



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

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO Y PESO DEL
RECIEN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA-2017.”**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: YNGRID DAYANNE CALCINA ROJAS

ASESOR

Dra. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA

AREQUIPA, PERÚ, 2017

**“RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO Y PESO DEL
RECIEN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA-2017.”**

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a dios y a mí querida familia por estar cuando más los necesito, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el centro de salud mariano melgar, Arequipa 2017. Fue un estudio de enfoque cuantitativo de nivel descriptivo de diseño correlacional, cuya muestra fueron 155 gestantes. Entre sus conclusiones están:

El mayor porcentaje de gestantes tienen 18 a 23 años, seguido por las gestantes con 24 a 29 años así como por las gestantes de 30 a 36 años. Respecto al grado de instrucción el 57%(89) tienen secundaria completa y el 43%(66) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 66%(102) son casados y el 34%(53) son solteros.

No existe relación significativa entre las variables anemia de la madre y el bajo peso al nacer del niño ya que solo el 2%(3) niños presentaron bajo peso al nacer (< 2,000 kg) a pesar que se encontró en los registros 10 madres que presentaron anemia leve y moderada. Asimismo las madres que no padecieron anemia tuvieron recién nacidos con un peso adecuado.

El 94%(145) no presentan anemia encontrándose que asistían al control prenatal y no presentaban ningún problema en su embarazo. Pero eso no ocurría en el 4%(6) que si tienen anemia leve y el 2%(4) anemia moderada.

Respecto al peso del recién nacido se puede decir que el 98%(152) recién nacidos presentan peso normal que oscila entre los 2500 a 3800 kg y solo el 2%(3) tienen bajo peso de 2000 kg

Palabras Claves: Gestantes y anemia

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between anemia in pregnancy and the weight of the newborn in pregnant women attended at the health center mariano melgar, Arequipa 2017. It was a quantitative approach study of descriptive level correlational design, whose sample were 155 pregnant women Among its conclusions are:

The highest percentage of pregnant women is between 18 and 23 years old, followed by pregnant women between the ages of 24 and 29 and pregnant women between 30 and 36 years of age. Regarding the level of education 57% (89) have completed secondary and 43% (66) incomplete secondary, compared to marital status 66% (102) are married and 34% (53) are single.

94% (145) did not present anemia, and found that they attended the prenatal check-up and did not present any problem in their pregnancy. But that did not happen in 4% (6) if they have mild anemia and 2% (4) moderate anemia.

Regarding the weight of the newborn can be said that 95% (148) newborns have normal weight ranging from 2500 to 3800 kg and only 5% (7) have low weight of 2000 kg

Key Words: Pregnant and anemia

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición de términos	34
2.4. Hipótesis	36
2.5. Variables	36
2.5.1. Definición conceptual de la variable	37
2.5.2. Definición operacional de a variable	37
2.5.3. Operacionalización de la variable	38

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	39
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	40
3.3. Población y muestra	41
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	42
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	42
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La gestante debe estar bien nutrida y muchas veces su dosaje de hemoglobina disminuye durante el embarazo y padecer anemia es una preocupación durante la atención de la madre ya que cualquier problema de mal nutrición podría repercutir en el crecimiento y desarrollo del niño. La anemia ha sido un trastorno nutricional muy importante en el mundo, tiene múltiples etiologías, y en el embarazo se encuentra asociado a la ingesta de hierro y cambios fisiológicos propios de la gestación. Esta caída fisiológica de hemoglobina (Hb) se atribuye al aumento del volumen del plasma, y por lo tanto disminución de la viscosidad de la sangre. Agregado a esta condición existen muchos países con ingesta inadecuada de alimentos ricos en hierro, infecciones parasitarias, etc, que empeoran el nivel final de hemoglobina en la población. El presente trabajo de investigación se podrá observar que consta de 4 capítulos. En cuanto al Capítulo I llamado El Problema consta de: determinación del problema, formulación del problema, los objetivos de la investigación, justificación del estudio u limitaciones de la investigación. En el Capítulo II llamado Marco Teórico consta de: antecedentes del estudio, base teórica y el marco conceptual. En el Capítulo III llamado Sistema de Hipótesis que consta de: hipótesis, variables y la operacionalización de variables.

En el Capítulo IV llamado Metodología consta de: tipo de estudio, método, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos y los resultados. Finalmente se presentará las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La OMS ha definido la anemia en el embarazo como hemoglobina inferior a 11 mg/ dl, con sus respectivas clasificación de acuerdo a la severidad y ajustes de acuerdo a la geografía y altura sobre nivel del mar. (3) Hasta ahora, la anemia en mujeres embarazadas ha sido considerada como perjudicial para el embarazo y resultado del crecimiento fetal. Bajo peso al nacer y parto prematuro han sido persistentemente vinculados a esta patología. ⁽¹⁾

La malnutrición por defecto es crítica en el período gestacional al traer consigo resultados adversos para la salud materna, fetal y del recién nacido en las pacientes con bajo peso pre gestacional se observó de manera significativa la amenaza de parto pre término en 20,5 %; rotura prematura de las membranas en 17,9 %; ganancia insuficiente de peso en 43,8 %; restricción del crecimiento en 14,3 %; malformaciones congénitas en 2,7 %; parto pre término en 6,3 % y bajo peso al nacer en 8,9 %; el distrés respiratorio fue la complicación significativa del recién nacido con 10,7 % y la endometritis y sepsis urinaria, en las puérperas con 16,1% y 5,4%respectivamente²

A nivel mundial más de 20 millones de bebés nacen con bajo peso al nacer, asimismo esto está asociado con consecuencias adversas para la salud, incluyendo perinatal y la mortalidad y morbilidad neonatal, deterioro desarrollo cognitivo, y las enfermedades crónicas en la edad adulta, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud.^(3,4) Cabe mencionar que la incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente, siendo más frecuente en países subdesarrollados; se manifiesta más al final del embarazo en multíparas, gestantes jóvenes y aquellas que no reciben atención prenatal o no toman suplemento de hierro.

Los trastornos nutricionales por defecto al inicio de la gestación traen consigo un aumento en la morbilidad materna y perinatal al incrementar el riesgo de afecciones obstétricas, fetales, puerperales y del recién nacido. Se considera como anemia durante la gestación, a la existencia de un nivel de hemoglobina inferior a 11 g/dL en el primer y tercer trimestre, y por debajo de 10,5 g/dL en el segundo trimestre.

Cabe mencionar que la incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente, siendo más frecuente en países subdesarrollados; se manifiesta más al final del embarazo en multíparas, gestantes jóvenes y aquellas que no reciben atención prenatal o no toman suplemento de hierro.

El estado nutricional de la madre está directamente relacionado con el peso del recién nacido; la malnutrición de la madre antes o durante el embarazo contribuye al nacimiento de niños con bajo peso.

Conocer incidencia y factores de riesgo del recién nacido de peso insuficiente. El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso. Inferior a 2500 gramos, independientemente de su edad gestacional, se considera bajo peso.

La Organización Mundial de la Salud plantea que uno de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % al nivel mundial.

En el Perú durante el año 2013, la prevalencia de anemia en gestantes fue de 27,2%, mientras que en Arequipa fue 15.5%.

Durante mis practicas académicas observamos en la Posta 15 de Agosto, qué las gestantes tienden a sufrir de anemia; la cual puede ser perjudicial tanto la madre como el recién nacido.

La alimentación es un proceso necesario y obligado para todos los organismos y este ha de producirse cumpliendo determinados requisitos con el objetivo de alcanzar y mantener el mayor grado de competencia biológica para enfrentar adaptativamente los cambios energéticos sustanciales que se puedan producir.

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos, hormonales y bioquímicos que influyen sobre la necesidad de nutrientes de la mujer; estos cambios son necesarios para el desarrollo y el crecimiento fetal, el mantenimiento materno durante el embarazo y la preparación de la madre para el parto y la lactancia, es por ello que la mujer debe llegar a este período en las mejores condiciones nutricionales posibles⁵

La proporción de mujeres que inician el embarazo con un índice de masa corporal bajo no es despreciable, la ganancia de peso total tampoco alcanza en todos los casos el nivel deseado; así, las gestantes desnutridas tienen un mayor riesgo de parto pre término, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, anemia y afecciones del recién nacido como la membrana hialina, lesiones cerebrales y anemia que elevan considerablemente la mortalidad perinatal.

La nutrición inadecuada es un serio problema de la salud en todo el mundo que trae consigo innumerables trastornos, el período gestacional es uno de los más críticos en este sentido y no se encuentra exento de resultados adversos para la salud de la madre, el feto y el recién nacido; es por ello que nos dimos a la tarea de realizar este estudio con el

objetivo de determinar los resultados perinatales en gestantes con bajo peso pre gestacional en el municipio Santa Cruz del Norte durante 2 años.

