



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

TESIS

**ANEMIA MATERNA Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL
DE CHANCAY “DR. HIDALGO ATOCHE LOPÉZ”, 2018**

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

PRESENTADO POR:

Bachiller: HERRERA GONZALES, KARINA BEATRIZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA

ASESORA:

Mg. Julissa Marly Ciriaco Arroyo

HUACHO, LIMA - PERÚ

ENERO, 2021

ÍNDICE

ÍNDICE.....	ii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
RECONOCIMIENTO	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	13
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema principal	16
1.2.2. Problemas secundarios	16
1.3. Delimitación del estudio	17
1.4. Objetivos de la investigación.....	17
1.4.1. Objetivo principal.....	17
1.4.2. Objetivos secundarios	17
1.5. Justificación e importancia de la investigación	18
1.5.1. Importancia de a investigación	18
1.5.2. Viabilidad de la investigación.....	19
1.6. Limitación del estudio	19
CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual	21
2.1. Antecedentes de la investigación.	21
2.1.1. Antecedentes internacionales	21
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.2. Bases teóricas o científicas.....	25
2.3. Definición de términos básicos.	35
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	37

3.1. Hipótesis de la investigación	37
3.1.1. Hipótesis principal.....	37
3.1.2. Hipótesis secundarias.....	38
3.2. Variables.....	39
3.2.1. Definición de las variables.....	39
3.2.2. Operacionalización de variables	39
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
4.1. Diseño metodológico	41
4.1.1. Tipo.....	41
4.1.2. Diseño.....	41
4.1.3. Nivel	42
4.1.4. Método.....	42
4.2. Diseño muestral	42
4.2.1. Población.....	42
4.2.2. Muestra	42
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
4.3.1. Técnicas.....	43
4.3.2. Instrumentos.....	43
4.4. Técnicas estadísticas del procesamiento de la información	44
4.5. Aspectos éticos.....	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	45
5.1. Análisis descriptivo.....	47
5.2. Análisis inferencial.....	65
5.3. Discusión de resultados.....	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	76
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	77
ANEXOS.....	82
ANEXO N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	83
ANEXO N° 02: INSTRUMENTO	85
ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	88
ANEXO 04: VALIDACION DE EXPERTOS	90

ANEXO 05: DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE PLAN DE TESIS. 95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Valores del coeficiente del Alfa de Cronbach.....	46
Tabla 2: Resultados del estadístico de fiabilidad.....	46
Tabla 3: Edad de gestante con anemia.....	47
Tabla 4: Grado de instrucción.....	49
Tabla 5: Estado civil	51
Tabla 6: Paridad	52
Tabla 7: Ocupación.....	54
Tabla 8: Valor de hemoglobina	55
Tabla 9: Controles prenatales	57
Tabla 10: Edad gestacional	58
Tabla 11: Sexo recién nacidos	60
Tabla 12: Peso al nacer	61
Tabla 13: Test de Capurro	63
Tabla 14: Correlación- hipótesis general	67
Tabla 15: Correlación- hipótesis específica 1	68
Tabla 16: Correlación- hipótesis específica 2.....	69
Tabla 17: Correlación- hipótesis específica 3.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Edad de la gestante con anemia	48
Figura 2: Grado de instrucción	50
Figura 3: Estado civil.....	51
Figura 4: Paridad.....	53
Figura 5: Ocupación	54
Figura 6: Valor de hemoglobina	56
Figura 7: Controles prenatales	57
Figura 8: Edad gestacional.....	59
Figura 9: Sexo recién nacidos.....	60
Figura 10: Peso al nacer.....	62
Figura 11: Test de Capurro	64

DEDICATORIA

El desarrollo de este trabajo investigativo le dedico con mucho cariño y amor a mi familia quienes siempre están apoyándome en mi formación como profesional y personal, por cuidarme mucho y alentarme a seguir luchando por mis metas u sueños y no dejarme caer, estando conmigo en los momentos más difíciles y adversos de mi vida y a todos ellos decirles gracias.

A los docentes de mi escuela profesional quienes a lo largo de la carrera apoyaron mi formación y desarrollo celebrando mis triunfos y logros.

AGRADECIMIENTO

A nuestro padre Jehová por permitirme desarrollarme en las distintas etapas de mi vida y mostrarme el camino de la medicina como medio para servir a nuestro prójimo.

A mis padres, a mi hermano Luis Antonio por su apoyo incondicional y generosidad continua hacia a mí y a mi hermano Martin su esposa y mi sobrinito por estar ahí conmigo constantemente.

Al Hospital de Chancay y SBS por aceptar la solicitud de autorización para recabar información y obtener datos para la ejecución de este presente trabajo.

A las Obstetras del Hospital de Chancay por el apoyo y orientación brindada a mi persona para lograr este escalón.

Al personal del área de estadística y archivos del hospital de chancay por su colaboración paciencia para la ejecución de esta tesis.

RECONOCIMIENTO

Hago un reconocimiento a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. **Materiales y métodos:** La presente investigación es de tipo Observacional, prospectivo, transversal, correlacional con diseño no experimental y método cuantitativo en una sola medición prospectiva entre V1 y V2. La población de estudio fueron todas las mujeres gestantes con anemia que se atendieron en el servicio de obstetricia del Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. **Resultados:** Los resultados fueron que el 33.96% de la edad de usuarias comprende entre los 20 a 25 años de edad, el 47.17% tienen un grado de instrucción de secundaria completa, el 72.21% tienen un estado civil de convivientes, el 38.36% tienen una paridad de primigestas, el 81.76% tienen una ocupación de amas de casa, el 82.4% tienen el valor de hemoglobina (anemia) leve, el 92.45% tienen más de 7 CPN, el 94.97% tienen una edad gestacional entre las 37 – 41 semanas, el 51.57% de niños tienen el sexo femenino, el 84.91% de peso al nacer en los neonatos es el adecuado no obstante el 10.69% son macrosómicos y el 4.40% nacieron con BPN, el 67.30% de neonatos nacieron entre las 39 – 40 semanas. **Conclusiones:** Se determinó si existe relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018, se concluyó que las mujeres atendidas tienen un alto nivel de anemia leve (82.39%) mientras en menor porcentaje en anemia moderada (17.61%) y no existe anemia severa en las usuarias, pero la anemia materna tiene continuidad en el recién nacido en un bajo porcentaje, eso quiere decir que si existe una relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido (4.40% BPN).

Palabras claves: Anemia materna, Peso al nacer.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between maternal anemia and newborn weight in patients treated at the Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López ”in the period January-December 2018. **Materials and methods:** This research is of an Observational, prospective, cross-sectional, correlational type with a non-experimental design and a quantitative method in a single prospective measurement between V1 and V2. The study population was all pregnant women with anemia who were seen in the obstetric service of the Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López ”in the period January-December 2018. **Results:** The results were that 33.96% of the age of users is between 20 and 25 years of age, 47.17% have a complete secondary education degree, 72.21 % have a marital status of cohabitants, 38.36% have a parity of primigravida, 81.76% have a housewife occupation, 82.39% have the value of mild hemoglobina (anemia), 92.45% have more than 7 NPCs, 94.97% have a gestational age between 37 - 41 weeks, 51.57% of children are female, 84.91% of birth weight in neonates is adequate, however 10.69% are macrosomic and 4.40% were born with LBW, 67.30% of neonates were born between 39-40 weeks. **Conclusions:** It was determined whether there is a relationship between maternal anemia and newborn weight in patients treated at the Chancay Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López ”in the period January-December 2018, it was concluded that the women attended have a high level of mild anemia (82.39%) while in a lower percentage in moderate anemia (17.61%) and there is no severe anemia in the users, but maternal anemia has continuity in the newborn in a low percentage, that means that there is a relationship between maternal anemia and the weight of the newborn (4.40% LBW).

Key words: Maternal anemia, Weight at birth.

Introducción

En el mundo la anemia afecta a la salud y el bienestar de las mujeres y aumenta el riesgo de resultados maternos y neonatales adversos. La anemia afecta en todo el mundo a unos 500 millones de mujeres en edad fecunda. En 2011, el 29% (496 millones) de las mujeres no embarazadas y el 38% (32,4 millones) de las mujeres embarazadas entre 15 y 49 años de edad padecían anemia. La prevalencia de la anemia era máxima en el sur de Asia y en el África central y occidental².

En el Perú la anemia materna y la anemia en los recién nacidos es un problema de salud pública que el MINSA cada año va reduciendo poco a poco, en la última década la reducción de la anemia no ha sido significativa mayormente en la parte sierra del país. En este contexto, el Ministerio de Salud plantea estrategias, centradas en las personas y en las familias para reducir la anemia y la desnutrición crónica.

Para abordar el desafío de la reducción de la anemia, el Ministerio de Salud hace énfasis en quince intervenciones estratégicas, con un enfoque en las etapas del ciclo de la vida. Estas intervenciones están contempladas en el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. Para el logro de resultados reconoce la urgente necesidad de fortalecer la prestación de las intervenciones estratégicas y el alineamiento a nivel del presupuesto nacional, regional y de los gobiernos locales.

Según el área de residencia, el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural (49%) que en el área urbana (36.7%); de acuerdo a los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Es por ello que en este trabajo de investigación se determinó si existe la influencia de la Anemia Materna con el Peso del Recién Nacido en el Hospital de Chancay, más aún en el año 2018 debido al incremento del número de gestantes con anemia durante la gestación.

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema

1.1.Descripción de la realidad problemática.

La anemia constituye una preocupación a la salud pública muy fundamental encontrándose entre las comorbilidades con mayor frecuencia que afectan al ser humano a nivel mundial, y principalmente a grupos susceptibles, como lactantes, gestantes y al adulto mayor¹.

La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente, se sabe que afecta a casi la mitad de todas las gestantes a nivel mundial al 23% de las gestantes de países desarrollados y al 52% en países en vías de desarrollo, constituyendo así un problema de salud pública que contribuye sustancialmente al aumento de la morbi-mortalidad materna y perinatal²⁻³.

La prevalencia en la gestación cambia enormemente en diferentes causas como: condición social y estilo de vida, y en diferentes territorios, un 52-56% de gestante con desnutrición⁴⁻⁵.

La organización mundial de la salud aun muestra cifras de anemia gestacional en países latinos; entre ellos se tiene a Cuba con una prevalencia de 25% a 28% de embarazos, Colombia el 27,8%, Argentina con 29,2%, Ecuador con 26% y Chile con 23,6% de embarazos con anemia⁶

Según un estudio realizado en el 2015 se encontró que a nivel nacional la prevalencia de anemia fue de 24,2% y 30,5% en el área rural vs. 22,0% en el área urbana. Las regiones de Huancavelica, Puno, Pasco, Cusco y Apurímac tuvieron las mayores prevalencias de anemia. El índice local de Moran identificó 202 distritos (12,3%) (44 urbanos y 158 rurales) de alta prioridad situados en Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lima, Pasco y Puno, que muestran conglomerados distritales con altas prevalencias⁶.

En Cajamarca, según el Sistema de Información de Indicadores del Estado Nutricional (SIEN), el embarazo durante los primeros seis meses del año 2017, se reportaron en el departamento de Cajamarca un total de 22,4% de gestantes con anemia, distribuyéndose en anemia inferior a 11 gr/dl de 15,6% , anemia inferior a 9 gr/dl de 6,7% y anemia inferior de 7 gr/dl de 0,1%, en la provincia de Cajabamba un total de 44,1% de gestantes con anemia de los cuales la anemia <11 gr/dl fue 28,6% y anemia <9 gr/dl de 15,5%⁷.

En el hospital de Chancay en el año 2014 se llegaron a atender 539 gestantes en la cual 92 gestantes presentaron anemia, en el año 2015 se atendió 547 gestantes en la cual 169 mujeres embarazadas presentaron anemia, en el año 2016 se atendió 533 gestantes quienes tuvieron anemia 106 gestantes, en el año 2017 se atendió 503 mujeres en gestación obteniéndose 73 gestantes con anemia y en el año 2018 se atiende 455 pacientes gestantes quienes presentaron anemia fueron el total de 271 embarazos⁸.

Las gestantes con anemia en los dos primeros trimestres, presentan un riesgo dos veces superiores de presentar parto pretérmino y hasta tres veces mayor de tener recién nacidos con bajo peso al nacer⁸.

Scholl y col. en un estudio bibliográfico concluyen que las gestantes con déficit de hierro padecían el doble de exponerse a sufrir un parto pretérmino, y el triple riesgo de tener un Neonato con peso bajo al nacimiento.

El peso al nacer es usado a nivel mundial por la evaluación del estado nutricional intrauterino y el éxito de lograr la atención prenatal, así vigilar el crecimiento y el desarrollo del niño; es una variable muy importante para la morbilidad fetal y neonatal, que pronostica la supervivencia del recién nacido, su crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial⁸.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la incidencia mundial de bajo peso al nacer (BPN) en el 2012 fue de 14 % y en América Latina y el Caribe, de 5,3 % a 15 %. En Perú, fue 6,9 %, un valor comparable con los de Costa Rica, Argentina y República Dominicana (12,13), según el ministerio de salud (Minsa) durante el año 2015 en el Perú del total de nacimientos el 7% de neonatos tuvo bajo peso al nacer y en Cajamarca fue del 8,5% de recién nacidos con **bajo peso al nacer, siendo el segundo departamento después de Pasco (9,2%)** con mayor índice de niños con bajo peso al nacer.

Asimismo, la mayor parte de las naciones han acogido aquella política de suplementar a las gestantes con hierro y vitamina B9 con el propósito de lograr aumentar los niveles de Hemoglobina así poder tener algún resultado que beneficia al estado alimenticio de la madre antes y durante el embarazo. Entonces cabe reiterar que el estado nutricional

en la gestación es muy esencial para el desarrollo y el crecimiento fetal, sino repercuten en el peso bajo al nacer⁸⁻⁹.

La gestación es aquella etapa que constituye de atención inmediata, por ello debe cubrir los requerimientos nutricionales recomendados por OMS para prevenir daños a la madre y nacimientos de bajo peso⁹.

