

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad De Ciencias

Escuela Profesional De Biología-Microbiología

“Prevalencia de anemia en mujeres en periodo gestante y sus consecuencias pos parto y perinatales en el centro de salud la esperanza de Tacna, enero 2013 – diciembre 2014”

TESIS

Presentada por:

Bach. Emy Luz Mamani Laqui

Para optar el Título Profesional de:

BIÓLOGO-MICROBIÓLOGO

TACNA – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS

TESIS N°289

**TITULO PROFESIONAL DE:
BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO**

El secretario Académico Administrativo de la Facultad de Ciencias, certifica que por Resolución de Facultad N° 8697-2016 – FACI – UN/JBG el Consejo de Facultad ha designado como jurados para la sustentación de tesis:

“prevalencia de anemia en mujeres en periodo gestante y sus consecuencias pos parto y perinatales en el centro de salud la esperanza de Tacna, enero 2013 – diciembre 2014”

El mismo que está conformado por:

PRESIDENTE : Dr. DALADIER MIGUEL CASTILLO COTRINA
SECRETARIO : Msc. ANGELA CHOQUE MIRANDA
MIEMBRO : Dr. CESAR CEVALLOS COLUMBUS

Para examinar y certificar la sustentación de tesis en acto público el día 09 de enero del 2016 a las 10:00 horas.

Presentado por el Bachiller: EMY LUZ MAMANI LAQUI, de la Escuela Profesional de Biología – Microbiología.

Los miembros del Jurado Calificador, en forma individual y secreta emitieron su calificación sobre la tesis expuesta y procedió a emitir el siguiente resultado:

Aprobado por UNANIMIDAD, con calificativo de BUENO y promedio de 15.

Para ratificar lo detallado firman:



Dr. Daladier Miguel Castillo Cotrina

Presidente



Msc. Angela Choque Miranda

Secretario



Dr. Cesar Cevallos Columbus

Miembro

Fe de erratas: Dice: 09 de enero del 2016

Debe decir: 09 de enero del 2017

AGREDECIMIENTO

A DIOS por todas sus bendiciones en todos los años de mi vida, por darme la fortaleza necesaria cada día en mis años de estudio.

A todos mis profesores que contribuyeron en mi aprendizaje para convertirme en una buena profesional.

A mi mejor amiga nohely, quien se convirtió en cómplice y hermana haciendo que mis años de universidad se volvieran los más entrañables.

DEDICATORIA

A mis queridos padres, mi preciosa hermana y mi amado esposo.

A mi madre, por su cuidado y preocupación de cada día, por ser mi fortaleza cuando sentía que ya no podía más, quien nunca se desanimó ni por un segundo y es mi alegría de cada día.

A mi padre, por su esfuerzo en todos sus trabajos para poder brindarme lo mejor en todos mis años de estudio, por ser mi ejemplo y la fortaleza que siempre necesite.

A mi pequeña hermana por quien me obligué a mí misma a seguir y terminar mi carrera, siempre alegre y siendo mi pequeño tesoro.

A mí amado esposo que llego al final para darme la fuerza y el apoyo de cumplir mis sueños y mis metas profesionales, amándome, cuidándome y siempre con una hermosa sonrisa.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. FUNDAMENTOS.....	2
1.2. ANTECEDENTES.....	4
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
CAPÍTULO II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	21
II. OBJETIVOS.....	21
2.1. OBJETIVOS GENERALES.....	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
III. CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICIONES.....	22
3.1. ANEMIA.....	22
3.2. REPERCUSIÓN MATERNA.....	25
A) HEMORRAGIA POS PARTO.....	25
B) INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.....	27
C) ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA.....	28
D) PRE-ECLAMPSIA.....	29

E) AMENAZA DE ABORTO.....	31
F) ABORTO.....	32
3.3. REPERCUSIONES PERINATALES.....	33
A) RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO.....	33
B) PREMATURIDAD.....	34
C) DEPRESIÓN DEL RN.....	34
D) MORTALIDAD PERINATAL.....	35
E) SUFRIMIENTO FETAL.....	35
CAPÍTULO IV: VARIABLES E INDICADORES.....	36
IV. VARIABLES E INDICADORES.....	36
4.1. TIPOS DE VARIABLES.....	36
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	40
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA Y MATERIALES.....	43
CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....	46
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN.....	82
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	98
BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS.....	105

LISTA DE CUADROS

Cuadro nº01. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia, enero del 2013 a diciembre del 2014, Tacna.....	46
Cuadro nº02. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según efectos de la anemia en las repercusiones maternas, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	48
Cuadro nº03. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y hemorragia post–parto, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	50
Cuadro nº 04. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y pre–eclampsia, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	52
Cuadro nº 05. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia e infección de herida operatoria de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	54
Cuadro nº 06. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y rotura prematura de membrana de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	56

Cuadro nº 07. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y amenaza de aborto de enero del 2013 a diciembre del 2014, Tacna.	58
Cuadro nº 08. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y aborto de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	60
Cuadro nº09. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza y con diagnóstico de anemia y sus repercusiones perinatales en los recién nacidos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	62
Cuadro nº 10. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y el peso al nacer de los recién nacidos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	64
Cuadro nº 11. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con score apgar al minuto atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	66
Cuadro nº 12. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con score apgar a los cinco minutos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	68

