



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

**PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES QUE SE
ATIENDEN EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO
DE SALUD “SAN BARTOLO” SAN BARTOLO LIMA- PERÚ,
MARZO-JUNIO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: ALEJANDRINA PALOMINO PERALTA

LIMA - PERU

2017

**PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN
EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD
“SAN BARTOLO” SAN BARTOLO LIMA- PERÚ MARZO - JUNIO
2014**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de Salud "San Bartolo" San- Bartolo Lima- Perú- Marzo-Junio 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 113 gestantes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 18,3 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud "San Bartolo", es baja.

PALABRAS CLAVES: *Prevalencia de anemia, gestantes.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the prevalence of anemia in pregnant women attending the obstetrical service of San Bartolo Lima-Peru-March-June 2014 Health Center. It is a cross-sectional descriptive research. With a sample of 113 pregnant women, an 18-item multiple alternative questionnaire was used to collect information. The validity of the instrument was performed by the test of agreement of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 18.3 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The prevalence of anemia in pregnant women attending the Obstetrics Service of the San Bartolo Health Center is low.

KEY WORDS: *Prevalence of anemia, pregnant women.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	iii
RESÚMEN	
ABSTRAC	
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Delimitaciones de la investigación	4
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	8
2.3. Definición de términos	19
2.4. Hipótesis	21
2.5. Variables	21
2.5.1. Definicion conceptual de la variable	21
2.5.2. Definicion operacional de la variable	21
2.5.3. Operacionalizacion de la variabl	22

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	23
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	23
3.3. Población y muestra	23
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	24
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	25
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	25
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	26
CAPÍTULO V: DISCUSION	
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El embarazo es uno de los periodos más demandantes en el ámbito nutricional en la vida de una mujer. La gestación implica una rápida división celular y el desarrollo de órganos. Con el fin de apoyar este enorme crecimiento fetal, es esencial contar con un adecuado suministro de nutrientes.

La deficiencia de hierro es uno de los trastornos más comunes en el mundo y se produce cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para cubrir las demandas. Si esta situación se prolonga, conduce a la anemia.

Un grupo de alta vulnerabilidad son las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Identificar esta prevalencia nos ayudara a estructurar métodos de prevención y a controlar las posibles alteraciones y las patologías tanto perinatales, durante el embarazo, parto y post parto.

El presente trabajo de investigación se realizo en el distrito de San Bartolo, contando con una población de siete mil habitantes aproximadamente y tuvo como objetivo determinar la prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el centro de salud San Bartolo ubicado en el distrito antes mencionado.

Contara con tres capítulos, en capítulo uno nos centramos en el problema de investigación, dándose la formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones del estudio. En el segundo capítulo encontramos el marco teórico, detallando los antecedentes, bases teóricas y definiciones. Continúa el tercer capítulo que nos traerá la metodología.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anemia por deficiencia de hierro, es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer su etiología y tener a disposición, el conocimiento de cómo enfrentarla y de saber que las intervenciones son de bajo costo, aún no se ha podido superar este problema, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera anémico a toda persona que tenga los niveles de hemoglobina por debajo de 13 g/dl en hombres, 12 g/dl en mujeres no embarazadas y <11 g/dl Mujer embarazada

La anemia en gestantes está definida como un gran problema de salud de madre hijo y este problema está centralizado en su mayoría en los países de américa latina, según los datos proporcionados por estudios realizado por la OMS en el 2010 ; donde indico que el 52% de las gestantes padecen de anemia, es decir más de la mitad de la población de gestantes están afectadas por dicho problema, así mismo esta tiene su mayor expresión en los países como; Bolivia 56%, Colombia 32,8%, argentina 30%, peru27% y

chile 18 %; pero esto se debe básicamente a la falta de programación y preparación de la mujer para quedar embarazada. La anemia en las gestantes no tendría mayor relevancia si no fuera porque es el mayor causante de hemorragias durante la gestación y el trabajo de parto, lo que dificultaría su recuperación rápida y efectiva de la madre después de parto; además se sabe que las hemorragias en el trabajo de parto es el causante de la muerte de una gran cantidad de mujeres como lo especifico la Obstetra Cristián Breymann en su estudio “Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y en el posparto.”

Así mismo este no sería el único problema ya que una anemia en la gestante ocasionaría un parto a pre término y a su vez un bajo peso al nacer del neonato como lo específico la Dra. Georgina J. Peraza Roque y colaboradores en su estudio “Factores asociados al bajo peso al nacer”, pero cabe recordar también que con el pasar de los años este niño que nació a PRE termino y con bajo peso se vería afectado debido a que esto lo condicionaría a contraer múltiples enfermedades como IRAS, EDAS entre otras y también a su bajo nivel de desarrollo y ganancias de habilidades las cuales se vería evidenciadas en el bajo rendimiento preescolar y escolar como lo específico la Dra. Gilda G. Stanco, M. Dcon el estudio “Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro.”

En los departamento del Perú la prevalencia de anemia en gestantes también tiene un índice alto, teniendo mayor incidencia de este problema en Huancavelica con un 53.3% seguido por Puno 48.8%, Apurímac 46.1%, Andahuaylas 43.1% así mismo, lima siendo la capital del país tiene un

prevalencia de 26.3% de gestantes anémicas; pero el departamento que tiene menor incidencia es Cajamarca con 14.1% de sus gestantes.