Teniendo en cuenta que aún subsisten la existencia de una inadecuada información, educación y comunicación en el aspecto de la ingestión de alimentos y nutrición durante la gestación, así como la condición social, cultural y económica lo que repercute en su influencia decisiva sobre el peso al nacer, nos motiva a realizar este estudio⁹.

En el trabajo de investigación se determinó si existe la influencia de la Anemia Materna con el Peso del Recién Nacido en el Hospital de Chancay, más aún en el año 2018 debido al incremento del número de gestantes con anemia durante la gestación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación entre la anemia materna y peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018?

1.2.2. Problemas secundarios

1 ¿Cuál es la relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018?

- 2 ¿Cuál es la relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018?
- 3 ¿Cuál es la relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018?

1.3.Delimitación del estudio

Delimitación Espacial: Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López”, que se encuentra ubicado en la Calle mariscal sucre s/n, en la jurisdicción del Distrito de Chancay, Provincia de Huaral, Departamento de Lima.

Delimitación Temporal: En el periodo de Enero - Diciembre durante el año 2018.

Delimitación Social: Historias clínicas de las pacientes quienes en los últimos años aumentaron significativamente la anemia materna.

1.4.Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo principal

- Determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

1.4.2. Objetivos secundarios

- Determinar la relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

- Determinar la relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.
- Determinar la relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

1.5.1. Importancia de a investigación

La anemia es una de las preocupaciones de salud de mayor importancia a nivel mundial y combatirla es uno de los retos más grandes, ya que eleva la morbimortalidad en mujeres de cualquier edad y la mortalidad perinatal, siendo ellos un verdadero problema de salud pública. Su importancia en el embarazo se debe a las complicaciones que esta trae tanto en la madre como en el feto así tomará mayor interés del personal de salud.

La vinculación de los valores bajos de la hemoglobina pueden influenciar en el recién nacido con su peso al nacimiento como, por ejemplo, extremadamente bajo peso al nacimiento (500gr-999g), muy bajo peso al nacimiento (1000gr – 1499 gr), bajo peso al nacimiento (1500 gr – 2499 gr), adecuado peso al nacimiento (2500 gr – 3999 gr) y Macrosómico (>4000 gr) y edad menor de 37 semanas.

Es por ello que se realiza los exámenes de hemoglobina de forma trimestral durante la gestación, su conocimiento es de vital significación para poder actuar de forma preventiva con buenos controles prenatales, así podría diagnosticarse y

tratarse antes de presentarse al momento del parto. El bajo peso al nacimiento es un indicador predictor de mortalidad infantil.

Por lo tanto, permitirá así conocer el grado de hemoglobina en el embarazo y el rango de peso al nacer del recién nacido en nuestro distrito de Chancay; datos que contribuirán para actuar en el nivel de prevención en las consultas prenatales y contribuir en la elaboración de estrategias correctas basadas a la realidad socioeconómica actual de nuestra región. En la investigación se desea conocer a las gestantes con anemia para observar, si esto influyó en el peso del recién nacido ello será fuente de conocimiento y referencia para los profesionales de salud quienes desempeñan un papel trascendental en la atención inmediata del neonato. Por lo cual permitirá estar en alerta sobre este tipo de complicaciones que se presenta en la gestación.

1.5.2. Viabilidad de la investigación

El estudio de investigación es viable, realizándose en el área de Ginecología y Obstétrica ya que se presentará el permiso correspondiente a la unidad de investigación del Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López”, entre los periodos de enero a diciembre del año 2018 el cual conllevará a la recolección de los datos necesarios de la historia clínica durante este periodo de tiempo, contando también con los recursos financieros y materiales para desarrollar la tesis, y así posteriormente presentar conclusiones y recomendaciones del estudio de investigación, por las cifras alarmantes de anemia en el embarazo.

1.6. Limitación del estudio

Esta investigación posee algunas limitantes:

- No contar con una buena posición económica para los materiales a utilizar y medio de transporte para realizar la tesis.

- Disponibilidad de tiempo para ser atendidos por el director del Hospital de Chancay debido que al momento de solicitar el permiso se encontraba realizando sus labores.
- Previamente es necesario planificar el día de la visita al área administrativo y aun así se debía de esperar que el personal se desocupara para que me pueda brindar las HCL correspondientes.
- Falta de información de la eficiencia con el personal administrativo encargado.
- El llenado insuficiente en las Historias Clínicas.

CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

1. **Urdaneta J. y Col (2015), “Relación del Peso del Recién Nacido con el Grado de Anemia Gestacional, Hospital General Cajabamba 2018”**, respaldado por la **Universidad Nacional de Cajabamba, Venezuela**. En la investigación realizada en la Maternidad “Dr. Armando castillo plaza” Maracaibo, Venezuela en el periodo 2015, el **objetivo** era de Establecer el Enlace entre la anemia de la madre con el peso al nacer en gestantes con embarazo a término que asisten a la Maternidad, Diciembre 2015. **Material y metodología** se presentó como estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, aplicación de casos y controles. La población estuvo conformada por gestantes con embarazos a términos en la Maternidad. Se aplicó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario. Obteniendo como **resultado**

en cuanto a la anemia de la madre con el peso al nacimiento en gestantes con embarazo a término resulta un porcentaje de 12,39% al hacer comparación con los pesos de los recién nacidos de madres que no presentan anemia. **Conclusiones:** que la relación de la anemia materna con el peso al nacimiento en gestantes con embarazo a término, concluye que el bajo peso al nacimiento era más común en el grupo de madres con anemia, quienes presentaron un riesgo mayor¹⁰.

2. **Willner E. y Col (2015), “Relación del Peso del Recién Nacido con el Grado de Anemia Gestacional, Hospital General Cajabamba 2018”**, respaldado por la **Universidad Nacional de Cajabamba, Brasil**. En la investigación realizada en el Hospital Geral Do Rio de Janeiro, durante el periodo 2015. Con el **objetivo** de Instituir la anemia gestacional en relación al peso del neonato en Brasil- Rio de Janeiro, diciembre 2015. **Material y Metodología** se presentó como retrospectivo, observacional, dentro de un estudio analítico. Aquella población estuvo constituida por gestantes que asisten a Brasil-Rio de Janeiro. Se empleó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario. Logrando como **Resultado** en cuanto a la continuidad de anemia en la gestación fue de 53.7% y el 32.6% en los neonatos. La mayor parte de los neonatos eran niños anémicos de madres con anemia. De las gestantes el 79.3% presentaron anemia leve y 20.7% tenían anemia moderada. **Conclusiones** en relación de la anemia gestacional con el peso del neonato en Brasil- Rio de Janeiro concluye que la continuidad de anemia leve estaba incrementada tanto en la madre como en el recién nacido¹¹.
3. **Aguinzaca Yaguache (2014), “Anemia Gestacional y su relación con el bajo peso al nacer, Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2018**, respaldado por la **Universidad San Pedro, Ecuador**. En el trabajo de investigación realizada en el Hospital General Isidro Ayora de Loja –Ecuador en el periodo 2014, con el **Objetivo** de determinar el vínculo que existe entre la anemia en el embarazo con los recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer, enero a

diciembre del 2014. **Material y Metodología** se presentó como un análisis descriptivo y Correlacional. La población muestral estuvo conformada por 74 gestantes con anemia. Obteniendo como **Resultado** en cuanto al vínculo que existe en entre la anemia en el embarazo con los recién nacidos prematuros y bajo peso al nacer que el 60,8 % con anemia leve y recién nacidos con bajo peso al nacer el 33,8 %. **Conclusiones** que la relación de la anemia gestacional con los recién nacido prematuros y el bajo peso al nacer no se llega directamente a determinar una relación causal, debido a que no se asocia siempre en todos los casos¹².

2.1.2. Antecedentes nacionales

1. Flores, E (2018), “Anemia Materna y Peso del Recién Nacido en Gestantes Adolescentes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes, respaldado por la Universidad Privada San Juan Bautista, Cajabamba. En la investigación realizada en el Nosocomio de Cajabamba, en el transcurso del año 2018, con el **objetivo** fue Instituir el vínculo entre el peso del recién nacido y el nivel de anemia en el embarazo en pacientes que acudieron al hospital de Cajabamba, diciembre 2018. **Material y Metodología** se presentó como un análisis Correlacional, descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental. La cantidad de la muestra estaba constituida por 87 puérperas con anemia que llegaron a ser atendidas. Obteniendo como **resultado** en cuanto el peso del Neonato y el nivel de anemia en el embarazo en pacientes que acudieron al Hospital de Cajabamba resulto que 54.1% de pacientes multíparas, 59.8% de pacientes consumen vitaminas, así mismo, 73.6% de las pacientes tiene anemia leve, 26.4% de las pacientes con anemia moderada. En **conclusiones** en relación con el peso del neonato y el nivel de anemia en el embarazo en pacientes que acudieron al Hospital de Cajabamba que si existe aquel vínculo significativo entre el peso del neonato y la anemia gestacional¹³.
2. Yusa Boza (2015), “Anemia Gestacional y su relación con el bajo peso al nacer, Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2018, respaldado por la

Universidad San pedro, Lima. En el trabajo de investigación realizada en el hospital nacional docente madre niño san Bartolomé, lima en el periodo 2015, con el **Objetivo** de establecer la correlación del grado de anemia de la madre con el peso del recién nacido que acuden al nosocomio san Bartolomé, enero a diciembre del 2015. **Material y Metodología** se presentó como un análisis retrospectivo, descriptivo, de corte transversal y Correlacional. La muestra estuvo conformada por dos grupos A Y B, por el grupo A 193 mamás con anemia e por el grupo B 193 mamás sin anemia cuya edad etáreo es entre 20 y 35 años. Obteniendo como **Resultado** en cuanto al grado de anemia materna y el peso del recién nacido, que la anemia leve predomino en el grupo A con el 71 % y se estimó el 23,3 % neonatos con bajo y escaso peso al nacer. **Conclusiones** que la correlación de la anemia de la madre y el peso del recién nacido si existe una relación entre las variables de investigación siendo esta significativa¹⁴.

3. **Santos Miranda (2016), “Anemia Gestacional y su relación con el bajo peso al nacer, Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2018,** respaldado por la **Universidad San pedro, Huancavelica.** En el trabajo de investigación realizada en el hospital de Lircay II- 1 Angaraes- Huancavelica, en el periodo 2015, con el **objetivo** de conocer el vínculo de la hemoglobina de la madre antes del parto con el peso y hemoglobina del recién nacido, enero a diciembre del 2015. **Material y metodología** se presentó como un análisis de tipo Correlacional y descriptivo. La muestra estuvo conformada 127 historias clínicas perinatales del mismo Nosocomio. Obteniendo como **resultado** en cuanto al vínculo de la hemoglobina materna ante parto con el peso del recién nacido que el 27,6 % de embarazos presentaron anemia en la gestación de los cuales se estima el 32,3 % recién nacidos con bajo peso. **Conclusiones** que el vínculo de la hemoglobina materna con el peso del neonato si existe una correlación mínima o nula entre la anemia de la madre con el peso al nacer¹⁵.

2.2.Bases teóricas o científicas

Anemia

Es un trastorno que se caracteriza por la disminución en la cantidad de hemoglobina, caracterizándose por falta suficiente de glóbulos rojos para transportar una adecuada cantidad de oxígeno a todo el organismo humano. Cuando las células u tejidos no reciben un nivel adecuado de oxígeno, muchos órganos y funciones se afectan¹⁶.

La hemoglobina es la proteína rica en hierro presente en el torrente sanguíneo, brindándole así el color rojo a la sangre, permitiéndole a los hematíes la capacidad de transportar oxígeno desde los órganos del sistema respiratorio al resto del cuerpo.

El valor de este parámetro no es fijo puede variar, dependiendo así de algunas circunstancias como: el sexo, la edad biológica, la altitud sobre el nivel de mar, y ciertas circunstancias especiales como el embarazo¹⁶.

Anemia en el embarazo

La anemia es aquella complicación más frecuente durante el periodo de gestación, originada por el poco nivel de hierro al organismo.

El hierro es muy importante para producir la hemoglobina en el ser humano, hemoproteína en el cual se encuentra en los hematíes y que transporta una cantidad de oxígeno normal a tejidos u células¹⁶⁻¹⁷.

La poca concentración de oxígeno conlleva que la futura mamá entre en estado de cansancio, fatiga y poca resistencia al ejercicio físico (recordemos que la OMS considera anemia aquel valor de la hemoglobina por debajo a 11 gr/dl y el hematocrito menor a 33%)¹⁷.

Mientras en el embarazo el requerimiento de hierro se incrementa debido a que el feto utiliza los eritrocitos de la mamá para crecer e desarrollarse y propias necesidades de la placenta, principalmente en los tres últimos meses del embarazo.

Si se tiene un nivel alto de eritrocitos almacenados en la médula ósea antes de embarazarse pueden usarse esas reservas durante la gestación para cubrir las necesidades del bebé. Las mujeres que no tienen los niveles adecuados de hierro desarrollaran anemia ferropénica¹⁷.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) determina los niveles de anemia como: El Primer y Tercer Trimestre de la gestación una hemoglobina inferior a 11gr/dl (hematocrito por debajo de 33%) y en el segundo trimestre como hemoglobina inferior a 10,5 gr/dl (hematocrito por debajo de 32%)¹⁸.

La OMS considera anemia en la gestación aquella hemoglobina <11 gr/dl como anemia leve, hemoglobina <9 gr/dl anemia moderada que requiere tratamiento médico y hemoglobina <7 gr/dl anemia severa que es una emergencia médica se debe referir a un Hospital de mayor complejidad debido al riesgo de ocasionar insuficiencia cardiaca¹⁶⁻¹⁷.

Requerimientos de hierro y pérdidas durante la gestación

Durante la gestación, aumenta las necesidades de hierro, así que disminuye la cantidad de la hemoglobina, del hematocrito y de los eritrocitos totales, esta deficiencia de hierro por lo tanto se le denomina Anemia Fisiológica de embarazo, acompañándose con pérdidas de hierro y proteínas.