Cuadro nº 13. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con mortalidad atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	70
Cuadro nº 14. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con prematuridad atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	72
Cuadro nº 15. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con sufrimiento fetal atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	74
Cuadro nº 16. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y la edad de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.....	76
Cuadro nº 17. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y los estudios de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	78
Cuadro nº 18. Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud la esperanza según nivel de anemia y el estado civil de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº01. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia.	47
Gráfico nº02. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y repercusiones maternas.	49
Gráfico nº03. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y hemorragia pos parto.	51
Gráfico nº04. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y pre-eclampsia.	53
Gráfico nº05. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia e infección de herida operatoria.	55
Gráfico nº06. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y rotura prematura de membrana.	57
Gráfico nº07. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y amenaza de aborto.	59
Gráfico nº08. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y aborto.....	61
Gráfico nº09. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y las repercusiones perinatales.	63

Gráfico nº10. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y recién nacidos con bajo peso al nacer.	65
Gráfico nº11. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con un score apgar al minuto.	67
Gráfico nº12. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con un score apgar a los cinco minutos.....	69
Gráfico nº13. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con mortalidad perinatal.....	71
Gráfico nº14. mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con prematuridad.....	73
Gráfico nº15. mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con sufrimiento fetal.....	75
Gráfico nº16. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y su edad.	77
Gráfico nº17. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y sus estudios.	79
Gráfico nº18. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y su estado civil.	81

RESUMEN

Aproximadamente un tercio de la población mundial (2 mil millones de personas) tiene algún grado de anemia, el 35% de mujeres en edad reproductiva y el 51% de mujeres embarazadas. A nivel nacional, según el instituto nacional de salud, la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas en el Ministerio de Salud del Perú en el año 2011 fue del 28%. En el departamento de Tacna, la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas es del 21,6%. Objetivo: determinar la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y sus consecuencias pos parto y perinatales en el Centro de Salud "La Esperanza" en Tacna, enero de 2013 - diciembre de 2014. Material y método: se estudiaron 637 mujeres embarazadas de enero de 2013 a diciembre de 2014, diagnosticando Anemia con hemoglobina inferior a 11 g / dl. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Resultados: se encontró una prevalencia del 57.8% de 637 mujeres embarazadas evaluadas; con hemorragia pos parto y una relación estadísticamente significativa ($p = 0,022 < 0,05$) para las repercusiones maternas, así como una relación estadísticamente significativa para la prematuridad ($p = 0,015 < 0,05$) en las repercusiones perinatales. Conclusión: la anemia es una enfermedad frecuentemente asociada con complicaciones graves durante el embarazo. La detección temprana es importante para controlar el problema.

SUMMARY

Approximately one-third of the world's population (2 billion people) has some degree of anemia, 35% of women of reproductive age, and 51% of pregnant women. Nationally, according to the national institute of health, the prevalence of anemia in pregnant women at the ministry of health of Peru in year 2011 was 28%. In the department of Tacna, the prevalence of anemia in pregnant women is 21,6%. Objective: to determine the prevalence of anemia in pregnant women and their postpartum and perinatal consequences at the "La Esperanza" Health Center in Tacna, January 2013 - December 2014. Material and method: 637 pregnant women were studied January 2013 to December 2014, diagnosing anemia with hemoglobin less than 11 g / dl. chi-squared Test was used. Results: a prevalence of 57.8% of 637 tested pregnant women was found; with postpartum hemorrhage and a statistically significant relationship ($p = 0.022 < 0.05$) for maternal repercussions, so well as a statistically significant relation for prematurity ($p = 0.015 < 0.05$) in the perinatal repercussions. Conclusion: anemia is a frequently disease that is associated with serious complications during pregnancy. Early detection is important to control the problem.

INTRODUCCIÓN

La anemia es una condición muy común, que constituye un serio problema de salud pública de proporciones endémicas. Aproximadamente la tercera parte de la población mundial (2 billones de personas) cursa con algún grado de anemia, el 35 % de las mujeres en edad reproductiva, el 51 % de las gestantes. A nivel nacional, según el instituto nacional de salud, la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el Ministerio de salud del Perú en el año 2011 fue de 28 %. En el departamento de Tacna, la prevalencia de anemia en gestantes es de 21,6 %. La anemia en la mujer en edad reproductiva tiene particular importancia ya que afecta no sólo a la mujer, sino también al producto de la concepción, se ha estimado que la anemia es causa principal o contribuyente del 20 a 40 % de casos de muerte materna, especialmente en países en desarrollo. La anemia está asociada con una serie de consecuencias funcionales y con una disminución en la respuesta inmune, lo que puede tener implicaciones mayores en cuanto a morbilidad en poblaciones que viven en condiciones precarias de higiene.

Es por ello que este trabajo de investigación tiene como objetivo conocer la prevalencia de anemia en mujeres en periodo gestante y sus consecuencias pos parto y perinatales.

CAPÍTULO I DEL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS

La anemia es una condición muy común, que constituye un serio problema de salud pública de proporciones endémicas. Aproximadamente la tercera parte de la población mundial (2 billones de personas) cursa con algún grado de anemia, el 35 % de las mujeres en edad reproductiva, el 51 % de las gestantes¹.

