probablemente, de la frecuente disnea anémica, particularmente visible tras los esfuerzos¹⁵.

Además de la sintomatología inespecífica referida, cada tipo de anemia puede cursar con síntomas propios (por ejemplo, glositis atrófica de la anemia perniciosa, esplenomegalia de la anemia hemolítica, etc.) que serán de gran valor en el diagnóstico diferencial del síndrome anémico.¹⁵

Necesidades de hierro según la edad gestacional

La gestante tiene necesidades elevadas de hierro (27mg/día), necesidades que difícilmente pueden ser cubiertas con el tipo de alimentación peruana (dieta, compuesta primordialmente por cereales, legumbres y granos, sin cantidades suficiente de alimentos de origen animal (carne y vísceras) por lo que la suplementación profiláctica se torna de vital importancia.

En el Perú, la suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes está establecida en la normatividad que regula la atención de la mujer en este periodo, la misma que precisa que la suplementación debe iniciarse desde la semana 14 de gestación con el fin de garantizar un transporte eficiente de hierro desde la madre al feto y continuar hasta 42 días después del parto para reponer las pérdidas.

En el tercer trimestre del embarazo el feto adquiere el 80% de las reservas de hierro; por ello que los prematuros y los recién nacidos de bajo peso tienen bajas reservas, originándose anemia en edad temprana.

Ciertas condiciones maternas como la anemia, diabetes o hipertensión también pueden condicionar bajos depósitos de hierro en la niña o niño al nacimiento

La ligadura tardía del cordón umbilical (2-3 minutos después del nacimiento) otorga al niño una reserva de hierro que lo protege de la anemia durante los primeros 4 a 6 meses de vida; la misma que se hace colocando al niño sobre el vientre de la madre. La concentración de hemoglobina al nacer es normalmente elevada por un mecanismo de adaptación del feto al ambiente hipóxico intrauterino.

En el pre-termino, el déficit de hierro se correlaciona inversamente con la edad gestacional. Esta situación carencial se agrava por el rápido crecimiento extrauterino. Los depósitos de hierro en los niños pretérmino son muy variables. Los requerimientos de hierro en los prematuros se estiman en 2-4/kg/día¹⁴.

2.3 Definición de términos:

Anemia: La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.²²

Características sociales: son dimensiones que están agrupadas o se refieren en la educación, cobertura de seguro de salud, la discapacidad, etnia, identidad y religión.²³

Características demográficas: constituye una colección de indicadores que resumen la evolución histórica del comportamiento de los fenómenos demográficos básicos del movimiento migratorio y del crecimiento y estructura de la población residente en el país se refiere al número de habitantes, su distribución por sexo y edad natalidad, mortalidad y migración.²³

Características físicas: comprende la observación global y metódica de las particularidades del paciente, morfológica y dinámicas. La inspección permite la orientación diagnóstica y no pueden ser reemplazados por procedimientos los cuales no dejan de ser complementarios.²²

Gestación: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).²⁴

Área urbana: Es la parte del territorio de un distrito, conformado por centros poblados urbanos siendo el lugar que tiene como mínimo 100 viviendas

agrupadas contiguamente, formando manzanas y calles. Se considera como centro poblado urbano a todas las capitales distritales aun cuando no reúnan la condición indicada. Un centro poblado urbano, por lo general, está conformado por uno o más núcleos urbanos.²⁵

Área rural: Es la parte del territorio de un distrito, integrada por los centros poblados rurales que no es la capital del distrito o que teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar manzanas, que se extienden desde los linderos de los centros poblados urbanos hasta los límites del distrito.²⁵

Pobreza: se define como una situación de insatisfacción de necesidades básicas en relación al nivel medio de satisfacción de la sociedad. El bienestar de una persona y/o familia no depende del nivel absoluto de su consumo o ingreso, sino en relación con los otros miembros de la sociedad.¹⁶

Fecundidad: Se entiende por fecundidad a la frecuencia de los nacimientos que ocurren en el seno de conjuntos o subconjuntos humanos en edad de procrear. Cuando se consideran los resultados y no la aptitud para procrear se usan las palabras fecundidad e infecundidad, respectivamente, según haya existido o no procreación.²⁶

Tasa global de fecundidad: Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos (15-49 años) experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.²⁶

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal.

3.2 Diseño de la investigación

Descriptivo; porque se describe lo que se investiga, busca y especifica características y perfiles; hechos que de la misma manera como se presentan se describen y son sometidos a un análisis, no indica cómo se relacionan las variables.

Prospectivo: porque se recolecto la información y se inició el estudio sobre casos y hechos actuales.

Transversal: los datos de cada persona representan en un solo momento; la unidad de la muestra fue tomada en una sola oportunidad

3.2.1 Nivel de investigación

La investigación fue de nivel aplicativo, porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios orientados a la resolución de problemas específicos.

3.2.2 Método

El método del estudio fue de tipo cuantitativo, en razón a que la variable se estudió asignándole un valor numérico para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

Gestantes atendidas con anemia en el año 2015 siendo un total de 214 de los cuales se les aplicó la fórmula estadística para obtener la muestra.

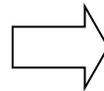
3.3.2 Muestra

Formula:

$$n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$$

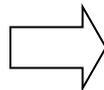
Donde:
 Z: nivel de confiabilidad
 P: éxito
 Q: fracaso
 E: error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2}$$

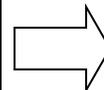


$$n = 214 \text{ (población)}$$

$$N = \frac{n}{1 + n - 1}$$



$$N = \frac{384}{1 + 383} = \frac{384}{214}$$



$$N = 137$$

El tamaño de la muestra fue de 137 gestantes con anemia.

3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.4.1 Técnicas

La técnica utilizada fue la entrevista para la aplicación de un cuestionario a las gestantes que presentaron anemia previamente se solicitó permiso para el levantamiento de la información del Centro Materno Infantil Ollantay a través de una carta de la dirección de la escuela de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, antes de la aplicación del cuestionario a las gestantes se les solicitó consentimiento, previamente haberles explicado el motivo de la investigación.

Una vez recolectado los datos se revisaron los datos para ver la calidad de la información, luego se codificaron para ser ingresados a una base de datos utilizando el programa de SPSS versión 22 para la sistematización y poder ser presentados a través de tablas estadísticas y gráficos.

3.4.2 Instrumentos

El instrumento fue un cuestionario el cual fue sometido a juicio de expertos quienes dieron validez respectiva para la investigación.

Se elaboró un cuestionario de 28 preguntas cerradas para el levantamiento de la información y tuvo las siguientes características: 6 preguntas de características demográficas, 15 preguntas de características sociales incluidas doce preguntas sobre el nivel socioeconómico y 7 preguntas de características clínicas a su vez dentro de esta dimensión hubo cinco preguntas con respuestas dentro de la historia clínica .

Toda información recolectada fue codificada e ingresada a una base de datos mediante el programa Excel (oficce2013) y procesada en un programa estadístico SPSS 22 antes mencionada respectivamente. Para la sistematización seguidamente el análisis respectivo y poder ser presentados a través de tablas o cuadros estadísticos y gráficos.

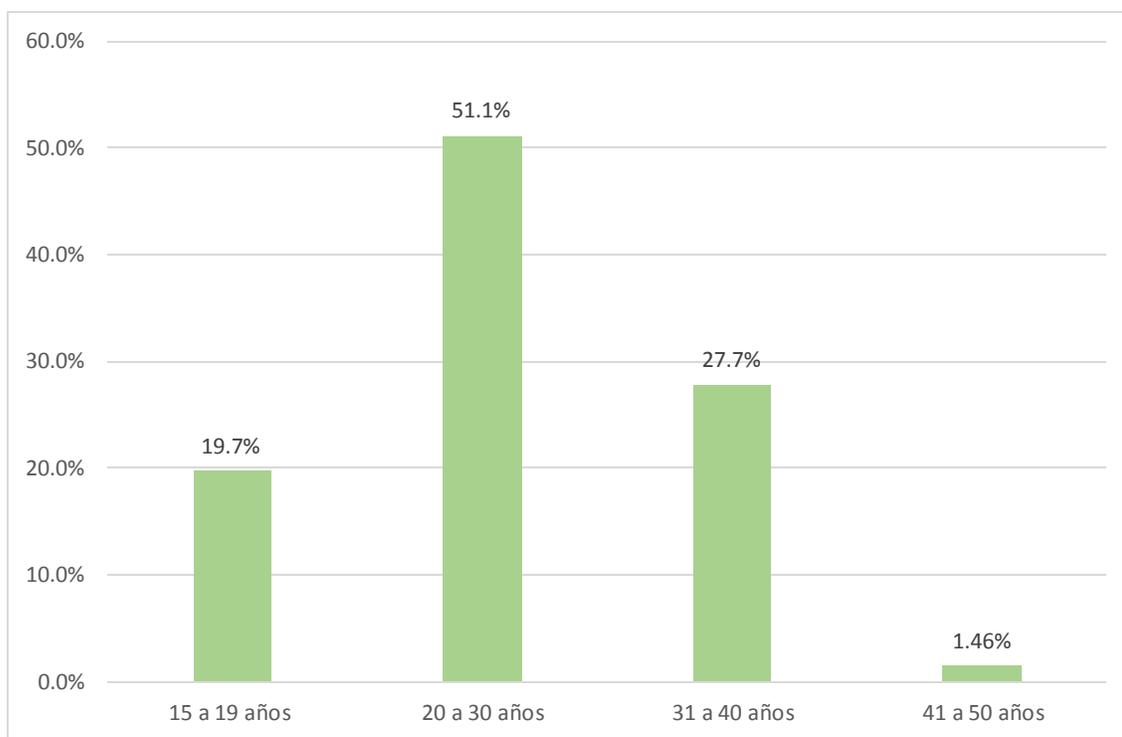
CAPÍTULO IV
RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

EDAD
Tabla N° 01

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	27	19,7%
20 a 30 años	70	51,1%
31 a 40 años	38	27,7%
41 a 50 años	2	1,5%
Total	137	100,0%

Grafico N° 01



Interpretación:

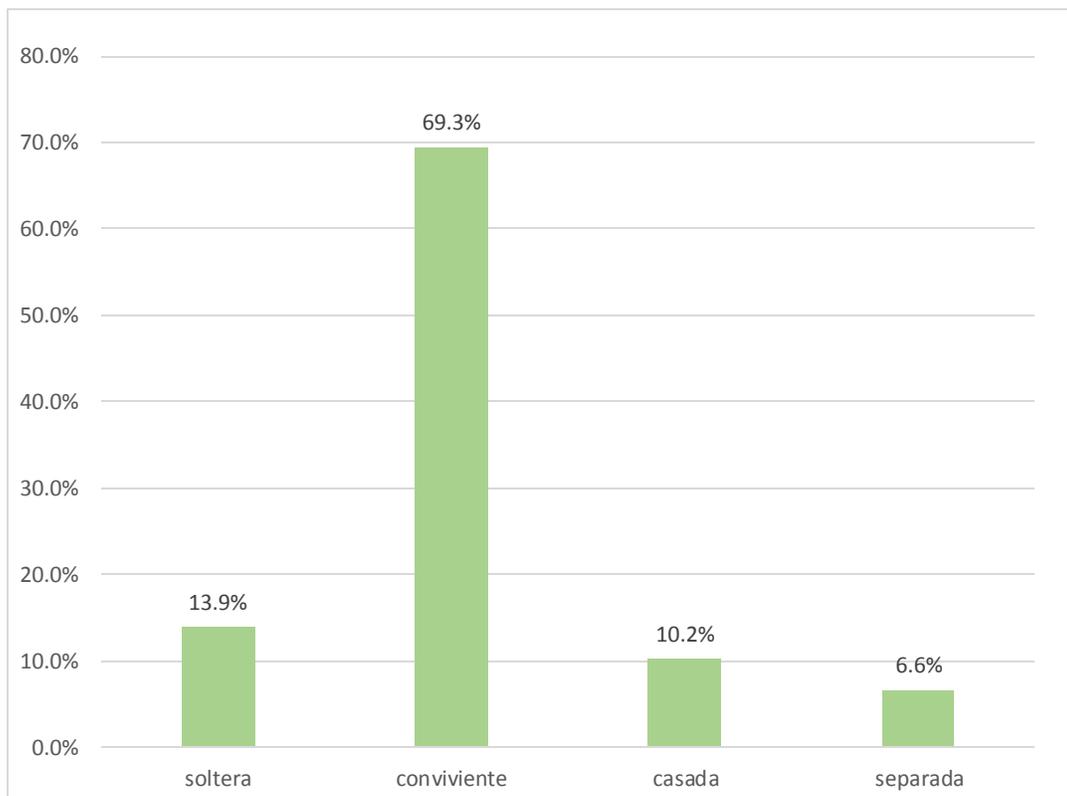
El 51,1% están en el rango de edad dentro de los 20 a 30 años es decir población joven; seguidos por el 27,7% dentro de 31 a 40 años población adulta; 19,7% dentro de 15 a 19 años población adolescente y 1,5% dentro de 41 a 50 años de edad.

ESTADO CIVIL

Tabla N° 02

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltera	19	13,9%
conviviente	95	69,3%
casada	14	10,2%
Separada	9	6,6%
Total	137	100,0%

Gráfico N° 02



Interpretación:

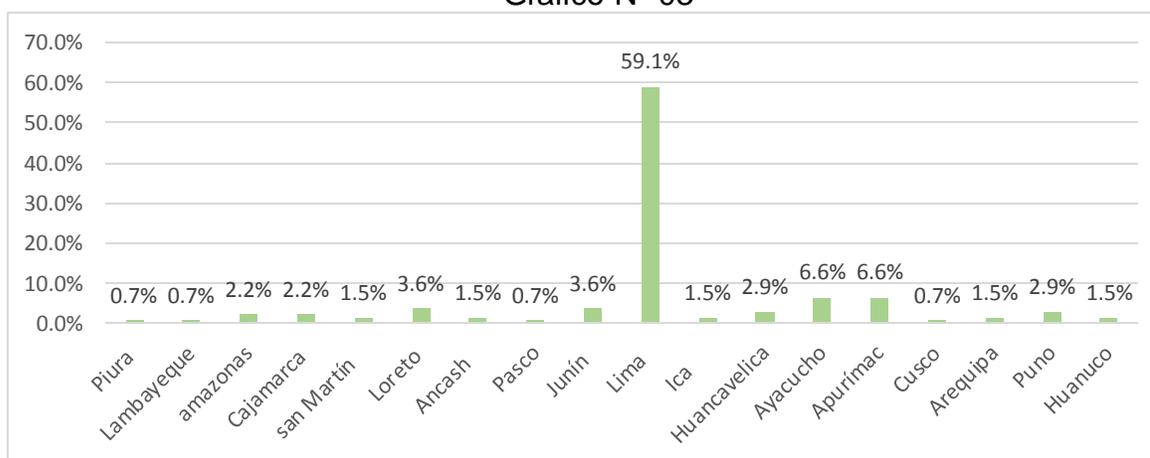
El 69,3% tienen estado civil de convivientes; 13,9% son solteras; 10,2% son casadas y 6,6% son separadas.