La demanda por el hierro que se absorbió aumenta, de la demanda obligatoria en el primer trimestre que se inicia es 0,85 mg/día y un aproximado durante el tercer trimestre es 7,5 mg/día. La necesidad promedio durante todo el embarazo es un aproximado de 4,4 mg/ día¹⁷:

1° Trimestre del Embarazo: Pérdida basal (0.8 mg/día) + 1 mg/día: Eritrocitarias mínimas y necesidad fetal (+/- 30 a 40 mg) ¹⁷

2° Trimestre del Embarazo: Pérdida basal (0.8 mg/día) + 5 mg/día: necesidad fetal (115 mg) + necesidades hemáticas (330 mg) ¹⁷

3° Trimestre del Embarazo: Pérdidas basal (0.8 mg/día) + 5 mg/día: necesidad fetal (223mg) + requerimientos hemáticos (150 mg) ¹⁷

Nivel de hemoglobina

La hemoglobina es la proteína en la sangre, transportada por medio de los glóbulos rojos, también llamados eritrocitos y ello son los responsables de transportar oxígeno hacia todo el organismo. La hemoglobina es el parámetro de mayor importancia durante la gestación¹⁷⁻¹⁸.

La medida de la hemoglobina es muy esencial para identificar la anemia, en el embarazo así debe evaluarse desde el primer trimestre y durante toda la gestación con el objetivo de detectar a tiempo la anemia en el embarazo y como forma preventiva seleccionar el valor de la hemoglobina la dosis necesaria de hierro a suplementar¹⁷⁻¹⁸.

El volumen sanguíneo de la madre comienza a aumentarse aproximadamente a las seis semanas de gestación, y va incrementándose progresivamente entre la semana 30 a 34 de gestación, y así se mantiene hasta el momento del parto. La expansión del volumen sanguíneo está dada por el aumento del volumen plasmático, así como por el incremento en la cantidad de eritrocitos y esta elevación del volumen sanguíneo según autores, se encuentra relacionado con el peso del recién nacido. Dicha expansión del volumen sanguíneo es mayor en mujeres con gestaciones múltiples, que en aquellas con gestaciones únicos.

Durante el embarazo el volumen plasmático se incrementa mayormente que la masa de los hematíes y por lo tanto el hematocrito disminuye, aquel que se conoce como

anemia fisiología de la gestación, alcanzando su punto más inferior entre la semana 30 y 34 del embarazo¹⁸.

Según Bowman “el volumen plasmático se incrementa alrededor de 50% hacia el término de la gestación, la masa de glóbulos rojos solo se aumenta en 15 a 20%. Esta hemodilución en la gestación significa que las concentraciones de hemoglobina y el hematocrito descienden, principalmente durante el segundo trimestre cuando se produce el mayor aumento del volumen plasmático”. Es por ello que sin la cantidad suficiente hierro en la alimentación, es muy probable que la mujer en el periodo del embarazo presente anemia, así también las anemias que logran perjudicar la oxigenación materna y fetal.

El bebé obtiene el hierro de las reservas maternas. Se ha establecido que el 66% del hierro fetal se integra a la hemoglobina, y el 33% se acumula en el hígado en forma de ferritina, estas reservas serán empleadas durante la adaptación en el primer año de vida extra útero, aunque se ha observado que se agotan a los 6 meses, en los nacidos pretérmino-- y con bajo peso se agotan a los 2 o 3 meses de vida¹⁸⁻¹⁹.

Clasificación de la hemoglobina (anemia)

La anemia ferropénica se clasifica según el grado de Hemoglobina en el embarazo y recibe la siguiente clasificación²⁰⁻²¹⁻²²

- a) Anemia leve: entre 9 – 11 gr/dl
- b) Anemia Moderada: entre 7 – 9 gr/dl
- c) Anemia Severa: menor de 7 gr/dl

Efectos de la anemia

Una mujer con anemia tiene menor disposición de tolerar una hemorragia en el momento del parto y un riesgo mayor de progresar infecciones en el post parto. Aún no

se comprende bien los efectos que puede causar la anemia materna en el bebé. Durante el embarazo, la cantidad de hierro desciende continuamente, lo que conlleva a la carencia de hierro, por ello, la anemia con más frecuencia es la anemia ferropénica. Tomando en cuenta ello, un estudio planteó una probable hipótesis que la adquisición insuficiente de hierro conlleva a la poca producción de hemoglobina añadiéndose con una aportación alterado de oxígeno en la matriz, la placenta, en el crecimiento u desarrollo fetal; incrementando el gasto cardiaco de la madre para hacerle frente a la poca cantidad de hemoproteína en la sangre²³.

Algunos estudios mencionan que los efectos de la anemia en la madre con respecto al bebé son condicionalmente leves, sin embargo, algunas búsquedas notifican que en la gestación puede encontrarse afectado, tenemos así algunas investigaciones referente a la insuficiencia de la anemia que suele presentarse durante los 2 primeros trimestres de la gestación está asociada a un riesgo aumentado en dos veces el parto prematuro <37 ss, y en tres veces la existencia de niños recién nacidos con bajo peso al nacimiento. Otras investigaciones han documentado problemas como: restricción del crecimiento intrauterino, incapacidad placentaria para brindar suficiente oxígeno y nutrientes al bebé; aumentando también el riesgo de mortalidad perinatal¹⁹.

Cuando el déficit de hierro es mayor, se presenta una reducción de la cantidad de proteína en los eritrocitos. Si ésta es marcada, aparece en la clínica, se manifiesta por la piel pálida o amarillenta junto con el sistema tegumentario¹⁹.

Clínica y diagnóstico de la anemia

La anemia en la gestación puede pasar desapercibida si llega a ser leve o de la rapidez con la que se instaure o no, pero puede y debe ser detectada en los atenciones prenatales del embarazo. Sus síntomas, también, pueden confundirse con otras alteraciones; entre estos tenemos²⁴.

- Cansancio en exceso o injustificado. Es aquel síntoma con mayor frecuencia y se podría confundirse fácilmente con el cansancio propio del embarazo conforme llegue al término de la gestación.
- sensación de falta de aire o disnea.
- sentirse débil
- Falta de motivación
- Mareos o vértigos
- Piel pálida
- caída abundante del cabello
- Uñas frágiles que se quiebran fácilmente
- Inapetencia.
- Taquicardia
- Ansiedad
- Cefalea
- Falta de concentración.
- Insomnio

Para diagnosticar la anemia en la gestación, los parámetros que debemos tener en cuenta no es únicamente la Hemoglobina (Hb), el Hematocrito (Hto) y el Conteo de Glóbulos Rojos (CGR), también se incluye la Ferritina, el Fe sérico, la Hemoglobina Celular Media, la concentración de hemoglobina celular media, el Volumen Celular Medio (VCM), frotis de sangre periférica²¹.

Entre otros parámetros se puede medir la proteína C reactiva, es un marcador inflamatorio, ya que la cantidad de ferritina normal o aumentada con PCR normal nos debe hacer sospechar en otras deficiencias de anemia, como la hemoglobinopatía.

Entre las diferentes etiologías de la anemia podemos encontrar la anemia megaloblástica, que es frecuentemente por la deficiencia de vitamina B12 y folatos; y en la gestación casi siempre relacionado a la carencia de ácido fólico²¹⁻²².

Peso al nacer

Se refiere como la primera medida del peso que le toman al bebé de inmediato después de haber nacido¹⁷.

Recién nacido

Un neonato es un niño desde que nace hasta que tiene 28 días o menos por parto normal o cesárea. El periodo neonatal es esencial porque representa un tiempo muy corto de la vida. Estos 28 días de vida son los que ocurren un riesgo mayor de mortalidad para el niño. Por esta razón, es importante brindar una ingestión alimenticia saludable y rica en hierro y una adecuada atención durante esta etapa con el término de incrementar la probabilidad de supervivencia del niño y edificar los principios de una vida saludable con una buena salud¹⁷.

Crecimiento y desarrollo intrauterino

Durante la gestación el conjunto celular fetal a término se llega a multiplicar hasta 42 veces, lo que conlleva a un incremento de hasta 17.000 veces su diámetro y más de 25 millones de veces su masa. Por lo tanto, el desarrollo del feto sigue una curva de progresión, siguiendo de forma lenta hasta las 15-16 semanas, acelerado hasta la semana 38 y nuevamente de forma lenta hasta la semana 42¹⁸.

En el periodo embrionario es aquel que ocurre la formación de todos los aparatos y sistemas del embrión, etapa muy corta de 4 – 8 semanas de gestación, aquí el embrión tiene mayores riesgos de anomalías congénitas siendo vulnerables a los teratógenos. La transformación de un embrión a feto establece un proceso progresivo, pero esta modificación de nombre es esencial debido a que significa que el embrión se ha desarrollado en un ser humano totalmente que se puede reconocer y así se han formado el conjunto de células embrionarias de todos los principales sistemas. Durante la etapa fetal se determina por la maduración de los tejidos, órganos y el funcionamiento de

sistemas y aparatos, dándose el rápido crecimiento del cuerpo humano fetal y ganancia de peso mayor en las últimas semanas del embarazo, esta etapa se presenta desde las 9 semanas hasta el final de la vida intraútero. Las escalas de crecimiento normal se alteran con intervalos prolongados con la ausencia del crecimiento¹⁷⁻¹⁸.

Clasificación según la edad gestacional del neonato

Las características físicas y neurológicas permiten estimar con exactitud la edad gestacional del neonato debido a que está clasificado en categorías²¹⁻²³

- Recién nacido inmaduro: Es aquel neonato que nace a las 21 semanas hasta las 27 semanas de embarazo o que pesa 500 gramos hasta <1000 gramos.
- Recién nacido prematuro: Es aquel neonato que nace a las 28 semanas hasta las 37 semanas de embarazo o que pesa 1000 gramos hasta <2500 gramos.
- Recién nacido a término: Es aquel recién nacido que nace a las 37 semanas hasta las 41 semanas de embarazo o que pesa 2500 gramos a más.
- Recién nacido pos término: Es aquel neonato que nace a las 42 semanas a más.

Clasificación según el peso del neonato (recién nacido)

El peso al nacimiento, se cataloga según:

- Macrosómico: Es aquel peso corporal superior al percentil 90 de la distribución al peso que corresponde a la edad gestacional. Peso mayor de 4000 gramos.
- Peso adecuado al nacimiento: Es aquel peso corporal que se ubica entre los percentiles 10 y 90 de la distribución al peso que corresponde a la edad gestacional. Peso de 2500 hasta 3999 gramos.
- Bajo peso al nacimiento: Es cuando el peso corporal es menor al percentil 10 de la distribución al peso que corresponde a la edad gestacional. Peso de 1500 hasta 2499 gr.
- Muy bajo peso al nacimiento: Es aquel peso inferior de 1499 hasta 1000gr.

- Extremadamente bajo peso al nacimiento: Es aquel peso inferior de 999 hasta 500 gramos²⁴⁻²⁵.

Bajo peso al nacer

La OMS considera el bajo peso al nacimiento como el peso por debajo a 2500gr, separado de la edad gestacional. La sobrevivencia de un recién nacido con un peso bajo al nacer ha mejorado gracias a la utilización de surfactantes externos aplicados a la embarazada.

El bajo peso al nacimiento podría llegar a causar problemas de salud grave para algunos recién nacidos. Por lo tanto, un recién nacido con peso bajo al nacimiento pueden tener dificultad para poder alimentarse, ganar peso y combatir las infecciones. Las causas de que un recién nacido nazca con bajo peso al nacimiento son²⁶⁻²⁷

- Nacimiento pretérmino
- Crecimiento limitado del feto, pueden ser ocasionados por condiciones que afectan al feto en el útero, como infecciones y los defectos al nacimiento. Las anomalías o defectos al nacer modifican su forma o función de una o más partes del cuerpo humano.
- Problemas con la placenta que son los que tienen la capacidad de disminuir el flujo sanguíneo y los nutrientes para el feto, la cual limita su desarrollo y crecimiento.
- Las infecciones son aquellos que afectan el crecimiento fetal en el útero como el citomegalovirus, la varicela, la toxoplasmosis, la rubéola y algunas ITS.

Los neonatos con peso bajo al nacimiento tienen superior probabilidad de muerte en los primeros meses o hasta los primeros años de vida que los recién nacidos que nacen con un peso normal²⁷.

Algunos necesitarán una atención especial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para tratar los problemas de salud como²⁶⁻²⁷

- Problemas respiratorios (Síndrome Disneico) por la falta suficiente de surfactante.
- Sangrado cerebral (hemorragia intraventricular) que causa daño en el cerebro del bebé.
- Conducto arterial persistente que causa problemas en el corazón.
- Ictericia, causada por el aumento de bilirrubina en la sangre, el color de la piel y las partes blancas del ojo tienen aspecto de color amarillento.
- Retinopatía es aquella enfermedad que afecta los vasos sanguíneos de los ojos.

También pueden padecer a tener discapacidades intelectuales además tener menor coeficiente de inteligencia²⁷.

Consideraciones para el tratamiento

- Cambiar la alimentación: aumentar el consumo de hierro, de vitamina B12, de ácido fólico y vitamina C²⁸⁻²⁹.
- El tratamiento debe iniciarse una vez que se confirma el diagnóstico, con la dosis indicada²⁸⁻²⁹.
- Los medicamentos a utilizar para tratar la anemia es el sulfato ferroso + ácido fólico o el complejo polimaltosado férrico. Su alternativa va a depender del nivel de anemia, en el cual se presente²⁸⁻²⁹.
- Si se presenta efectos adversos al consumo de hierro oral, se podrá utilizar el hierro polimaltosado²⁸⁻²⁹.
- Cuando la hemoglobina de la embarazada con anemia alcanza 11 gr/dl se continúa con el tratamiento la misma cantidad por el transcurso de 3 meses, concluido este tratamiento se continuará hasta los 30 días después del parto como prevención para la reposición de hierro²⁸⁻²⁹.
- La suplementación de hierro + vitamina C conducen a la rápida liberación de altas cantidades de hierro. Si la mujer embarazada no tolera la suplementación con vitamina C se indica tomar solo con agua²⁸⁻²⁹.