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Salud², la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2011 fue de 28 %, siendo anemia severa con un 0,2 %, anemia moderada 2,6 % y leve 25,2 %. En el departamento de Tacna, la prevalencia de anemia en gestantes es de 21,6 %, siendo 0,2 % anemia severa, 1,8 % anemia moderada y 19,6 % anemia leve².

La anemia en la mujer en edad reproductiva tiene particular importancia, afecta no sólo a la mujer, sino también al producto de la concepción. Se ha estimado que la anemia es causa principal o contribuyente del 20 a 40 % de casos de muerte materna, especialmente en países en desarrollo. La anemia está asociada con una serie de consecuencias funcionales y con una disminución en la respuesta inmune, lo que puede tener implicaciones mayores en cuanto a morbilidad en poblaciones que viven en condiciones precarias de higiene. Se ha observado una reducción en la productividad en aquellas personas que sufren anemia³.

Durante el embarazo las necesidades nutricionales de la mujer son mayores que en otras etapas de su vida. La dieta debe suministrarle todos los elementos necesarios para que al crecer el óvulo o huevo fertilizado se convierta en un feto viable y luego en un bebé a término. A medida que la mujer se nutre a sí misma también nutre al feto en crecimiento y a la placenta que se une al feto por el cordón umbilical en el útero. Al mismo tiempo su tejido mamario se prepara para la lactancia⁴.

En el año 2012 se ha reportado según CIA WorldFactbook, que la tasa de mortalidad más baja de América latina la tiene Chile (25), seguida por Brasil (56), Perú (67), Argentina (77), Colombia (92), Venezuela (92), Paraguay (99), Ecuador (110), Bolivia (180) por 100 000 nacidos vivos⁵.

1.2. ANTECEDENTES

Ticona R. y Huanuco A. en el año 2005 en 29 hospitales del MINSA en Perú, reportó: a) 99 439 nacimientos ocurridos durante ese periodo (2005) de los cuales 3 721 son del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, b) dentro de las patologías materna, la más frecuente a nivel Nacional y en Tacna fue la Anemia cuyos porcentajes fueron 25 % y 38 % respectivamente⁶.

El estudio realizado en el municipio de Quilalí, en Nicaragua el 2005, dio a conocer la frecuencia de casos de anemia en embarazadas, diagnosticados tanto por clínica, como por laboratorio mostrando así un total de 137 (34,4 %) mujeres con diagnóstico de anemia de las 398 mujeres ingresadas al programa de atención pre natal del centro de salud Bello Amanecer del Municipio de Quilalí, por lo cual se presenta una

alta incidencia de casos de anemia en embarazadas en determinado lugar⁷.

Cesar Becerra y G. Gonzales, publicó en mayo de 1998 un estudio de diseño transversal titulado “Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú”, entre enero de 1993 y junio de 1995. La muestra estudiada estuvo integrada por 1 015 registros de control prenatal, el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de anemia y la relación entre la gravedad de la anemia y el peso del recién nacido, del aumento de peso de la gestante durante el embarazo y del peso al inicio de la gestación. Se obtuvo una prevalencia de anemia de 70,1 %; la anemia leve fue la más frecuente (67,7 %; IC: 62,2 a 73,2 %), seguida de la anemia moderada (27,9 %; IC: 19,6 a 36,2 %) y grave (4,4 %; IC: 5,1 a 13,9 %). La prevalencia de anemia fue independiente de la edad materna. Así, en las menores de 19 años la prevalencia fue de 72,7 % (IC: 65,2 a 80,1 %). Las muertes fetales no se asociaron con las concentraciones de hemoglobina en la sangre de la madre. La media del peso de los recién nacidos en el

Hospital de Pucallpa fue de 3 092 gr y no mostró ninguna asociación con la gravedad de la anemia⁸.

Estudios también han relacionado el nivel alto de hemoglobina con el recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). Kelley S. y cols en un estudio realizado en Atlanta, Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1999, encontraron que el nivel bajo de hemoglobina incrementa el riesgo de parto prematuro y los niveles altos de hemoglobina en la gestante conducen a un recién nacido pequeño para la edad gestacional⁹.

Loretta Giacomini Carmiol y cols, realizaron un estudio de casos y controles, comprendió el análisis retrospectivo de la información contenida en el expediente clínico de las pacientes que tuvieron su parto durante 2006, la muestra de casos fue 110 y de controles 220 gestantes, el estudio tituló “Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pre-término”, la razón de probabilidades mostró una asociación positiva entre la presencia de anemia y un parto pre-término de 2,87 (IC 95 % 1,08 – 7,69). Por lo que

se demostró una asociación entre la anemia en el tercer trimestre y parto de pre-término¹⁰.

Riffat Jaleel y Cols en un estudio de casos y controles de tipo prospectivo, con una muestra 1 072. En el estudio “Anemia grave y resultados adversos en el embarazo” se encontró que la frecuencia de anemia fue de 69,9 % y que la anemia grave fue de 4,8 %. La hemorragia pos parto se produjo en el 9,8 % de los casos, en comparación con 0,9 % de los controles ($p=0,013$). La frecuencia de infección de herida quirúrgica fue de 7,8 % en los casos y ninguna en los controles ($p=0,010$). El nacimiento prematuro se ha visto en casos 23,5 % y 10,2 % los controles ($p=0,026$). De las madres con anemia grave, 29,6 % de los bebés fueron de bajo peso al nacer ($p=0,022$) y el 27,8 % eran pequeños para su edad gestacional ($p=0,001$), en comparación con 14,5 % y el 8,2 % de los controles, respectivamente. Concluyendo que la anemia grave conlleva un riesgo significativo de hemorragia e infección, también se asocia con parto pre-término, bajo peso al nacer y niños pequeños para la edad gestacional, así como índice de APGAR baja y alta mortalidad perinatal¹¹.