Estas cifras solo nos evidencian la gran prevalencia de anemia en las gestantes peruanas, pero lo más impactante es que casi el 30% de las gestantes peruanas padecen de esta enfermedad, eh ahí la importancia de este estudio, el de saber la prevalencia de gestantes que están afectadas por este problema; así mismo este estudio podrá servir como base ah estudios posteriores que se han de realizar, a su vez también podrá ser utilizado por las autoridades de salud para que realicen las intervenciones correspondientes a este gran problema que están padeciendo las gestantes del país.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de anemia en las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de Salud San Bartolo Lima-Perú- Marzo-Junio 2014?

1.3.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo” San-Bartolo Lima- Perú- Marzo-Junio 2014

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “San Bartolo” San Bartolo Lima- Perú- Marzo-Junio 2014.
- Describir la prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo” San Bartolo Lima- Perú- Marzo-Junio 2014.

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El distrito de San Bartolo tiene una población de 7233 habitantes, de los cuales 38.8% de las personas se encuentra en la pobreza, así mismo más del 90% de la población no cuenta con agua potable y el 2% del total de la población aún no cuenta con desagüe, también esta población tiene una prevalencia de desnutrición del 5% según datos proporcionados por el instituto nacional de estadísticas (INEI).

En las mujeres del distrito de san Bartolo existe una prevalencia de analfabetismo del 1%, y esta es una realidad de todo el Perú

El centro de salud san Bartolo atiende a una población de 160 gestantes según los datos proporcionados por el centro de salud, más del 50% de la mujeres gestantes atendidas padecen de anemia y esto se debe a la poca información que tienen sobre la alimentación adecuada y balanceada, también a que estas mujeres viven con bajos recursos y es evidenciado en casi toda la población del distrito de san Bartolo.

Por ello la importancia de realizar este estudio ,para poder determinar la prevalencia de anemia en las madres gestantes ya que se sabe también, que la anemia en las gestantes es un factor de riesgo para hacer hemorragia al momento de parto, así mismo estos datos servirán a próximos estudios que se realizaran y también se proporcionará al centro de salud para que puedan implementar alguna acción para disminuir considerablemente la prevalencia de dicha enfermedad en gestantes; en la mencionada zona no se han realizado estudios anteriores de prevalencia de anemia en gestantes, es por, ello q se proporcionaran los datos al centro de salud para que tengan un amplio conocimiento sobre dicho problema en las gestantes.

1.5 LIMITACIONES:

La técnica realizada en el presente estudio será en el turno mañana porque solo dispongo de medio turno por motivo laboral.

En las metodológicas las conclusiones de presente estudio no pueden ser generalizadas pues solo son válidas para las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de salud San Bartolo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1.- Antecedentes INTERNACIONALES:

Francisco Mardones, Alonso Rioseco, Mauricio Ocqueteau, María Teresa Urrutia, Lorena Javet, Iván Rojas, Luis Villarroel, ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO, Puente Alto Chile, 2009

RESUMEN

Antecedentes: La deficiencia de micronutrientes, especialmente hierro, hace a las mujeres embarazadas como uno de los grupos más vulnerables a tener anemia. Objetivo: Reportar la prevalencia de anemia durante el embarazo y sus características asociadas en mujeres que asisten a las clínicas públicas en el Condado Alto Puente. Material y métodos: Se estudiaron 1.683 mujeres embarazadas mayores de 18 años de edad o más. La concentración de hemoglobina se determinó utilizando el método cianometahemoglobina. La anemia se define utilizando el percentil

quinto corte por cada semana de edad gestacional según lo propuesto por R Yip de los Centros de Control de Enfermedades, 1989. La influencia de la edad materna, paridad, estado nutricional se clasificó utilizando peso / talla, enfermedades y hábitos de fumar en la concentración de hemoglobina se analizaron mediante regresión logística con un procedimiento paso a paso. Resultados: trece por ciento de la población del estudio estaba anémica. El único factor asociado significativamente con anemia fue el estado nutricional. Veintiún por ciento de las mujeres con bajo peso para la altura tenían anemia.

Conclusiones: Estos resultados apoyan el concepto de que las mujeres embarazadas con bajo peso para la talla tienen el mayor riesgo de anemia y deben ser especialmente beneficiados con los programas de prevención o de tratamiento para evitar este problema.

Marianela de la C. Prendes Labrada, Alberto F. Baños Rodríguez, Olga Toledo Dieppa y Orlando Lescay Megret , PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES EN UN ÁREA DE SALUD, ene.-feb. 2010

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre enero y septiembre de 1998 en el área del Policlínico Santos Suárez con el objetivo de determinar la prevalencia de la anemia en gestantes, su relación con la edad, el estado nutricional materno y el peso al nacer. La muestra estuvo constituida por las 209 gestantes que se captaron en este período. Se realizó

revisión de las historias clínicas obstétricas y los datos se recogieron en planilla confeccionada al efecto, se utilizó el cálculo porcentual para su procesamiento. La prevalencia de la anemia en las embarazadas estudiadas fue del 64,59 %, el 83,74 % tenían entre 20 y 35 años. Las gestantes con valoración ponderal inicial (V.P.I.) peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado desarrollaron anemia con mayor frecuencia. Predominó la hemoglobina entre 109-100 g/l en los 3 trimestres de la gestación independientemente de la V.P.I. La mayoría de las gestantes anémicas (80,74 %) se trataron con tabletas prenatales solamente y aportaron recién nacidos con un peso menor de 3 000 g. **Conclusiones**

En su primera consulta, un 16% de gestantes estaban anémicas. Existe mayor riesgo de presentar anemia en aquellas gestantes con dietas que contienen < 1.800 kcal, < de 13% de proteínas, valores < 7 mg de hierro semanal, hierro hémico < al 10% e ingreso mensual familiar < 400 dólares. Asegurar una dieta adecuada y mejorar las condiciones socioeconómicas de esta población disminuirá el riesgo de anemia durante la gestación y sus consecuencias.