- Cuando el grado de hemoglobina no progresa favorablemente se refiere a un establecimiento de salud de superior capacidad resolutive, en el cual el personal médico debe determinar los exámenes auxiliares debe realizarse²⁸⁻²⁹.
- En el caso de no tolerar por vía oral el sulfato ferroso + ácido fólico o complejo polimaltosado férrico los criterios para cambiarlo a vía no oral se debe tener en cuenta: intolerancia real al hierro (fe) vía oral, embarazo con alteración en el tracto digestivo que afectan su absorción y el rechazo al tratamiento por vía oral²⁸⁻²⁹.
- Si se presenta estas condiciones, se debe referir a un establecimiento de salud con superior capacidad resolutive, en el cual se deberá determinar el diagnóstico y su manejo²⁸⁻²⁹.

2.3. Definición de términos básicos.

- a) **Gestación:** También conocido como gravidez, es aquel ciclo de tiempo que se da a partir de la implantación del óvulo fecundado por el espermatozoide en el útero hasta el instante del nacimiento.

La gestación dura aproximadamente 40 semanas, contadas a partir de la fecha del último ciclo menstrual.

- b) **Anemia:** se define por la reducción de los eritrocitos en la sangre lo que provocaría una reducción de oxígeno suficiente a los tejidos corporales.

- c) **Anemia ferropénica:** este tipo de anemia es la más frecuente producida por la carencia de hierro, muy primordial para la formación de la hemoglobina y de los eritrocitos, así no puede transportar suficiente cantidad de oxígeno al organismo.

- d) **Peso al nacer:** Es la primera medición de peso que se obtiene del bebé inmediatamente después de nacer.

Peso promedio adecuado 2500 – 3999 gr.

- e) **Bajo Peso al Nacer:** es todo aquel neonato o RN que tiene un peso de 1500 hasta 2499 gramos al momento de su nacimiento.
La medida del peso al nacimiento es un pilar antropométrico con mayor importancia ya que permite predecir las probabilidades de supervivencia perinatal y su crecimiento.
- f) **Hematíes:** son conocidos como glóbulos rojos o eritrocitos encargándose del transporte de la hemoglobina y el oxígeno.
- g) **Taquicardia:** es el incremento de la frecuencia cardiaca más acelerada de lo normal siendo mayor a 100 latidos por minuto.
- h) **Hierro:** es un nutriente muy importante para el crecimiento y/o desarrollo del cuerpo, el organismo emplea el hierro para fabricar la hemoglobina.
- i) **Hemoglobinopatía:** es una enfermedad en la cual hay una estructura y producción alterada de la molécula de la hemoglobina, es hereditario.
- j) **Neonato:** es un recién nacido, que tiene 28 días o menos después de haber nacido, bien sea por parto o por cesárea.
- k) **Disnea:** dificultad para respirar, sensación de ahogo.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis principal

H₁= Existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

3.1.2. Hipótesis secundarias

Hipótesis secundarias 1

H_1 = Existe relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Hipótesis secundarias 2

H_1 = Existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Hipótesis secundarias 3

H_1 = Existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

3.2. Variables

3.2.1. Definición de las variables

Variable Independiente (X) : Anemia materna

Variable dependiente (Y) : Peso del recién nacido

3.2.2. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores
Anemia materna	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anemia leve ➤ Anemia moderada ➤ Anemia severa 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia Leve <11gr/dl • Anemia Moderada <9 gr/dl • Anemia Severa <7 gr/dl
Peso del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Extremadamente bajo peso al nacer ➤ Muy bajo peso al nacer ➤ Bajo peso al nacer ➤ Peso adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • EBP: 500gr-999g • MBPN: 1000gr – 1499 gr • BPN: 1500 gr – 2499 gr • Adecuado: 2500 gr –

➤ Macrosómico

3999 gr

- Macrosómico: >4000 gr
-

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo

- Observacional: se inicia la observación desde el diagnóstico de anemia.
- Prospectivo: Ya que el estudio fue realizado en el presente y los datos fueron analizados en este tiempo hacía en futuro.²²
- Transversal: debido a que los datos recolectados en la muestra se realizan una sola vez sin hacer cortes en el tiempo.²²
- Correlacional: porque se midió el grado de relación que existe entre las variables.²²

4.1.2. Diseño

No experimental: porque no se interviene en el manejo de las variables ya que la recolección de datos será tomada de las historias clínicas de las gestantes y de los recién nacidos.²²

4.1.3. Nivel

El estudio investigativo es nivel Correlacional porque se midieron la relación de las variables y se describieron tal como se presentan en su ambiente natural, sin que intervenga el investigador y altere los resultados, así poder brindar estrategias y prevenir.²²

4.1.4. Método

Según la metodología es cuantitativa, por el tipo de medición de las variables que no se miden en forma numérica y utiliza como técnica la ficha de recolección de datos.²²

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 271 historias clínicas de gestantes con anemia.

4.2.2. Muestra

La muestra se obtuvo aplicando el muestreo probabilístico aleatorio simple a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot pqN}{E^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

Dónde: N= 271; Z= 1.96; P= 0.5; q= 0.5; E= 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)(271)}{(0.05)^2 (271 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) \cdot (0.25)(271)}{(0.0025)(270) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{260.2684}{0.675 + 0.9604}$$

$$n = \frac{260.2684}{1.6354}$$

$$n = 159.14663079$$

$$n = 159$$

La muestra será de 159 mujeres gestantes con anemia

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Técnicas

Se empleará la Ficha de Recolección de datos basadas de las Historias clínicas de las pacientes con el previo permiso brindado por la dirección de investigación del Hospital de Chancay.

4.3.2. Instrumentos

El instrumento que se empleará será el cuestionario en el que se divide en dos partes, la primera en la que se detalla los datos generales maternos y la anemia, la segunda se menciona datos del recién nacido.

4.4. Técnicas estadísticas del procesamiento de la información

Se seleccionarán los datos necesarios de los registros del carnet Perinatal de las Historias Clínicas y los datos que fueron asignados en las fichas de recolección de datos (instrumentos).

Así se empleará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos.

4.5. Aspectos éticos

El presente estudio de investigación en mujeres gestantes siguió las pautas de los principios de la ética conforme la declaración de Helsinki y el código de Belmont. Considerando que los datos a registrar son de fuente secundaria debida que no fue necesario solicitar el consentimiento de las pacientes y los datos obtenidos se manejaron con respeto de la privacidad, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

1.1 Presentación de las tablas, gráficos e interpretación

En el presente estudio se buscó determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. Habiendo recolectado los datos en una ficha que procede a su procesamiento en el programa estadístico SPSS, obteniéndose los resultados que presento y describo a continuación.

- **Fiabilidad de la escala de medida de las encuestas efectuadas**

En el desarrollo de la investigación se realizó una ficha de recolección de datos con el fin de determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Tabla 1: Valores del coeficiente del Alfa de Cronbach

Coeficiente Alfa de Cronbach	Interpretación del resultado
>0.9	La fiabilidad de la consistencia es excelente.
>0.8	La fiabilidad de la consistencia es buena.
>0.7	La fiabilidad de la consistencia es aceptable.
>0.6	La fiabilidad de la consistencia es cuestionable.
>0.5	La fiabilidad de la consistencia es pobre.
<0.5	La fiabilidad de la consistencia es inaceptable.

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Al inicio de la investigación; se obtuvo un alfa de Cronbach de 82.4 %, la cual presenta una fiabilidad de la consistencia “buena” del instrumento de medición y los resultados según del procesamiento SPSS.

Tabla 2: Resultados del estadístico de fiabilidad.

Resumen de procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válido	159	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	159	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,824	159

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

En la presente investigación se realizó una encuesta que constaba con 11 preguntas que la data se obtuvo de las historias clínicas de las gestantes con anemia.

5.1. Análisis descriptivo

Una de las principales funciones de la estadística consiste en la descripción de los datos; ya sea por medio de medidas (estimadores), gráficos o tablas en las que se puedan apreciar claramente el comportamiento y las tendencias de la información recopilada. SPSS cuenta con una serie de procedimientos para realizar esta labor, cada uno de los cuales nos ofrece diversas posibilidades y su aplicación depende de las características de la información que contenga cada variable. A continuación, se representará el análisis descriptivo de la información recopilada.

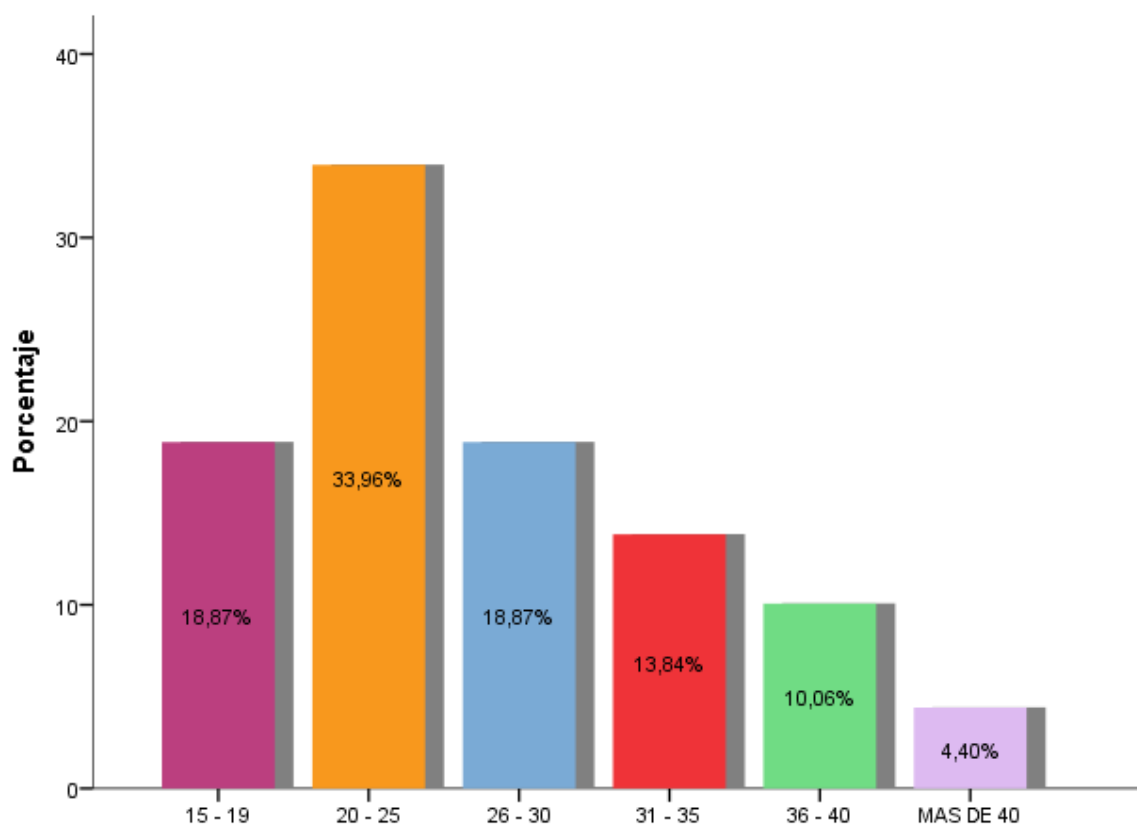
Pregunta 01: Edad

Tabla 3: Edad de gestante con anemia

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	15 - 19	30	18,9	18,9
	20 - 25	54	34,0	52,8
	26 - 30	30	18,9	71,7
Válido	31 - 35	22	13,8	85,5
	36 - 40	16	10,1	95,6
	MAS DE 40	7	4,4	100,0
	Total	159	100,0	100,0

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 1: Edad de la gestante con anemia



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De las gestantes con anemia el 33.96% tienen de 20 - 25 años de edad, el 18.87 % están entre los 15 – 19 y los 26 - 30 años de edad, el 13.84 % de 31 - 35 años de edad seguidas por el 10.06% que están entre los 36 - 40 años de edad y el 4.40 % tiene más de 40 años.

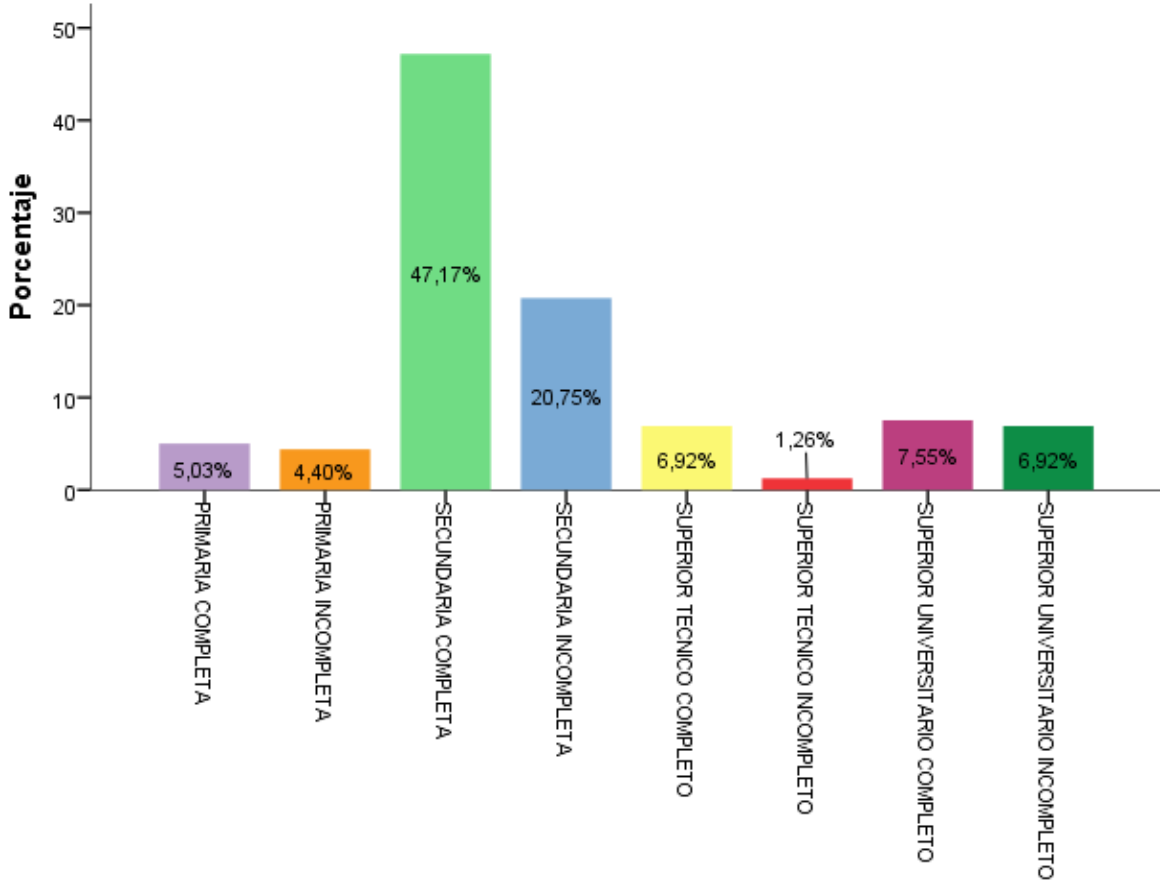
Pregunta 02: Grado de instrucción

Tabla 4: Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA COMPLETA	8	5,0	5,0	5,0
PRIMARIA INCOMPLETA	7	4,4	4,4	9,4
SECUNDARIA COMPLETA	75	47,2	47,2	56,6
SECUNDARIA INCOMPLETA	33	20,8	20,8	77,4
SUPERIOR TECNICO COMPLETO	11	6,9	6,9	84,3
Válido SUPERIOR TECNICO INCOMPLETO	2	1,3	1,3	85,5
SUPERIOR UNIVERSITARIO COMPLETO	12	7,5	7,5	93,1
SUPERIOR UNIVERSITARIO INCOMPLETO	11	6,9	6,9	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 2: Grado de instrucción



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De las gestantes con anemia los datos que mayor representa en el grado de instrucción son que el 47.17% tienen secundaria completa y el 20.75 % tienen secundaria incompleta.