Ernesto Rosell Juarte y otros en un estudio sobre efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo y el parto en Camagüey observaron, de manera significativa, la presencia de amenaza de parto pre término dentro del grupo de las malnutridas (RR= 4,587; p= 0,0322); así, el 87,5 % de las malnutridas y el 46,8 % de las gestantes sin riesgo presentaron esta afección. Asimismo, la malnutrición materna por defecto fue causa contribuyente para la rotura prematura de membranas (RR= 14,181; p= 0,00002), observando que el 80 % de las gestantes malnutridas tuvieron esta complicación durante el embarazo, mientras que en el grupo sin riesgo se apreció en el 37,5 % de las madres.⁶

Según *Painter* y otros, la desnutrición materna se encuentra asociada a un incremento del parto pre término en 2,4 veces con respecto a las gestantes con peso adecuado al inicio del embarazo y se relaciona íntimamente con la rotura prematura de las membranas ovulares en el 35,6 % de los casos de forma significativa con respecto al grupo control.

Pedro Lorenzo Rodríguez Domínguez y *Venelio Martín Ojeda*, en un estudio realizado en Matanzas en el decenio 2000-2009 sobre implicaciones obstétricas de la desnutrición materna, observaron que la ganancia de peso global menor de 8 kg fue más frecuente en las gestantes que iniciaron la gestación con bajo peso al compararlas con las normo pesó (22,5 % contra 8,8 %; p < 0,01).⁷

Mumfoed y otros plantean que el mayor por ciento de las gestantes que comienzan con desnutrición tienen una ganancia insuficiente durante todo el embarazo, presentándose en alrededor del 42,3 %; en estas, solo el 23,8 % logró una ganancia adecuada y el resto aumentaron exageradamente de peso. Para estos autores, esto quizás se deba a un déficit en la ingestión de nutrientes que está presente desde la etapa preconcepcional y que continúa durante todo el embarazo debido a bajos

ingresos económicos u otras causas. Para *Amaro* y otros, una baja ganancia puede ser consecuencia de una ingesta inapropiada durante el embarazo y de necesidades básicas insatisfechas.

Frente a las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?
- ¿Existirá anemia entre las gestantes atendidas en el centro de Salud Mariano Melgar?
- ¿Qué tipo de anemia existirá entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?
- ¿Cómo es el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.3.1- OBJETIVOS GENERAL

- Determinar la relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar
- Identificar casos de anemia entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar
- Reconocer el tipo de anemia que existirá entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar
- Reconocer cómo es el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar

1.4. JUSTIFICACIÓN

La investigación es importante y necesaria ya que hablar de la anemia en la gestante es adelantarnos en ver la problemática en el niño ya la gestante tiene la responsabilidad del crecimiento de un nuevo ser y un estado nutricional adecuado no solamente para su propia salud, sino también para un resultado perinatal favorable. A pesar de ser la anemia gestacional una patología muy frecuente en nuestro país y en nuestro medio local, no existen estudios similares, por lo cual la intención del presente estudio fue conocer nuestra realidad inmediata e identificar si existe una relación entre dichas patologías en nuestro medio. Esto nos permitirá poder mejorar los programas de salud preventiva, fortaleciendo estrategias en el control prenatal adecuado y temprano así como prevención de los factores de riesgo para la desnutrición y mejora del complemento con 6 micronutrientes, promoviendo que la población reconozca la importancia de la evaluación y seguimiento de estos indicadores de salud.

Porque la enfermera es la encargada del bienestar del recién nacido, ya que es su rol la cual le permite dar los debidos cuidados por los conocimientos adquiridos durante su carrera profesional, como sabemos

la enfermera debe saber en qué estado de salud se encuentra el recién nacido.

Este estudio servirá para el cuidado del recién nacido, y tomar medidas de precaución ante cualquier riesgo de enfermedad.

El presente estudio será de utilidad para los profesionales de Ciencias de la Salud que va seguir generando conocimientos, en especial a las madres que permita que conozcan el peso ideal del recién nacido.

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, particularmente en los países subdesarrollo a falta de una buena economía.

El hambre y una nutrición inapropiada contribuyen a la muerte prematura de las madres, lactantes y niños pequeños, y al desarrollo físico y cerebral como el deficiente aprendizaje en los jóvenes. Al mismo tiempo, las tasas mundiales crecientes de sobrepeso y obesidad están relacionadas con el aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, todas ellas afecciones que ponen en peligro la vida.

La gran mayoría de recién nacidos nace con el peso indicado, en algunos no ocurre eso porque durante el embarazo se pudo presentar anemia, siendo así que los recién nacidos tienden a bajar o subir de peso, por lo cual se tiene mayor cuidado.

1.5.- LIMITACIONES

La investigación solo se limita a reconocer la relación entre la anemia que puede padecer la madre y el bajo peso del recién nacido. Asimismo los resultados servirán de referencia solamente al ámbito del hospital.

Tener que esperar el tiempo que destine la administración (archivo) del hospital al permitirme obtener los datos necesarios de las gestantes y los recién nacidos

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

TICONA, R. (2001-2010), Perú en su estudio “Conocer incidencia y factores de riesgo del recién nacido de peso insuficiente en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Resultados: La frecuencia de recién nacidos de peso insuficiente fue 10,77 x 100 nacidos vivos. Los factores de riesgo fueron: madre analfabeta (OR=1,98), soltera (OR=1,41), estudiante (OR=1,4), adolescente (OR=1,38), desnutrida (OR=1,84), primípara (OR=1,35), con ausencia (OR=1,41) e inadecuado control prenatal (OR=1,55), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=2,72), rotura prematura de membranas (OR=2,09), hemorragia de la primera mitad (OR=1,37) y segunda mitad de embarazo (OR=1,83) y tuberculosis materna (OR=5,23).⁹

LAGOS, S. (2010), Chile en su estudio “Estado nutritivo materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término” tuvo como objetivo de este estudio fue conocer en una población normal de embarazadas, la relación entre el índice de masa corporal materno al inicio de la gestación y el peso promedio de

sus recién nacidos de término, controlando las variables edad gestacional al parto, sexo del recién nacido, paridad y edad materna. De los 50.080 registros presentes en la base de datos, se seleccionaron finalmente 9.735 casos de embarazadas cuyo perfil de edad, paridad, talla, peso de primera consulta e IMC, cumplieron los criterios de selección antes señalados. Las interacciones no fueron significativas y todas se asociaron significativamente con el peso de nacimiento ($p < 0.00$). En promedio si una mujer tiene el parto a las 39 semanas de gestación, RN de sexo femenino, IMC promedio de 25 kg / m², es primípara y 26 años de edad, se espera que el RN en promedio.¹⁰

GOMIS, M. (2006-2010), España en su estudio” Perfil de prescripción de nutrición parenteral en recién nacidos de muy bajo peso al nacer; período 2006 a 2010” tuvo como objetivo principal de este estudio es analizar la prescripción de nutrición parenteral (NP) de pacientes con menos de 1.500 g al nacimiento en los primeros 7 días de vida durante los años 2006-2010 en nuestro hospital. Se estudiaron 1.899 prescripciones de nutrición parenteral de los años 2006-2010 que correspondían a la primera semana de vida de 360 pacientes con menos de 1.500 g. El contenido calórico aumentó desde una media de 41,83 kcal/kg/día (1,89 g/kg/día de aminoácidos y 0,69 g/kg/día de lípidos) el primer día de vida hasta 80,61 kcal/kg/día (3,2 g/kg/día de aminoácidos y 2,4 g/kg/día de lípidos) el séptimo día. Cerca de un 70% de las prescripciones de los niños que tuvieron NP el primer día de vida llevaban lípidos. Pero cuando se considera todos los niños que tuvieron NP el cuarto día solo un 17% de dichos pacientes tuvieron aporte de lípidos el primer día de vida. Ninguna prescripción sobrepasaba 120 kcal/kg/día. Solamente un 17,9% de las del sexto día y 25.5% de las del séptimo día aportaban más de 90 kcal/kg/día.¹¹

VILLAMONTE, W. (2011), Perú en su estudio “Determinar el peso promedio al nacer en diferentes niveles de altura y su relación con el sexo del recién nacido.” Hubo diferencia significativa en el peso al nacer a término entre las ciudades estudiadas ($p < 0,05$). Hallamos resultados similares en los antecedentes de abortos y cesáreas, así como el sexo del recién nacido. La diferencia entre el peso promedio de los recién nacidos a término es alrededor de 55 g en las primeras 4 ciudades, pero se incrementa entre Puno y Cerro de Pasco a aproximadamente 250 g. Se observa una reducción significativa por encima de los 2 340 m y es mucho más marcado por encima de los 4 000 m. Los neonatos masculinos tienen más peso que los femeninos a diferentes niveles de altura.