Vilma Tapia, Alberto Peñaranda, y colaboradores. 2008. “Efecto de la anemia materna en recién nacidos en un hospital de Huaraz”. Se realizó un estudio retrospectivo analítico en base a la información de 10 025 historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, de la ciudad de Huaraz, durante el periodo de enero de 2001 a diciembre de 2005. Un análisis de regresión logístico multivariado fue desarrollado para evaluar el efecto de la anemia materna sobre el producto de la concepción para evaluar la anemia y su posible efecto sobre la mortalidad fetal, la prematuridad y el peso bajo al nacer, en gestantes que se atienden en un hospital ubicado a 3 070 m de altura. Como resultado, la prevalencia de anemia fue 49,4 %. Las madres que durante su gestación desarrollaron anemia severa tuvieron mayor probabilidad de que ocurriera muerte fetal tardía (OR: 2,13; IC 95 % 1,11 – 4,10, $p < 0,002$) o un parto prematuro (OR: 2,44, IC 95 % 1,34 a 4,43, $p < 0,003$). En relación a pequeños para la edad gestacional (PEG), se observó un factor protector en vez de un factor de riesgo (OR: 0,71, IC 95 % 0,50 a 0,95, $p < 0,04$). CONCLUSIONES: En la altura de Huaraz, toda gestante con

anemia severa (Hb <9 g/dL) está expuesta a un riesgo mayor de que su bebe presente complicaciones al nacer¹².

Iglesias–Benavides (2009), publicó estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo, titulado “Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales”, efectuado durante el periodo comprendido del 1 de mayo al 1 de agosto de 2008. Se estudiaron 600 pacientes con el objetivo de estudiar la incidencia de anemia en pacientes embarazadas en el tercer trimestre y las complicaciones maternas y perinatales asociadas, estudió 600 mujeres internadas para atención obstétrica. Se diagnosticó anemia cuando la hemoglobina fue menor de 11 g/dL y un hematocrito <33 %. Encontró anemia en 35 % de las pacientes, predominando la ferropénica en 94,2 %. En las mujeres anémicas se demostró una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto ($p=0,0006$), infección urinaria, parto prematuro ($p=0,001$), ruptura prematura de membranas ($p=0,0001$), estado hipertensivo del embarazo ($0,017$), oligohidramnios ($p=0,0001$), hemorragia obstétrica ($p=0,001$), infección de herida ($p=0,0004$), recién nacidos de bajo peso

($p=0,04$) y menores de 37 semanas ($p= 0,017$), así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios¹³.

Cervillini Barrios (2010) presentó la tesis “Anemia en gestantes: prevalencia y relación con las variables obstétricas en el Hospital III FelixTorrealva Gutiérrez, Ica – Perú 2007 - 2010” cuya muestra fue integrada por 101 gestantes con anemia y 101 gestantes con hemoglobina normal como grupo comparativo. Dentro de los resultados obtenidos se evidenció que las principales características de las gestantes con anemia son: edad entre 31–35 años (30,7 %), multigesta (45,5 %), ≤ 6 controles prenatales (50,5 %), infección urinaria (33,7 %). Los recién nacidos eran de sexo masculino (56,4 %), nacidos a término (100 %), por parto vaginal (76,2 %), peso al nacer entre 2500–3999 gr (89,1 %) ¹⁴.

Oscar Munares García y Col, estudio retrospectivo, en gestantes atendidas en el Ministerio de Salud del Perú, siendo un total de 318 436 para el año 2011, de ellas se tomaron 287 691 (90,3 %) y 19 918 gestantes de provincias con

comunidad nativa, de la base de datos del Sistema de información del estado nutricional del niño menor de 5 años y de la gestante (SIEN) del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud del Perú (INS), este sistema recoge los análisis de hemoglobina de gestantes durante todo el año en todo el territorio nacional, se incluyeron registros de gestantes con hemoglobina corregida a la altura y registros completos, excluyéndose datos inconsistentes. Concluye que la prevalencia de anemia en gestantes en general es mayor al de provincias con comunidad nativa, la prevalencia de anemia disminuye con la edad materna, pero aumenta con la edad gestacional y altitud a nivel del mar¹⁵.

En Ecuador, Peter Chedraui realizó una revisión titulada “Impacto de la anemia en la resultante perinatal”. 2011. concluye que la prevalencia de anemia y prematuridad fue mayor en pacientes con amenaza de parto pre término, reiterándose a la anemia como factor de riesgo. La hemoglobina y la ferritina son herramientas diagnósticas útiles para predecir la prematuridad con similar sensibilidad y especificidad¹⁶.