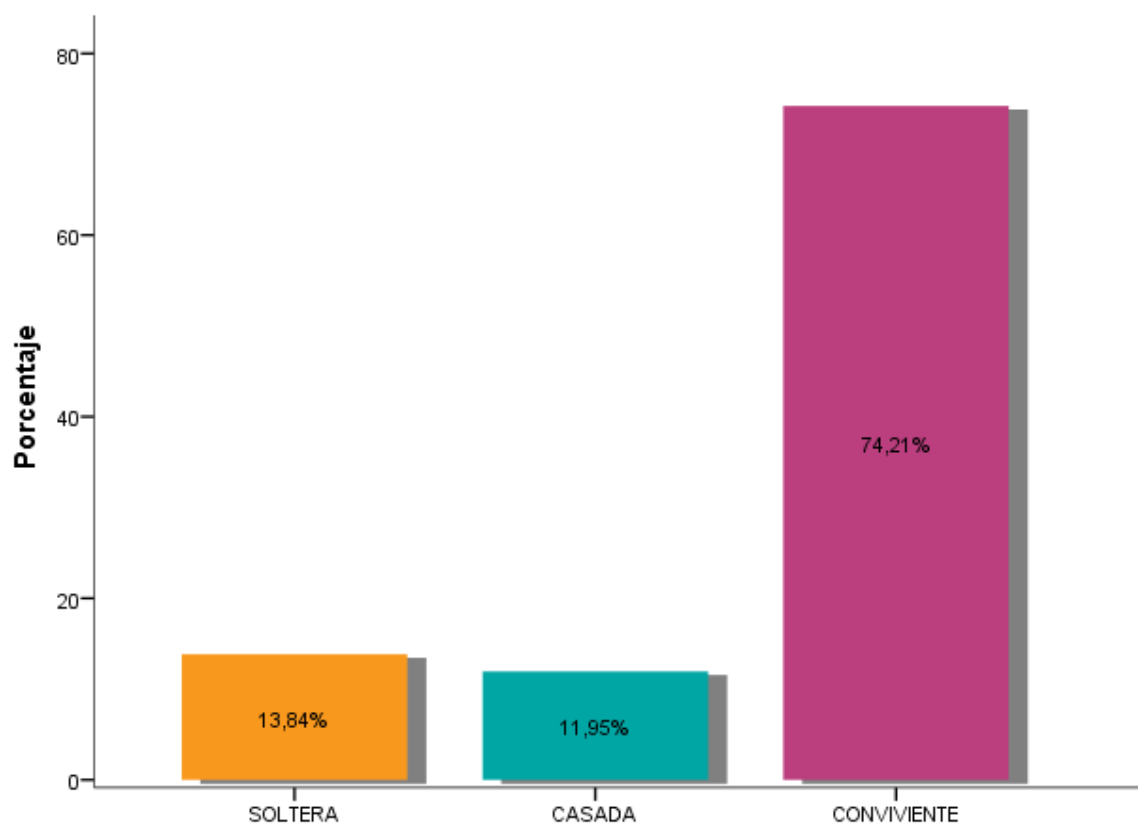
Pregunta 03: Estado civil

Tabla 5: Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERA	22	13,8	13,8
	CASADA	19	11,9	25,8
	CONVIVIENTE	118	74,2	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 3: Estado civil



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con el estado civil de las gestantes con anemia el 74.21% son convivientes, seguidas del 13.84% quienes son solteras y solo el 11.95 % son casadas.

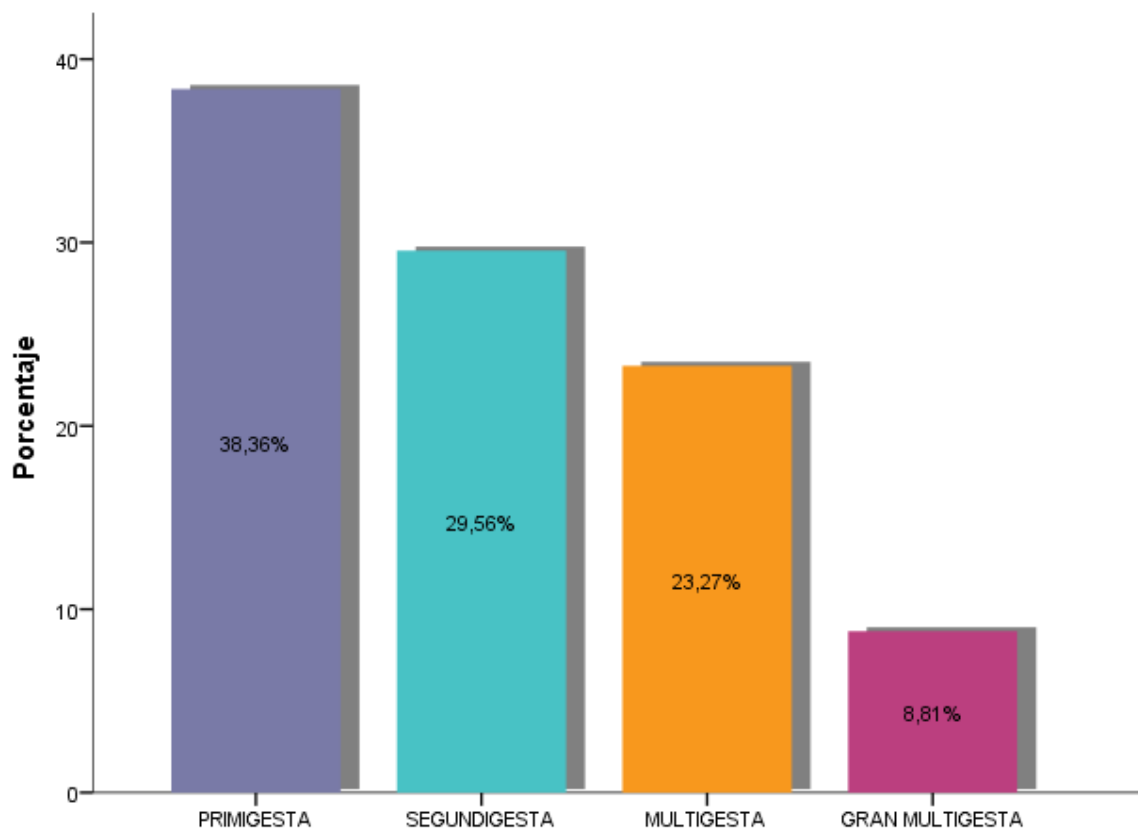
Pregunta 04: Paridad

Tabla 6: Paridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMIGESTA	61	38,4	38,4	38,4
SEGUNDIGESTA	47	29,6	29,6	67,9
Válido MULTIGESTA	37	23,3	23,3	91,2
GRAN MULTIGESTA	14	8,8	8,8	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 4: Paridad



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la paridad de las gestantes con anemia el 38.36% son primigestas, el 29.56% son segundigestas, mientras el 23.27% son multigestas y mientras que el 8.81 % son gran multigestas.

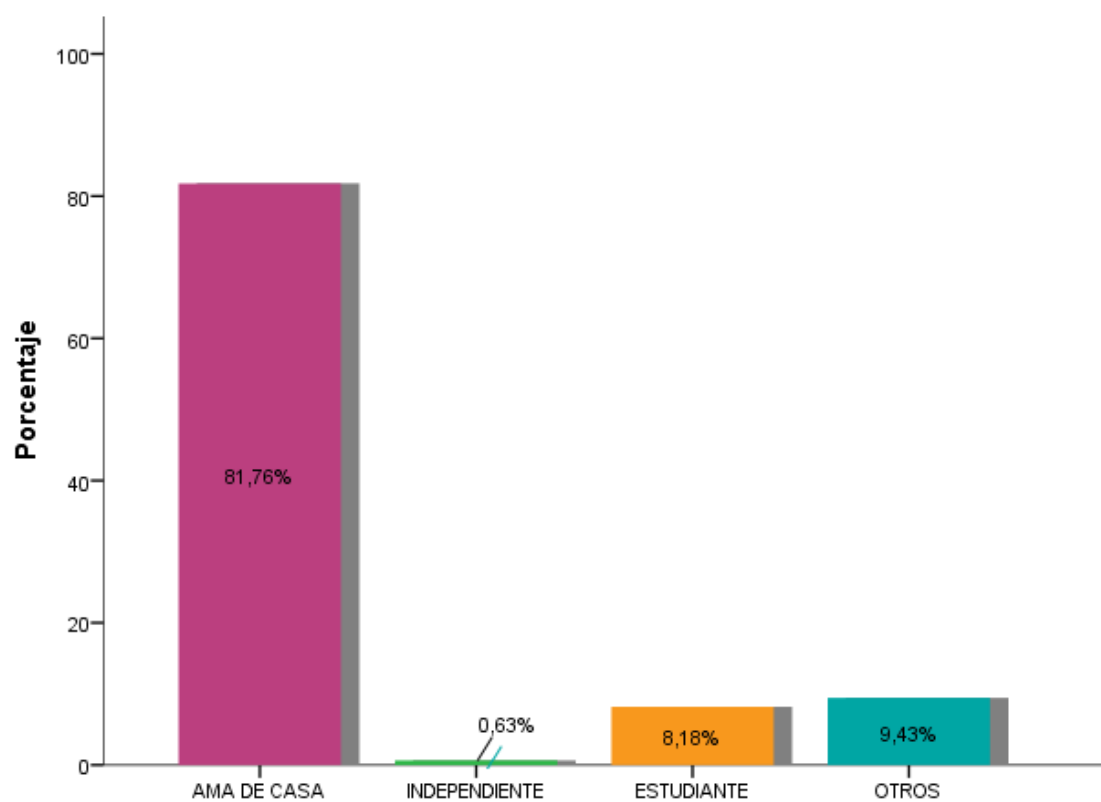
Pregunta 05: Ocupación

Tabla 7: Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMA DE CASA	130	81,8	81,8	81,8
INDEPENDIENTE	1	,6	,6	82,4
Válido ESTUDIANTE	13	8,2	8,2	90,6
OTROS	15	9,4	9,4	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 5: Ocupación



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la ocupación de las gestantes con anemia el 81.76% son amas de casa, el 9.43% tienen otras ocupaciones, mientras el 8.18% son estudiantes y mientras que el 0.63 % son independientes.

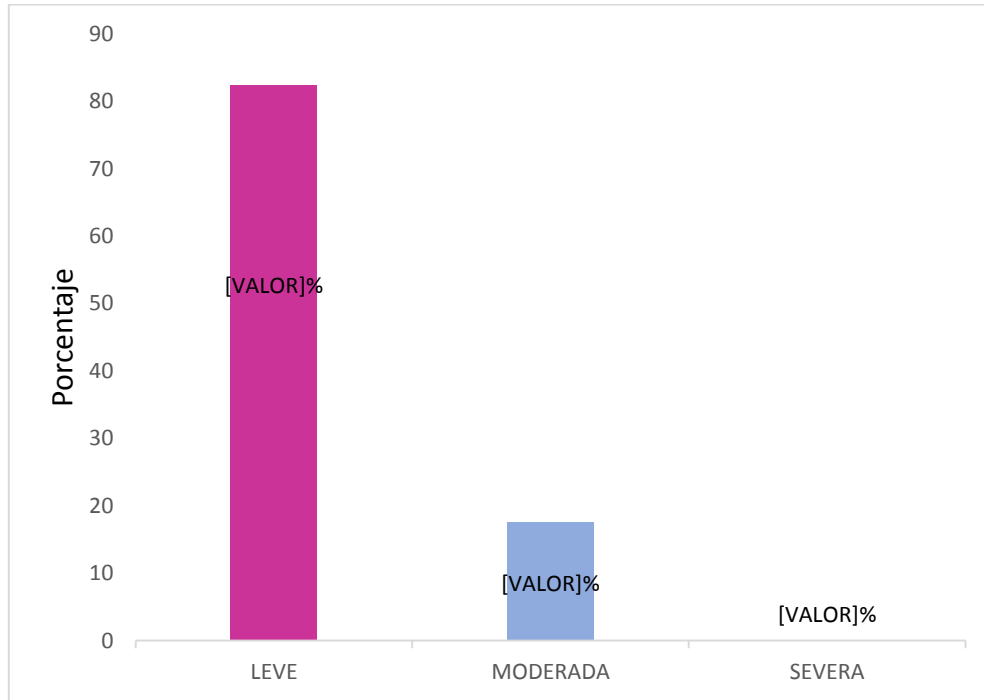
Pregunta 06: Valor de hemoglobina

Tabla 8: Valor de hemoglobina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido LEVE	131	82,4	82,4	82,4
MODERADA	28	17,6	17,6	100,0
SEVERA	0	0.0	0.0	100.0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 6: Valor de hemoglobina



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de las historias clínicas del valor de la hemoglobina de las gestantes con anemia indica que el 82.4% tienen anemia leve y el 17.6% presentan anemia moderada.