DEPARTAMENTO DEL LUGAR DE NACIMIENTO

Tabla N°03

Departamentos	Frecuencia	porcentaje
Piura	1	0,7%
Lambayeque	1	0,7%
amazonas	3	2,2%
Cajamarca	3	2,2%
san Martín	2	1,5%
Loreto	5	3,6%
Ancash	2	1,5%
Pasco	1	0,7%
Junín	5	3,6%
Lima	81	59,1%
Ica	2	1,5%
Huancavelica	4	2,9%
Ayacucho	9	6,6%
Apurímac	9	6,6%
Cusco	1	0,7%
Arequipa	2	1,5%
Puno	4	2,9%
Huánuco	2	1,5%
Total	137	100,0%

Grafico N° 03



Interpretación:

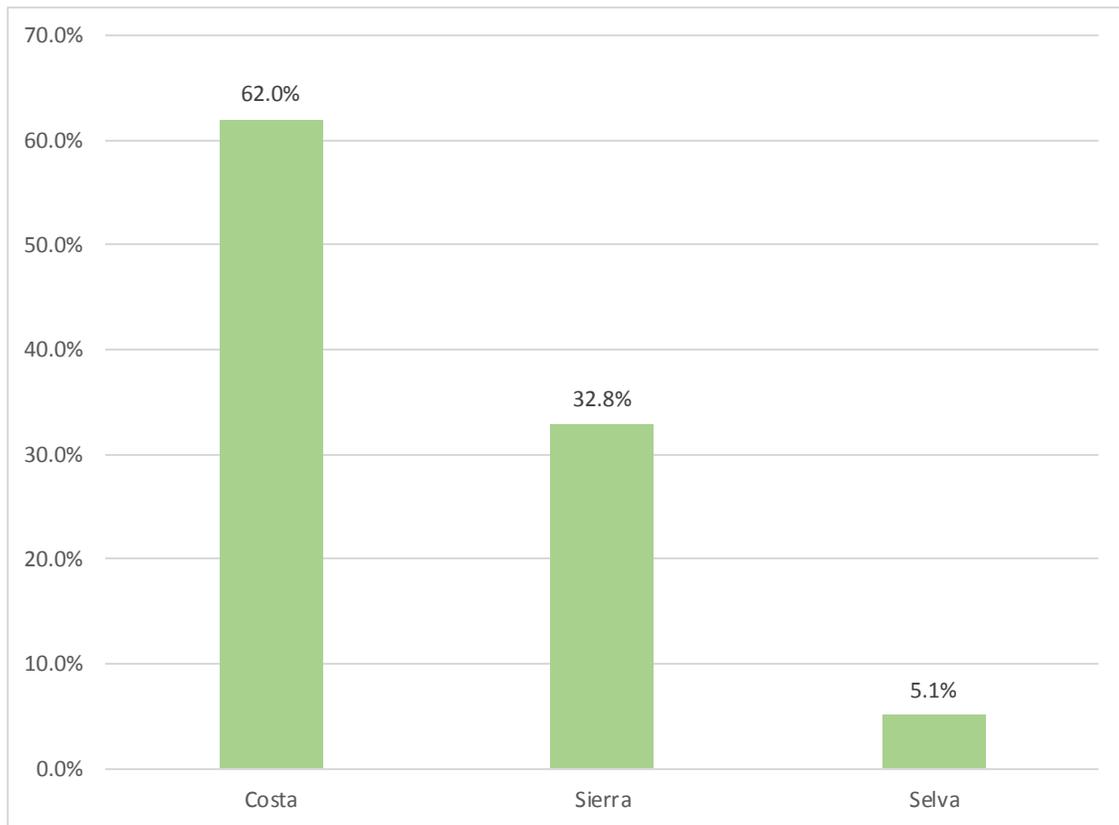
El mayor porcentaje nació en Lima siendo el 59,1%; el 6,6% en Ayacucho, el 6,6% en Apurímac; el 3,6% en Loreto; 3,6% en Junín ;2,9% en Puno ;2,9% en Huancavelica; 2,2% en Cajamarca; 2,2% en Amazonas; 1,5% en San Martín; 1,5% en Ancash; 1,5% en Ica; 1,5% en Arequipa; 1,5% en Huánuco; 0,7% en Piura; 0,7% en Lambayeque; 0,7% en Pasco y 0,7% en Cusco.

REGIÓN GEOGRÁFICA SEGÚN DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO

Tabla N°04

Regiones	Frecuencia	Porcentaje
Costa	85	62,0%
Sierra	45	32,8%
Selva	7	5,1%
Total	137	100,0%

Grafico N°04



Interpretación:

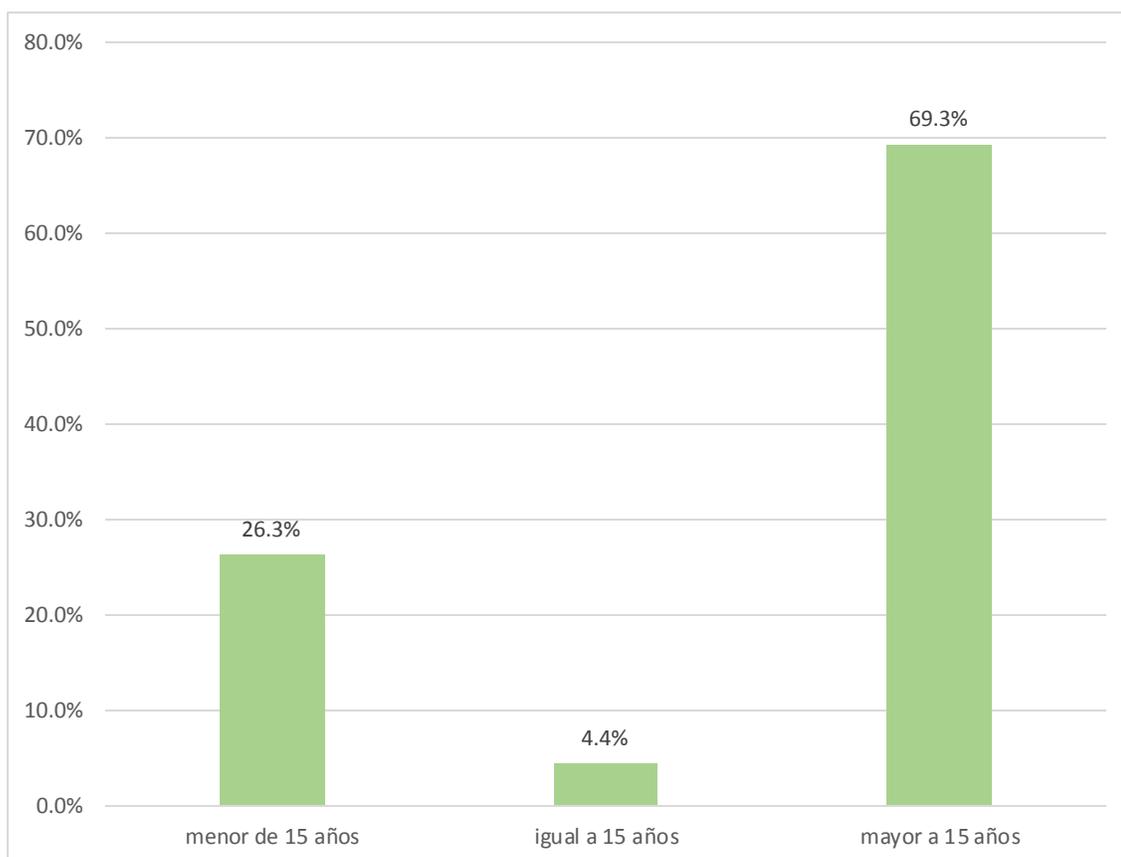
El 62,0% nacieron en la región de la costa; 32,8% nacieron en la región de la sierra 5,1% nacieron en la región de la selva.

TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO

Tabla N°05

Tiempo de residencia	Frecuencia	Porcentaje
menor de 15 años	36	26,3%
igual a 15 años	6	4,4%
mayor a 15 años	95	69,3%
Total	137	100,0%

Gráfico N°05



Interpretación:

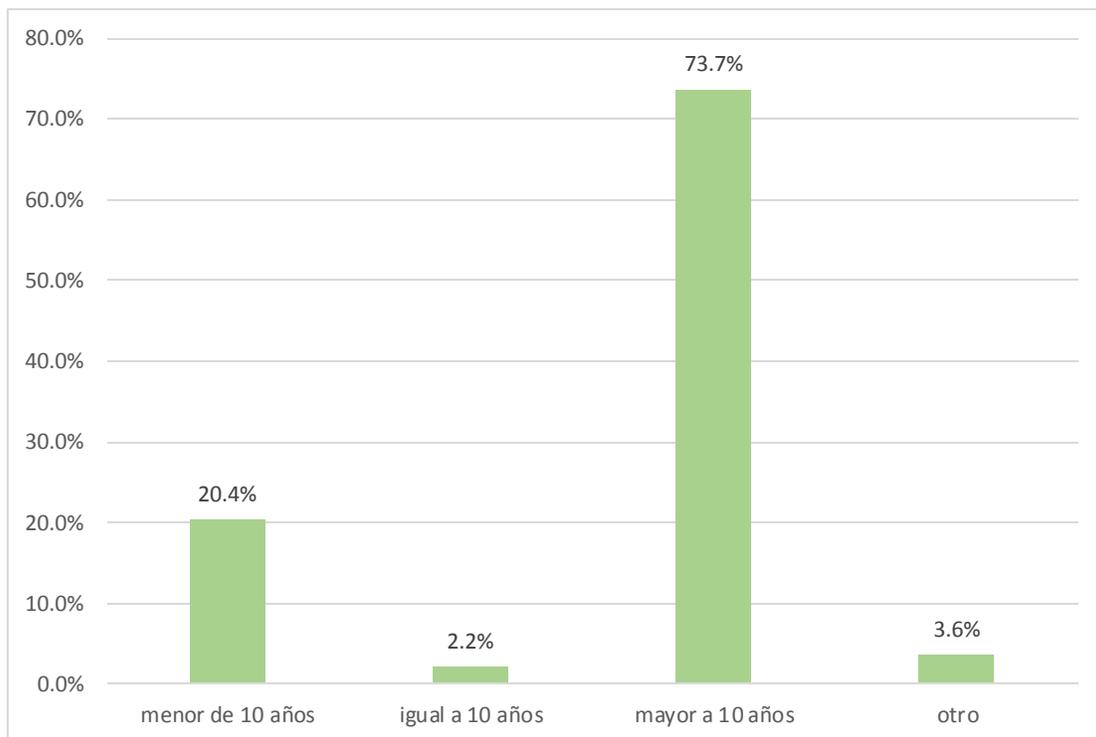
El 69,3%; residieron más de 15 años en el departamento de nacimiento; 26,3% residieron menos de 15 años y el 4,4% residieron 15 años.

TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL DEPARTAMENTO ACTUAL

Tabla N°06

Tiempo de residencia actual	Frecuencia	Porcentaje
menor de 10 años	28	20,4%
igual a 10 años	3	2,2%
mayor a 10 años	101	73,7%
otro	5	3,6%
Total	137	100,0%

Grafico N° 06



Interpretación:

El 73,7% en el departamento donde residen actualmente viven más de 10 años; 20,4% viven menos de 10 años; 3,6% viven menos de 12 meses en lima y 2,2% viven 10 años.

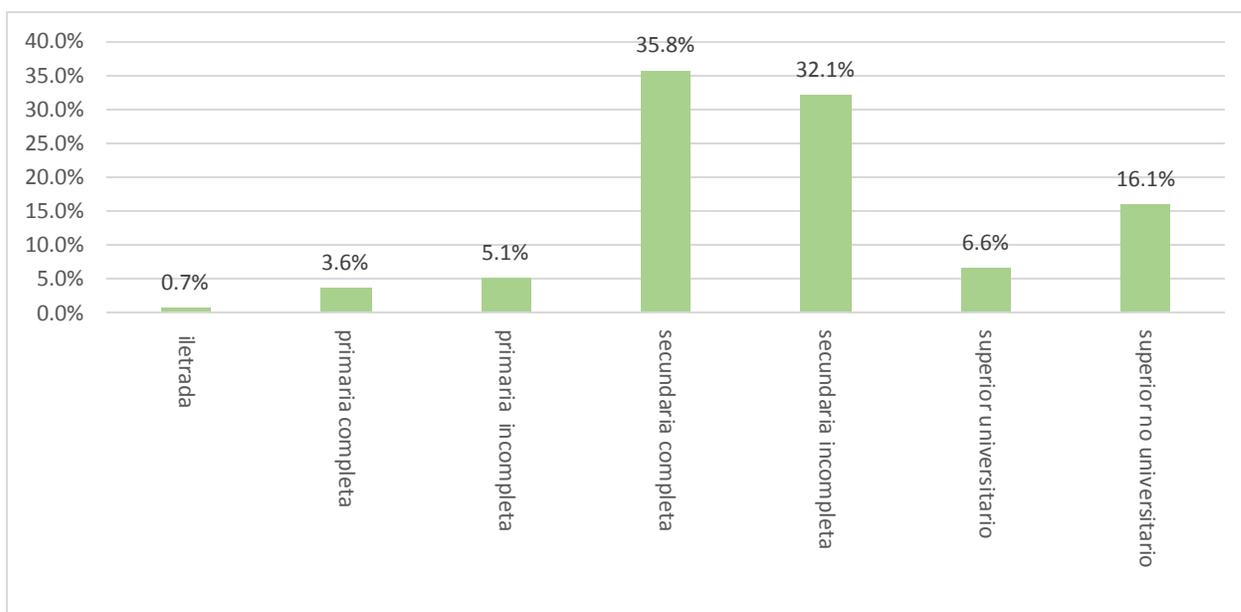
II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 07

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
iletrada	1	0,7%
primaria completa	5	3,6%
primaria incompleta	7	5,1%
secundaria completa	49	35,8%
secundaria incompleta	44	32,1%
superior universitario	9	6,6%
superior no universitario	22	16,1%
Total	137	100,0%