12

SOUSA, F. (2013), Brasil en su estudio “Prevalencia y factores asociados con la anemia en mujeres embarazadas en un hospital público en la ciudad de Imperatriz, Maranhão” con el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados con la anemia en mujeres embarazadas en un hospital público en la ciudad de Imperatriz. Se analizaron 59 mujeres embarazadas que acuden a un servicio de atención prenatal, en julio y agosto de 2011. Para la recolección de datos utilizaron un protocolo de registro con los datos: socio- demográfico y antropométrico; condiciones de vivienda. Los resultados fueron que la prevalencia de anemia entre las mujeres embarazadas se relaciona con el nivel de vida como la ubicación de la casa en la zona urbana, que fue del 71,2 %. Esto se relaciona con el nivel económico, ya que éstos eran también parte de las familias más pequeñas, donde el 25,4 % con el número de 2 personas y el 37,3 % con 3 personas en la familia.¹³

PALMA, G. (2013), Ecuador “Factores que influyen en la presencia de anemia en gestantes hospitalizadas de la maternidad Ángela Loayza de Ollague de Santa Rosa Noviembre-Diciembre2011” con el objetivo de identificar los factores que

influyen en la incidencia de anemia en las mujeres embarazadas que han sido atendidas en la maternidad Ángela Loayza de Ollague de Santa Rosa en el mes Noviembre-Diciembre 2011”. Los resultados fueron que las primigestas están ocupando el primer lugar con un 39%, en segundo lugar a las que han tenido 2 gestas con un 26%, en tercer lugar tenemos los que han tenido más de 3 gestas con un 19% y por último a los que han tenido con un 16%.¹⁴

2.1.2. NIVEL NACIONAL

CERVANTES, G. (2013), Perú en su estudio “Anemia en mujeres en edad fértil de la Comunidad Nativa Ese’ejá - Palma Real, Madre Dios, Perú “con el objetivo de determinar la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil en comunidades nativas, fue un muestreo tipo censal donde se incluyeron a todas las mujeres de edad fértil (15-45 años) de la comunidad nativa. Los resultados en gestantes con anemia presenta una tendencia decreciente conforme aumenta la edad, siendo de 23,7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18,7% para el rango entre 36 a 45 años, la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil de la comunidad nativa Ese’ejá Palma Real es alta.¹⁵

SÁNCHEZ, I. (2014), Perú en su estudio “Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales” tuvo como objetivo determinar el nivel de hemoglobina en gestantes y prevalencia de anemia y su asociación con características socio-demográficas y prenatales, se utilizó como método el análisis secundario de la encuesta ENDES 2013. Los resultados mostraron que la prevalencia de anemia fue 27,2%, con predominio de la anemia leve con un 16,9% y un 10,3% tenía anemia moderada.¹⁶

VILLAMONTE, W. (2011), Perú en su estudio “Determinar el peso promedio al nacer en diferentes niveles de altura y su relación con el sexo del recién nacido.” Hubo diferencia significativa en el peso

al nacer a término entre las ciudades estudiadas ($p < 0,05$). Hallamos resultados similares en los antecedentes de abortos y cesáreas, así como el sexo del recién nacido. La diferencia entre el peso promedio de los recién nacidos a término es alrededor de 55 g en las primeras 4 ciudades, pero se incrementa entre Puno y Cerro de Pasco a aproximadamente 250 g. Se observa una reducción significativa por encima de los 2 340 m y es mucho más marcado por encima de los 4 000 m. Los neonatos masculinos tienen más peso que los femeninos a diferentes niveles de altura.

TICONA, R. (2001-2010), Perú en su estudio “Conocer incidencia y factores de riesgo del recién nacido de peso insuficiente en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Resultados: La frecuencia de recién nacidos de peso insuficiente fue 10,77 x 100 nacidos vivos. Los factores de riesgo fueron: madre analfabeta (OR=1,98), soltera (OR=1,41), estudiante (OR=1,4), adolescente (OR=1,38), desnutrida (OR=1,84), primípara (OR=1,35), con ausencia (OR=1,41) e inadecuado control prenatal (OR=1,55), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=2,72), rotura prematura de membranas (OR=2,09), hemorragia de la primera mitad (OR=1,37) y segunda mitad de embarazo (OR=1,83) y tuberculosis materna (OR=5,23).

BENGOA, E. (2016), La proporción de Desnutrición Crónica en la región Arequipa muestra en el tiempo una tendencia a la disminución, disminuyendo del 2005 al 2015 un total de 5.3% según el patrón de crecimiento de OMS 2006. Al I Semestre 2016, la desnutrición crónica, se han incrementado en los grupos etareos, de 6-11 meses, 12-23 meses, 24-35 meses, 36 -47 meses y los niños menores de un año son los que menores cambios han presentado en las proporciones, de menos de 0.4% por año.

2.2. BASE TEORICA

ANEMIA

La anemia se define como una reducción de más del 10% del valor normal en el número total de eritrocitos, la cantidad de hemoglobina (Hb) circulante y la masa eritrocitaria en un paciente particular.

La anemia se define de manera convencional como una disminución de los eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito por debajo de los valores normales establecidos con anterioridad para las personas sanas de igual edad, sexo, raza y medio ambiente.

La anemia es la insuficiencia de glóbulos rojos o la capacidad reducida de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro. Las enzimas de los tejidos que requieren hierro pueden afectar la función de las células en los nervios y los músculos.

ANEMIA EN GESTANTES

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario, el estado de gravidez requiere ajustes fisiológicos y bioquímicos que incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, pero hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante que da como resultado hemodilución.

La anemia es un problema mundial; constituye uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad.

Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de

ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo. La anemia empeorara el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres. También, aunque durante el embarazo hay una distribución preferencial del hierro hacia el feto, la anemia severa de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pre término.

La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia: anemia moderada: Hb. <110 g/L y 70 g/L, Anemia severa: Hb. <70 g/L y 40 g/L, anemia Muy severa: Hb. <40 g/L. La anemia grave en las embarazadas aumenta la morbilidad y mortalidad maternas y entraña un mayor riesgo para el feto. Los efectos nocivos de formas menos intensas de anemia en algunos estudios sugiere la existencia de una relación entre la concentración de hemoglobina materna y el peso del feto al nacer.

Es poco probable que la anemia, a menos que sea grave, sea nociva para el bebé, aunque la deficiencia de hierro se ha vinculado con un mayor riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. La anemia también puede hacer que se sienta más cansada que lo habitual durante el embarazo. Es probable que le realicen pruebas para evaluar su nivel de anemia al menos dos veces durante el embarazo.

Síntomas

Es posible que las mujeres con anemia durante el embarazo no manifiesten síntomas claros, a no ser que la cantidad de glóbulos rojos sea muy baja. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la anemia. Sin embargo, cada mujer puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Palidez en la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos o la parte inferior de los párpados
- Fatiga
- Vértigo o mareo

- Dificultad al respirar
- Latidos cardíacos acelerados (taquicardia)

MEDICIÓN DE LA ANEMIA

Se considera como anemia durante la gestación, a la existencia de un nivel de hemoglobina inferior a 11 g/dL en el primer y tercer trimestre, y por debajo de 10,5 g/dL en el segundo trimestre.

Cabe mencionar que la incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente, siendo más frecuente en países subdesarrollados; se manifiesta más al final del embarazo en multíparas, gestantes jóvenes, aquellas que no reciben atención prenatal o no toman suplemento de hierro.

La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia: anemia moderada: Hb. <110 g/L y 70 g/L, Anemia severa: Hb. <70 g/L y 40 g/L, anemia Muy severa: Hb. <40 g/L.

Para considerar que una mujer embarazada padece de anemia sus valores de hemoglobina deben ser inferiores a:

11 g/dl	Primer trimestre
10.5 g/dl	Segundo y tercer trimestre

Diagnóstico de anemia

La anemia generalmente se descubre durante el control prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocritos. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia pueden incluir análisis de sangre adicionales y otros procedimientos de evaluación.

Hemoglobina

Parte de la sangre que distribuye el oxígeno de los pulmones a los tejidos del cuerpo.

Hematocrito

Medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre.

Tratamiento de anemia

El tratamiento específico de la anemia será determinado por el médico.

- Qué tan avanzada está la enfermedad.
- La tolerancia a ciertos medicamentos
- Las expectativas para la evolución de la enfermedad.
- Su opinión o preferencia de la paciente.

El tratamiento depende del tipo y la severidad de la anemia. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro incluye suplementos de hierro. Algunas de las formas de administración son de dosificación lenta, mientras que otras deben administrarse varias veces por día. Si el hierro se toma con el jugo de un cítrico, el organismo lo absorbe mejor. Los antiácidos pueden disminuir la absorción del hierro. Los suplementos de hierro pueden provocar náuseas y hacer que las deposiciones sean de un color verde oscuro o negro. También es posible que los suplementos de hierro produzcan constipación.

Prevención de la anemia

Una buena nutrición antes del embarazo puede no sólo ayudar a prevenir la anemia, sino que también puede ayudar a la formación de otras reservas nutricionales en el cuerpo de la madre. Una dieta saludable y equilibrada durante el embarazo ayuda a mantener los niveles de hierro y otros nutrientes de importancia necesarios para la salud de la madre y del bebé en gestación.