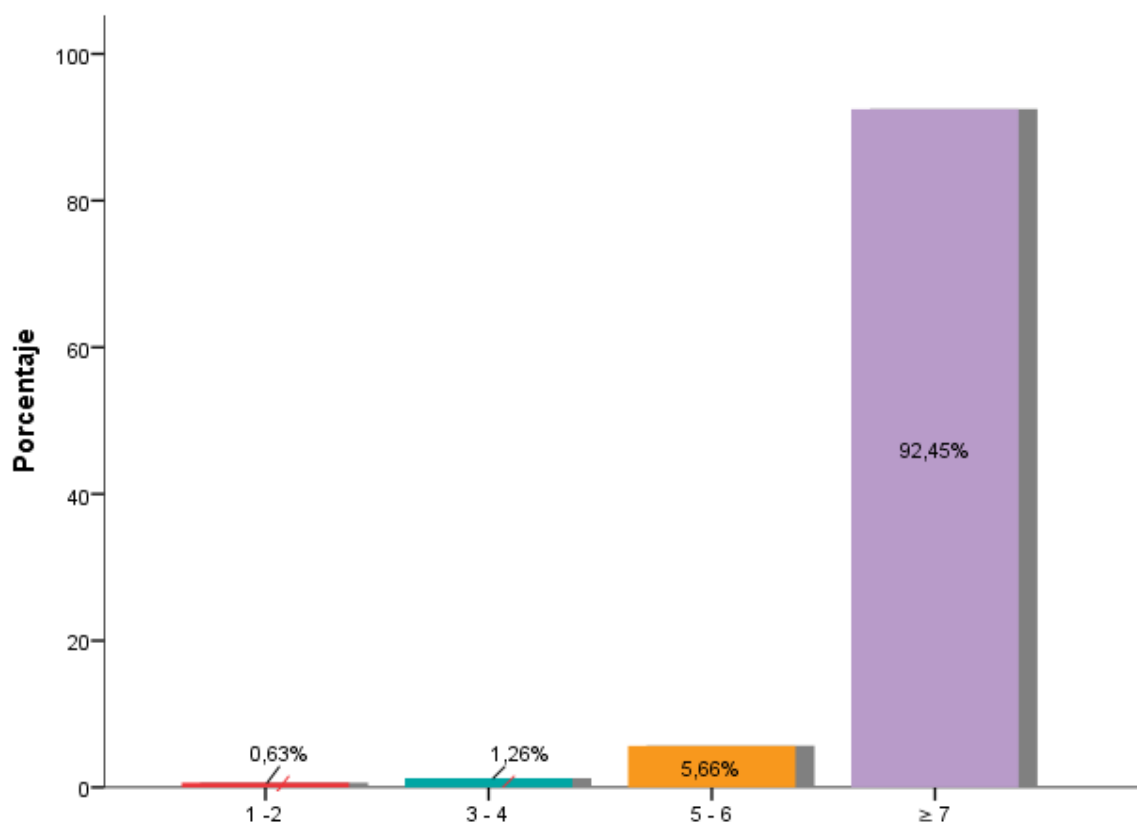
Pregunta 07: Controles Prenatales

Tabla 9: Controles prenatales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 -2	1	,6	,6	,6
3 - 4	2	1,3	1,3	1,9
Válido 5 - 6	9	5,7	5,7	7,5
≥ 7	147	92,5	92,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 7: Controles prenatales



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de las historias clínicas del control prenatal de las gestantes con anemia indican que el 92.45% asistieron a más de 7 CPN, el 5.66% tuvieron 5 – 6 CPN, mientras el 1.26% solo tuvieron de 3 – 4 CPN y el 0.63% solo tuvieron de 1 – 2 CPN.

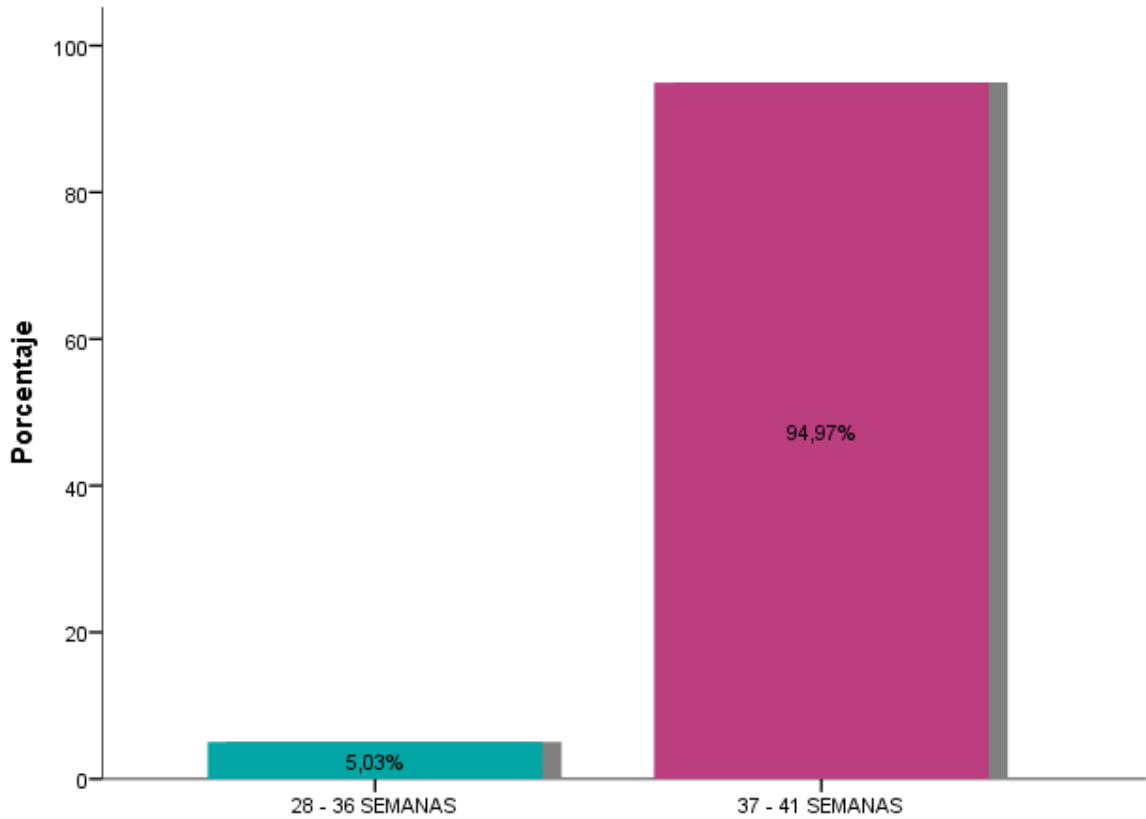
Pregunta 08: Edad gestacional

Tabla 10: Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	8	5,0	5,0	5,0
Válido	151	95,0	95,0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 8: Edad gestacional



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de las historias clínicas del control prenatal de las gestantes con anemia indican que el 94.97% contaron con una edad gestacional de 37 -41 semanas y el 5.03% con una edad gestacional de 28 – 36 semanas.

Datos de los recién nacidos

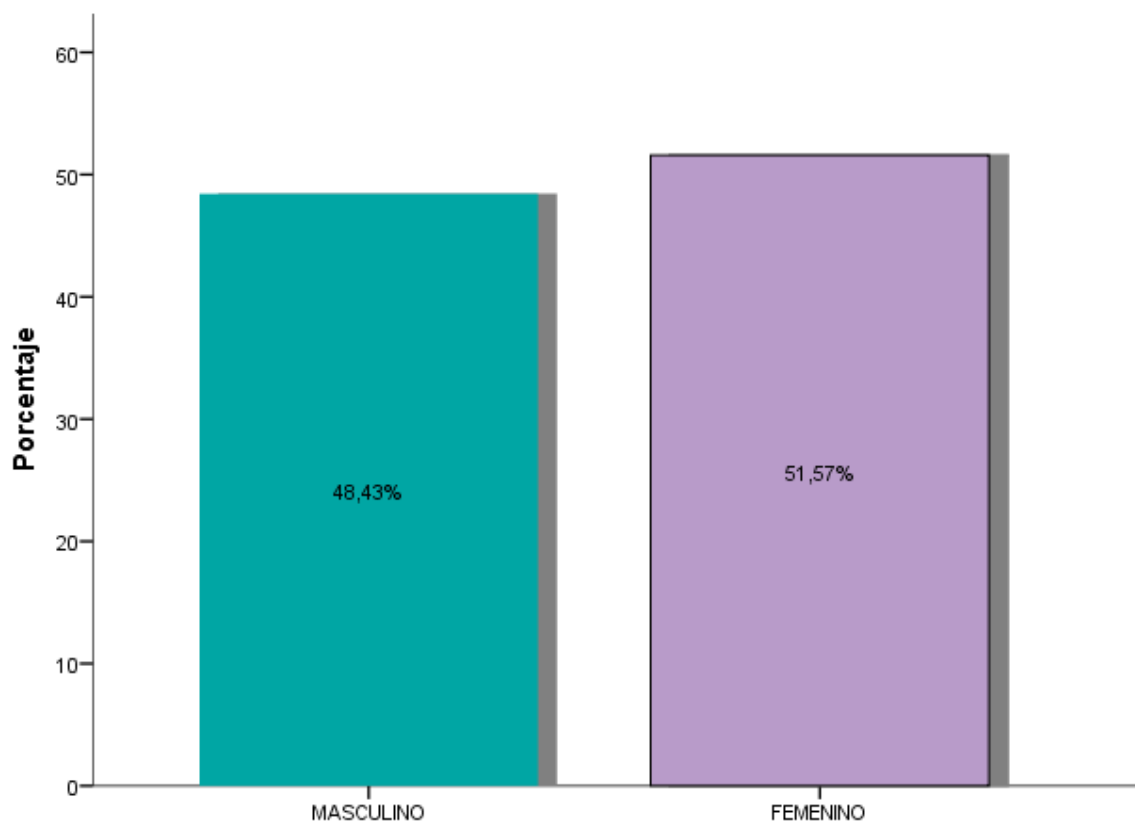
Pregunta 09: Sexo

Tabla 11: Sexo recién nacidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	77	48,4	48,4	48,4
	FEMENINO	82	51,6	51,6	100,0
Total		159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 9: Sexo recién nacidos



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de los recién nacidos según el procesamiento de la data se ha obtenido de que el 51.57% de los recién nacidos tienen sexo femenino y el 48.43% de los recién nacidos son de sexo masculino.

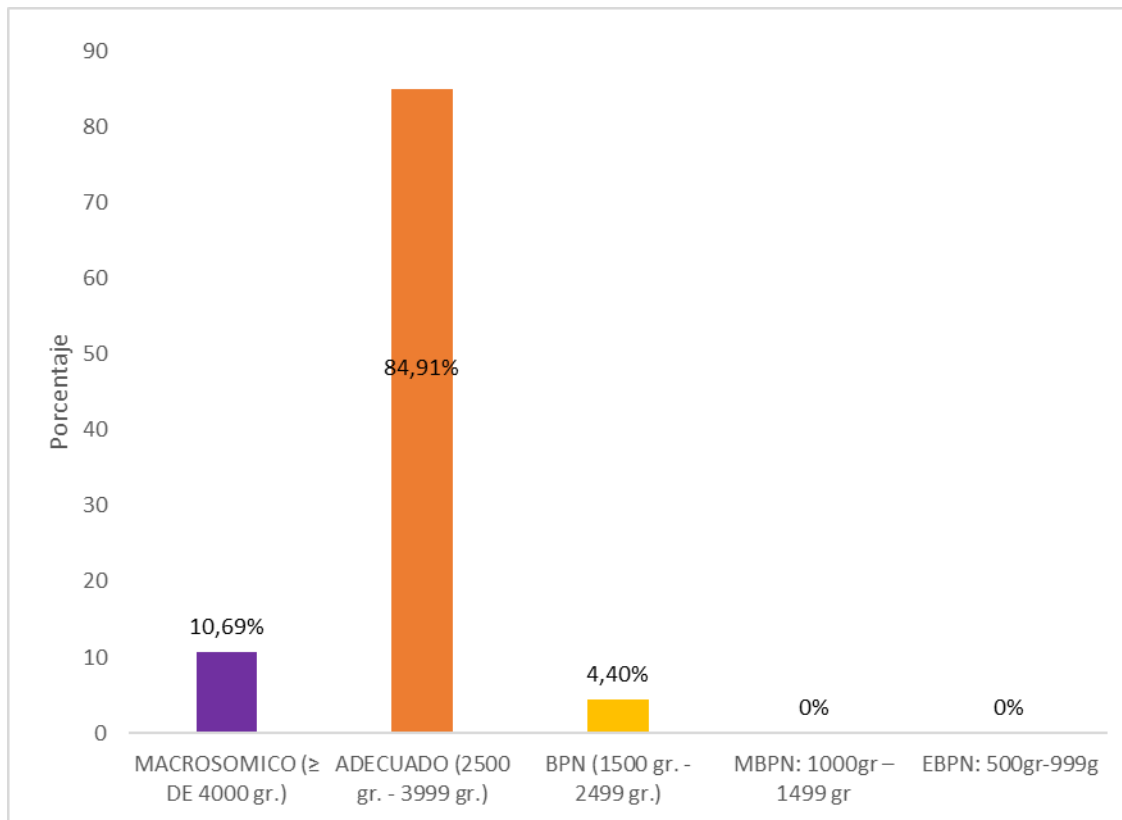
Pregunta 10: Peso al nacer

Tabla 12: Peso al nacer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MACROSOMICO (\geq DE 4000 gr.)	17	10,7	10,7	10,7
ADECUADO (2500 gr. - 3999 gr.)	135	84,9	84,9	95,6
Válido BPN (1500 gr. - 2499 gr.)	7	4,4	4,4	100,0
MBPN: 1000gr – 1499 gr	0	0	0	100,0
EBPN: 500gr-999g	0	0	0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 10: Peso al nacer



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de los recién nacidos según el procesamiento de la data se ha obtenido de que el 84.91% tienen el peso adecuado, el 10.69% son macrosómicos y el 4.40% tienen bajo peso (BPN).