2.1.2.- Antecedentes Nacionales

Oscar Munares-García, Guillermo Gómez-Guizado, Juan NIVELES DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, 2011

RESUMEN

Objetivos. Determinar los niveles de hemoglobina y la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional. Materiales y métodos. 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. 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%. Conclusiones. 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 gestantes.

2.2.- BASES TEÓRICAS:

Anemia.-

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

En relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal la OMS clasifica la anemia durante la gestación con respecto a los valores de hemoglobina en:

Severa Menor de 7,0 g/dL

Moderada Entre 7,1 –10,0 g/dL

Leve Entre 10,1- 10,9 g/dL 15 15

Aspectos fisiológicos involucrados

Al término de la gestación se aprecia un incremento en un 150% del volumen plasmático y en un 120 a 125% de la masa eritrocitaria (RBC), con relación al estado no gestante. Sin embargo el RBC primero ha disminuido al inicio de la gestación, para luego aumentar, alrededor de la semana 30, a valores similares a los del estado no grávido; por último aumenta mucho más al final de la gestación, siendo considerablemente mayor en las gestaciones múltiples.

Uno de los elementos involucrados en la reducción de la Hb en el primer trimestre es una disminución en la eritropoyetina (Epo) sérica, lo que se traduce, junto al aumento en el volumen plasmático en el I y II trimestre, en un grado de hemodilución funcional, entre tanto que la Epo aumenta desde la semana 20 en adelante en forma regular en toda gestación normal.

Cuando los depósitos de hierro materno decrecen, el número de receptores de transferrina (TfRs) placentarios aumenta para favorecer una mayor captación de hierro.

Por otra parte una mayor transferencia de hierro al feto se produce por una mayor síntesis de ferritina placentaria. Sin embargo estos mecanismos homeostáticos para el hierro en la interfase feto-placentaria siempre son vulnerables por estados deficitarios de hierro en la madre. 10

La anemia puede ser relativa o absoluta. En la anemia relativa no hay una verdadera reducción de la masa celular, el ejemplo más común es la disminución observable en el contenido de Hb y RBC como resultado de un aumento en el volumen plasmático (VP) en el segundo trimestre del embarazo, aún en la gestante con depósitos de hierro normales. Este es un fenómeno transitorio y se considera un evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal.

La anemia absoluta presenta una verdadera disminución en el RBC, y tiene suma importancia hematológica perinatal, e involucra un aumento de la destrucción del eritrocito, disminución del volumen corpuscular o disminución de la producción de eritrocitos.

Otras formas de clasificación incluyen el criterio morfológico, también se han usado los índices de RBC para dar énfasis a la importancia en la observación directa de los eritrocitos, esta clasificación da relevancia al tamaño celular (microcítico, macrocítico o normocítico) y de igual manera a la coloración de los eritrocitos (hipocrómico, hiperocrómico o normocrómico), y puede ser la más útil para diagnosticar tipos comunes de anemia.

La masa del eritrocito

El aumento en la masa eritrocitaria (ME) no empieza hasta la semana 20 de gestación, desde entonces aumenta más rápidamente que el volumen plasmático (VP), hasta la semana 28, posteriormente el incremento es menor, hasta el término del embarazo.

La masa eritrocitaria al final de la gestación llega a ser superior en un 30% que en la mujer no embarazada.

En el postparto temprano, el ME sigue siendo 10% aproximadamente superior a los niveles de la no embarazada durante 1 a 2 semanas, y regresan a lo normal a la 6ª semana. La disminución se relaciona principalmente con la pérdida de sangre durante el parto y a un descenso en la producción de eritrocitos. La eritropoyesis regresa a un nivel normal hacia finales del postparto (8ª semana).

El aumento de ME durante el embarazo es producto de una interacción compleja de factores hormonales y fisiológicos, ajustado con la producción de la eritropoyetina.

En la gestación normal, el nivel de la eritropoyetina empieza a incrementar lentamente desde la semana 15, pero solo se observan los efectos del estímulo en el ME entre las semanas 18 a 20, ocurriendo la actividad máxima entre las 20 y 29 semanas, y se relaciona con el aumento máximo en el flujo sanguíneo y el mayor consumo de oxígeno basal. El nivel de eritropoyetina empieza a disminuir lentamente después del nacimiento a pesar de la pérdida de sangre ocurrida normalmente en el parto.

Detección de la anemia

La historia clínica debe incluir la descripción detallada de los síntomas, incluyendo la evaluación del estado general de la paciente, lo cual es útil para establecer la magnitud de la enfermedad y delinear el efecto de la terapia.

Los síntomas de una anemia leve, como la fatiga fácil y el malestar, son igualmente comunes en embarazos normales. Las pacientes que presentan los síntomas clásicos de taquicardia, disnea de esfuerzo, palidez mucocutánea y palpitaciones deben evaluarse rigurosamente, en búsqueda de anemias moderadas o severas. Esta sintomatología también puede anunciar raros trastornos hematológicos subyacentes como leucemias o enfermedades del sistema cardiorrespiratorio.

Un rasgo central de anemia es la palidez, causada por el nivel reducido de hemoglobina, por ello se deberá siempre evaluar en mucosas, lecho ungüéal y piel.