Gráfico N° 07



Interpretación:

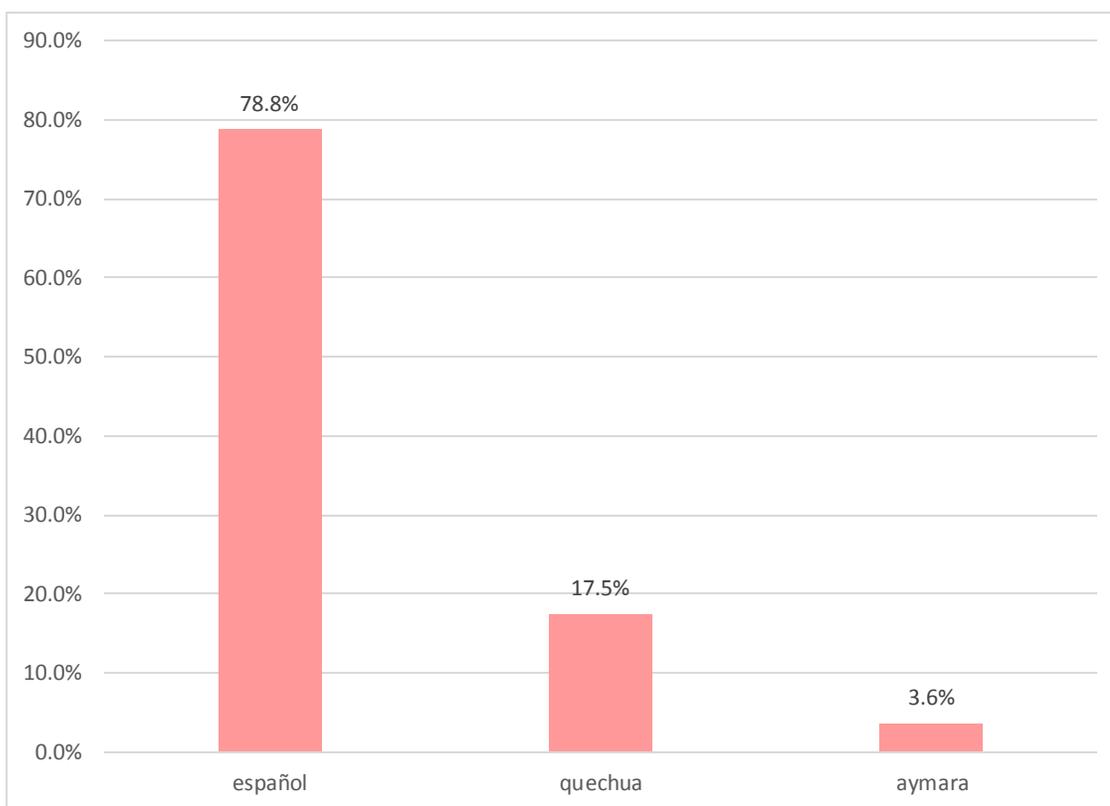
El 35,8% tienen grado de instrucción secundaria completa; 32,1% secundaria incompleta; 16,1% superior no universitario; 6,6% superior universitario; 5,1% primaria incompleta; 3,6% primaria completa y 0,7% son iletradas.

IDIOMA O LENGUA

Tabla N°08

Idioma	Frecuencia	Porcentaje
español	108	78,8%
quechua	24	17,5%
aymara	5	3,6%
Total	137	100,0%

Gráfico N°08



Interpretación:

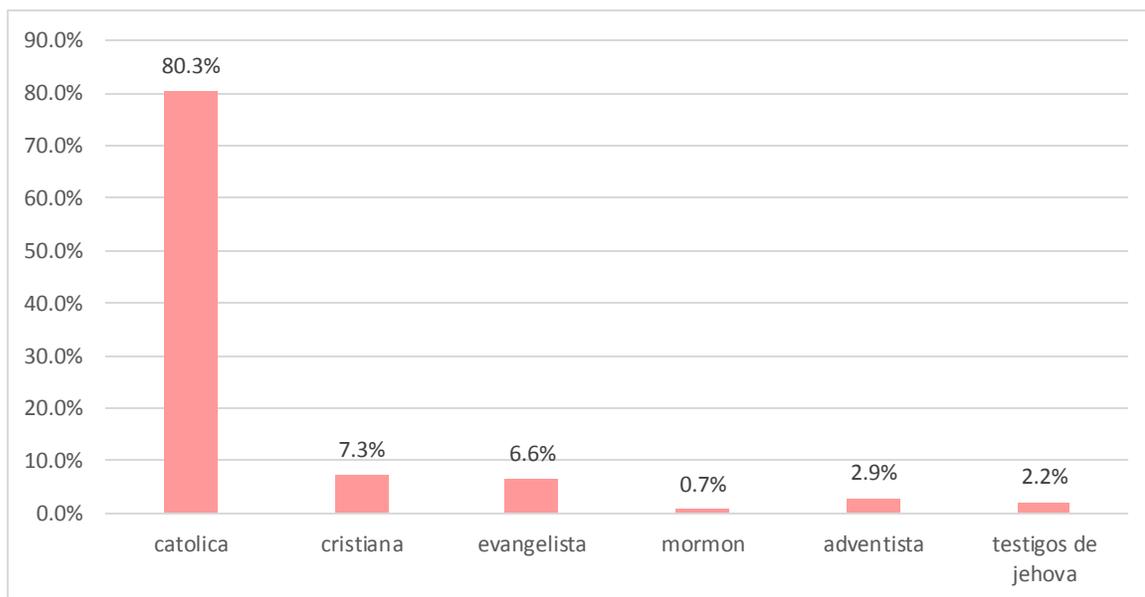
El 78,8%; hablan el idioma español; 7,5% hablan idioma quechua y 3,6% hablan idioma Aymara.

TIPO DE RELIGIÓN

Tabla N° 09

Religión	Frecuencia	Porcentaje
católica	110	80,3%
cristiana	10	7,3%
evangelista	9	6,6%
mormón	1	0,7%
adventista	4	2,9%
testigos de Jehová	3	2,2%
Total	137	100,0%

Gráfico N° 09



Interpretación:

El 80,3% pertenecen a la religión católica; 7,3% pertenecen a la religión cristiana; 6,6% pertenecen a la religión evangelista; 2,9% pertenecen a la religión adventista; 2,2% pertenece a la religión testigos de Jehová y 0,7% son mormones.

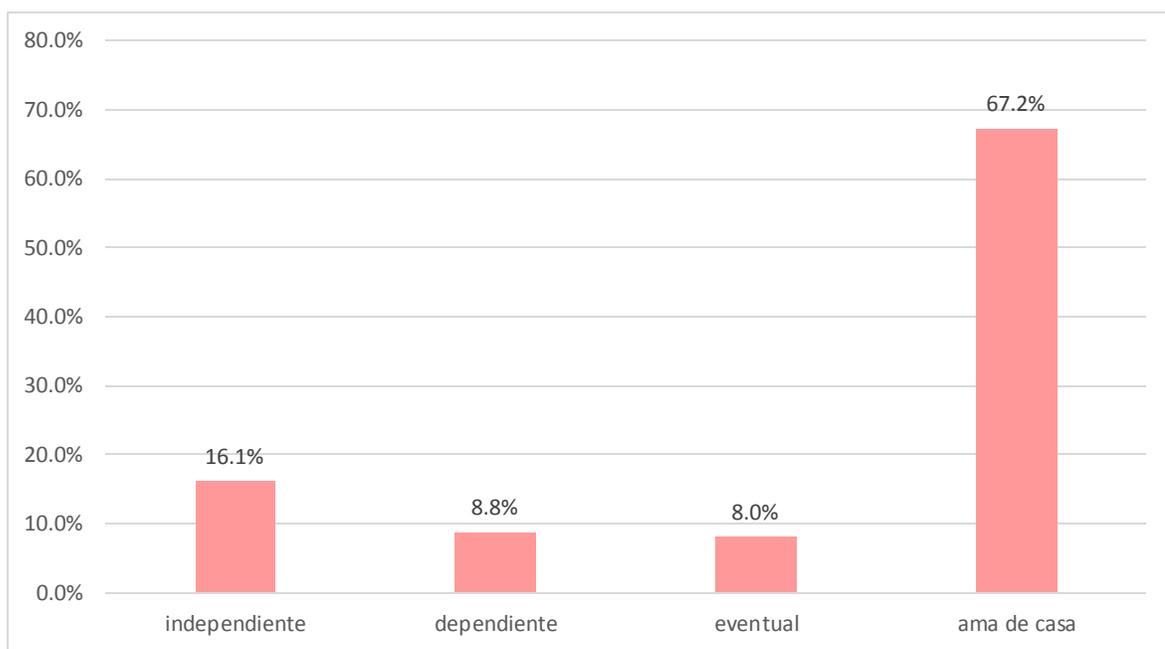
NIVEL SOCIOECONÓMICO

OCUPACIÓN DE LA GESTANTE

Tabla N° 10

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
independiente	22	16,1%
dependiente	12	8,8%
eventual	11	8,0%
ama de casa	92	67,2%
Total	137	100,0%

Grafico N°10



Interpretación:

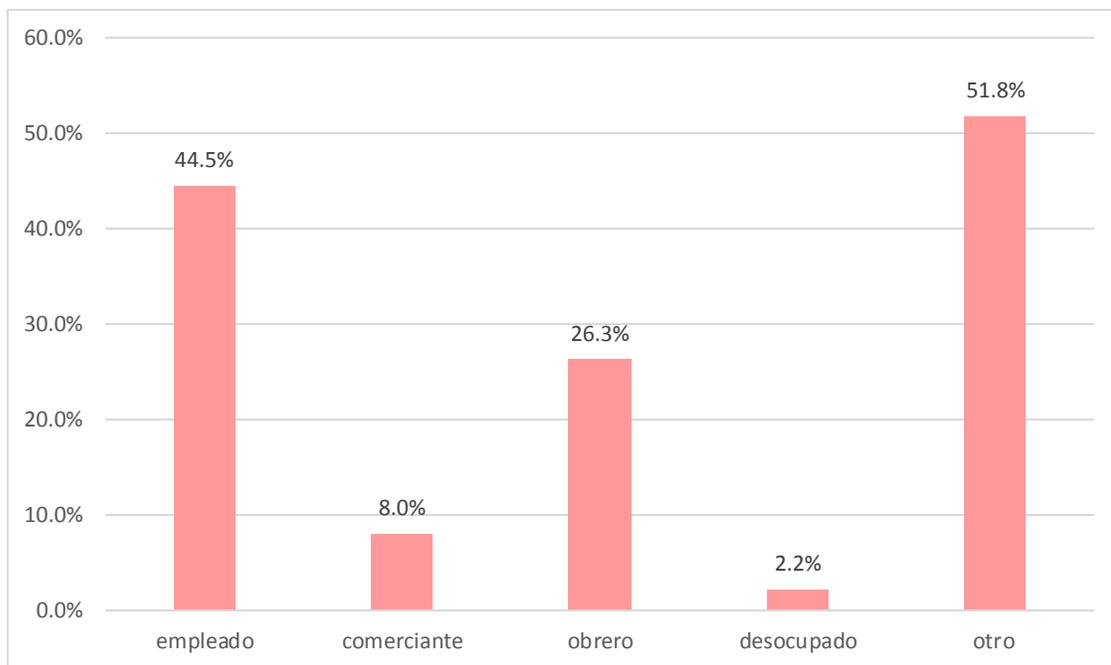
El 67,2% son amas de casa; 16,1% trabajo independiente; 8,8% trabajo dependiente y 8,0% trabajo eventual.

OCUPACIÓN FAMILIAR

Tabla N° 11

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
empleado	61	44,5%
comerciante	11	8,0%
obrero	36	26,3%
desocupado	3	2,2%
otro	71	51,8%
Total	182	100,0%

Grafico N° 11



Interpretación:

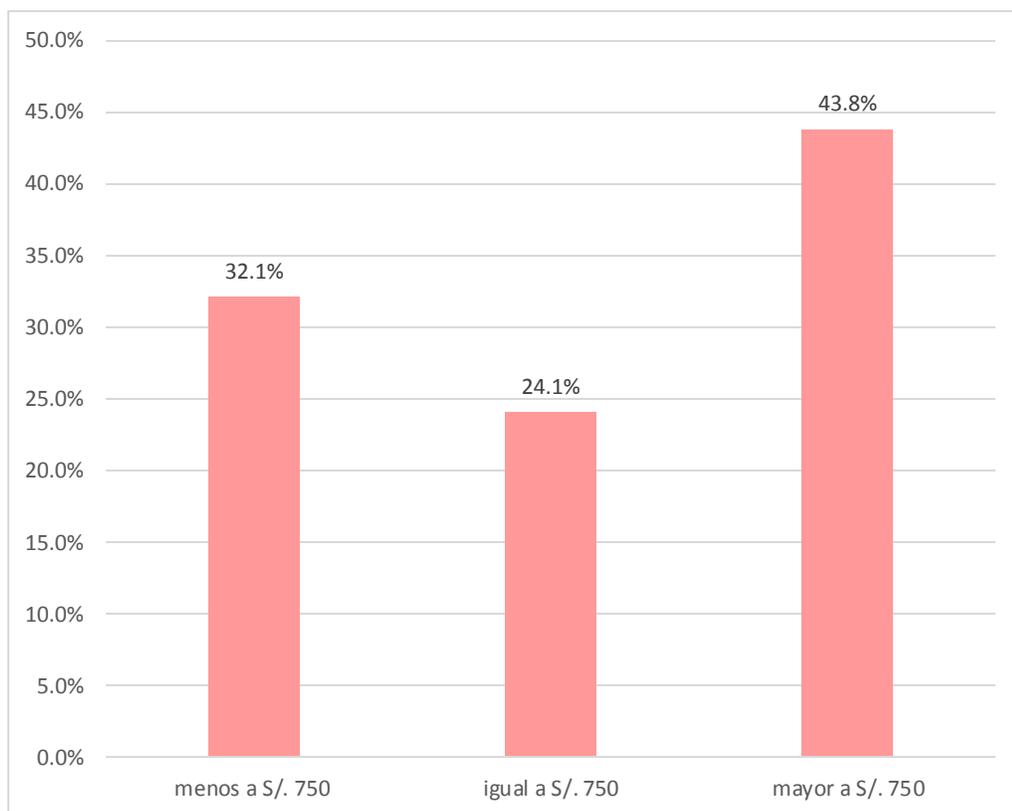
El 51,8% los padres son taxistas, mototaxistas y las madres tienen trabajo independiente, dependiente y eventual; el 44,5% son padres empleados; el 26,3% padres obreros; el 8,0% son padres comerciantes y el 2,2% son padres desocupados.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR

Tabla N°12

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos a S/. 750	44	32,1%
Igual a S/. 750	33	24,1%
Mayor a S/. 750	60	43,8%
Total	137	100,0%

Grafico N°12



Interpretación:

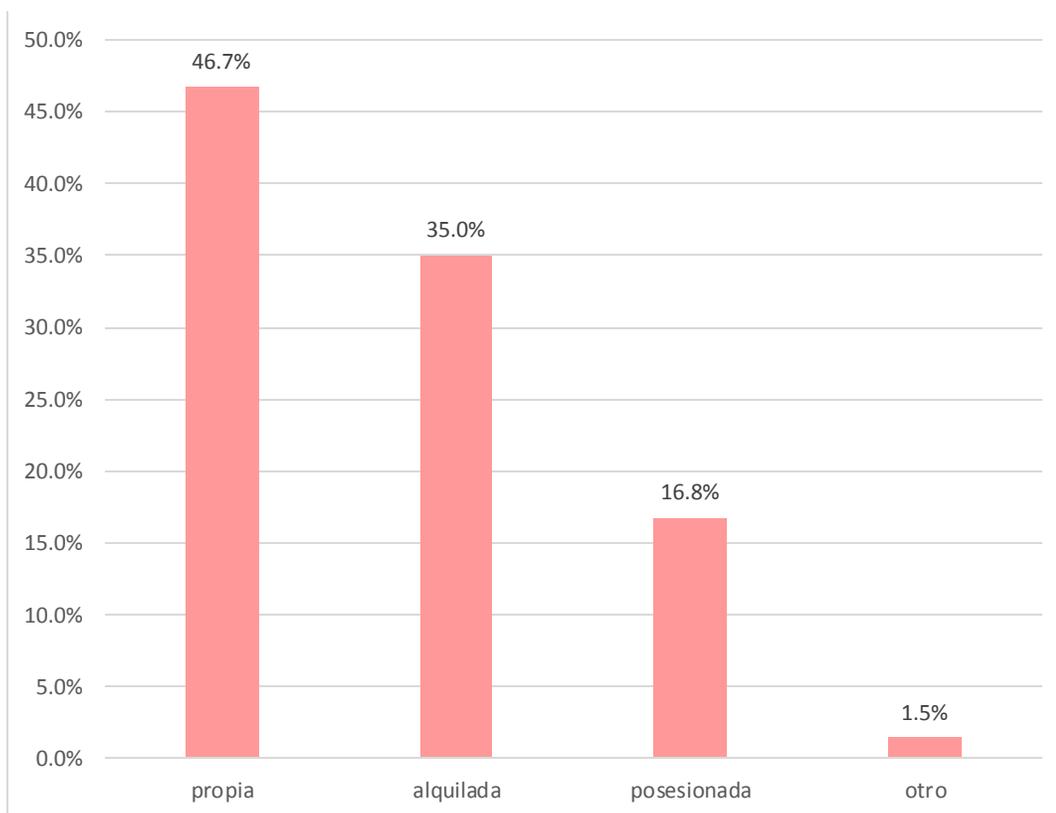
El 43,8% tienen un ingreso mensual familiar mayor a S/. 750.00; el 32,1% tienen un ingreso menos de S/750.00 y el 24,1% tienen un ingreso igual a S/ 750.00.

TIPO DE VIVIENDA

Tabla N°13

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
propia	64	46,7%
alquilada	48	35,0%
poseionada	23	16,8%
otro	2	1,5%
Total	137	100,0%

Grafico N°13



Interpretación:

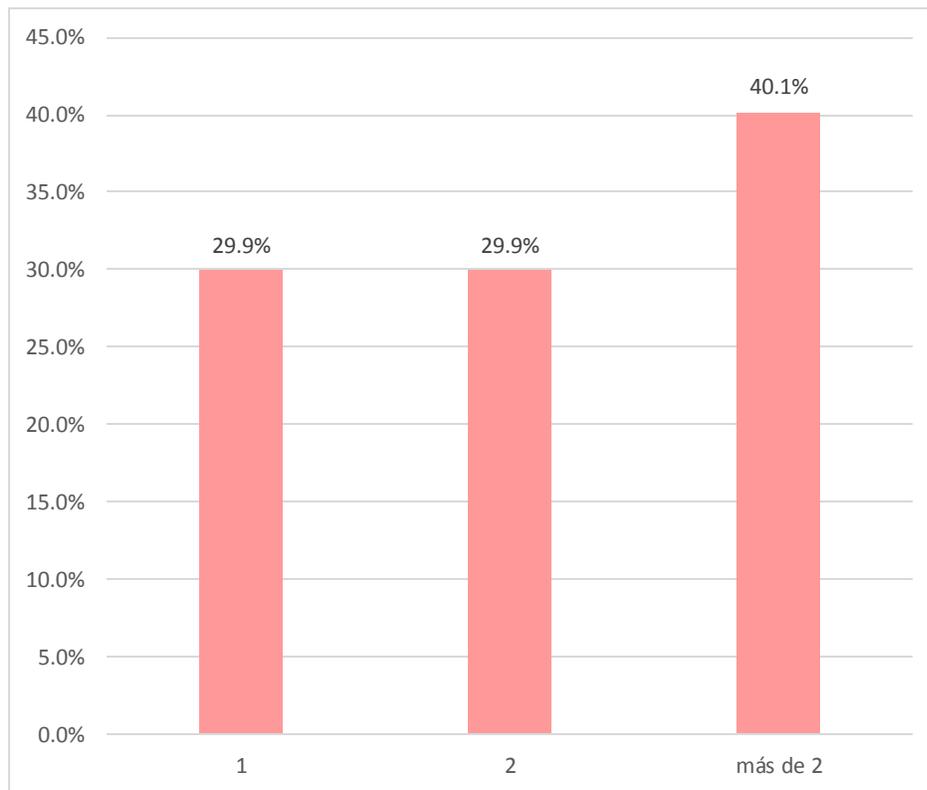
El 46,7% tienen vivienda propia; el 35,0% tienen vivienda alquilada; un 16,8% tienen constancia de posesión de vivienda 1,5 % vivían en lugar donde trabajaban.

NUMERO DE DORMITORIOS POR VIVIENDA

Tabla N°14

N° de dormitorios	Frecuencia	Porcentaje
1	41	29,9%
2	41	29,9%
más de 2	55	40,1%
Total	137	100,0%

Grafico N° 14



Interpretación:

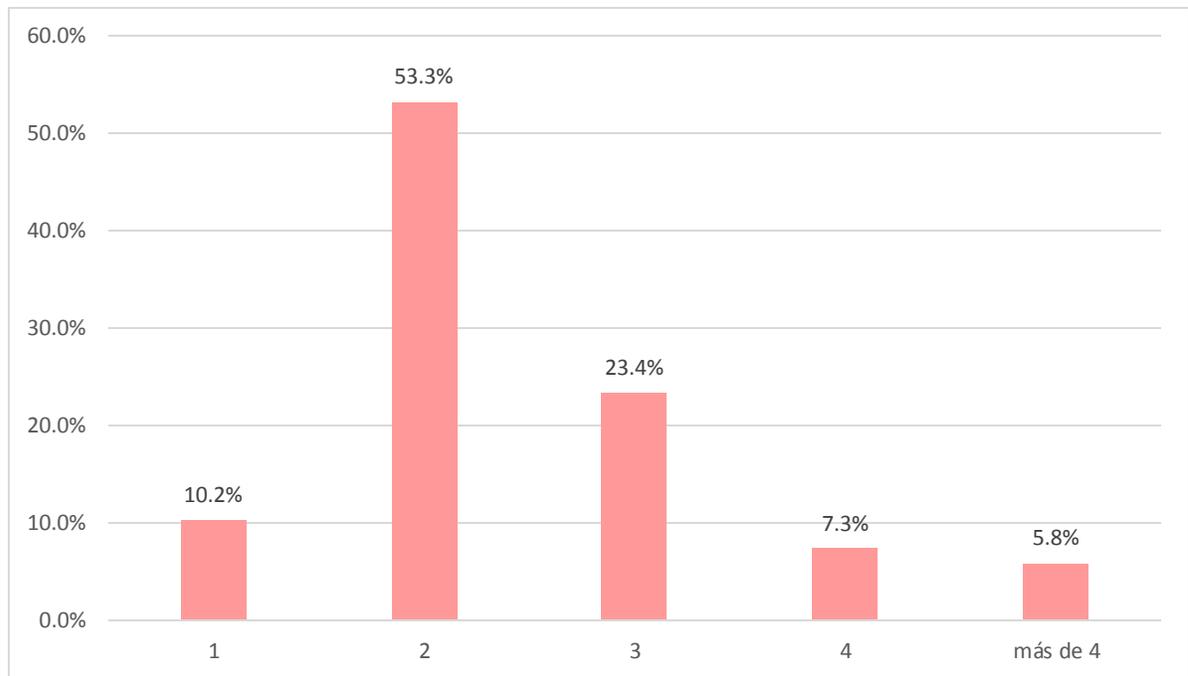
El 40,1% tiene más de 2 dormitorios en su vivienda; el 29,9% tiene 2 dormitorios e igualmente que el anterior un 29,9% tienen 1 dormitorio.

N° DE PERSONAS POR CADA DORMITORIO

Tabla N° 15

N° de personas	Frecuencia	Porcentaje
1	14	10,2%
2	73	53,3%
3	32	23,4%
4	10	7,3%
más de 4	8	5,8%
Total	137	100,0%

Grafico N°15



Interpretación:

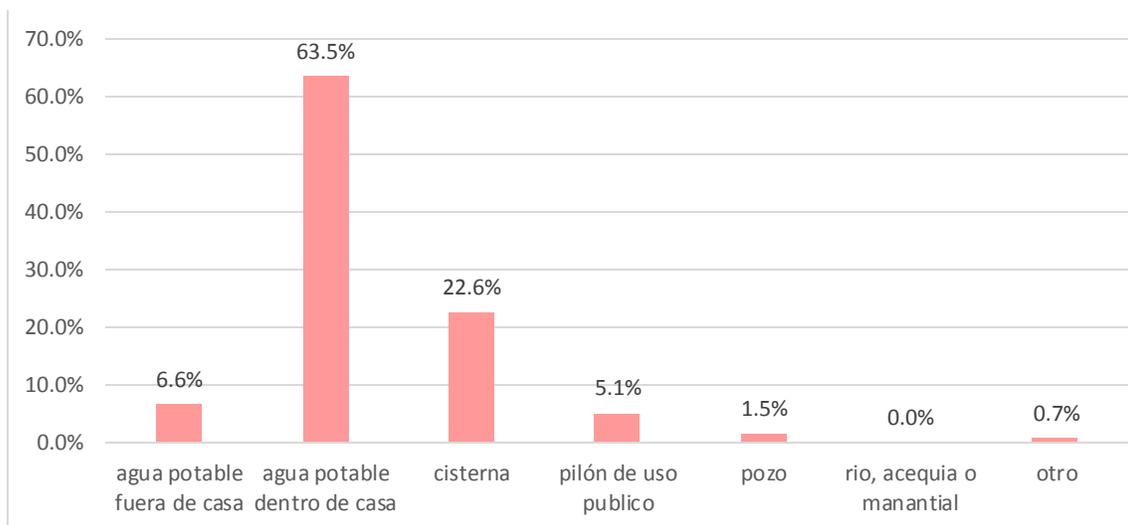
El 53,3% ocupan dos personas por dormitorio; el 23,4% ocupan tres personas; el 10,2% ocupa una persona; el 7,3% ocupan cuatro personas y el 5,8% ocupan más de cuatro personas.

ABASTECIMIENTO DEL AGUA

Tabla N°16

Abastecimiento del agua	Frecuencia	Porcentaje
agua potable fuera de casa	9	6,6%
agua potable dentro de casa	87	63,5%
cisterna	31	22,6%
pilón de uso publico	7	5,1%
pozo	2	1,5%
rio, acequia o manantial	0	
otro	1	0,7%
Total	137	100,0%

Grafico N°16



Interpretación:

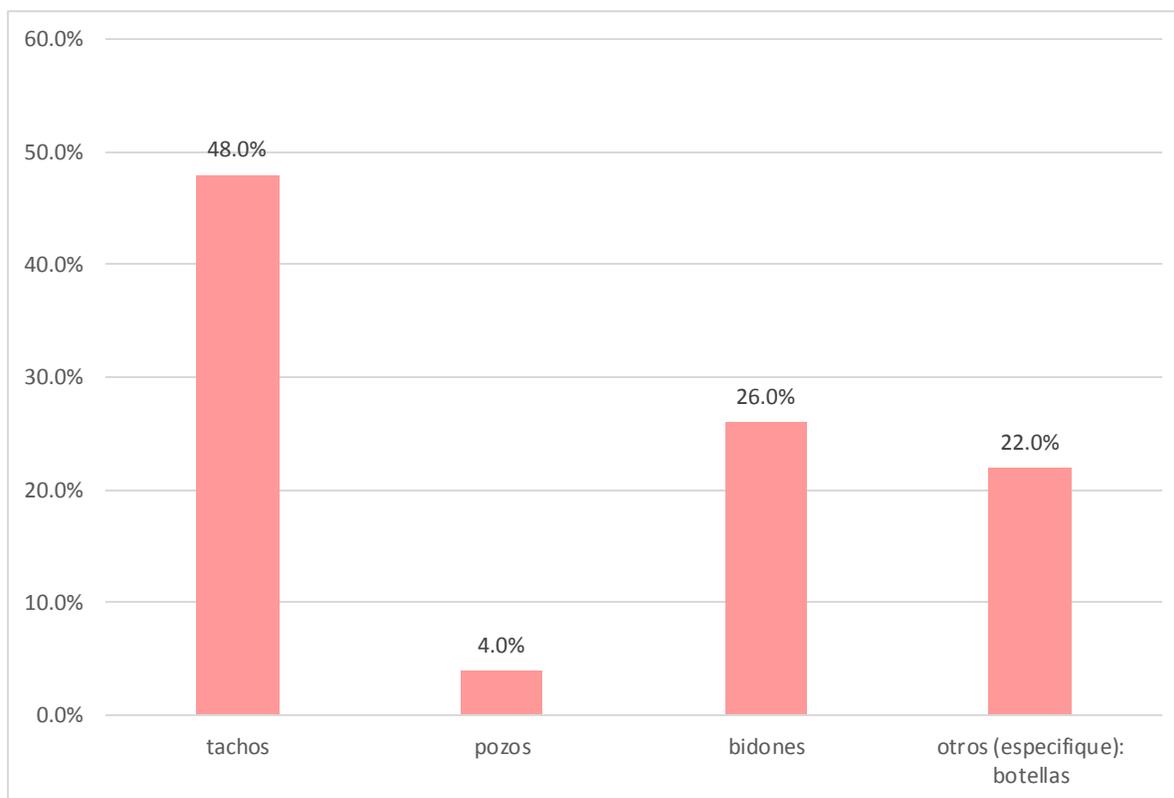
El 63,5% se abastecen de agua potable dentro de su casa; el 22,6% se abastecen por camión cisterna; el 6,6% se abastecen de agua potable fuera de la casa; el 5,1% se abastecen del pilón de uso público; el 1,5% se abastecen de agua de pozo y el 0,7% se abastecen de agua por pileta.