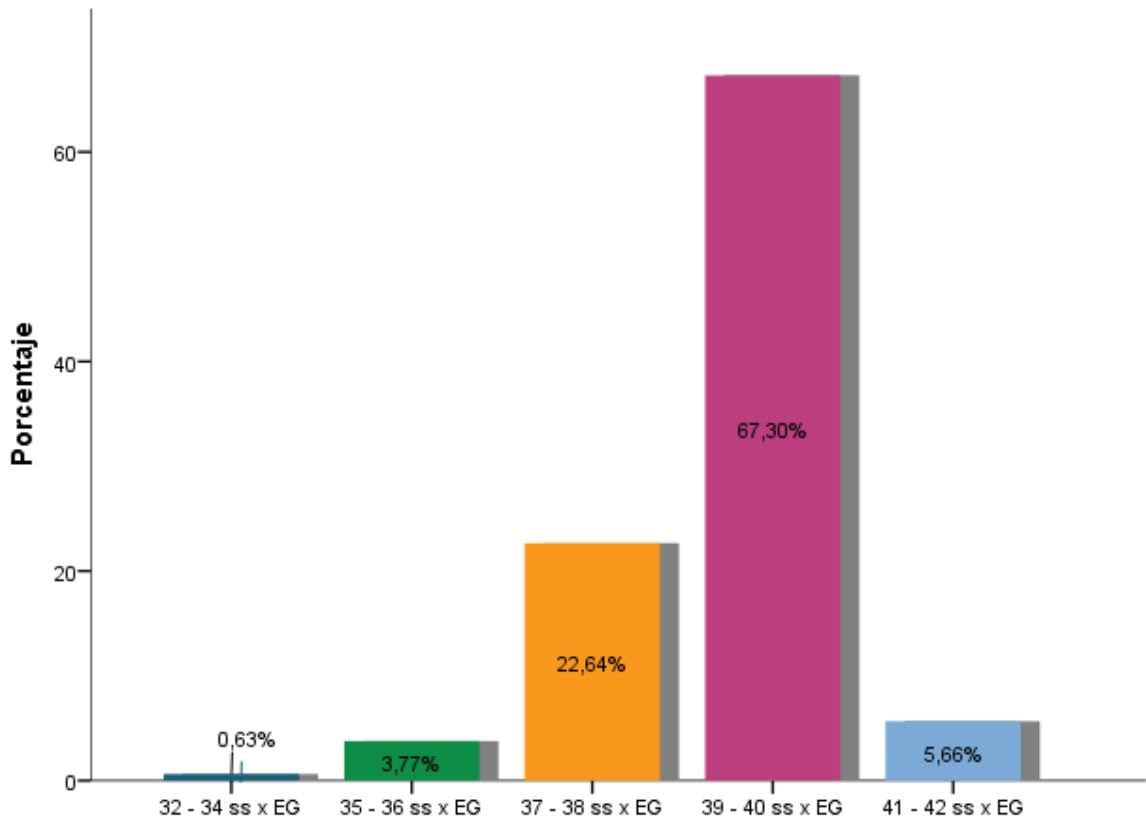
Pregunta 11: Test de capurro

Tabla 13: Test de Capurro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	32 - 34 ss x EG	1	,6	,6
	35 - 36 ss x EG	6	3,8	4,4
Válido	37 - 38 ss x EG	36	22,6	27,0
	39 - 40 ss x EG	107	67,3	94,3
	41 - 42 ss x EG	9	5,7	100,0
	Total	159	100,0	100,0

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Figura 11: Test de Capurro



Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a datos que se obtuvo de los recién nacidos según el procesamiento de la data se ha obtenido de que el 84.91% tienen el peso adecuado, el 10.69% son macrosómicos y el 4.40% tienen bajo peso (BPN).

5.2. Análisis inferencial

Es una parte de la Estadística que comprende los métodos y procedimientos para deducir propiedades (hacer inferencias) de una población, a partir de una pequeña parte de la misma (muestra). También permite comparar muestras de diferentes poblaciones.

Generalmente comprende las pruebas de estimación, puntual o por intervalos de confianza, y las pruebas de hipótesis, paramétricas, como la de la media, diferencias de medias, proporciones, etc., y las no paramétricas, como la prueba de chi-cuadrado.

Para este trabajo de investigación utilizaremos el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (rho) para la contratación de hipótesis.

Coeficiente rho de Spearman

En estadística, el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (rho) es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias (tanto continuas como discretas). Para calcular ρ , los datos son ordenados y reemplazados por su respectivo orden.

$$r_R = 1 - \frac{6\sum_i d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

n = número de puntos de datos de las dos variables

d_i = diferencia de rango del elemento “ n ”

El Coeficiente Spearman, ρ , puede tomar un valor entre +1 y -1 donde,

Un valor de +1 en ρ significa una perfecta asociación de rango

Un valor 0 en ρ significa que no hay asociación de rangos

Un valor de -1 en ρ significa una perfecta asociación negativa entre los rangos.

Si el valor de ρ se acerca a 0, la asociación entre los dos rangos es más débil.

Escala: Rango Relación

0 – 0,25: Escasa o nula

0,26-0,50: Débil

0,51- 0,75: Entre moderada y fuerte

0,76- 1,00: Entre fuerte y perfecta 5

Para la demostración de la aceptación o rechazo de la hipótesis de la investigación, se consideró el nivel de confianza del 95% (nivel de significancia $\alpha=5\%=0.05$).

Regla de decisión: Si $Rho \leq 0.05$ se rechaza H_0

Correlación de hipótesis general

Planteamiento de hipótesis

Correlación de la Hipótesis principal

H_1 = Existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Se analizan las variables planteada, a un nivel de confianza de 5%, los resultados de la correlación Rho de Spearman se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 14: Correlación- hipótesis general

Correlaciones				
			Valor de Hemoglobina	Peso al nacer
Rho de Spearman	Valor de Hemoglobina	Coeficiente de correlación	1,000	,276*
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	159	159
	Peso al nacer	Coeficiente de correlación	,276*	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	159	159

*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Interpretación: Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, débil y directamente proporcional ($r_s = 0,276$, $p < 0,05$), entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. Esto quiere decir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Lo cual este resultado nos indica que la anemia materna está relacionado con el peso del recién nacido a un nivel bajo o debil.

Planteamiento de hipótesis específicas 1

Se analizan las variables planteada, a un nivel de confianza de 5%, los resultados de la correlación Rho de Spearman se muestran en la siguiente tabla:

H_1 = Existe relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Tabla 15: Correlación- hipótesis específica 1

Correlaciones				
			Anemia leve	Peso al nacer
Rho de Spearman	Anemia leve	Coeficiente de correlación	1,000	,563*
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	159	159
	Peso al nacer	Coeficiente de correlación	,563*	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	159	159

*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Interpretación: Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ($r_s = 0,563$, $p < 0,05$), entre la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. Esto quiere decir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Lo cual

este resultado nos indica que la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas está relacionados a un nivel moderado.

Planteamiento de hipótesis específicas 2

Se analizan las variables planteada, a un nivel de confianza de 5%, los resultados de la correlación Rho de Spearman se muestran en la siguiente tabla:

H_1 = Existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Tabla 16: Correlación- hipótesis específica 2

Correlaciones				
			Anemia moderada	Peso al nacer
Rho de Spearman	Anemia moderada	Coefficiente de correlación	1,000	,275*
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	159	159
	Peso al nacer	Coefficiente de correlación	,275*	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	159	159

*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Herrera Gonzales, Karina Beatriz, 2020

Interpretación: Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, débil y directamente proporcional ($r_s = 0,275$, $p < 0,05$), entre la anemia leve de las gestantes

con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. Esto quiere decir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Lo cual este resultado nos indica que la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas está relacionados a un nivel débil o bajo.

Planteamiento de hipótesis específicas 3

Se analizan las variables planteada, a un nivel de confianza de 5%, los resultados de la correlación Rho de Spearman se muestran en la siguiente tabla:

H_1 = Existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- diciembre 2018.

H_0 = No existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Tabla 17: Correlación- hipótesis específica 3

Correlaciones				
		Anemia severa		Peso al nacer
Rho de Spearman	Anemia severa	Coeficiente de correlación		
		Sig. (bilateral)		.
	N		159	159
	Peso al nacer	Coeficiente de correlación		1,000
Sig. (bilateral)		.		
N		159	159	

Interpretación: Dado que en los datos de las historias clínicas no se obtuvo ningún caso de anemia severa en los gestantes damos por concluido que no existe relación de

la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.

5.3. Discusión de resultados

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018. Para determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido se formuló la siguiente hipótesis:

H_1 = Existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

H_0 = No existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

Donde mediante una contrastación de hipótesis, aplicando la correlación Rho de Spearman se aceptó la hipótesis alternativa donde la anemia materna si está relacionado significativamente con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018.

En esta investigación se seleccionó a 159 pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018 quienes conformaron la muestra total para el procesamiento de datos registrados; donde los resultados obtenidos de presente investigación fueron los siguientes:

Con respecto a la edad de usuarias el 33.96% comprende entre los 20 – 25.

El 47.17% de usuarias tienen un grado de instrucción de secundaria completa.

El 72.21% con respecto a su estado civil son convivientes.

En cuanto a la paridad de las usuarias el 38.36% son primigestas en cambio en los resultados de **Flores E. (2018)¹³** el **54.1% de pacientes son multíparas.**

En cuanto a la ocupación el 81.76% de usuarias son amas de casa.

Con respecto al valor de hemoglobina (anemia) en las usuarias el 82.4% indican que tuvieron anemia leve resultado similar fueron encontrados en las investigaciones recopiladas de **Willner E. y Col (2015)¹¹**, donde indica que **79.3% presentaron anemia leve**, en la investigación de **Aguinzaca Yaguache (2014)¹²** también encontramos resultado similar donde indica que **60,8 % de gestantes presentaron anemia leve**, **Flores, E (2018)¹³** donde indica que el **73.6% de las pacientes tiene anemia leve**, **Yusa Boza (2015)¹⁴** indica que la **anemia leve predomino en el grupo A con el 71 %**. Con respecto a la anemia moderada el 17.6% de las usuarias indicaron que padecieron de anemia moderada otros resultados similares se encontraron en las investigaciones recolectadas de **Willner E. y Col (2015)¹¹** donde obtuvo un resultado de **20.7% tenían anemia moderada**. En cuanto **Flores, E (2018)¹³** obtuvo que el **26.4% de las pacientes tenían anemia moderada**.

En los CPN indican que el 92.45% de usuarias tuvieron más de 7 controles prenatales.

En la edad gestacional el 94.97% de usuarias presentaron anemia entre las semanas 37- 41.

En los datos procesados de los recién nacidos obtuvimos que el 51.57% son de sexo Femenino y el 48.43% son de sexo masculino.

En los resultados obtenidos en el peso al nacer de los recién nacidos indican que el 84.91% nacieron con peso adecuado, mientras el 10.69% fueron macrosómicos y el 4.40% tuvieron BPN, resultados similares se obtuvieron en las investigaciones recopiladas de **Aguinzaca Yaguache (2014)¹²** donde indican que los recién nacidos con **bajo peso al nacer son el 33,8 %**. **Yusa Boza (2015)¹⁴** indica que se estimó el **23,3 % neonatos con bajo y escaso**

peso al nacer. Santos Miranda (2016)¹⁵ indica que el 32,3 % recién nacidos nacieron con bajo peso.

En cuanto a la edad gestacional por test de Capurro obtuvimos que el 67.30% de neonatos nacieron entre las 39 – 40 semanas.

Según las investigaciones recopiladas por Urdaneta J. y Col (2015)¹⁰, Willner E. y Col (2015)¹¹, Aguinza Yaguache (2014)¹², Flores, E (2018)¹³, Yusa Boza (2015)¹⁴, Santos Miranda (2016)¹⁵ todos ellos concluyeron que las gestantes padecieron de anemia leve, moderada y los recién nacidos en un porcentaje menor nacieron con BPN de igual forma se obtuvieron resultados similares en esta investigación.

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el procesamiento de la información obtenidas en esta investigación se concluye que:

1. Se determinó que si existe relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018, donde concluimos que la anemia materna tiene continuidad en el recién nacido con BPN en un menor porcentaje de 4.40 %.
2. Se determinó la relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018, donde concluimos que la anemia leve con un 82.4% en las usuarias tiene relación con el peso del recién nacido.
3. Se determinó la relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018, donde concluimos que la anemia moderada con un 17.6% en las usuarias tiene relación con el peso del recién nacido.
4. Se determinó la relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero- Diciembre 2018, donde concluimos que no existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido puesto

que no hubo data en las historias clínicas de usuarias con anemia severa y no se pudo procesar la data en la contrastación de hipótesis.

Mediante los resultados obtenidos de esta investigación también se concluye:

Que las mujeres atendidas tienen un alto nivel de anemia leve (82.4%) mientras en menor porcentaje en anemia moderada (17.6%) y no existe anemia severa en las usuarias, pero la anemia materna tiene continuidad en el recién nacido en un bajo porcentaje, eso quiere decir que si existe una relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido (4.40% BPN). También podemos concluir que los problemas de salud encontrados no son nuevos sino preexistentes pero que aún se están tratando de disminuir la anemia materna en el Perú.