Entre las fuentes de hierro se incluyen las siguientes:

- Carnes: res, puerco, cordero; el hígado y otros órganos
 - Aves: pollo, pato, pavo; el hígado (especialmente la carne oscura)
 - Vegetales de hojas verdes de la familia del repollo, como el brócoli, la col rizada, el nabo verde y la acelga
 - Legumbres, como las habas y los guisantes (arvejas); los frijoles y guisantes secos, como los frijoles pintos, los frijoles.
 - Actualmente se recomienda a todas las mujeres embarazadas y en edad fértil ingerir suplementos vitamínicos que contengan 400 microgramos de ácido fólico. Estos suplementos son necesarios dado que las fuentes naturales de folato son de difícil absorción y gran parte de la vitamina se pierde durante. El déficit de hierro, es común en la mujer en período de reproducción, principalmente porque la selección de alimentos con contenido del mineral es pobre y es baja la biodisponibilidad.
- a) Este déficit es considerado como el problema nutricional más relevante en las mujeres embarazadas, pues afecta la salud de la madre y del recién nacido.
 - b) Estudios recientes realizados en Perú, aseguran que la carencia de hierro no solo afecta al peso del bebé al nacer y al estado inmunológico materno sino que aumenta el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto.
 - c) La prevalencia de anemia en el embarazo, promedia entre el 35-75% en diferentes regiones del mundo, siendo del 55% en Estados Unidos.-

Esta deficiencia también afecta al 43 %, aproximadamente, de las mujeres no embarazadas en los países en desarrollo, cifras menores como el 12 % en los países desarrollados y el 30 % en América

Latina. Alrededor del primer trimestre del embarazo los requerimientos son menores, pero a partir del segundo trimestre hay un aumento considerable del volumen sanguíneo materno. Las principales modificaciones en el metabolismo del hierro que ocurren durante el embarazo, incluyen la cesación de las menstruaciones, un aumento de la masa de glóbulos rojos y el depósito de importantes cantidades de hierro en el feto y en la placenta.

d) La necesidad de hierro se va incrementando hasta el final del embarazo, aunque el aumento de la masa sanguínea es hasta la décima semana de embarazo, durante el tercer trimestre aumenta la eritropoyesis, la placenta acumula hierro y aumentan los depósitos en el feto. Se considera que el total de hierro requerido durante el embarazo es de 840 mg aproximadamente, de esto, 350 mg se transfiere al feto y a la placenta, 250 mg se pierde como sangre durante el parto y 240 mg son pérdidas basales. Además, 450 mg son empleados en la expansión de la masa eritrocitaria circulante y contribuye a la depleción de los depósitos de hierro durante la gestación.

e) Algunos autores determinan que el total de hierro requerido durante todo el embarazo es de 1070 mg con una distribución similar a la anteriormente señalada.

Cada embarazada debe ser sometida a un examen completo de sangre y repetida cada trimestre para detectar fallas que deberán corregirse. Se cree que son necesarios cerca de 5,6 mg de hierro absorbido por día durante el segundo y tercer trimestre, o sea 4,2 mg por día más que en las mujeres no embarazadas.

f) El ácido ascórbico al ser agregado a los alimentos, puede incrementar varias veces la absorción del hierro natural de los alimentos. Teniendo en cuenta que los suplementos de hierro pueden causar náuseas o estreñimiento, es necesario recomendar a la mujer embarazada que consuma el suplemento de hierro después de los alimentos, junto con fuentes adecuadas de vitamina C y que no lo tome con té o café, pues estas bebidas (anteriormente dicho) inhiben la absorción del nutrimento.

g) Según la Academia Nacional de Ciencias, es recomendable para todas las mujeres embarazadas con una dieta bien balanceada, el aporte de 30 mg de Sulfato Ferroso suplementado por día, durante el segundo y tercer trimestre.

Causas

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance de hierro. En una primera etapa es positivo porque disminuyen las menstruaciones, luego comienzan la expansión de la masa de los glóbulos rojos, la cual es máxima entre la semana 20 – 25 de gestación, y en el tercer trimestre del embarazo existe una mayor captación de hierro por parte del feto fundamentalmente después de la semana 30.

La necesidad de hierro alcanza cifras muy altas en un período corto de tiempo debido a la suma de:

- Los requerimientos del feto y la placenta
- La expansión del volumen sanguíneo materno
- Las pérdidas de sangre durante el parto

La dieta no alcanza a cubrir estos altos requerimientos de hierro. Si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es la aparición de anemia al final del embarazo.

Los requerimientos de hierro durante el embarazo son:

Total de hierro requerido durante un embarazo: 840 mg.

Feto y placenta: 350 mg.

Pérdidas durante el parto: 250 mg.

Pérdidas basales: 240 mg.

Expansión de masa eritrocitaria circulante: 450 mg.

Costo neto: 600 mg. Corresponden a requerimientos del feto y de la placenta, y a las pérdidas durante el parto.

Los requerimientos de hierro de una mujer adulta no embarazada en promedio es de 1,36 mg/ día y en la mujer embarazada durante el 2° y 3° trimestre debe tener asegurado una cantidad del mineral de 5 a 6 mg/ día (absorbido), es decir debería consumir entre 50 a 60 mg de hierro por día para que se pueda absorber el 10 %, situación que no se alcanza con la alimentación por lo cual se hace necesario la suplementación farmacológica.

Los factores que aumentan el riesgo de anemia en la embarazada son:

- Multíparas
- Intervalos intergenésicos cortos (menores de 2 años)

- Antecedentes de menstruaciones abundantes, sobre todo las que tienen DIU.
- Dietas pobres en hierro.
- Adolescentes.
- Presencia de patología parasitaria

Las consecuencias no deseables por la deficiencia de hierro en la embarazada son:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna postparto, en caso de anemia grave.
- Aumento del riesgo de prematuros.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Cansancio, apatía que dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido.

La prevalencia de anemia en las embarazadas en Argentina no sería inferior al 30 %, nivel considerado por la OMS como umbral para indicar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas.

La cantidad de hierro que necesita el embarazado sobretodo en la segunda mitad del embarazo no llega a cubrirse con el hierro contenido en los alimentos.

Se recomienda para prevenir la deficiencia del mineral:

- Modificar la dieta con el fin de aumentar la cantidad de alimentos ricos en hierro y agregar aquellos que facilitan su absorción. Formaría parte, este aspecto, de la educación de pautas alimentarias adecuadas. Se trata de una medida con respuesta a largo plazo.
- Fortificación de los alimentos de consumo más frecuente con hierro, por ejemplo: la leche y las harinas. Si bien la cantidad de hierro es pequeña en estos alimentos, de modo de no modificar su sabor, pero su consumo frecuente asegura un ingreso continuo del mineral.
- La fortificación de los alimentos de consumo frecuente es una medida con respuesta a mediano plazo.
- Administración de hierro farmacológico.

Las medidas de prevención de anemia por carencia de hierro en las embarazadas son:

- Suplementación con hierro y ácido fólico.
- Fortificación de los alimentos de consumo frecuente como por ejemplo las harinas.
- Dieta variada y rica en nutrientes entre ellos, el hierro.
- Mejorar las condiciones sanitarias y de higiene.

En el control periódico de la embarazada se solicitan estudios de laboratorio de rutina, entre ellos un hemograma. Si su valor de hemoglobina es igual a 11 gr/dl se indica hierro farmacológico a 60 mg/día, durante todo el embarazo hasta el parto. Si el valor de hemoglobina es inferior a 11gr/dl se indica tratamiento con hierro farmacológico, cuya dosis es de 120 mg/día hasta el parto, debiendo ser continuado por tres meses más luego del mismo.

Se deberá controlar la evolución clínica de la mujer embarazada y la respuesta hematológica en caso de presentar anemia.

No olvidarse de indicar en toda mujer embarazada el ácido fólico, importante en la prevención de enfermedades del tubo neural, siendo mejor si lo recibe previamente. Los alimentos que contienen ácido fólico son las verduras de hojas verdes, las legumbres, los cereales.

CLASIFICACION DE ANEMIA

Anemia Hemolítica:

Ocurre cuando los glóbulos rojos se destruyen prematuramente (la vida media normal de los hematíes es de 120 días pero en la anemia hemolítica es mucho menor). La medula ósea (el tejido blando y esponjoso del interior de los huesos que fabrica nuevas células sanguíneas) sencillamente no puede compensar la demanda de nuevas células por parte del organismo. Esto puede ocurrir por diversos motivos. A veces, las infecciones o ciertos medicamentos -como los antibióticos o los anticonvulsivos- son los culpables.

Anemia Falciforme o Perniciosa:

Es un tipo grave de anemia que ocurre con mayor frecuencia en personas de origen africano, aunque puede afectar a personas de ascendencia caucásica o procedente de Arabia Saudita, la India o el área mediterránea. En esta afección la hemoglobina forma largas varas al repartir el oxígeno y los glóbulos rojos se deforman hasta adquirir forma de hoz. Esto conlleva una destrucción prematura de los glóbulos rojos, una concentración crónicamente baja de hemoglobina y episodios recurrentes de dolor, así como problemas que pueden afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo.