ALMACENAMIENTO DEL AGUA

Tabla N°17

Almacenamiento	Frecuencia	Porcentaje
tachos	24	48,0%
pozos	2	4,0%
bidones	13	26,0%
otros (especifique): botellas	11	22,0%
Total	50	100,0%

Grafico N°17



Interpretación:

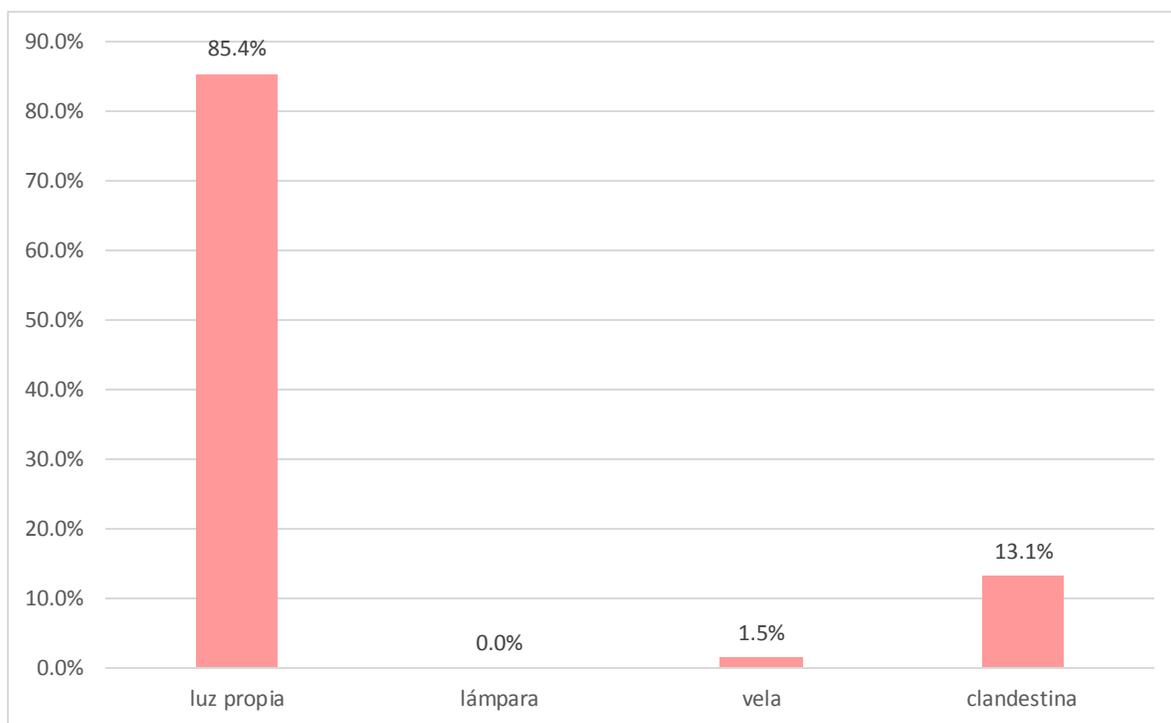
El 48% almacenan el agua en tachos; el 26% almacenan en bidones; el 22% almacenan en botellas u ollas y 4,0% almacena en pozos.

TIPO DE ALUMBRADO

Tabla N°18

Alumbrado	Frecuencia	Porcentaje
luz propia	117	85,4%
lámpara	0	0,0%
vela	2	1,5%
clandestina	18	13,1%
Total	137	100,0%

Grafico N° 18



Interpretación:

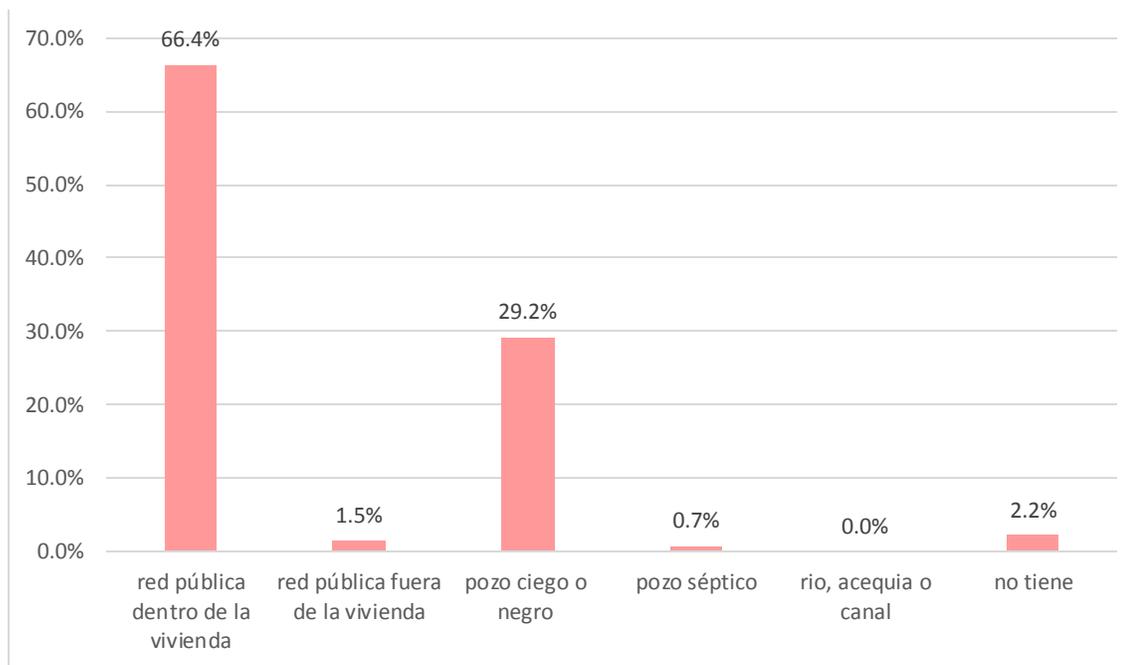
El 85,4% tienen luz propia en sus viviendas; el 13,1% tienen luz clandestina y el 1,5% usan vela como alumbrado.

DESAGÜE

Tabla N° 19

Servicio higiénico	Frecuencia	Porcentaje
red pública dentro de la vivienda	91	66,4%
red pública fuera de la vivienda	2	1,5%
pozo ciego o negro	40	29,2%
pozo séptico	1	0,7%
rio, acequia o canal	0	
no tiene	3	2,2%
Total	137	100,0%

Grafico N° 19



Interpretación:

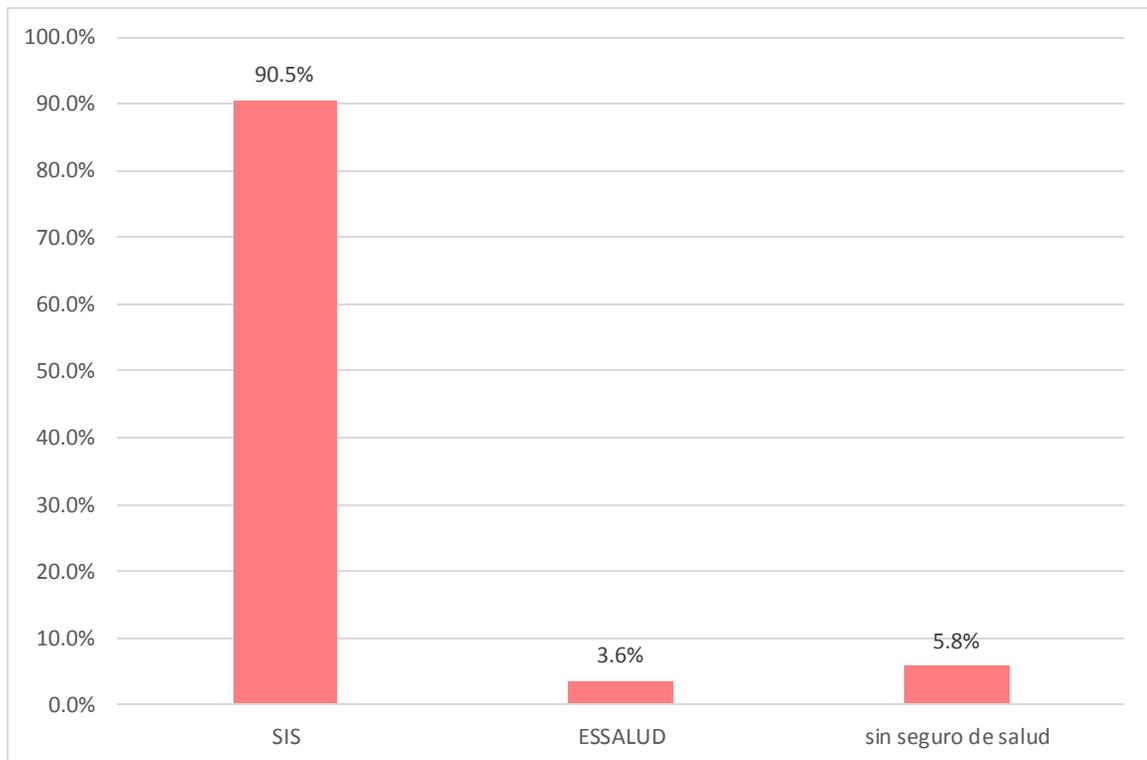
El 66,4% tienen desagüe conectado a la red pública dentro de la vivienda; el 29,2% tienen desagüe como pozo ciego o negro; el 2,2% no tienen desagüe; el 1,5% tienen desagüe conectado a la red pública fuera de la vivienda y el 0,7% pozo séptico.

TIPO DE SEGURO

Tabla N° 20

Seguro de salud	Frecuencia	Porcentaje
SIS	124	90,5%
ESSALUD	5	3,6%
Sin seguro de salud	8	5,8%
Total	137	100,0%

Grafico N° 20



Interpretación:

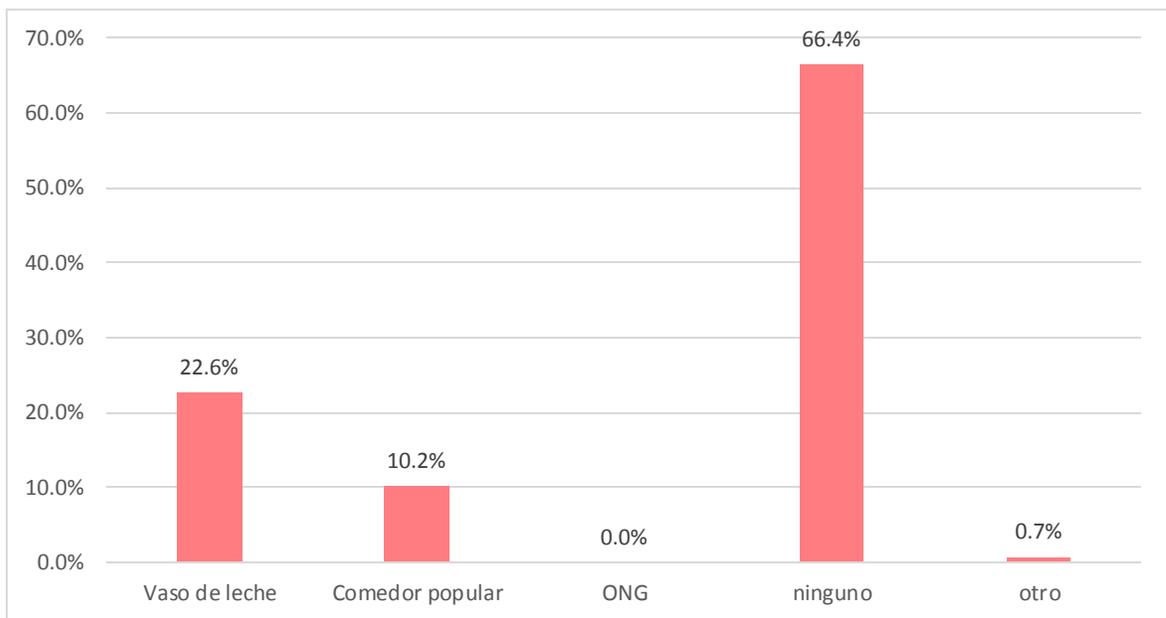
El 90,5% de ellas tienen el seguro integral de salud (SIS); el 3,6% tienen ESSALUD, y el 5,8% sin seguro.

PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA SOCIAL O ALIMENTARIO

Tabla N° 21

Programas	Frecuencia	Porcentaje
Vaso de leche	31	22,6%
Comedor popular	14	10,2%
ONG	0	
ninguno	91	66,4%
otro	1	0,7%
Total	137	100,0%

Grafico N° 21



Interpretación:

El 66,4% respondió no participar de ningún programa social; el 22,6% son participes del programa del vaso de leche; el 10,2% participa del comedor popular y el 0,7% participan del vaso de leche y comedor popular.