La presencia de glositis se relaciona con anemia por deficiencia de hierro, pero también es importante que el hígado, bazo y ganglios linfáticos se evalúen para determinar su agrandamiento u otras anormalidades que pueden indicar la presencia de una enfermedad hematológica primaria o secundaria.

Un porcentaje de las gestantes con anemia leve a moderada permanecen asintomáticas. Se recomienda que en todas las embarazadas se les evalúe para tamizaje de anemia desde su primera consulta prenatal. 10

La valoración del laboratorio incluye: hematocrito, concentración de hemoglobina, conteo de glóbulos blancos y recuento de plaquetas, incluyendo los índices eritrocitarios, el ancho de distribución eritrocitaria y el frotis de sangre periférica.

En general, las mujeres con suficientes depósitos de hierro, libres de enfermedad, con solo anemia relativa, durante el embarazo tienen un nivel de Hb superior a 11 g/dL y un Hcto por encima de 35%.

La relación de los niveles de Hb con respecto al Hcto es más difícil en la gestación, las medidas de ME, el volumen corpuscular medio (VCM), hemoglobina corpuscular media (HCM) y la concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM) también logran ser útiles. El VCM parece ser un buen discriminador entre los diversos tipos de anemias y el tipo hipoproliferativo.

Todos los índices reflejan los valores medios de la célula y no llegan a descubrir las anomalías en poblaciones celulares mixtas. Si los reticulocitos se encuentran por debajo del 3%, el mecanismo de la anemia es producto de una eritropoyesis disminuida. Si el conteo es mayor del 3%, se debe a una excesiva hemólisis o a la pérdida aguda de sangre. Por otra parte, un conteo de reticulocitos normal, entre 1% a 2%, durante el embarazo en una paciente con diagnóstico de anemia, indica la presencia de un proceso hipoproliferativo en el que la paciente no puede responder con nueva producción de ME. El examen de médula ósea, rara vez se realiza durante el embarazo, por la hipervascularidad y al riesgo materno subsiguiente.

Anemia por deficiencia de hierro

La anemia por deficiencia de hierro, corresponde al 75% (en algunas regiones alcanza al 90%) de todas las anemias diagnosticadas durante el embarazo. La pérdida de los depósitos férricos sin la sintomatología clásica de anemia es muy común durante la gestación. Se encuentran depósitos férricos agotados hasta en un 25% de las mujeres jóvenes, aparentemente sanas, en su primera visita prenatal. Algunos estudios revelan que el 80% de las embarazadas normales, con buenos depósitos de hierro, si no se les suministra un suplemento de hierro, es altamente probable que terminen el embarazo anémicas.

El diagnóstico por laboratorio de las anemias ferropénicas depende de la severidad de la pérdida de hierro.

En la fase más leve, se manifiesta por una disminución en la concentración de ferritina, pero tanto el hierro sérico, el VCM y la Hb permanecen normales; esta anemia en su forma moderada se manifiesta por una ferritina reducida, hierro sérico bajo y disminución de la saturación de transferrina, refleja primeramente una masa eritrocitaria (ME) reducida, donde los descensos en el Hcto y la Hb correlacionan con hipocromía y microcitosis. En el postparto temprano, los niveles del hierro sérico se disminuyen durante los primeros 4 a 5 días antes de volver al rango normal al final de la primera semana. 7

Los hallazgos más frecuentes en una paciente con anemia por deficiencia de hierro son: disminución del Hcto y la Hb, con hipocromía y microcitosis, observadas en la sangre periférica. Puede evaluarse el hierro sérico, la ferritina y la saturación de transferrina para confirmarla, aunque estos exámenes no se ordenan rutinariamente durante el control prenatal.

Debe sospecharse en los casos donde el hierro sérico es menor de 60 mg/dL, la ferritina está debajo de 30 mg/L y la saturación de transferrina es menor de un 20% y importante descartar procesos hematológicos más severos o la presencia de enfermedades sistémicas.

Impacto perinatal – neonatal

La deficiencia de hierro es aún más frecuente que la anemia como tal establecida, situación que se hace más grave en el embarazo, inclusive en mujeres con adecuados depósitos de hierro.

Aproximadamente 600.000 mujeres mueren cada año como resultado de complicaciones de la gestación, la mayoría son prevenibles.

En el mundo, la tasa de mortalidad materna es de 390 x 100.000 nacidos vivos, la mayoría de ellas en países en vías de desarrollo, estudios retrospectivos muestran una relación entre esta mortalidad y la presencia de anemia en las gestantes.

Se sugiere que la anemia materna se asocia con aumento del riesgo de infección, fatiga y mayores pérdidas sanguíneas durante el parto y puerperio. En América Latina se estima que el 3% de las muertes maternas son atribuibles directamente a la anemia y el número de días de vida perdidos por la anemia materna (por 100.000 nacidos vivos y por año) es del orden de 114.

Cuando la Hb es menor de 8 g/dL, se incrementa la acidosis láctica y se presenta disnea en reposo. La causa directa de la muerte por anemia es la descompensación cardíaca, la cual suele ocurrir cuando la Hb es menor de 4 g/dL. La anemia aguda puede ser una causa primaria de muerte, como las crisis hemolíticas de las pacientes con anemia de células falciformes, mientras que la anemia crónica es un factor contribuyente, especialmente como consecuencia de hemorragia o infección. La mortalidad en gestantes

con Hcto menor de 14%, es de 27% sin transfusión y de 1,7% al transfundirse. Hay un incremento marcado de la mortalidad materna cuando la Hb desciende bajo 5 g/dL y alcanza un 50% en Hb menor de 3 g/dL. En mujeres con alto riesgo de infección, el hecho de tener anemia crónica aumenta el riesgo de muerte (RR 2,1; CI 95% 1,3-3,4). En la adolescencia (menores de 19 años), la OMS ha estimado que la incidencia de anemia puede ser hasta de un 45%. Igualmente importante es el aumento en las dietas vegetarianas y la ingesta de comidas “Light” entre las adolescentes, que conlleva a un incremento en el riesgo de padecer anemia crónica incrementando los riesgos si se embarazan.