Aproximadamente uno de cada 625 niños americanos de origen africano nace con este tipo de anemia.

Talasemia:

Afecta prioritariamente a personas de origen mediterráneo, africano o del sudeste asiático, se caracteriza por unos glóbulos rojos anómalos y de escasa vida media. La talasemia mayor, también conocida como anemia de Cooley, es un tipo grave de anemia en que los hematíes se destruyen rápidamente y el hierro se deposita en la piel y en los órganos vitales. La talasemia menor se asocia solo a una leve anemia y a mínimos cambios en los hematíes.

Deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PD):

Afecta mayoritariamente a hombres de ascendencia africana, aunque también se ha diagnosticado en muchos otros grupos raciales. En este trastorno, los glóbulos rojos o bien no producen suficiente cantidad de la enzima G6PD o la enzima que producen es anómala y no funciona adecuadamente. Cuando una persona que nace con esta deficiencia tiene una infección, toma ciertos medicamentos o se expone a sustancias específicas, sus hematíes experimentan un estrés adicional o

sobreesfuerzo. Sin una cantidad adecuada de G6PD para protegerlos, muchos de esos glóbulos rojos se destruyen de forma prematura.

Esferocitosis hereditaria:

Es un trastorno de origen genético que afecta a la membrana de los glóbulos rojos y puede cursar con anemia, ictericia (piel de tonalidad amarillenta) y agrandamiento del bazo. Los glóbulos rojos tienen una superficie menor que los glóbulos rojos normales, lo que hace que se abran y rompan con mayor facilidad. Los antecedentes familiares incrementan el riesgo de padecer este trastorno, que es más frecuente en personas originarias del norte de Europa, aunque se puede dar en cualquier raza.

ESTADISTICA DE ANEMIA EN AREQUIPA

1. PROVINCIA

- ✓ Severa en la provincia de Castilla ,3 casos con un 0.8%
- ✓ Moderada en la provincia de Arequipa ,76 casos con un 0.8%
- ✓ Leve en la provincia de Arequipa ,1267 casos con un% 12.8%

El mayor número de casos anemia leve, se presentó en Arequipa con 12.8 % podemos decir que el valor mínimo, pero la población ha ido en aumento en vez que disminuya.

2. TRIMESTRE

- ✓ Severa en el tercer trimestre, 7 casos con un 0.1%
- ✓ Moderada en el tercer trimestre, 99 casos con un 1.3%
- ✓ Leve en el tercer trimestre ,1260 casos con un 16.7%

El menor número de casos anemia severa, se presentó en Arequipa con 0.1% esto, quiere decir que se está haciendo prevención para que disminuya el mayor número de casos anemia severa.

3. EDAD

- ✓ Severa en edad 16-35 años, 9 casos con un 0.1%
- ✓ Moderada en edad 16-35 años ,120 casos con un 1.0%
- ✓ Leve en edad 16-35 años, 1729 casos con un 14.2%

Podemos decir que la edad, en que más se sufre de anemia es de 16-35 años. Donde las mujeres adolescentes corren el riesgo de que su niño presente alguna enfermedad o no se desarrolle adecuadamente durante su vida.

4. ALTITUD

- ✓ Severa 3501-4000,5 casos con un 1.4%
- ✓ Moderada 1501-2500,66 casos con un 0.7%
- ✓ Leve 1501-2500,1185 con un 13.0%

En la altitud puede variar la anemia ya que en todas las zonas de Arequipa no son iguales siendo la anemia moderada que se encuentra entre ambos parámetros de diferencia entre la severa y leve.

PESO

- Peso deriva de “pensum” y este, a su vez, del verbo “penderé”, que significa “colgar”.
- Corporal es fruto de la evolución de la palabra latina “corporalis”, que puede traducirse como “relativo al cuerpo”. Se encuentra conformada por dos partes claramente diferenciadas: el sustantivo “corpus”, que es sinónimo de “cuerpo”, y el sufijo “-al”, que se usa para indicar “relativo a”
- La palabra peso proviene del término latino pensum y tiene distintos usos. Puede referirse, por ejemplo, a la fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo y a la magnitud de dicha fuerza.

Es importante distinguir entre peso y masa, que es la cantidad de materia de un cuerpo. Esto quiere decir que la masa no depende de la fuerza de gravedad ni de la posición del cuerpo en el espacio. El kilogramo es la unidad de masa en el sistema internacional de unidades el peso.

PESO AL NACER

Un recién nacido pesa, como término medio, unos 3.400 g y nace tras 37/38 semanas después de la concepción. El peso suele oscilar entre los valores 2.500 y 4.000 g. En cuanto a la edad del nacimiento, la mayoría de

los niños que nacen dentro de unos márgenes en relación con la fecha prevista.

MEDICION DEL PESO VALORES RECIEN NACIDO

2.500gr	2500gr	3800gr
PESO NORMAL		

MEDICION DE PESO BAJO PESO AL NACER

<2. y 2.500	Leve
<1.500 y 2	Moderado
<1.500 a mas	Grave

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 de gestación y < de 42 sem de gestación.
- RNPR (Recién nacido prétermo): Aquellos nacidos con < de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de pediatría, ya que la OMS considera pretérmino a los recién nacidos con < de 37 semanas.
- RNPT (Recién nacido postérmino): Aquellos nacidos con 42 semanas de gestación.

Luego, según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

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

- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

PESO BAJO AL NACER

- El bajo peso al nacer es definido por la Organización Mundial de la Salud como un peso corporal de menos de 2,5 kilogramos al nacer. Los niños con bajo peso al nacer han sido agrupados adicionalmente en bebés con muy bajo peso al nacer, cuyo peso es inferior a los 1,3 kilogramos y bebés con extremadamente bajo peso al nacer inferior a 1 kilogramo.
- Bajo peso tiene lugar en, los embarazos múltiples, responsables además de un 20% de los casos de prematuridad.

Causas

El bajo peso de nacimiento puede atribuirse a un periodo reducido de gestación, lo cual constituye la pre madurez, o a un retardo en la tasa de crecimiento intrauterino, lo cual da origen a un lactante pequeño para la edad gestacional.

La mayoría de los niños prematuros, que nacen antes del final de la 37 semana de gestación tienen bajo peso. La mayor parte de las reservas de nutrientes en el feto se depositan durante los últimos meses del embarazo; por consiguiente, el lactante prematuro comienza una vida en un estado nutricional desfavorable.

Prevención Del Bajo Peso Al Nacer

Debido a los formidables avances en el cuidado de los niños enfermos y prematuros, a pesar de nacer antes de término y ser muy pequeños, cada vez más niños logran sobrevivir. Sin embargo, la prevención de nacimientos prematuros es una de las mejores maneras de evitar el bajo peso al nacer.

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de nacimientos prematuros y niños con bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. Las madres también deberían evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas ilícitas, ya que estos factores pueden contribuir a un crecimiento fetal deficiente, entre otras complicaciones.

FACTORES DEMOGRAFÍCOS

La demografía es el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa. Para la demografía, la población es un conjunto de personas vinculadas por nexos reproductivos que puede identificarse por particularidades culturales, sociales, geográficas, políticas o de otro tipo.

Edad

Eda origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Instrucción

Instrucción es un término con origen en el latín instructivo que hace referencia a la acción de instruir (enseñar, adoctrinar, comunicar conocimientos, dar a conocer el estado de algo). La instrucción es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo.

Estado Civil

Se conoce como registro civil a la institución estatal que brinda constancia de diversos acontecimientos y acciones vinculados al estado civil de los individuos. Los casamientos, los nacimientos, las muertes, las

emancipaciones y hasta los nombres y los apellidos de los seres humanos son registrados por estas entidades.

Ocupación

Ocupación es un término que proviene del latín ocupativo y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o hacer.

TEORÍAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN:

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO:

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continúa y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, nivel de desgaste de energía y factores medioambientales.

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para

regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o de las personas dependientes de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que cuando se expresa en términos de

limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

“El presente estudio se aplica en el cuidado que debe tener la mujer durante el tiempo de gestación ya que presenta la anemia, puede ser perjudicial para el recién nacido como el crecimiento y el desarrollo. Para que la madre sea capaz de reconocer el cuidado que debe tener durante su embarazo como el asistir a un Centro de Salud para sus debidos controles prenatales, para no correr riesgo tanto para la madre como el recién nacido. Ya que la madre y la enfermera tienen una gran responsabilidad ante el recién nacido.”

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores:

La enfermera sule al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:

El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

TEORÍA, METATEORÍA O FILOSOFÍA

Se trata de una teoría, aunque se puede encontrar un parecido con la filosofía debido a que tiene una visión de realismo, que describe la visión de los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en un sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.”

Trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica, donde la cual Dorothea ha observado durante toda su carrera. Además ella misma ha dicho que han sido sus

propias conclusiones, que no han surgido de ningún otro autor, por lo tanto no puede ser una metateoría.

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas. Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Oem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su

vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos

Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).

Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una proteína presente en los glóbulos rojos que transporta el oxígeno a los órganos de su cuerpo y los tejidos y transporta el dióxido de carbono de los órganos y tejidos de nuevo a los pulmones.

Es la razón de que los glóbulos rojos de la sangre sean de color rojo, aunque la sangre rica en oxígeno es notablemente más brillante que la sangre empobrecida que vuelve al corazón y los pulmones. La hemoglobina se produce en la médula ósea.

Prueba de hemoglobina

Una prueba de hemoglobina mide la cantidad de hemoglobina en la sangre.

Niveles bajos de hemoglobina

Si una prueba de hemoglobina revela que el nivel de hemoglobina es menor de lo normal, significa que tiene un bajo recuento de glóbulos rojos (anemia). La anemia puede tener muchas causas diferentes, incluyendo deficiencias de vitaminas, hemorragias y enfermedades crónicas.

Laboratorio

El laboratorio clínico es el lugar donde se realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes. También se le conoce como Laboratorio de Patología Clínica.

Los laboratorios de análisis clínicos, de acuerdo con sus funciones, se pueden dividir en:

Hemograma

Es un tipo de análisis de sangre. En un examen médico completo, en caso de sospecha de infecciones o trastornos en la formación de la sangre y antes de intervenciones quirúrgicas, por lo general, el médico solicita un hemograma. Existen dos tipos de análisis de la composición de la sangre, el hemograma y la fórmula leucocitaria. Ambos análisis conforman el hemograma completo.

VALORES DE HEMOGLOBINA

El hemograma comprende el análisis de las concentraciones existentes en la sangre de los siguientes compuestos

Células sanguíneas

Glóbulos rojos :(eritrocitos) y reticulocitos (fase previa de los eritrocitos)

Glóbulos blancos: (leucocitos)

Plaquetas :(trombocitos)

Hemoglobina :(pigmento de la sangre)

Hematocrito: (porcentaje de las células sanguíneas en el volumen total de la sangre)

GRAMO

Unidad de peso del sistema métrico decimal.

MASA

La masa es aquella magnitud física que nos permite indicar la cantidad de materia que contiene un cuerpo, en tanto, la unidad de

masa en el Sistema Internacional de Unidades y Medidas es el kilogramo o kg. El término corporal nos permite designar a todo aquello perteneciente o vinculado a nuestro cuerpo.

2.4. HIPOTESIS

H^a Existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017

H^o No existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.

2.5. VARIABLES

Variable independiente:

Anemia en la gestante
(Laboratorio, valores de hemoglobina).

Variable dependiente:

Peso del R.N (masa).

Variable Interviniente:

Factores sociodemográficos (Edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación).

2.5.1 Definición De Conceptual de Variables

Variable Anemia:

Es la disminución de los eritrocitos, hemoglobina y el hematocrito en el ser humano por debajo de los valores normales establecidos. Se considera en la mujer gestantes valores de Hb por debajo de 11,0 gr/Dl.

Variable Peso:

Peso deriva de "pensum" y este, a su vez, del verbo "penderé", que significa "colgar" donde, se encuentra el IMC para establecer los valores normales en el recién nacido.

2.5.2. Definición Operacional de Variables

Variable Anemia de la Gestante

Es la disminución de Hb en la gestante caracterizada por pruebas de sangre siendo los valores aceptables 11,0 gr/Dl en el presente estudio será obtenido por Revisión Documentaria de la Historia Clínica de cada mujer gestantes que forma parte del estudio, dato que será certificado en la Ficha de Registro.

Variable Peso en el Recién nacido

Peso deriva de "pensum" y este, a su vez, del verbo "penderé", que significa "colgar" donde el peso, se encuentra el IMC donde se llega a determinar a través de una balanza gr/Kg para establecer los valores normales ante cualquier pérdida de peso del Recién Nacido.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicador	Sub indicador	Ítem	Instrumento	Categorizar	Escala
Variable independiente Anemia en el embarazo	Normal	11,0-14,0	1	Ficha registro de	Normal	Numérico Continua
	Anemia Leve	10,5			Anemia Leve	
		10-10,9			Anemia Moderada	
	Anemia Moderada	7,0-9,9			Anemia Severa	
	Anemia Severa	<7,0				
Variable dependiente Peso del recién nacido	Peso	2,500-3,800	2	Ficha registro de	Normal	Numérico Continua
		<2,500-2			AEG	
		2-1,500			PEG	
		<1,500			GEG	
Variable Interviniente Características sociodemográficas	Edad	-	1	Cuestionario	Fecha nacimiento	Nominal
	Grado Instrucción	-	2		Primaria Secundaria Superior	
	Estado civil	-	3		Soltera Casada Viuda Divorciada	
	Ocupación	-	4		Tipo de ocupación	

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

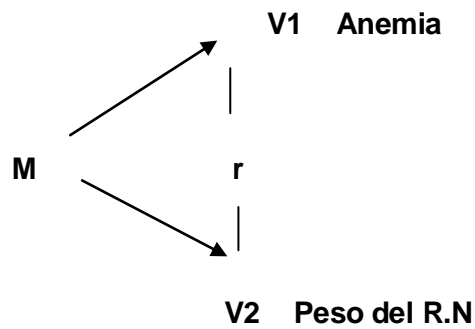
De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptivo: Ya que está orientada en describir una situación y/o un hecho en este caso la presencia de anemia en las gestantes y el peso del R.N.

De Diseño Correlacional. Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se realizará en el Centro de Salud de Mariano Melgar se encuentra ubicado en la parte baja del distrito de Mariano Melgar en la Av. Ica 303, en la provincia y departamento de Arequipa, Región Arequipa, República del Perú.

Superficie	29.83 Km ²
Altitud	2,335 m. s. n. m.
Estrato poblacional	aceptable

- **Por El Norte** : Con El Distrito De Miraflores, Separado Por La Segunda Torrentera, Y Con El Cuartel Salaverry.
- **Por El Sur** : Con El Distrito De Paucarpata Separado Por La Tercera Torrentera.
- **Por El Este** : Terrenos Eriazos Del Estado.
- **Por El O Este:** Limita Con El Distrito De Arequipa Cerca

Su infraestructura física es un edificio de 3 pisos cuenta con los servicios básico de: Medicina, Pediatría, Dental, Enfermería – Niño Sano, Obstetricia, Planificación familiar, Despistaje de cáncer Uterino y Mamario,

Nutrición, Psicología, Saneamiento ambiental, Farmacia, Laboratorio, Ecografías, Psicoprofilaxis (gestantes), Estimulación temprana, Atención de partos, Servicio social: afiliaciones SIS – Atención social.

B. Ubicación Temporal

El presente trabajo se realiza de Jul a Nov del 2017

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población está formada por 155 mujeres gestantes que asisten a sus controles prenatales en el Centro de Salud Mariano melgar, en el mes de Marzo del año del 2017.

MUESTRA: Será de manera no probabilística e intencional ya que se tendrá en cuenta a las 155 gestantes registradas en la atención del mes de marzo

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
90	55	155

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad comprendida entre 18 a 38 años de edad.
- Mujeres que asistieron a sus controles de manera regular

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no entiendan el idioma castellano
- Mujeres con enfermedades mentales

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DEDATOS

TÉCNICAS

Revisión de Documentación

INSTRUMENTOS

Ficha de Registro

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El Instrumento fue sometido a validez del contenido a través del juicio de expertos conformado por tres docentes de enfermería de la escuela de enfermería de la universidad Alas Peruanas Asimismo por 2 Enfermeras asistenciales de los servicios de ginecología y neonatología

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizó los trámites administrativos para la obtención de autorización en el centro

- Una vez que se obtenga el permiso para la recolección de datos en los archivos y el área de estadística se utilizará la codificación de los datos para poder diferenciar los diferentes tipos de datos y obtener las respuestas más exactas
- Procesamiento de los datos. Para dicho procedimiento se utilizará el programa SPSS 22 for Windows.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

CARACTERISTICAS	TOTAL	
	N	%
TOTAL	80	100
EDAD		
18 a 23 años	57	37
24 a 29 años	56	36
30 a 36 años	42	27
TOTAL	155	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Secundaria incompleta	66	43
Secundaria Completa	89	57
TOTAL	155	100
ESTADO CIVIL		
CASADO	102	66
SOLTERO	53	34
VIUDO		
TOTAL	155	100

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación: Se encuentra que el 37%(57) tienen 18 a 23 años, seguido por el 36%(56) gestantes con 24 a 29 años y por el 27%(42) por las gestantes de 30 a 36 años. El 57%(89) tienen secundaria completa y el 43%(66) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 66%(102) son casados y el 34%(53) son solteros.