Se concluye además que existe un alto porcentaje de mujeres que tienen malos hábitos de alimentación, falta de control prenatal y que la gestante no reciba sulfato ferroso y ácido fólico en forma oportuna y continua la causa sería de que la gran mayoría son amas de casa (81.76%) y tiene un alto grado de instrucción educativa baja (47.17% secundaria completa).

RECOMENDACIONES

1. Incentivar y facilitar a las usuarias gestantes a cumplir estrictamente sus controles prenatales, ya que estos son de vital importancia y así mismos indicadores de bienestar materno y fetal.
2. Promover la realización de nuevos estudios comparativos entre la anemia materna y bajo peso al nacer en nuestro distrito; así como también estudios que puedan identificar los factores de anemia materna relacionados al bajo peso al nacer en los neonatos.
3. Fortalecer la participación activa por parte del personal de salud del hospital, que a través de consejería y orientación se pueda captar e identificar precozmente a las gestantes con anemia, con el propósito de reducir su impacto en nuestro distrito.
4. Fortalecer la promoción de charlas preventivas dirigidas a las gestantes sobre educación nutricional y la importancia de nutrición adecuada en la gestación con la finalidad de combatir la anemia materna y así mejorar los resultados que puedan ser negativos para el recién nacido.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Referencia bibliográfica

1. Assessing the iron status of populations: report of a joint World Health Organization/ Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level, 2nd ed., Geneva, World Health Organization, 2007. En línea: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596107.pdf. Fecha de acceso: 6 de enero 2019
2. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. [Consultado febrero del 2018] Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
3. Munares-García O, Gómez-Guizado G, Barboza-Del Carpio J, Sánchez-Abanto J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012 Jul;29(3):329–36.
4. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina Materna En El Perú: Diferencias Regionales Y Su Asociación Con Resulta Dos Adversos Perinatales. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011;28(3):484–91.

5. Reyes J, Ochoa L; Encuesta Demográfica y Salud Familiar en el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mayo. 2014. Perú.
6. Cunningham , F. G., Leveno , k. J., Bloom, S. L., & Spong, C. Y. (2015). Williams Obstetricia . MC Graw Hill.
7. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Sistema De Información Del Estado Nutricional. Indicadores Gestantes Enero - junio 2017. [Internet] [Consultado febrero 2018] Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informaciondel-estado-nutricional>. Fecha de acceso: 6 de enero 2019
8. Estadística del Hospital de Chancay. 2014 – 2018
9. Estrategias de la OPS/OMS para el control de la deficiencia de hierro en la región Programa de Alimentación y Nutrición División de Promoción y protección de la Salud, D.C.2016.
10. Urdaneta J. y Col. (2015), Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. En línea: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400004. Fecha de acceso: 10 de enero 2019
11. Sa, S. A., Willner, E., Pereira, T. A., Souza, V. R., Teles Boaventura, G., & Azeredo, V. B. (2015). Anemia gestacional: influencia de la anemia sobre el peso y el desarrollo del recién nacido. *Nutrición Hospitalaria*. 32(5), 2071-2079.
12. Aguinza Yaguache, K. (2014). Anemia Gestacional y su relación con recién nacidos prematuros y de bajo peso en mujeres embarazadas que

acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja. [Tesis Doctoral], Universidad Nacional de Loja.

13. Flores E. (2018). Cajamarca. Relación del peso del recién nacido con el grado de anemia gestacional. Hospital General Cajabamba. 2018. En línea: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2293/Tesis%20Relaci%C3%B3n%20del%20Peso%20del%20Recien%20Nacido%20con%20el%20Grado%20de%20Anemia%20Gestacional.%20HGC.%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha de acceso: 7 de enero 2019
14. Yusa Boza, Y. (2015). Correlación entre los niveles de Hemoglobina Materna con Hemoglobina y peso del Recién Nacido, Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", Lima.2015. [Tesis Doctoral], Universidad San Martín de Porres, Lima.
15. Santos Miranda, F. (2016). Relación de la Hemoglobina anteparto con el peso y hemoglobina del recién nacido, Hospital de Lircay II-1 Angaraes-Huancavelica, 2015. [Tesis Doctoral], Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
16. Instituto Gerontológico. La Anemia [Consultado marzo 2018]. Disponible en: <http://www.igerontologico.com/salud/hematologia-salud/anemia-6543.Htm> .
17. Schwartz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 25.
18. Pacheco, J. "Obstetricia y Ginecología" 1ra Edición Lima Perú.2009:868-78.
19. Directiva Sanitaria N^a 069 - 2016 – Minsa / DGSP - v. 01) Directiva Sanitaria Para La Prevención y Control De La Anemia Por Deficiencia De Hierro En Gestantes y Puérperas.

20. José Luis Tapial.; Álvaro González M. Neonatología. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Chile. 2011. Paga. 202 – 210
21. Ghimire RH, Ghimire S. Maternal And Fetal Outcome Following Severe Anaemia In Pregnancy: Results From Nobel Medical College Teaching Hospital, Biratnagar, Nepal. J Nobel Med Coll. 2013 Feb 27;2(1):22–6.
22. Laflamme EM. Maternal Hemoglobin Concentration and Pregnancy Outcome: A Study of the Effects of Elevation in El Alto, Bolivia. McGill J Med MJM. En línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296152/> Fecha de acceso: 6 de enero 2019
23. Ali AA, Rayis DA, Abdallah TM, Elbashir MI, Adam I. Severe anaemia is associated with a higher risk for preeclampsia and poor perinatal outcomes in Kassala hospital, eastern Sudan. BMC Res Notes. 2011 Aug 26;4:311.
24. Ramirez J, Delgado N, Infante R. Factores predisponentes y complicaciones maternas neonatales de la anemia en el embarazo. Multimed 2008; 12(1).
25. Gonzales G., Tapia V., Gasco M., Carrillo C. “Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y efectos perinatales”. Rev Per MedExp Salud Publica.; 2011. p. 484-491.
26. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. (2013) Metodología de la investigación.
27. Sánchez S. En su estudio “Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y su asociación con las medidas antropométricas de sus recién nacidos”. Pediatr. (Asunción), Vol. 37; Nº 2; 2010.

28. OMS “administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo”, Organización Mundial de la Salud, 2014.
29. Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas, RM-N° 069-2016/MINSA. Dirección Atención Integral de Salud – Lima. MINSA; 2015. P 52.

ANEXOS

ANEXO N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: ANEMIA MATERNA Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL DE CHANCAY “DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ”, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la relación entre la anemia materna y peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es la relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación de la anemia moderada de las</p>	<p>Objetivo principal</p> <p>Determinar la relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p> <p>Objetivos secundarios</p> <p>Determinar la relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche</p>	<p>Hipótesis Principal</p> <p>Existe relación entre la anemia materna con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p> <p>Hipótesis secundarios</p> <p>Existe relación de la anemia leve de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p>	<p>Anemia materna</p> <p>Peso del recién nacido</p>	<p>Anemia Leve</p> <p>Anemia Moderada</p> <p>Anemia Severa</p> <p>Extremadamente bajo peso al nacer</p> <p>Muy bajo peso al nacer</p> <p>Bajo peso al nacer</p> <p>Peso adecuado</p> <p>Macrosómico</p>	<p>Anemia leve <11 gr/dl</p> <p>Anemia Moderada <9 gr/dl</p> <p>Anemia Severa <7 gr/dl</p> <p>EBPN: 500gr-999g</p> <p>MBPN: 1000gr – 1499 gr</p> <p>BPN: 1500 gr – 2499 gr</p> <p>Adecuado: 2500 gr – 3999 gr</p> <p>Macrosómico: >4000 gr</p>	<p>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Correlacional</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>No experimental</p> <p>MÉTODO</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Muestra:</p> <p>será de 159 gestantes con anemia</p> <p>Técnicas</p> <p>Cuestionario</p>

<p>gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018?</p>	<p>López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p> <p>Determinar la relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p> <p>Determinar la relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p>	<p>Existe relación de la anemia moderada de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p> <p>Existe relación de la anemia severa de las gestantes con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” en el periodo Enero-Diciembre 2018.</p>				
---	---	---	--	--	--	--

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO



Escuela de Posgrado de la Universidad Alas Peruanas

ANEMIA MATERNA Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL DE CHANCAY “DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ”, 2018.

DATOS MATERNOS:

1. Edad

- a) 15 a 19
- b) 20 a 25
- c) 26 a 30
- d) 31 a 35
- e) 36 a 40
- f) Más de 40

2. Grado de instrucción

- a) Primaria completa
- b) Primaria incompleta
- c) Secundaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Superior técnico completo
- f) Superior técnico incompleto
- g) Superior universitario completo
- h) Superior universitario incompleto

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Conviviente

4. Paridad

- a) Primigesta

- b) Secundigesta
- c) Multigesta
- d) Gran Multigesta

5. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Independiente
- c) Agricultora
- d) Estudiante
- e) Otros

6. Valor de Hemoglobina

- a) Leve (<11 gr/dl)
- b) Moderado (<9 gr/dl)
- c) Severo (<7 gr/dl)

7. Número de Controles Prenatales

- a) 1 – 2 CPN
- b) 3 – 4 CPN
- c) 5 – 6 CPN
- d) \geq 7 CPN

8. Edad gestacional

- a) \leq 27 semanas
- b) 28 – 36 semanas
- c) 37 – 41 semanas
- d) \geq 42 semanas

DATOS DEL RECIEN NACIDO:

9. Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

10. Peso al nacer

- a) Macrosómico (\geq de 4000g)
- b) Adecuado: 2500 gr – 3999 gr
- c) BPN: 1500 gr – 2499 gr
- d) MBPN: 1000gr – 1499 gr
- e) EBPN: 500gr-999g

11. Edad gestacional por test de Capurro

- a) 32 - 34 ss x EG
- b) 35 - 36 ss x EG
- c) 37 - 38 ss x EG
- d) 39 - 40 ss x EG
- e) 41 - 42 ss x EG

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Año de la Universalización de la Salud"

Huacho, 10 de Diciembre del 2020

DR. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS

Presente.-

**Solicito: AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION PARA
DESARROLLO DE TESIS**

Yo Karina Beatriz Herrera Gonzales identificada con DNI N° 75480452, con domicilio actual en el Distrito de Vegueta - Provincia de Huaura; Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo culminado satisfactoriamente mis estudios en la escuela profesional de obstetricia en la Universidad Alas Peruanas filial Huacho, el haber recibido el grado de Bachiller en su misma casa de estudios y realizado internado hospitalario en este mismo Hospital Chancay y SBS en el año 2018 I-II, solicito a su despacho se me otorgue la autorización para recabar información para desarrollo de tesis:


Anemia materna y peso del recién nacido en el Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López, 2018.

Con el fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno infantil a través de la investigación

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Bachiller en obstetricia Karina Beatriz Herrera Gonzales.

Firma:  75480452

COMITÉ REGIONAL DE ÉTICA
DIRECCIÓN
HOSPITAL CHANCAY Y SBS
MEDICINA INTERNA Y OBSTETRICIA

10 DIC 2020

HORA 07:24 N.º DE REGISTRO
REGISTRADOR

Huacho, 10 de diciembre del 2020

OFICIO N° 041-2020/OBST-UAP/FILIAL HUACHO

DR. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS

Presente.-

**ASUNTO: AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION PARA
DESARROLLO DE TESIS**

De mi mayor consideración:


Es grato dirigirme a su despacho para expresarle mis cordiales saludos; y a la vez, en virtud al convenio específico solicitar autorización para recabar información de la base de datos del área de estadística y de la base de datos del área de salud sexual y reproductiva sobre púerperas y recién nacidos atendidos en el Hospital de Chancay para el desarrollo del proyecto de tesis:

Anemia materna y peso del recién nacido en el Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López, 2018.

Por la bachiller en Obstetricia Karina Beatriz Herrera Gonzales con DNI 75480452 con el fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno infantil a través de la investigación

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


Mg. Maria Eugenia Loza Tumbha
COGNOM: TUMBHA
CALLE: 1000 Y 20 DE OCTUBRE



ANEXO 04: VALIDACION DE EXPERTOS



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

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	6	6	6	18

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total "de acuerdo" de jueces

Td: N° total de "desacuerdo" de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{17}{17 + 4} \times 100 = 0.809 \quad \text{Excelente validez}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

Resultado 1.0 Validez perfecta.....

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

Estimado juez experto (a): Dr. Elizabeth Tarazona Avila

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada:

Atención Materna y peso del recién nacido en el Hospital de Chancay "Dr. Vidalgo Alcedo Lopez" - 2018

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

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

SUGERENCIAS:

.....

[Firma manuscrita]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

- Elizabeth Julia Tarazona Avila
- DNI: 42146040
- COP: 23386



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

Estimado juez experto (a): ENA DALILA GALARZA ROSALES

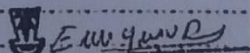
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada:

ANEMIA MATERNA Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL DE CHANCAY "DR. HIDALBO ATOCHE LOPEZ", 2018

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

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

SUGERENCIAS:


GALARZA ROSALES ENA DALILA
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP. 26209 RNE 911-8.03

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



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

Estimado juez experto (a): Maritza Quillay Pariasca

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada:

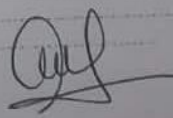
Ansiedad Materna y Peso del Recién Nacido
en el Hospital de Chancay - Dr. Hidalgo Ptoche Sept 7, 2018

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

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

SUGERENCIAS:

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

Maritza Quillay Pariasca 
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ANEXO 05: DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE PLAN DE TESIS.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, HERRERA GONZALES, KARINA BEATRIZ, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia Universidad Alas Peruanas, identificada con DNI N° 75480452.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: "Anemia materna y peso del recién nacido en el Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López", 2018.". La misma que presento para optar el grado Académico de Lic. en Obstetricia.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me soy responsable ante a la Universidad y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causal alguna en la tesis presentada.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Alas Peruanas.

Lima, 18 de enero del 2021

HERRERA GONZALES, KARINA BEATRIZ

DNI :75480452