Causas de anemia asociadas con mortalidad materna

La anemia gestacional es multifactorial. La más común en nuestro medio como se ha descrito previamente es la anemia por deficiencia de hierro. La anemia hemolítica es frecuente en zonas tropicales donde la malaria está igualmente presente. Aún en áreas endémicas de malaria, la anemia por deficiencia nutricional es la que aporta el mayor componente de la mortalidad por anemia severa.

Anemia ferropénica y duración de la gestación

En varias publicaciones se encuentran afirmaciones referentes a que la anemia ferropénica en el embarazo temprano se asocia con bajo peso al nacer y parto pretérmino. La anemia (Hb menor de 10,4 g/dL) diagnosticada entre las semanas 13 y 24 de gestación presenta un riesgo relativo (RR) de 1,18 a 1,75 para desarrollar parto pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad prenatal. Al tomar en consideración múltiples variables de confusión, se encuentra que el riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer era tres veces mayor en pacientes con anemia por deficiencia de hierro.

Una asociación entre anemia materna y bajos puntajes de Apgar ha sido también reportada. Altas concentraciones de Hb materna durante el parto se relacionan con mejores puntajes de Apgar y con menor riesgo de asfixia neonatal. 2,7

Impacto de la suplementación de hierro en la gestación

Hay pocas dudas acerca de los beneficios de suplir con hierro a las embarazadas. Aún en países industrializados, se sabe que esta conducta incrementa los niveles de Hb, de ferritina, del volumen eritrocitario, del hierro sérico y de la saturación de transferrina.

Suplir con hierro a las gestantes a partir del segundo trimestre, resulta en mejores niveles de Hb y de ferritina en el postparto.

Con base en los datos de Cochrane, la evidencia del impacto clínico de la suplementación con hierro a las gestantes no es concluyente, en general debido a la poca cantidad y calidad de los estudios. Sin embargo, se reconoce claramente el incremento en los niveles de Hb y de ferritina en estas madres.

TRATAMIENTO

Confirmada la naturaleza ferropénica de la anemia en la mujer embarazada, se iniciará la intervención nutricional y/o farmacológica, encaminada a la normalización de la Hb, Hcto, niveles de hierro sérico y restitución de los depósitos tisulares y reticulares de hierro. Los estados carenciales favorecen mucho más la absorción férrica a nivel gastrointestinal, por lo que se debe tener en cuenta que a mayor grado de anemia, mayor será la absorción del hierro suplementado.

Gestación.-

Período de cuarenta semanas de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión o feto hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos. El embarazo humano puede ser dividido en tres trimestres. El tercer trimestre comienza aproximadamente a las 28 semanas después de la fecundación. Se considera viable un feto humano cuando han transcurrido 23 semanas de gestación. Antes de esta edad gestacional, los eventos principales del desarrollo embrionario aún no permiten la supervivencia del feto fuera del vientre materno. Este límite es a menudo arbitrario por razón de que ciertos niños nacidos antes de este punto han sobrevivido, aunque con considerable soporte médico.

TEORIAS DE ENFERMERIA:

Virginia Henderson

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el

mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3. Eliminar los desechos del organismo : Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea
5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal : Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo

alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Hemoglobina:

Es denominada hemoglobina a la proteína presente en el torrente sanguíneo que permite que el oxígeno sea llevado desde los órganos del sistema respiratorio hasta todas las regiones y tejidos. Es posible identificar la hemoglobina como una heteroproteína ya que, de acuerdo a los expertos, se

trata de una proteína conjugada (donde es posible apreciar una parte proteica bautizada como globina con una parte no proteica que se conoce como grupo prostético).

Hematocrito:

El hematocrito es el porcentaje del volumen total de la sangre Compuesta por glóbulos rojos. Los valores medios varían entre el 40.3 y el 50.7 % en los hombres, y entre el 36.1 y el 44.3 % en las mujeres, debido a la mayor musculatura y por ende mayor necesidad de oxígeno de los primeros.

Hematíes: Los hematíes son las células de la sangre encargadas del transporte del oxígeno a los órganos y tejidos y del dióxido de carbono para su eliminación.

Hemolítico: La hemólisis es el fenómeno de la desintegración de los eritrocitos

Glóbulos rojos:

Los glóbulos rojos cumplen la importante función de transportar oxígeno. Estos glóbulos, que flotan en tu sangre, comienzan su travesía en los pulmones, donde recogen el oxígeno del aire que respiras. Después, se dirigen al corazón, que bombea la sangre, y reparten oxígeno a todas las partes del cuerpo

Hierro:

El hierro es un elemento necesario en el cuerpo para que se forme la sangre. El cuerpo humano contiene normalmente de 3 a 4 gr. de hierro, del que más

de la mitad se encuentra en forma de hemoglobina, el pigmento rojo de la sangre. El hierro es el constituyente de un gran número de enzimas. La mioglobina, proteína muscular, contiene hierro, así como el hígado, una fuente importante durante los primeros meses de vida.

2.4 HIPOTESIS

La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud San Bartolo “san Bartolo” Lima - Perú Marzo – junio 2014 es Baja.