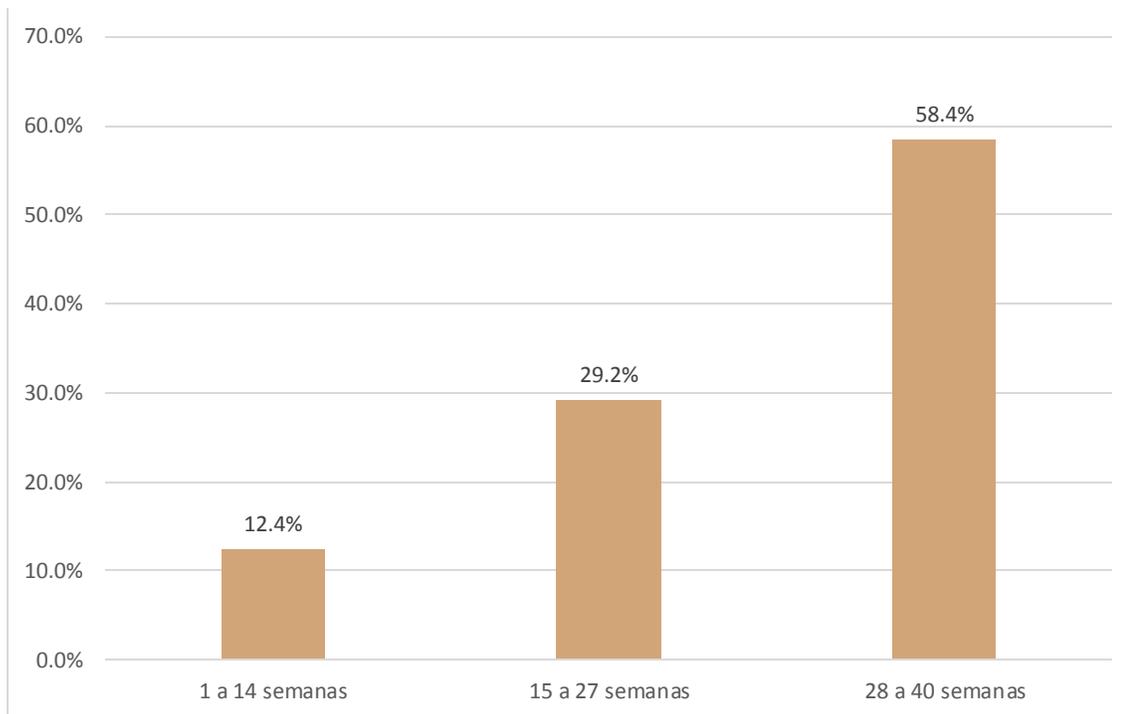
III.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EDAD GESTACIONAL

Tabla N° 22

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
1 a 14sem	17	12,4%
15 a 27sem	40	29,2%
28 a 40sem	80	58,4%
Total	137	100,0%

Grafico N° 22



Interpretación:

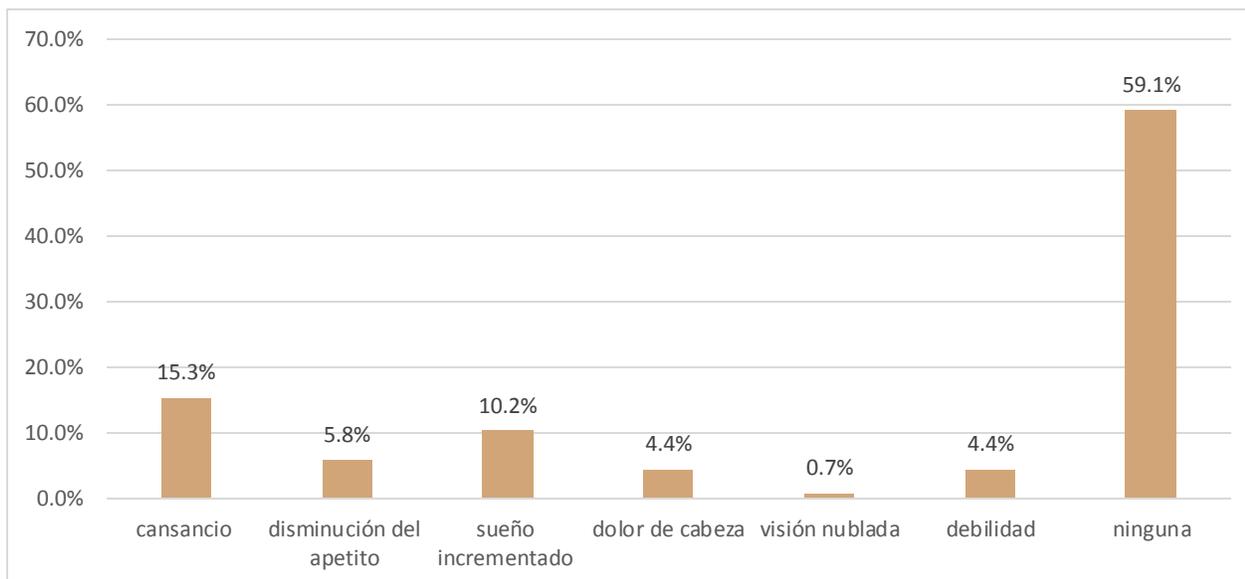
El 58,4% tienen una edad gestacional de 28 a 40 semanas de gestación; el 29,2% tienen edad gestacional de 15 a 27 semanas de gestación y el 12,4% tienen una edad gestacional de 1 a 14 semanas de gestación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS GESTANTES

Tabla N° 23

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje
cansancio	21	15,3%
disminución del apetito	8	5,8%
sueño incrementado	14	10,2%
cefalea	6	4,4%
visión nublada	1	0,7%
debilidad	6	4,4%
ninguna	81	59,1%
Total	137	100,0%

Grafico N° 23



Interpretación:

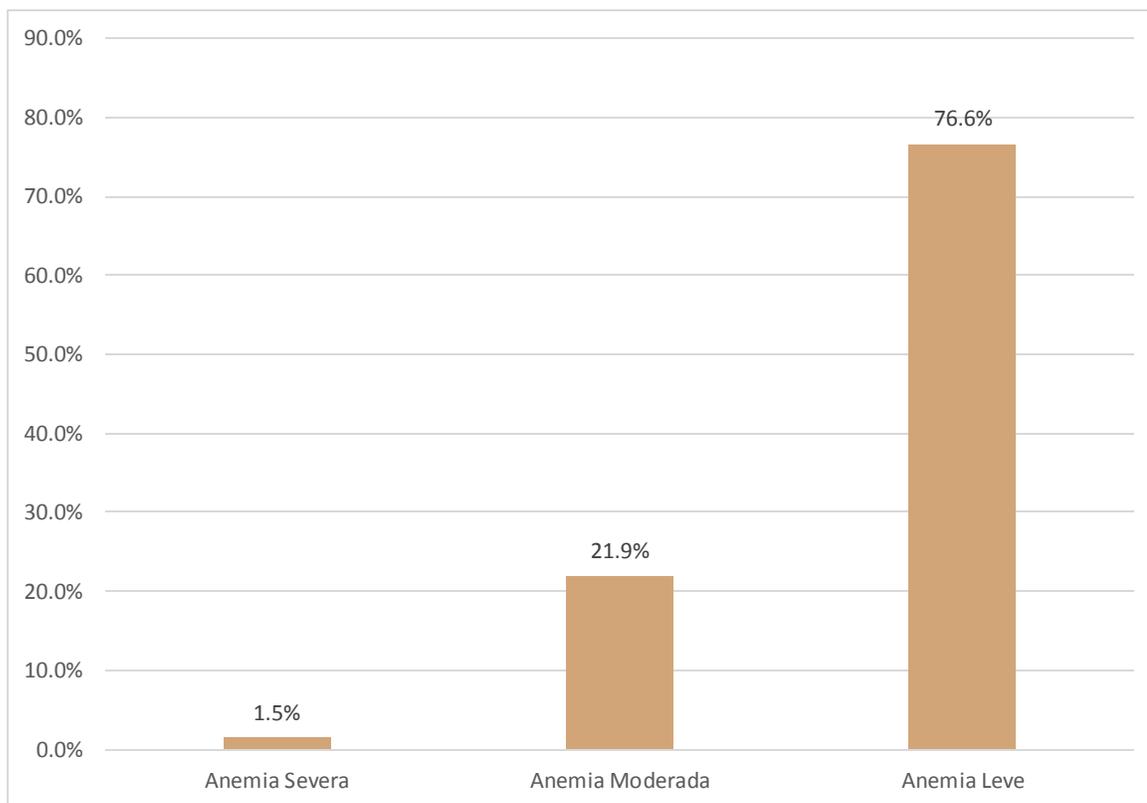
El 59,1% manifestaron no tener ningún síntoma; el 15,3% manifestaron cansancio, 10,2% manifestaron que el sueño se le ha incrementado; el 5,8% manifestaron disminución del apetito; el 4,4% manifiesta cefalea; 4,4% manifestaron debilidad y el 0,7% manifestaron visión nublada.

CONOCIMIENTO SOBRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA

Tabla N° 24

Nivel de hemoglobina	Frecuencia	Porcentaje
Anemia Severa	2	1,5%
Anemia Moderada	30	21,9%
Anemia Leve	105	76,6%
Total	137	100,0%

Grafico N° 24



Interpretación:

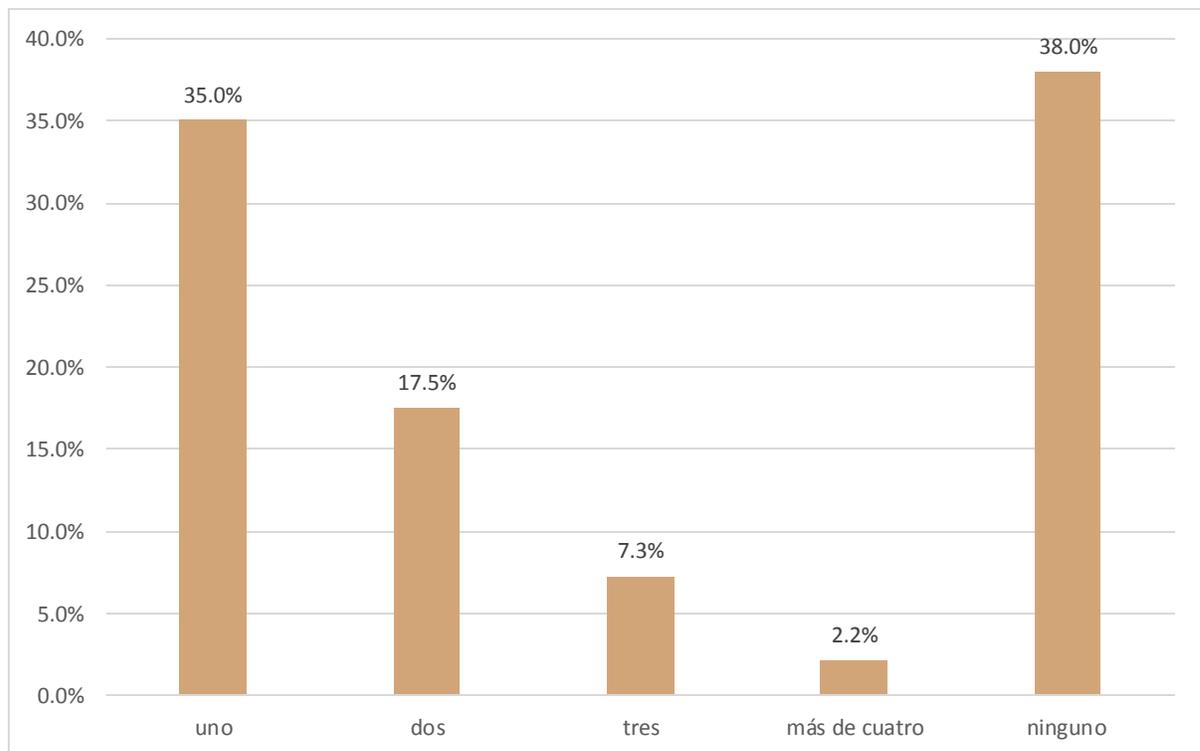
El 76.6% presentaron anemia leve, el 21,9% presentaron anemia moderada, y el 1,5% presentaron anemia severa.

NÚMERO DE PARTOS VAGINALES O CESÁREAS PREVIAS

Tabla N° 25

N° de partos previos	Frecuencia	Porcentaje
uno	48	35,0%
dos	24	17,5%
tres	10	7,3%
más de cuatro	3	2,2%
ninguno	52	38,0%
Total	137	100,0%

Grafico N°25



Interpretación:

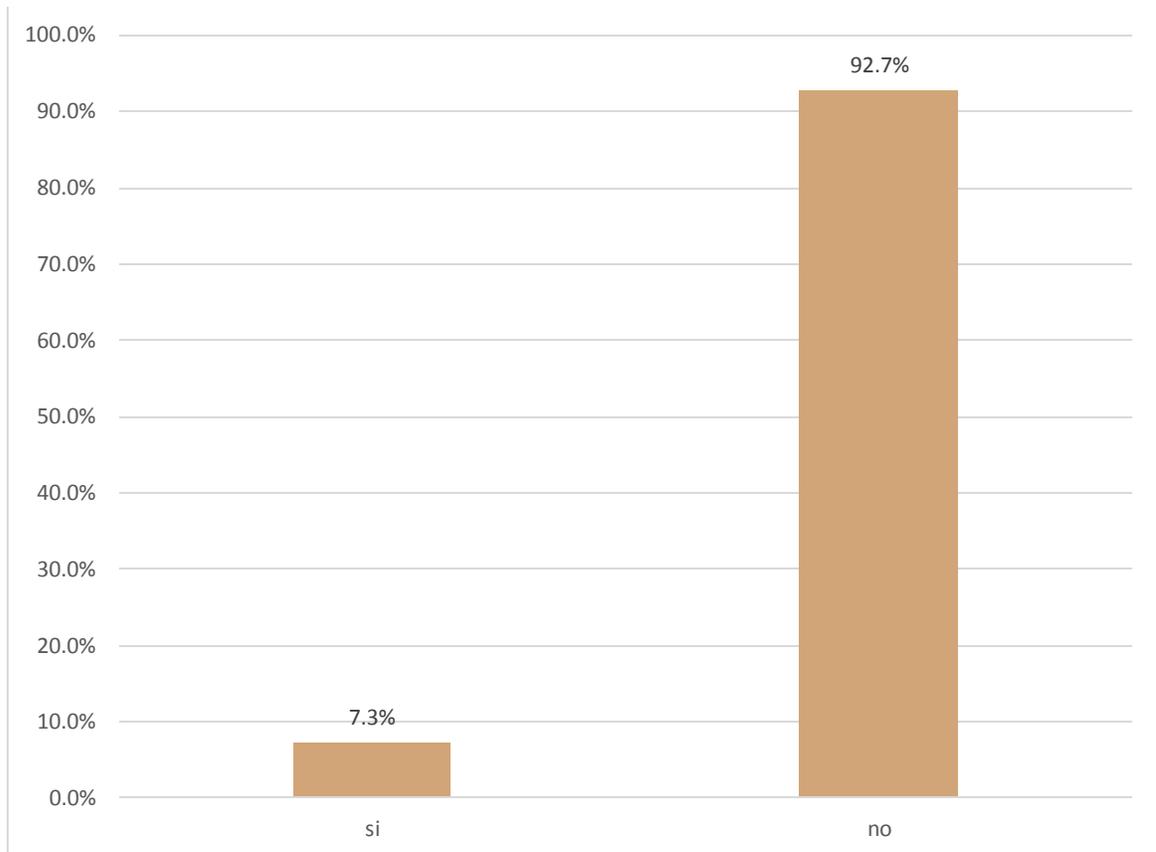
El 38% fueron primigestas, el 35% tuvieron un parto previo, el 17,5% tuvieron dos partos previos, el 7,3% tuvieron tres partos previos y el 2,2% tuvieron más de cuatro partos previos.