TABLA: 2

**CASOS DE ANEMIA ENTRE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR**

NIVEL	N°	%
-Existe anemia	10	6
-No existe anemia	145	94
Total	155	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el 94%(145) no presentan anemia y el 4%(6) tienen anemia leve y el 2%(4) anemia moderada

TABLA: 2

CASOS DE ANEMIA ENTRE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

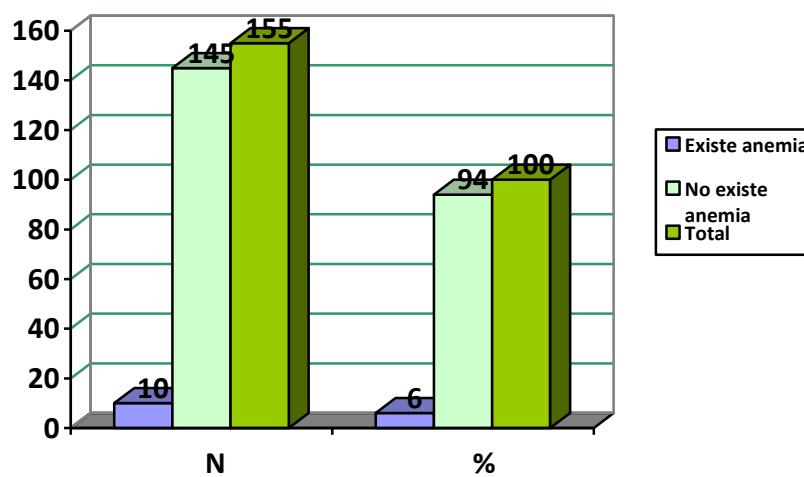


TABLA: 3

EL TIPO DE ANEMIA QUE EXISTIRÁ ENTRE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

NIVEL	N°	%
-Anemia Leve	6	4
-Anemia moderada	4	2
- Normal	145	94
Total	155	100

Interpretación: Se observa que el 94%(145) no presentan anemia y el 4%(6) tienen anemia leve y el 2%(4) anemia moderada

GRAFICO: 3

EL TIPO DE ANEMIA QUE EXISTIRÁ ENTRE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

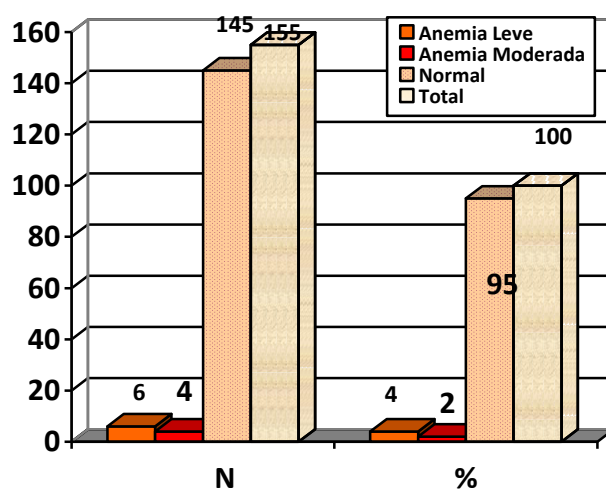


TABLA: 4

**PESO DEL RECIÉN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR**

NIVEL	N°	%
-2500 a 3,800 kg	152	98
- 2,000 a 2,200kg	3	2
- menos de 2,000	--	--
Total	155	100

Fuente. Datos del centro

Interpretación: Se observa que el 98%(152) recién nacidos presentan peso normal que oscila entre los 2500 a 3800 kg y solo el 2%(3) tienen bajo peso de 2000 a 2200 kg.

GRAFICO: 4

PESO DEL RECIÉN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

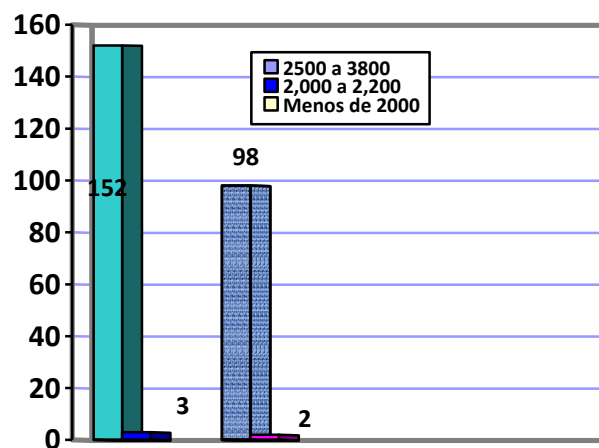


TABLA: 5
RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO Y EL PESO DEL
RECIÉN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARIANO MELGAR, AREQUIPA 2017

Anemia	Bajo peso al nacer		Total	
	N	%	N	%
Leve	-	-	-	-
Moderada	3	2	3	2
Normal	152	98	152	98
Total	155	100	155	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que no existe relación significativa entre las variables anemia de la madre y el bajo peso al nacer del niño ya que solo el 2%(3) niños presentaron bajo peso al nacer (< 2,000 kg) a pesar que se encontró en los registros 10 e madres que presentaron anemia leve y moderada. Asimismo las madres que no padecieron anemia tuvieron recién nacidos con un peso adecuado.

CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

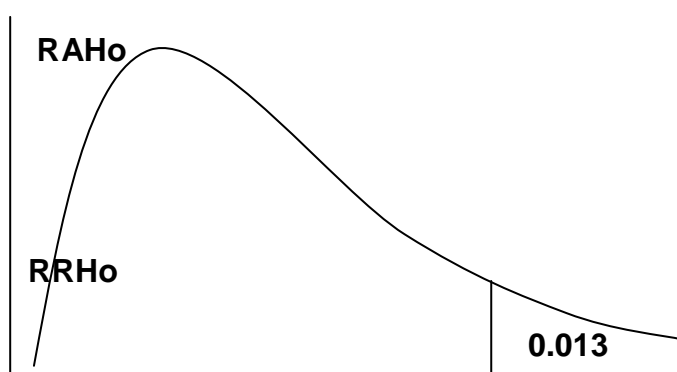
H^a Existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017

H^o No existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.

ESTADISTICO DE PRUEBA H^o No existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.

ESTADISTICO DE PRUEBA: "CHI-CUADRADO" $\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$

- Nivel de significancia = **0.05**



$r = - 0.013$ Si $r < 0$ Hay correlación negativa: las dos variables se correlacionan en sentido inverso. Pero para este caso es casi cero. Si $r = 0$ se dice que las variables están incorrelacionadas: no puede establecerse ningún sentido de covariación

Interpretación: Debido que la probabilidad del estadístico **$p = 0.013$** es menor que **0.05**. Se determina que la anemia de la gestante no se relaciona con el bajo peso. Entonces se acepta H^o No existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se conoce que la anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedades e incluso de muerte del recién nacido en los casos más graves (afortunadamente, son los menos). El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé de bajo peso ⁽¹²⁾

La anemia es un que presentan algunas se ha relacionado con bajo peso al nacer, así como la obesidad materna con mayor peso de nacimiento del neonato, tal como lo encontró Mendoza ⁽²²⁾ en Asunción en el 2010; por esta razón en el presente trabajo se decidió excluir a las pacientes con IMC con categoría de desnutrición u obesidad, para evitar sesgos por otros factores q influyan en el peso al nacimiento q no sea sólo la anemia.

Se trabajó con gestantes a término y con datos del peso del recién nacido referenciales en cada control obtenidos mediante la colaboración de la estadística de los controles realizados por la madre en el centro de salud

Encontró que existe relación entre las variables anemia de la madre y el bajo peso al nacer del niño ya que el 5%(7) niños presentaron bajo peso al nacer (< 2,000 kg) en madres que presentaron anemia leve y moderada. Asimismo las madres que no padecieron anemia tuvieron recién nacidos con un peso adecuado estos resultados nos muestra la importancia del control prenatal, del cuidado de la alimentación

CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de gestantes tienen 18 a 23 años, seguido por el las gestantes con 24 a 29 años así como por las gestantes de 30 a 36 años. Respecto al grado de instrucción el 57%(89) tienen secundaria completa y el 43%(66) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 66%(102) son casados y el 34%(53) son solteros.
- No existe relación significativa entre las variables anemia de la madre y el bajo peso al nacer del niño ya que solo el 2%(3) niños presentaron bajo peso al nacer (< 2,000 kg) a pesar que se encontró en los registros 10 madres que presentaron anemia leve y moderada. Asimismo las madres que no padecieron anemia tuvieron recién nacidos con un peso adecuado.
- El 94%(145) no presentan anemia encontrándose que asistían al control prenatal y no presentaban ningún problema en su embarazo. Pero eso no ocurría en el 4%(6) que si tienen anemia leve y el 2%(4) anemia moderada.
- Respecto al peso del recién nacido se puede decir que el 95%(148) recién nacidos presentan peso normal que oscila entre los 2500 a 3800 kg y solo el 5%(7) tienen bajo peso de 2000 kg.