2.5.- VARIABLES:

2.5.1.- Definición conceptual de las variables:

Prevalencia de anemia: Es el número de personas afectadas con el nivel de hemoglobina por debajo de los valores normales por la OMS.

Edad: Relativo o perteneciente a la edad de las personas

Grado de Instrucción: Es definido como el grado máximo terminado, es decir el nivel más avanzado al que se haya asistido

Periodo de Gestación: Etapa en la que se encuentra la gestación, se divide en 3 trimestres.

Hemoglobina: La hemoglobina es una heteroproteína de la sangre, de masa molecular de 64.000 g/mol (64 kDa), de color rojo característico, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos, el dióxido de carbono desde los tejidos hasta los pulmones que lo eliminan y también participa en

la regulación de pH de la sangre, en vertebrados y algunos invertebrados.

Número de hijos vivos: El concepto área es usado para denominar los lugares caracterizados como. Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre

2.5.2.- Definicion Operacionalizacion De Las Variables:

- ✓ Edad.- años cumplidos según la referencia del encuestado
- ✓ Grado de Instrucción.- Se consignara el último grado máximo terminado
- ✓ Periodo de Gestación.- Se consignará el trimestre en el que se encuentre la gestación observadas en tarjeta de control perinatal
- ✓ Hemoglobina: se consignara por la sangre capilar

2.5.3.- Operacionalización de la Variable:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Prevalencia de anemia en gestantes	Biológico	Nivel de hemoglobina de sangre capilar

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Transversal
- Prospectivo
- Descriptivo

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Centro de Salud San Bartolo ubicada en la Av. San Bartolo s/n del distrito del mismo nombre

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Conformada por 160 gestantes que reciben atención en el servicio de obstetricia.

Muestra: 113 gestantes

3.4 TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO: ficha de recolección de datos

HEMOGLOBINOMETRO:

- Lanceta retráctil o dispositivos de punción o incisión capilar.
- Alcohol: Se emplea para la desinfección de la zona de punción.
- Guantes de látex no estériles. Se emplea como barrera de contención del personal de salud.
- Una cubierta para el área de trabajo. Puede ser papel nuevo o tela limpia que sirva como campo o área de trabajo, se usa en el caso de no disponer de un ambiente en el que exista una superficie que no pueda ser tratada con una solución desinfectante.
- Torundas de algodón. Se usarán durante la limpieza de la zona de punción con el desinfectante, y para la limpieza de las primeras gotas de sangre y para detener el sangrado en la zona de punción.

- Venditas autoadhesivas. Se emplean para colocar en la zona de punción luego de haber detenido el sangrado al finalizar la punción capilar.
- Bolsas rojas de bioseguridad para residuos sólidos biocontaminados.

PROCEDIMIENTO:

- Desinfectar la yema del dedo con alcohol, secándola posteriormente con algodón. Utilizar siempre guantes y lancetas estériles.
- Punzar la yema del dedo con la lanceta y presionar el mismo para que salga sangre.
- Luego poner la tira especial para colocar la gota de sangre.
- Y en el hemoglobinómetro saldrá cuanto de hemoglobina tiene.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, participando cinco profesionales,

Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba binomial siendo determinante obtener un puntaje que no descienda de los valores establecidos; con las sugerencias de los expertos se mejoro el instrumento.

3.5.- PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO DE DATOS

- ✓ Coordinación con el director del centro salud
- ✓ Reconocimiento del centro
- ✓ Permiso al director del centro de salud

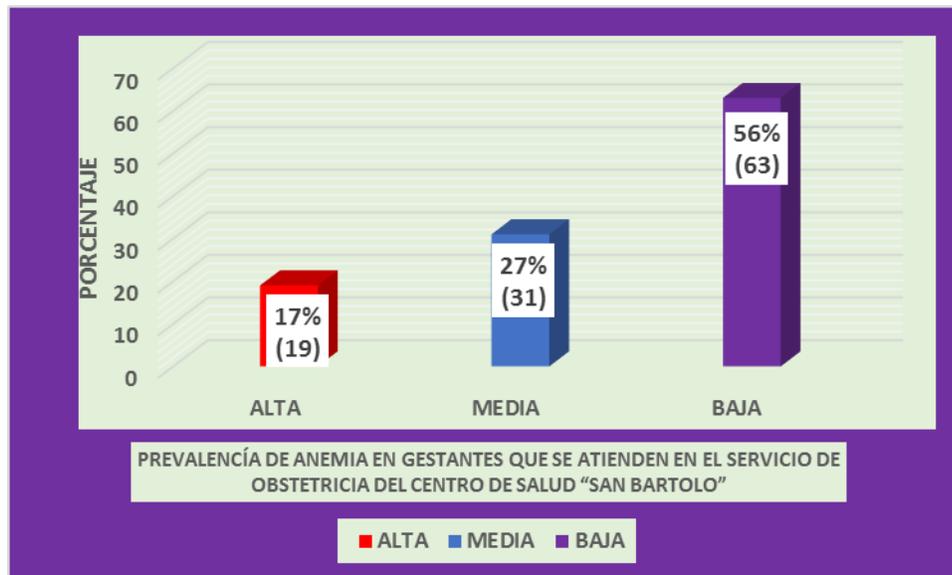
- ✓ Se realizó sangre capilar 2 veces a la semana a 20 gestantes.
- ✓ Se realizó entrevista según el instrumento realizado

Para el procesamiento de datos se utilizó estadísticos descriptivos, para determinar la frecuencias y porcentajes y para los gráficos se utilizó el programa Excel, se empleó pasw version 21.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

PREVALENCÍA DE ANEMIA EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “SAN BARTOLO” SAN- BARTOLO LIMA- PERÚ- MARZO-JUNIO 2014



Según los resultados presentados en la Grafica 1, La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, es baja (56/100), es Media (27/100) y Alta (17/100).