HEMORRAGIA PREVIA AL EMBARAZO

Tabla N° 26

Hemorragia previa al embarazo	Frecuencia	Porcentaje
si	10	7,3%
no	127	92,7%
Total	137	100,0%

Grafico N° 26



Interpretación:

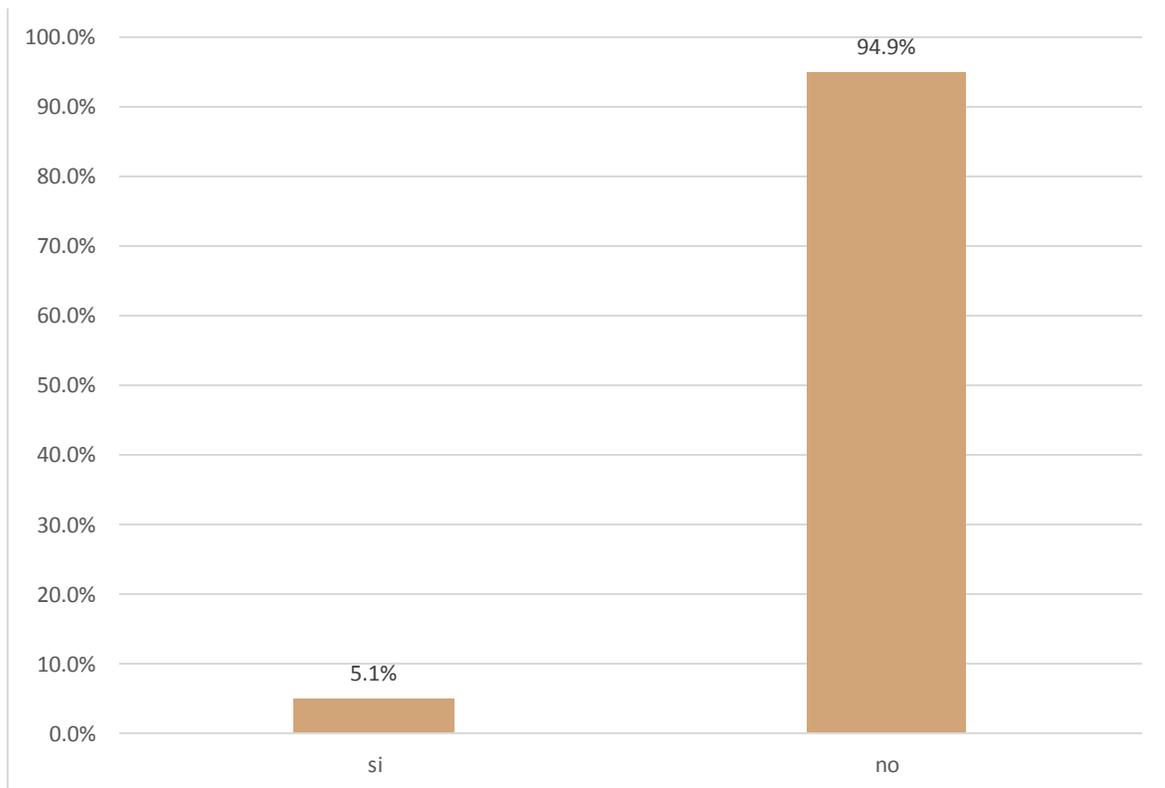
El 92,7% no tuvieron como antecedente hemorragia en el embarazo anterior, el 7,3% si tuvieron hemorragia en el embarazo anterior.

ALTERACIÓN MENSTRUAL ANTES DEL EMBARAZO

Tabla N°27

Alteración menstrual antes del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
si	7	5,1%
no	130	94,9%
Total	137	100,0%

Grafico N° 27



Interpretación:

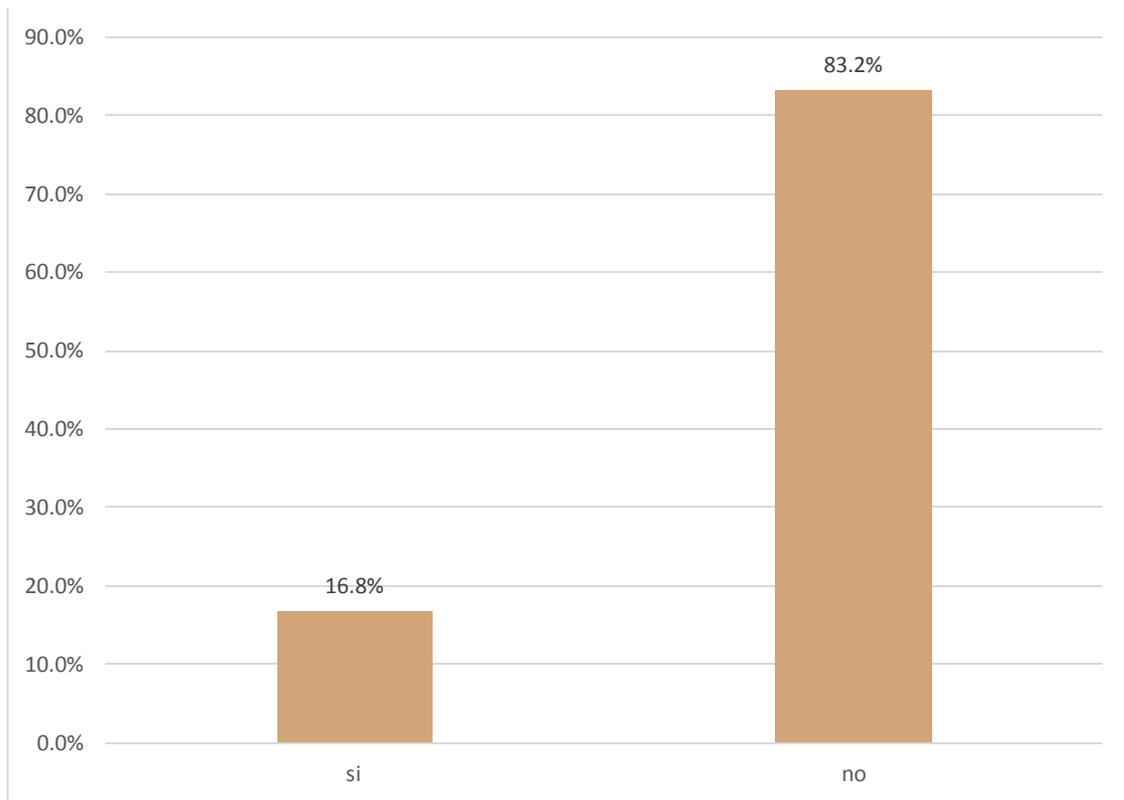
El 94,9% no tuvieron antecedentes de alteración menstrual antes del embarazo y el 5,1% si lo tuvieron.

ANTECEDENTE DE PRESENCIA DE SANGRE EN HECES

Tabla N° 28

Resultado positivo	Frecuencia	Porcentaje
si	23	16,8%
no	114	83,2%
Total	137	100,0%

Grafico N° 28



Interpretación:

El 83,2% no tuvieron antecedente de presencia de sangre en heces, el 16,8% si tuvieron antecedente de presencia de sangre en heces.

Cuadro de resumen

Características	Resultados
Demográficas	El 51,1% son jóvenes, el 69,3% conviviente, el 59,1% nació en Lima, el 62,0% nacieron en la región costa, el 26,3% reside menos de 15 años en el departamento de nacimiento, el 73,7% reside más de 10 años en el departamento actual
Sociales	El 35,8% tienen secundaria completa, 78,8% habla español, el 80,3% son católicas, el 67,2% son amas de casa, el 51,8% los padres son taxistas, mototaxistas y las madres tienen trabajo independiente, dependiente y eventual, el 43,8% reciben más de s/750.00 mensual, el 46,7% tienen vivienda propia, el 40,1% tienen más de 2 dormitorios, el 53,3% ocupan 2 personas por dormitorio, el 63,5% tiene agua potable dentro de casa, el 48,0% almacena agua en tachos, el 85,4% tienen luz propia, el 66,4% tienen desagüe dentro de la vivienda, el 90,5% tienen SIS, el 66,4% manifestaron no participa de ningún programa social.
Clínicas	El 58,4% tienen de 28 a 40 semanas de gestación, el 59,1% manifestaron no tener ningún síntoma, el 76,6% tienen anemia leve, el 38,0% fueron primigestas, el 92,7% no tuvieron hemorragia previa al embarazo, el 94,9% no tuvieron antecedentes de alteraciones menstruales, el 83,2% no tuvieron antecedente de presencia de sangre en heces.

4.2 Discusión de los resultados

En el presente estudio el 62.0% según la región geográfica del departamento de nacimiento es la costa, coincide con el estudio realizado por Iván Gómez Sánchez “nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio- demográficas y prenatales” donde el 52% tienen como región geográfica natural la costa.

Teniendo en cuenta, la lengua materna de las gestantes que presentaron el caso en estudio, se presenta el 78.8% de las gestantes con anemia su lengua materna es el español, coincide con el estudio realizado por Iván Gómez Sánchez “nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio- demográficas y prenatales” donde el 83.3% de las gestantes tienen como lengua materna el español.

Se encontró que el 58.4% de las gestantes con anemia pertenecen al tercer trimestre de gestación, resultado similar con la investigación de Oscar Munares García en su estudio “niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú ,2011 donde el 56.3% de su muestra de los casos de anemia se encuentra en el tercer trimestre de gestación.

Según un estudio realizado en la India por Pushpa “Estudio de la prevalencia de anemia y factores sociodemográficos asociados con la anemia entre las mujeres embarazadas en la ciudad de Aurangabad” se encontró que el tipo de religión musulmana con un 51.7% es un determinante de anemia en este país resultados que no concuerdan con el presente estudio donde el 80.3% del total de gestantes que presentan anemia pertenecen a la religión católica, por lo que se rechaza el estudio.

En el presente estudio podemos distinguir el grado de instrucción superior universitario incompleto es del 6.6% lo cual concuerdan con un estudio realizado

por Luz Stella Escudero” factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín” donde el 3,3% de las gestantes con anemia tienen educación superior, por lo que se aprueba este estudio.

Según la investigación realizada por Vite Gutiérrez Flor Yesenia “incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan en Ancash- Perú 2011” el 33.33% es el mismo porcentaje en los trimestres de gestación respecto al número de gestaciones previas, resultados que no concuerdan con el presente estudio donde el 38% es para las primigestas los porcentajes varían respecto al número de gestaciones previas, por lo que se rechaza el estudio.

Conclusiones

En esta tesis se identificó las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia como la edad donde la población joven representa el 51,1%, el tiempo de residencia en el departamento de lugar de nacimiento principalmente en la sierra juega un papel importante en el impacto de la altura en el embarazo, en el presente estudio solo el 3,6% de las gestantes manifestaron tener tiempo de residencia menos de 12 meses en Lima.

El nivel socioeconómico se puede definir por diferentes indicadores como el grado de instrucción; el 35,8% de las gestantes presentan secundaria completa; la ocupación familiar de los padres de familia son el sustento económico del hogar representando el 51,8% por taxistas, mototaxistas, o un trabajo dependiente, independiente o eventual en ellas y el 67,2% de la ocupación de las gestantes son amas de casa las cuales quiere decir tener una dependencia económica del esposo; percibiendo el 32,1% como ingreso familiar menor de S/. 750.00 soles.

La proporción o ausencia de los servicios básicos donde el 63,5% tienen agua, el 13,1% tiene alumbrado clandestino y 29,2% utilizan silos como desagüe; el 66,4% no participa de ningún programa social mientras el 33,6% si participa de un programa alimentario, quiere decir que los hogares en situación de pobreza o menos favorecidos pertenecen a alguna organización de base.

Por lo tanto en el presente estudio las gestantes presenta secundaria completa, pueden tener una vivienda alquilada o posesionada, presentan un ingreso familiar básico representan un nivel socioeconómico bajo.

El 59,1% de las gestantes manifiesta no presentan ningún síntoma y la anemia está presente en el 70,3% conformado por primigestas o segundigestas con un parto previo lo cual indica un desconocimiento en las primigestas o desinterés en las segundigestas en la importancia y riesgos de la presencia de anemia.

Recomendaciones

El Centro Materno Infantil Ollantay establezca estrategias de coordinación entre el profesional obstetra que tiene a cargo el servicio de consultorio, establecer dentro del programa de atención prenatal en consulta externa la importancia de informar a las gestantes sobre los resultados obtenidos en los análisis especialmente los referidos a los niveles de hemoglobina y si hubiera signos de anemia recomendar la administración de sulfato ferroso y el tipo de dieta que debe seguir.

El Centro Materno Infantil Ollantay coordine con el profesional Obstetra en la atención prenatal eduque a las gestantes sobre los síntomas característicos de la anemia.

El Centro Materno Infantil Ollantay indique establecer reorganizaciones en el servicio de obstetricia con el servicio de enfermería, medicina, psicología, asistencia social y odontología manifestando la importancia del equipo multidisciplinario en la gestante y así identificar riesgos y por ende garantizar el bienestar binomio madre – hijo.

El Centro Materno Infantil Ollantay coordine sesiones demostrativas de hábitos alimenticios el servicio de obstetricia con el servicio de nutrición principalmente para la prevención de anemia en las gestantes e incrementar las reservas de hierro en las gestantes que necesitan para el momento del parto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization 2008. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global Data base on Anaemia. España: WHO Press. Fecha de acceso: el 8 de agosto de 2015.
Disponible: who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng_pdf
2. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES 2013. Fecha de acceso: el 10 de agosto de 2015.
Disponible:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. número 2, abril de 2006.Fecha de acceso:7 de setiembre de 2015
4. Pushpa OL, Vinod DK, Prokash LG, Ashok PK et al. Estudio de la prevalencia de anemia y factores sociodemográficos asociados con la anemia entre las mujeres embarazadas en la ciudad de Aurangabad, India.
5. Annals of Nigerian medicine 2012; 6(1):30-34.Fecha de acceso: el 1 de noviembre de 2015.
6. Sanchez-sicilia A, Bustamante Pérez S, Redondo Useros N .Estudio cualitativo de la conducta alimentaria en una población de mujeres embarazadas inmigrantes del Municipio DE Fuenlabrada.Nutr.clin.diet.hosp.2013;33(1):51-60.Fecha de acceso :el 30 de enero de 2016
7. Chávez Álvarez NC, Smeke Befeler J, rodríguez Martínez JA, Bermúdez Rodríguez A, Restrepo P .Estado nutricional en el embarazo y su relación con

el peso del recién nacido. An Med (Mex) 2011;56(3):126-32.Fecha de acceso: el 28 de enero de 2016.