En Colombia, Alexandra Madariaga La Roche realizó una revisión sistemática de literatura con componente meta-analítico para evaluar la evidencia disponible relacionada con el riesgo de hemorragia pos parto y la anemia durante el embarazo. Se incluyeron todos los artículos entre 1997 y 2012, relacionados con el tema. La búsqueda arrojó un total de 316 artículos relacionados con anemia. El OR más bajo encontrado para hemorragia pos parto en pacientes con anemia severa es de 0,84 con un IC del 95 % (0,78–0,9) y el más alto de 2,2 con un (IC 95 % 1,63–3,15). En los estudios descriptivos, la prevalencia para hemorragia pos parto en pacientes con anemia severa varía de un 3,2 % a un 100 %, con un valor de p igualmente variante pasando de no significativo hasta $<0,004$. Respecto a la anemia moderada severa los resultados son igualmente amplios con prevalencias de 3,7 % hasta 45,5 % con valores de p no significativos¹⁷.

Oscar Munares García y Guillermo Gómez Guizado realizaron un estudio transversal de análisis de datos secundarios utilizando el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del Niño y la Gestante. Se revisaron 265 788

registros de gestantes de 10 a 19 años. Se midieron los niveles de hemoglobina (g/dL) y el porcentaje de anemia en el primer, segundo y tercer trimestre. Se aplicó estadísticas descriptivas con intervalos de confianza al 95 %. Resultados. El 3,4 % de las gestantes tenían entre 10 a 14 años (adolescencia temprana), el 21,6 % entre 15 a 16 años (adolescencia intermedia) y el 75 % entre 17 a 19 años (adolescencia tardía). Los niveles de hemoglobina en las gestantes adolescentes fueron de $11,6 \pm 1,3$ g/dL para el 2009 y de $11,5 \pm 1,3$ g/dL durante los años 2010, 2011 y 2012, la frecuencia global de anemia para el 2009 fue de 25,1 % (IC 95 %: 24,4–25,8); para el 2010 de 26,0 % (IC 95 %: 25,3–26,6), para el 2011 de 26,4 % (IC 95 %: 25,8–27,1) y para el 2012 de 25,2 % (IC 95 %: 24,6–25,9). Concluyendo que los niveles de hemoglobina son en promedio menores para las gestantes residentes en zonas alto andinas. Alrededor de un cuarto de las gestantes adolescentes presentan anemia¹⁸.

Oscar Munares García, Guillermo Gómez Guizado. En Tacna se atendieron a 1 653 gestantes adolescentes, los niveles de hemoglobina en las gestantes adolescentes fueron

de $11,7 \pm 1,2$ g/dL para el 2009 y $11,7 \pm 1,3$ g/dL durante los años 2010, 2011 y 2012. La frecuencia de anemia para el 2009 fue de 20,4 % (IC 95 %:11,9–28,9); para el 2010 de 19,7 % (IC 95 %:10,9–28,4), para el 2011 de 20,7 % (IC 95 %:11,9–29,5) y para el 2012 de 19,4 % (IC 95 %:10,9–27,9)¹⁸.

En el Perú, un cuarto de las gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud presentan anemia, este evento se ha mantenido durante los años 2009 a 2012. Las cifras presentadas en este estudio se encuentran dentro de los rangos de países latinoamericanos. En México se determinó una frecuencia del 15 a 93 %; en Venezuela, para el año 2012 osciló entre 14,9 y 78,0 %; y en Colombia la frecuencia de anemia en gestantes adolescentes fue del 15 % para el año 2009¹⁹.

Adriana Serrano Salgado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre la resultante perinatal en el Hospital Gineco–Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el año 2013. Se realizó un estudio de corte transversal. Se analizaron

26 500 gestantes que acudieron al Hospital a atender su parto en el año 2013. Se obtuvo el valor de hemoglobina materna y se calculó la prevalencia de anemia (Hb <11gm/dl). De la población de mujeres anémicas, se estudiaron las resultantes neonatales, las cuales se presentaron como medidas de tendencia central. Se relacionó el nivel de hemoglobina con las variables del recién nacido. La prevalencia de anemia gestacional es del 9 %. De las pacientes anémicas el 100 % presentaron anemia leve. El 49 % de los recién nacidos fueron prematuros, un tercio presentó bajo peso, talla baja y perímetro cefálico disminuido para edad gestacional. El menor nivel de hemoglobina se correlacionó únicamente con un perímetro cefálico disminuido (P:0,01) sin mostrar diferencia estadísticamente significativa con las otras variables. Se concluyó que la prevalencia de anemia gestacional en Guayaquil es alta, al igual que la carga que ésta implica. En aproximadamente un tercio de los recién nacidos se encontrará una resultante perinatal negativa que afectará en su desarrollo psicomotor y cognitivo en el futuro²⁰.

Andrea Cárdenas García. 2014. Presentó la tesis “Incidencia de anemia en pacientes puérperas que ingresaron con valores de hemoglobina dentro de los parámetros normales, al Hospital Básico Machachi en el período comprendido entre octubre 2012 a marzo 2013”. Este es un estudio descriptivo y retrospectivo que busca determinar la incidencia de anemia en las pacientes puérperas. El total de pacientes que se atendió el parto céfalo-vaginal fue de 346, de las cuales para la investigación se seleccionó 150 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. La incidencia de anemia pos parto fue de 10,67 % (16 pacientes). Los factores de riesgo encontrados: en un 37,50 % (6) la edad (adolescentes y pacientes mayores de 35 años); en un 62,50 % (10) la primiparidad y en un 37,50 % (6) la multiparidad. Como factores predisponentes se establece que la anemia durante el puerperio inmediato se presentó por hemorragia pos parto; causado en un 37,50 % (6) por atonía-hipotonía uterina y en un 62,50 % (10) por hemorragia pos parto inmediato (retención de membranas y lesiones de partes blandas)²².