TABLA 1

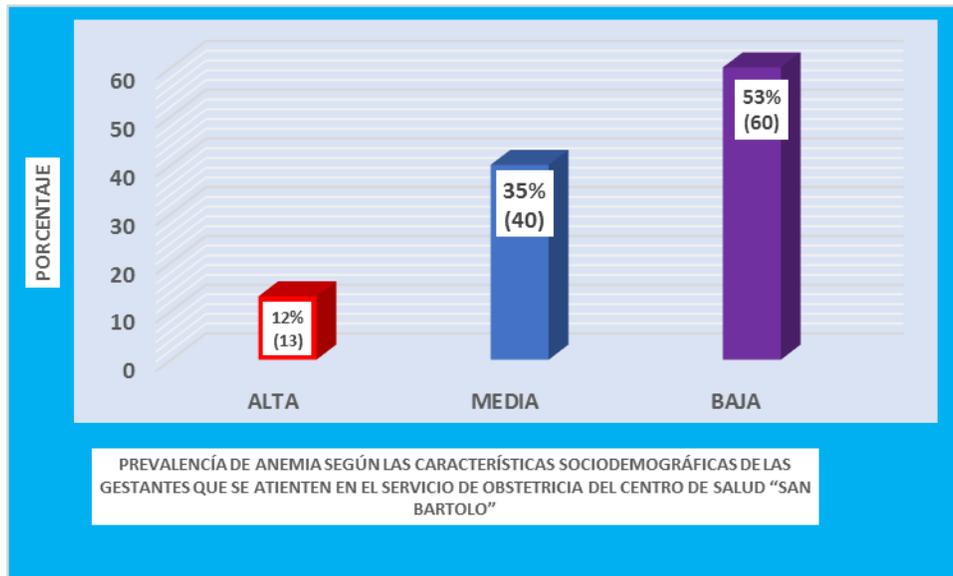
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES QUE SE ATIENTEN EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “SAN BARTOLO” SAN BARTOLO LIMA- PERÚ- MARZO-JUNIO 2014.

Características sociodemográficas		
Edad	N° Enfermeras	%
18 a 23	24	21%
24 a 29	28	25%
30 a 35	46	41%
36 a más	15	13%
Total	113	100%
Talla		
1,50 a 1,58	95	84%
1.59 a 1,67	18	16%
Total	113	100%
Gestas		
Abortos	19	17%
Partos	26	23%
Cesáreas	59	52%
Embarazo Ectópico	9	8%
Total	113	100%
Trabaja		
Si	76	67%
No	37	33%
Total	113	100%
Tipo de actividad		
Sedentaria	32	28%
Ambulatoria	81	72%
Total	113	100%
Ocupación		
Profesional	35	30%
No Profesional	78	70%
Total	113	100%

Según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud "San Bartolo" Lima, de acuerdo a la edad tienen de 30 a 35 años en un 41%(46), de acuerdo a la talla miden de 1,50 a 1, 58 en un 84%(95), de acuerdo a las Gestas tienen cesárea en un 52%(59), trabajan en un 67%(76), el tipo de Actividad que realizan es ambulatoria en un 72%(81) y por la ocupación que realizan no son profesionales en un 70%(78).

GRAFICA 2

PREVALENCIA DE ANEMIA SEGUN LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD "SAN BARTOLO" SAN BARTOLO LIMA- PERU- MARZO-JUNIO 2014.



Según los resultados presentados en la Grafica 2, La prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud "San Bartolo", es baja (53/100), es Media (35/100) y Alta (12/100).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha; La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud San Bartolo “san Bartolo” Lima - Perú Marzo –junio 2014 es Baja.

Ho; La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud San Bartolo “san Bartolo” Lima - Perú Marzo –junio 2014 No es Baja.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	7	19	34	60
Esperadas	20	20	20	
$(O-E)^2$	169	1	196	
$(O-E)^2/E$	8,45	0,05	9,8	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 18,3; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud San Bartolo “san Bartolo” Lima - Perú Marzo –junio 2014 es Media.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, es baja (56/100), es Media (27/100) y Alta (17/100). Coincidiendo con Mardones, Rioseco, Ocqueteau, Urrutia, Javet, Rojas, Villarroel, (2009) Conclusiones: Estos resultados apoyan el concepto de que las mujeres embarazadas con bajo peso para la talla tienen el mayor riesgo de anemia y deben ser especialmente beneficiados con los programas de prevención o de tratamiento para evitar este problema.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo” Lima, de acuerdo a la edad tienen de 30 a 35 años en un 41%(46), de acuerdo a la talla miden de 1,50 a 1, 58 en un 84%(95), de acuerdo a las Gestas tienen cesárea en un 52%(59), trabajan en un 67%(76), el tipo de Actividad que realizan es ambulatoria en un 72%(81) y por la ocupación que realizan no son profesionales en un 70%(78). Coincidiendo con Prendes, Baños, Toledo y Lescay (2010) La prevalencia de la anemia en las embarazadas estudiadas fue del 64,59 %, el 83,74 % tenían entre 20 y 35 años. Las gestantes con valoración ponderal inicial (V.P.I.) peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado desarrollaron anemia con mayor frecuencia. Predominó la hemoglobina entre 109-100 g/l en los 3 trimestres de la gestación independientemente de la V.P.I. La mayoría de las gestantes anémicas (80,74 %) se trataron con tabletas prenatales solamente y aportaron recién nacidos con un peso menor de 3 000 g. Conclusiones: En su primera consulta, un 16% de gestantes estaban anémicas. Existe mayor riesgo de presentar anemia en

aquellas gestantes con dietas que contienen < 1.800 kcal, < de 13% de proteínas, valores < 7 mg de hierro semanal, hierro hémico < al 10% e ingreso mensual familiar < 400 dólares. Asegurar una dieta adecuada y mejorar las condiciones socioeconómicas de esta población disminuirá el riesgo de anemia durante la gestación y sus consecuencias.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

La prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, es baja (53/100), es Media (35/100) y Alta (12/100). Coincidiendo con Munares, Gómez (2011) 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%. Conclusiones. 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 gestantes.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, es baja. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 18,3 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo” Lima, de acuerdo a la edad tienen de 30 a 35 años, de acuerdo a la talla miden de 1,50 a 1,58, de acuerdo a las Gestas tienen cesárea, trabajan, el tipo de Actividad que realizan es ambulatoria y por la ocupación que realizan no son profesionales.

TERCERO

La prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, es baja.

RECOMENDACIONES

Promover el control de las gestantes que se atienden en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud “San Bartolo”, a tiempo, además del establecimiento de medidas nutricionales y la adición de suplementos con hierro y ácido fólico, así como una orientación sobre planificación familiar.

Enfatizar en la necesidad de contar con una atención temprana, con un monitoreo periódico, contribuirá a evitar el incremento en los riesgos y la prevalencia de anemia en las mujeres gestantes.

Promover en las enfermeras, como agentes de la salud pública, que trabajan con gestantes y en consultas prenatales deben contribuir en la ampliación de planes educativos dirigidos a la madre y a su núcleo familiar, donde se ponga de manifiesto la prevalencia de la anemia en este grupo poblacional de riesgo y contar con estrategias para su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.scielo>
2. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2011/Prevalencia%20de%20anemia%20en%20gestantes
3. http://www.planlima.gob.pe/pdf/plan_diagnostico.pdf
4. http://www.foncodes.gob.pe/documentos/mperu/modulo_peru_tecnico.pdo
conocimiento
5. Constructos Básicos para la Investigación Científica, Delgado Arenas Raúl, Gallegos de Bernaola Fernanda, Loayza Gaviria Lucia.
6. Diccionario MOSBY POCKET, Google Books
7. Giacomini L, Leal M, Moya R. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. En: Acta méd. Costarricense 2009; 51 (1):39-43
8. Diez A. Hierro Intravenoso en el Manejo de la Anemia: Guías y Documentos de Consenso en Obstetricia y Ginecología. Revista Anemia 2009 julio; 2(3): 79-84
9. Calle A, Hercberg S, Estevez E.et-al Indicadores bioquímicos y hematológicos del estado de hierro de la madre y recién nacido. Revista de la Facultad de Ciencias médicas Enero-Julio 1986; 11(1-2).
10. Iglesia J, Tamez L, Reyes I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. En: Medicina Universitaria 2009; 11(43):95-98

ANEXOS

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “SAN BARTOLO” SAN
BARTOLO LIMA PERU, MARZO – JUNIO 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la prevalencia de anemia en las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS: ¿Cuáles son las</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: Describir las características sociodemográficas</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL: La prevalencia de anemia en gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima-</p>	<p>Prevalencia de anemia en gestantes</p>	<p>Biológico</p>	<p>Nivel de hemoglobina de sangre capilar</p>

<p>características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014?</p> <p>¿Cuáles es la prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014?</p>	<p>as de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014.</p> <p>Describir la prevalencia de anemia según las características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud “san Bartolo” Lima- Perú- Marzo-Junio 2014.</p>	<p>Perú- Marzo- Junio 2014 sería diferente a la del Perú.</p>			
---	---	---	--	--	--



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TEMA: PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES QUE SE ATIENDEN EN
EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD "SAN BARTOLO"
SAN BARTOLO LIMA- PERÚ, MARZO-JUNIO 2014**

FECHA:

HCL:

NUMERO ASIGNADO:

1. EDAD:

2. TALLA:

3. GESTAS: ABORTOS..... PARTOS..... CESAREAS.....
EMBARAZO ECTOPICO...

4. FUM: CONFIABLE..... NO CONFIABLE.....

5. EDAD GESTACIONAL

6. TRABAJA: NO
SI

7. TIPO DE ACTIVIDAD: AMBULATORIA SEDENTARIA

8. OCUPACION: PROFESIONAL NO PROFESIONAL
.....

9. RECIBIO SUPLEMENTACION DE VITAMINAS Y/O HIERRO
DURANTE EN EL EMBARAZO:

SI.... NO.... DURANTE QUE TIEMPO MESES.

10. TIPO DE ALIMENTACION

Alimentos	Consume		Frecuencia		
	Sí	No	Diario	Seman	Mensua
CARNE ROJA					
PESCADO O					
ARROZ					
PAPA					
HARINA					
FRITURA					

LEGUMBRES Y					
FRUTAS					

RESULTADOS

NUMERO ASIGNADO

HEMOGLOBINA MATERNA	
FERRITINA MATERNA	
HEMOGLOBINA DE RECIEN NACIDO	
FERRITINA DE RECIEN NACIDO	
PESO DEL RECIEN NACIDO	
TALLA DEL RECIEN NACIDO	
PERIMETRO CEFALICO	
PESO PLACENTARIO	