RECOMENDACIONES

- Se debe considerar que el centro de salud desarrolle estrategias para mejorar el nivel de instrucción de la mujer en edad fértil, hecho que causará impacto en el cuidado de su salud, fecundidad y embarazo posteriores.
- Se recomienda realizar trabajos de investigación más analíticos posteriores de enfoque cualitativo y tipo fenomenológico y con ello poder identificar los principales factores de riesgo maternos como el padecer anemia; a fin de desarrollar estrategias para la disminución de dichos factores de riesgo.
- El personal de salud encargado de llevar a cabo el control prenatal debe tener un cuidado minucioso, concientizando a la paciente de la importancia del cuidado nutricional durante la gestación para disminuir los factores de riesgo que conllevan a complicaciones perinatales posteriores como la anemia en la madre y el bajo peso al nacer.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. CANCELA R. [et al.] (2010) Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible
https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EX-POST-FACTO_Trabajo.pdf
2. Epidemiologia.Disponible
en:http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Transparencias/Epidemiol.pdf
3. FARNOT. U, "Instrumental quirúrgico, ginecobstetricia" Anemia Y Embarazo capítulo 12 pág. 121-126. Disponible en:
<http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%2520-%2520RIGOL/cap12.pdf>
4. GÓMEZ A. [et al.] (2014). Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. Revista Peruana de Epidemiología Vol 18 N° 2. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3981/1/rev_peru_epidemiol02v18n2_2014.pdf
5. GRANDEZ J. [et al.](2013) Anemia en mujeres en edad fértil de la Comunidad Nativa Ese'eja - Palma Real, Madre Dios, Perú. Rev Med Hered. de la Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. pág. 46-49. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1ao7.pdf>
6. MINSA. Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva 1997. Dirección General de las Personas. Dirección de Programas Sociales.
7. Quispe Pari, Fidel. "Eficacia del Control Pre Natal en el IMAPE en la prevención y tratamiento de la Anemia en el Embarazo". Tesis UNMSM, Lima Perú - 1994.

8. Rebozo Pérez j; Riberón Sánchez M; Cajigas Reig A; Abreu Peñate M; Sánchez Estévez M; Peraza escoto F; Moreno López R. Ingesta Dietética y estado de Nutrición del Hierro en embarazadas según índice de masa corporal. *Revista Cubana Aliment Nutr* 2000; 14 (1): 33 - 8
9. Estévez, E; Fuenmayor G; Cornejo, D; Sosa, R; Vallejo, J; Huilca, O; Jaramillo, M. y cols "Anemia Ferropriva y Embarazo: ¿Por qué y para que suplementar?." *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia*, Mayo - Agosto 199. 5(2), 144 – 151.
10. "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000" Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mayo del 2001, Lima - Perú.
11. "Recommendations and Reports about Iron", Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades de Estados Unidos (CDC). M. M. W. R. Abril 3, 1998 / 47 (RR - 3); 1 - 36.
12. Kelley S. Sacanlon, PhD, Ray Yip, MD, MPH, Laura A. Schieve, PhD, and Mary E. Cogswell, DRPH. "High and Low Hemoglobin Levels During Pregnancy: Differential Risks for Preterm Birth and Small for Gestational Age". *Obstetrics & Gynecology* Noviembre 2000; 96 (5 Pt 1): 741 – 8
13. Scholl TO, Hediger ML, Fisher RL, Shearer JW. "Anemia versus iron deficiency: Increased risk of preterm delivery in a prospective study. *American Journal Clinics Nutr* 1992: 55: 985 - 8.
14. IBÁÑEZ C. (2012) Prevalencia e incidencia *Revista electrónica MIOD Salud Pública y algo más*. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
15. SOUSA F. [et al.] (2013) Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes atendidas em uma maternidade pública no município de Imperatriz, Maranhão, *Editorial J Manag Prim Health Care*, pag.183-190.

ANEXOS

FICHA DE REGISTRO

Edad:

Grado de Instrucción;

Estado civil:

Ocupación:

MADRE GESTANTE

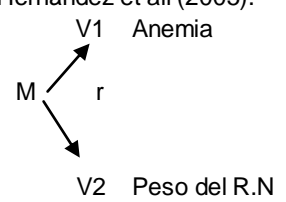
N^a Caso	Hb de la madre	Tipo de Anemia

RECIEN NACIDO

Peso Nacido	Recién	Diagnostico

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA-2017.”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017?</p> <p>Específicos:</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?</p> <p>¿Existirá anemia entre las gestantes atendidas en el centro de Salud Mariano Melgar?</p> <p>¿Qué tipo de anemia existirá entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?</p> <p>¿Cómo es el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar?</p>	<p>OBJETIVOS GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las características sociodemográficas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar Identificar casos de anemia entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar Reconocer el tipo de anemia que existirá entre las gestantes atendidas en el Centro 	<p>H^a Existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017</p> <p>H^o No existe relación entre la anemia en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.</p>	<p>Variable Anemia: (Laboratorial, Valores De Hemoglobina).</p> <p>Peso : (Masa).</p> <p>Variable Intermitente Factores Sociodemográficos: (Edad, Grado De Instrucción, Estado Civil, Ocupación).</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Tipo de Investigación</p> <p>De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.</p> <p>Nivel de Investigación</p> <p>De nivel descriptivo: Ya que está orientada en describir una situación y/o un hecho en este caso la presencia de anemia en las gestantes y el peso del R.N.</p> <p>De Diseño Correlacional. Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado</p> <p>El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).</p> 

	<p>de Salud Mariano Melgar</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconocer cómo es el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar			
--	--	--	--	--

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificada con DNI, he recibido información suficiente sobre el trabajo de investigación titulado: **RELACION ENTRE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR, AREQUIPA-2017**, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo.

De la información recibida he comprendido:

- Que el objetivo de la investigación Determinar los niveles de hemoglobina en gestantes y el peso del recién nacido en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2017.
- Que mi participación es voluntaria y consiste en la aplicación de un instrumento de evaluación.
- Que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente.
- Que mi participación no entraña ningún riesgo en mi salud.
- Que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo en el Centro De Salud Mariano Melgar.
- Que mis datos personales serán protegidos mediante el anonimato y los resultados no serán usados contra mi persona.
- Que mi participación no me generará gasto alguno.

Por lo manifestado, “Acepto consciente y libremente participar en el trabajo de investigación anteriormente mencionado, habiendo recibido información suficiente sobre mi participación”

Para que conste, firmo al pie de este documento:

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Arequipa, _____ de _____ del 2017

Niveles bajos de hemoglobina

Recién nacido	17-19 g/dl
Niños	14-17 g/dl
Mujer embarazada	11-12 g/dl
Mujer en edad fértil	12-16 g/dl
Hombre adulto	13-18 g/dl

MEDICIÓN DE LA HEMOGLOBINA VALORES NORMALES

Recién nacido	17-19 g/dl
Niños	14-17 g/dl
Mujer embarazada	11-12 g/dl
Mujer en edad fértil	12-16 g/dl
Hombre adulto	13-18 g/dl

Para considerar que una mujer embarazada padece de anemia sus valores de hemoglobina deben ser inferiores a:

11 g/dl	Primer trimestre
10.5 g/dl	Segundo y tercer trimestre

Entre las fuentes de hierro se incluyen las siguientes:

Alimentos ricos en hierro	Cantidad	Contenido aproximado de hierro (miligramos)
Ostras	3 onzas	13,2
Hígado de res	3 onzas	7,5
Jugo de ciruelas pasas	1/2 taza	5,2
Almejas	2 onzas	4,2
Nueces	1/2 taza	3,75
Carne molida	3 onzas	3,0

de res		
Garbanzos	1/2 taza	3,0
Cereal de salvado	1/2 taza	2,8
Puerco asado	3 onzas	2,7
Anacardos	1/2 taza	2,65
Camarones	3 onzas	2,6
Pasas	1/2 taza	2,55
Sardinas	3 onzas	2,5
Espinacas	1/2 taza	2,4
Habas	1/2 taza	2,3
Frijoles de riñón	1/2 taza	2,2
Pavo, carne oscura	3 onzas	2,0
Ciruelas pasas	1/2 taza	1,9
Rosbif	3 onzas	1,8
Chícharos (guisantes)	1/2 taza	1,5
Maní	1/2 taza	1,5
Papas	1	1,1
Batata	1/2 taza	1,0
Ejotes	1/2 taza	1,0
Huevos	1	1,0

PESO AL NACER

Un recién nacido pesa, como término medio, unos 3.400 g y nace tras 37/38 semanas después de la concepción .El peso suele oscilar entre los valores 2.500 y 4.000 g. En cuanto a la edad del nacimiento, la mayoría de los bebés nacen dentro de unos márgenes en relación con la fecha prevista.

MEDICION DEL PESO VALORES RECIEN NACIDO

-2.500gr	2500gr	3800gr
PESO NORMAL		

MEDICION DE PESO BAJO PESO AL NACER

<2. y 2.500	Leve
<1.500 y 2	Moderado
<1.500 a mas	Grave