8. Escudero LS, Parra BE, Restrepo SL. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín. Rev Chil Nutr 2011;38(4):429-37.Fecha de acceso: el 5 de setiembre 2015
9. Escudero LS, Parra BE, Herrera J, Restrepo SL, Zapata N. Estado nutricional de hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia.Rev Fac Nac salud pública 2014; 32(1):71-79.Fecha de acceso: el 17 de setiembre 2015.
10. Marín Guanilo MA, Vásquez Tapia W. Principales factores sociales que influyen en las variaciones de hemoglobina por gestantes atendidas en el hospital de Pacasmayo 2012.Tesis para obtener el título profesional de Obstetricia. Cajamarca, Perú; Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.65 pp. Fecha de acceso: el 01 de febrero de 2016.
11. Gomez-sanchez I, Rosales S, Agreda L, Castillo A, Alarcon-Matutti E, Gutiérrez C. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. Rev Per Epidemiol 2014;18(2):01-06.Fecha de acceso: el 12 de agosto 2015.
12. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev Perú Med Exp Salud.2011; 28(3.): 484-91.Fecha de acceso: el 20 de agosto 2015.
13. Vite-Gutiérrez FY. Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: periodo mayo 2010

marzo 2011. Acta Med Per 2011; 28(4):184-87. Fecha de acceso: el 1 de setiembre 2015.

14. Munares–García O, Gómez–guizado G, Barboza del Carpio J, Sánchez Abanto J. Niveles de hemoglobina y la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en los establecimientos del ministerio de salud 2011. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2012; 29 (3):329-36. Fecha de acceso: el 05 de enero 2016.
15. Argente H.A, Alvares M.E. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Buenos Aires: Panamericana; 2008. Fecha de acceso: 30 de agosto de 2015. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=22ALNKLPnMcC&pg=PA1097&dq=anemias+semiologia&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=anemias%20semiologia&f=false.
16. Guía de práctica clínica de prevención y diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos. Fecha de acceso: 20 de setiembre de 2015. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/415_IMS_S_10_Anemia_def_hierro_May2a/EYR_IMSS_415_10.pdf.
17. Mazzei ES, Rozman C. Semiología y Fisiopatología. 2^{DO} ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2012. p.1081-82.
18. Dirección técnica de demografía y estudios sociales. Perú: Niveles de vida y pobreza, 2010. Lima: INEI; 2010. 828-OTDETI-INEI. Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2015.
19. Organismo de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura. Enseñanza y aprendizaje: lograr la calidad para todos. París: UNESCO; 2014. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2013/4. Fecha de acceso: 18 de noviembre de 2015.

20. Instituto nacional de estadísticas e informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2011.Lima: INEI; 2013. N°2013-08081.Fecha de acceso:10 de noviembre de 2015
21. Instituto nacional de estadísticas e informática. Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012.Lima: INEI; 2014.N°2014-03609.Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2015.
22. Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: MINSA; 2013. N° 2013-13347.Fecha de acceso: 10 de noviembre.
23. Population reference bureau. Cuadro de datos de la población mundial 2012.Washintonmg:OMS;2012.N° ISSN 0085-8315
24. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins y Cotran Patología estructural y funcional.7ª ed. Madrid: elsevier; 2010.p.648-649.Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2015
25. Méndez-guerrero GE, Navas-cabrera I, Hidalgo-Rodríguez Y, Castellanos JE. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente.Rev cubana de obstetricia y ginecología.2012; 38(2):333-42.Fecha de acceso: 19 de noviembre de 2015.
26. Definiciones y conceptos básicos censales. Disponible en: proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0862/anexo04.pdf. Fecha de acceso: 14 de noviembre de 2015.
27. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de la población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050.Lima: INEI; 2009. N° 2009-11868.Fecha de acceso: 21 de noviembre de 2015.

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA N° _____
Cuestionario

Estimada señora, como parte de mi tesis en la facultad de medicina y ciencias de la salud de la Universidad Alas Peruanas estoy realizando una investigación acerca de las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia que son atendidas en este centro materno infantil Ollantay. La información brindada en este cuestionario es de carácter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación. Agradezco su colaboración.

Firma

Características demográficas.

1.- ¿Cuál es su edad?

- 1) 15 a 18 años
- 2) 19 a 24 años
- 3) 25 a 45 años

2.- ¿Cuál es su estado civil?

- 1) soltera
- 2) conviviente
- 3) casada
- 4) separada
- 5) divorciada
- 4) viuda

3.- Región geográfica según su departamento

de nacimiento

- 1) costa
- 2) sierra
- 3) selva

4.- ¿usted nació en el departamento de?

- | | | |
|----------------|------------------|-------------------|
| 1. Tumbes | 9. Ancash | 17. Apurímac |
| 2. Piura | 10. Pasco | 18. Cusco |
| 3. Lambayeque | 11. Junín | 19. Madre de Dios |
| 4. Amazonas | 12. Lima | 20. Arequipa |
| 5. Cajamarca | 13. Ucayali | 21. Puno |
| 6. San Martín | 14. Ica | 22. Moquegua |
| 7. Loreto | 15. Huancavelica | 23. Tacna |
| 8. La Libertad | 16. Ayacucho | 24. Huanuco |

5.- ¿Y cuánto tiempo residió en su tierra de nacimiento?

- 1) menos de 15 años
- 2) 15 años
- 3) mayor a 15 años

6.- ¿Cuánto tiempo está viviendo en el lugar donde reside actualmente?

- 1) menor de 10 años
- 2) igual a 10 años
- 3) mayor a 10 años
- 4) otro (especifique): _____

Características sociales:

7.-¿Qué grado de instrucción tiene?

- 1) iletrada
- 2) primaria completa
- 3) primaria incompleta
- 4) secundaria completa
- 5) secundaria incompleta
- 6) superior universitario
- 7) superior no universitario

8.- ¿Cuál es su idioma materno?

- 1) español
- 2) quechua
- 3) aymara
- 4) otro: _____

9.- ¿La religión a la cual pertenece usted es?

- 1) católica
- 2) cristiana
- 3) evangelista
- 4) mormón
- 5) adventista
- 6) testigos de Jehová

Nivel socioeconómico:

10.- ¿Su ocupación o trabajo es?

- 1) independiente
- 2) dependiente
- 3) eventual
- 4) ama de casa

11.- ¿cuál es la ocupación del jefe de la familia?

- 1) empleado
- 2) comerciante
- 3) obrero
- 4) desocupado
- 5) otro (especifique): _____

12.- ¿Cuánto es el ingreso mensual en su familia?

- 1) menos a S/. 750
- 2) igual a S/. 750
- 3) mayor a S/. 750

13.- ¿Su vivienda es?

- 1) propia
- 2) alquilada
- 3) posesionada
- 4) otro (especifique): _____

14.- ¿Cuántos dormitorios hay en tu hogar?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) más de 2

15.-¿Y cuántas personas ocupan cada dormitorio?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) más de 4

16.- ¿El abastecimiento de agua en su vivienda procede de?

- 1) agua potable fuera de casa
- 2) agua potable dentro de casa
- 3) cisterna
- 4) pilón de uso publico
- 5) pozo
- 6) rio, acequia o manantial
- 7)otro (especifique): _____

17.- ¿Dónde almacena el agua?

- 1) cilindros
- 2) pozos
- 3) bidones
- 4) otros (especifique): _____

18.- ¿Cuál es el tipo de alumbrado que tiene en su vivienda?

- 1) luz propia
- 2) lámpara
- 3) vela
- 4) clandestina

19.- ¿El servicio higiénico que tiene en su vivienda

está conectado a?

- 1) red pública dentro de la vivienda
- 2) red pública fuera de la vivienda
- 3) pozo ciego o negro
- 4) pozo séptico
- 5) río, acequia o canal
- 6) no tiene
- 7) otro (especifique): _____

20.- ¿Tiene algún seguro de salud?

- 1) SIS
- 2) ESSALUD
- 3) sin seguro de salud
- 4) otro (especifique): _____

21.- ¿Usted es beneficiada por un programa social o alimentario?

- 1) Vaso de leche
- 2) Comedor popular
- 3) ONG
- 4) ninguno
- 5) otro (especifique): _____

Características clínicas:

22.- ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

- 1) 1 a 3 meses (1 a 14 semanas)
- 2) 4 a 6 meses (15 a 27 semanas)
- 3) 7 a 9 meses (28 semanas a 40 semanas)

23.- ¿Usted manifiesta alguno de estos síntomas?

- 1) cansancio
- 2) disminución del apetito
- 3) sueño incrementado
- 4) dolor de cabeza
- 5) visión nublada
- 6) debilidad
- 7) ninguna

Datos dentro de la historia clínica

24.- Sabe usted: ¿cuál es su nivel de hemoglobina?
(buscar en su tarjeta de control)

- 1) menos de 7 mg/dl (anemia severa)
- 2) valor de 7mg/dl –9mg/dl (anemia moderada)
- 3) valor de 9mg/dl-11mg/dl (anemia leve)

25.- ¿Cuánto partos vaginales o cesárea tuvo?

- 1) uno
- 2) dos
- 3) tres
- 4) más de cuatro
- 5) ninguno

26.- ¿Presento hemorragia vaginal en embarazos anteriores?

- 1) si
- 2) no

27.- ¿Tuvo algún trastorno menstrual antes del embarazo?

- 1) si
- 2) no

28.- ¿Presencia de sangre en heces?

- 1) si
- 2) no

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LAS GESTANTES CON ANEMIA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL OLLANTAY DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variables	Indicadores	
<p>Problema general :</p> <p>¿Cuáles son las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia en el Centro Materno Infantil Ollantay de San Juan de Miraflores 2016?</p> <p>Problema específicos:</p> <p>¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con anemia?</p> <p>¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes con anemia?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes con anemia?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Identificar las características sociales, demográficas y clínicas de las gestantes con anemia en el Centro Materno Infantil Ollantay de San Juan de Miraflores 2016.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar las características sociales de las gestantes con anemia.</p> <p>Identificar las características demográficas de las gestantes con anemia.</p> <p>Identificar las características clínicas de las gestantes con anemia.</p>	<p>El presente investigación por ser un estudio descriptivo no tiene hipótesis</p>	<p>Características sociales demográficas y clínicas de las gestantes con anemia</p>	<p>Sociales</p> <p>Nivel socioeconómico bajo</p> <p>Nivel de educación</p> <p>Lengua o idioma materno</p> <p>Religión</p> <p>Acceso a servicios básicos</p> <p>Acceso a un seguro de salud</p> <p>Acceso a programas sociales</p> <p>Ocupación</p> <p>Demográficas</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Área o zona de residencia</p> <p>Región natural de residencia</p> <p>Clínicas</p> <p>1.Nivel de hemoglobina</p> <p>2.Sintomas:astenia,hiporexia sueño incrementado, cefaleas mareos y debilidad</p> <p>Gestante</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Paridad</p> <p>Antecedentes de presencia de sangre en heces</p> <p>Antecedentes de hemorragia vaginal</p> <p>Antecedentes de trastorno menstrual</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo: presenta los hechos de la misma manera sistemática como aparecen.</p> <p>Transversal: la unidad de la muestra será tomada en una sola oportunidad.</p> <p>Prospectivo: se recolecto la información y se inició el estudio sobre casos y hechos actuales</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>La investigación será de nivel aplicativo por ser hechos concretos y específicos</p> <p>Método: La investigación será de tipo cuantitativo por asignarle un valor numérico para examinar los datos</p> <p>Población: Son las 214 gestantes con anemia las cuales fueron controladas en el centro materno infantil Ollantay.</p> <p>Muestra: Las mujeres que ingresen al estudio será de 137 gestantes con anemia que acudieron al Centro Materno Infantil Ollantay tomando como referencia los datos del año 2015.</p>



Dirección de Red de Salud URR - VMT

"DECENIO DE LAS MUJERAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la conmemoración del Mapu de Grau"



Villa María del Triunfo, 22 MAR 2016

MEMO N° 135-2016-CAPAC-URR-HH-DRS-SJM-VMT-IGSS

A M C JULIA HERRERA VILA
Médico Jefe del OLLANTAY

Asunto Presentación de la Bachiller en OBSTETRIZ

Referencia OFICIO N° 1870-2016-EPO-FMHYCS-UAP

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al asunto y al oficio en referencia, paso a presentarle a la Bachiller en OBSTETRICIA egresada de la Universidad ALAS PERUANAS, para realizar la aplicación de instrumento del proyecto de Tesis en el centro de salud que usted dirige.

Por lo tanto, solicito se brinden las facilidades del caso para que realice dicha actividad.

Establecimiento de Salud.	Licenciada tutora Responsable	OBSTETRA EGRESADA		
C.S OLLANTAY	Lic. VILMA AGUILAR GUIDO	MACHACA MARLENI	JUAREZ	ELIZABETH

Es cuanto informo a usted

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
IGSS - DRS - SJM - VMT

Carmen R. Quispe Anista
Abog. Carmen R. Quispe Anista
Jefa de la Unidad de Recursos Humanos

MINISTERIO DE SALUD
IGSS - DRS - SJM - VMT
CARMEN R. QUISPE ANISTA
ABOGADA

RQA/eic
C. ARCHIVO

Av. Pachacutec N° 3470
Villa María del Triunfo
Teléfono: 450-7750

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): OBST. MSc. NORMA CHAGUA PASOANO

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:

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. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: _____

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYTÁN
[Firma]
LIC. CHAGUA PABIONA NORMA CELINDA
OBSTETRICIA
COP: 12779

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

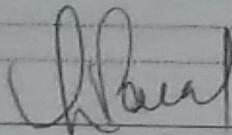
Estimado juez experto (a): Luisa Parra Silva

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:

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. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: _____



COP = 0253

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

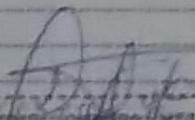
Estimado juez experto (a): Dagui Jacobine Zelantino Cozza

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:

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	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: _____


 Dagui Jacobine Zelantino Cozza
 QUETZANA
 C.O.P. 14103

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



CONSULTORIO DE OBSTETRICIA



LABORATORIO DEL EE.SS



GESTANTES ENTREVISTADAS