Amelia Miranda Tapia, 2014, presentó la tesis “Anemia en gestantes y peso del recién nacido Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014”, para identificar la relación entre anemia en gestantes y el peso del recién nacido. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se trabajó con las pacientes atendidas en el Hospital en el periodo de enero – diciembre de 2014. Siendo el universo de 4 292 pacientes, de las que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión 1 702 pacientes. Como resultados, la edad media de las gestantes fue 24,48 años, el 76 % de las gestantes tuvieron secundaria como máximo grado de instrucción, el IMC de las gestantes oscilaron entre 18 y 28,9, con media de 22,2; la media de CPN fue 5,48+/-3,5. El 90,39 % de las gestantes presentó edad gestacional igual o menor a 40 semanas. El 94,5 % de las recién nacidos presentó edad gestacional igual o menor a 40 semanas por test de Capurro, en su mayoría de sexo masculino (53,1 %). Los recién nacidos tuvieron un peso medio de 3302,06 +/- 551,8 kg, el 92,0 % presentaron una adecuada relación peso/edad gestacional y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacimiento fue del 5,5 %. La media de Hemoglobina en las gestantes fue 11,5 +/- 1,2 g/dl y

el 26,1 % presentaron anemia en el tercer trimestre. No hubo correlación entre la anemia materna y el peso del recién nacido. La anemia materna durante la gestación no fue un condicionante para la presencia de bajo peso al nacer en las pacientes estudiadas ²².

Iván Gómez Sánchez, Silvia Rosales, y colaboradores. 2014. "Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales". Se realizó un análisis secundario de la encuesta ENDES 2013. Se aplicaron como criterios de inclusión que la participante estuviera gestando y que contara con determinación de Hb. Como resultados, la mediana del nivel de hemoglobina fue 11,70 g/dL (RIQ 10,90 - 12,60), y la prevalencia de anemia 27,2 % (IC95 % 24,2 % a 30,2 %). Las gestantes que inician sus controles prenatales en el primer o segundo mes de gestación presentan medianas superiores de Hb frente a las que inician a partir del tercer mes (11,96; 11,80 y 11,40 g/dL respectivamente, $p < 0,001$), también las que presentan una menor paridad (11,80 vs 11,60 g/dL, $p = 0,003$), a mayor edad gestacional las medianas de Hb son inferiores

($p < 0,001$) y si el embarazo fue planificado la mediana de Hb fue superior (11,90 vs 11,60 g/dL, $p = 0,16$). Cuando se analizó la anemia, resultaron significativos la edad gestacional (a mayor edad gestacional mayor prevalencia de anemia, $p < 0,001$), el momento de inicio de los controles prenatales (un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia, $p < 0,001$) y la planificación del embarazo (23,6 % vs 29,9 %, $p = 0,041$). El inicio temprano del control prenatal y la planificación del embarazo se asocia a una menor prevalencia de anemia, mientras que al avanzar la gestación este problema se hace más frecuente²³.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar–ENDES. Presenta el documento, “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014”. Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad, por tipo, según característica seleccionada. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas fue de 28,9 %, con anemia leve 19,2 %, anemia moderada 9,3 % y anemia severa 0,4 %²⁴.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

“¿Cuál es la prevalencia de anemia en mujeres en periodo gestante y cuáles son sus consecuencias pos parto y perinatales en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna, enero – diciembre 2013?”

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Debido a la alta prevalencia que representa la anemia en gestantes y el impacto negativo frente a la gestante y feto. La anemia afecta no sólo a la mujer en su etapa gestante, sino también en su etapa pos parto así como al producto de la gestación, y en el departamento de Tacna teniendo una prevalencia de anemia en gestantes de 21,6 %. La anemia es un problema de salud pública a nivel mundial. A nivel nacional, según criterios de la OMS, la anemia se cataloga como un problema de salud pública moderada; pero en regiones como Huancavelica, Ayacucho y Puno llega a ser un problema de salud pública grave (más del 40 % de gestantes anémicas). Según ENDES 2000, en el Perú el número de gestantes fue de más de 600 000 y la prevalencia de anemia en las gestantes fue mayor al 50 %²⁵.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar la prevalencia de anemia en mujeres en periodo gestante y sus consecuencias pos parto y perinatales en el centro de salud la esperanza de Tacna, enero 2013 – diciembre 2014

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de anemia leve, anemia moderada y anemia severa en mujeres en etapa gestante del Centro de Salud La Esperanza de Tacna.
- Determinar la relación de la anemia y las consecuencias en el estado pos parto de las madres presentes en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna.
- Determinar la relación de la anemia en madres gestantes y emergencias perinatales en los recién nacido del Centro de Salud La Esperanza de Tacna.

CAPTULO III MARCO TEORICO CONCEPTUAL

III. CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICIONES

3.1. ANEMIA

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. 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. Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. La anemia se define como una concentración de hemoglobina < 12 g/dL en mujeres no embarazadas y menor de 11 g/dL durante el embarazo o puerperio.

En el embarazo un cambio fisiológico que ocurre es el aumento del volumen plasmático a partir de la semana 6, donde en el primer trimestre aumenta un 10 – 15 % y a término un 30 – 50 %, para un total de 1 – 1,5L.

Dado que un factor crucial en el recuento eritrocitario total y de la Hb es la adaptación a la altura, es necesario tener presente los ajustes normales de estas variables, de acuerdo a la altitud. Los valores de corrección adicional con relación a la altitud en gestantes en poblaciones a nivel del mar:

Ajuste de la hemoglobina (g/dL) para la altitud

Altitud (m)	Hb
<1.000	0,0
1.000	-0,1
1.500	-0,4
2.000	-0,7
2.500	-1,2
3.000	-1,8
3.500	-2,6
4.000	-3,4
4.500	-4,4
5.000	-5,5

Los valores o puntos de corte inferior para Hb y Hcto que definen anemia durante la gestación según las características de nuestra población:

Periodo gestacional

Trimestre	Hb (g/dL)	Hcto (%)
1o	11,0	33
2o	10,5	32
3o	11,0	33

El aumento en la masa eritrocitaria no empieza hasta la semana 20 de gestación, desde entonces aumenta más rápidamente que el volumen plasmático, hasta la semana 28, posteriormente el incremento es menor, hasta el término del embarazo. La masa eritrocitaria al final de la gestación llega a ser superior en un 30 % que en la mujer no embarazada. En el pos parto temprano, la masa eritrocitaria sigue siendo 10 % aproximadamente superior a los niveles de la no embarazada durante 1 a 2 semanas y regresan a lo normal a la 6ª semana. La disminución se relaciona principalmente con la pérdida de sangre durante el parto y a un descenso en la producción de eritrocitos. La eritropoyesis regresa a un nivel normal hacia finales del pos parto (8ª semana).

CLASIFICACIÓN

. La OMS clasifica la anemia durante la gestación con respecto a los valores de hemoglobina en:

- Severa Menor de 7,0 g/dL
- Moderada 7,1 –10,0 g/dL
- Leve 10,1 – 10,9 g/dl

3.2. REPERCUSIÓN MATERNA

a) HEMORRAGIA POS PARTO

La Hemorragia pos parto es una de las principales causas de Muerte Materna, junto con las complicaciones asociadas al aborto y los trastornos hipertensivos del embarazo. La hemorragia pos parto es el sangrado anormal y excesivo proveniente del sitio de inserción placentaria, de traumatismos del tracto genital o estructuras adyacentes. Existen diferentes definiciones de Hemorragia pos parto. La gran mayoría hace referencia al volumen de sangre perdido, al estado clínico de la paciente y al momento de aparición. (Baha M. Sibai, M.D.)

Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia definen la hemorragia pos parto, de acuerdo al volumen sanguíneo perdido durante la atención del parto y las primeras 24 horas del pos parto, como el sangrado mayor a 500 cc durante parto vaginal o mayor a 1000 cc durante parto por cesárea, asociado a sintomatología de hipovolemia, inestabilidad hemodinámica, necesidad de transfusión o caída del hematocrito mayor o igual al 10 % en la paciente.

Por otro lado, se reconoce a la anemia, como un factor de riesgo potencial para sangrado durante procedimientos quirúrgicos, ya que una concentración adecuada de glóbulos rojos circulantes, ejercen una acción positiva sobre la hemostasia, al direccionar las plaquetas hacia la pared de los vasos en el sitio de sangrado. Por lo tanto, este mecanismo promotor de hemostasia es menos eficaz en pacientes anémicos.

- Hemorragia Pos parto: Sangrado pos parto que excede los 500 ml.

- Hemorragia Pos parto severa: sangrado vaginal que excede los 1 000 ml.
- También se clasifica como primaria (inicio en el plazo de 24 horas después del parto del bebé) o secundaria (inicio > 24 horas del pos parto)
- Muchas mujeres toleran bien una pérdida mayor que lo normal, cercana a 500 ml de sangre, y no sufren repercusión clínica; sin embargo, los efectos varían según cada mujer. En el caso de las mujeres anémicas, la pérdida de incluso 200 o 250 ml de sangre podría resultar muy peligrosa.

b) INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

Se define como de incisión infectada o una infección profunda de la herida quirúrgica, clínicamente evidenciable por signo de celulitis en la región intervenida. (NICE, 2008)

- Las infecciones que ocurren en una herida creada por un procedimiento quirúrgico invasivo son generalmente conocidas como infección del sitio quirúrgico, debido a que la piel esta normalmente

colonizada por un número de microorganismos que pueden causar infección.

- Los microorganismos que causan IHQ, usualmente provienen del mismo paciente (infección endógena), y pueden estar presentes en piel o en vísceras abiertas, la infección exógena puede ocurrir por instrumental contaminado, por contaminación del ambiente operatorio, o cuando los microorganismos tienen acceso a la herida cuando esta ya ha sido cerrada, después de la operación.
- Las pacientes complicadas con diabetes, desnutrición, anemia, obesidad, hipertensión, inmunocomprometidas y tabaquismo tienen un riesgo significativamente mayor de IHQ.

c) ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La rotura prematura de membrana (RPM) es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Generalmente se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por genitales. (Vigil De Gracia, Savranskyb y colaboradores, 2011).

Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pre-término de membranas ovulares (RPPM). Es un evento que convierte un embarazo normal en una gestación de riesgo para la madre y para el feto. La RPM tiene una incidencia global de 5 % y se presenta en 30 % de los nacimientos prematuros. Es de 3 % luego de las 32 semanas, de 28 % entre las 28 y 31 semanas y de 31 % antes de la semana 28. (Dr. Ricardo Illia, Dr. Eduardo A. Valenti)

d) PRE-ECLAMPSIA

Es un desorden multi-sistémico que se asocia con hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. (V. Cararach Ramoneda y F. Botet Mussons. 2008)

Raramente presenta síntomas antes de las 20 semanas de embarazo. En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, CID, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados. (V. Cararach Ramoneda y F. Botet Mussons. 2008)

Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo:

- Pre-eclampsia leve: presión arterial de 140/90 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días pos parto, con proteinuria de más de 300 mg en 24 horas.

- Pre-eclampsia severa: presión arterial de 160/110 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días pos parto, proteinuria mayor de 5 gr en 24

horas, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado.

e) AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Además, el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. (Ana Catalina González Rivera, 2011)

Las causas de la amenaza de aborto pueden resolverse y continuar con un embarazo normal o evolucionar y terminar en un aborto. (México: Secretaría de Salud; 2008)

f) ABORTO

Según la OMS lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto menor a 500 gr, peso que corresponde a una gestación de 20 a 22 semanas. Según el Royal College de Obstetricia y Ginecología, el aborto espontáneo puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación. (Diana Carolina Vargas Fiesco, Jorge Andrés Rubio Romero, 2010)

Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío

3.3. REPERCUSIONES PERINATALES

a) RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO (BPN)

Definido como recién nacido a término con peso al nacer menor de 2500 gr, el mismo ha sido reconocido como el riesgo más estrechamente ligado a la supervivencia infantil, en particular contribuyendo como factor principal a la tasa de mortalidad neonatal

Los niños con BPN son un grupo heterogéneo que comprende tanto a aquellos de término con peso bajo para la edad gestacional, sinónimo de desnutridos in útero, con retardo del crecimiento intrauterino o pequeños para la edad gestacional (PEG), así como a los prematuros ya sean PEG, o tengan peso adecuado para la edad (AEG), además de los productos de embarazos múltiples que presentan hasta en 46 % asociación con bajo peso, pero que han desarrollado todo su potencial de crecimiento para su condición de producto múltiple. (Nora Inés Velázquez Quintana, José Luis Masud Yunes Zárraga, Ricardo Ávila Reyes, 2004)

b) PREMATURIDAD

Es el que sucede después de 20 y antes de las 37 semanas. Es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal y el responsable de 75 a 90 % de las muertes neonatales no relacionadas con malformaciones congénitas. Existen reportes que muestran que más del 90 % de los niños nacidos entre 28 y 29 semanas de gestación superviven, mientras que los nacidos entre las 22 y 23 semanas tienen un índice de supervivencia de 20 a 30 %; sin embargo, estos últimos suelen padecer, a largo plazo, secuelas neurológicas.

c) DEPRESIÓN DEL RN

La valoración es mediante el score APGAR. Definición conceptual: El test de Apgar se utiliza para evaluar el nivel de actividad psíquica y física del recién nacido. La primera valoración (APGAR 1º minuto) orienta sobre las medidas a adoptar. La segunda valoración (APGAR 5º minuto) orienta sobre la eficacia de las medidas adoptadas y el pronóstico vital y neurológico del niño.

d) MORTALIDAD PERINATAL

Definición conceptual: Muerte fetal o neonatal que ocurre durante el embarazo tardío (a las 20 semanas completas de edad gestacional o más tarde), durante el nacimiento, o hasta completados los siete días después del nacimiento.

e) SUFRIMIENTO FETAL

Es un estado de compromiso del metabolismo fetal, producida por una marcada alteración en el intercambio de oxígeno entre madre, feto y placenta, con disminución del aporte del mismo al feto.

CAPÍTULO IV

VARIABLES E INDICADORES

IV. VARIABLES E INDICADORES

4.1. TIPOS DE VARIABLES

4.1.1. Variable independiente

a) **Anemia materna.** Niveles de hemoglobina (Hb) de < 11 g/dl, según la definición de la Organización Mundial de la Salud.

- Indicador: Nivel de Hemoglobina (g/dL).
- Categoría Anemia: Leve (10,1–10,9 g/dL), Moderada (7,1–9,9 g/dL) y Severa (\leq 7,0 g/dL).

4.1.2. Variables dependientes

4.1.2.1. Repercusión materna

a) Hemorragia Pos parto.

Parto vaginal: mayor a 500 cc.

Parto por cesárea: mayor a 1000 cc.

b) **Infección de herida quirúrgica.** Se define como incisión infectada o una infección profunda de la herida quirúrgica, clínicamente evidenciable por signo de celulitis en la región intervenida.

c) Pre-eclampsia. Asociado a hipertensión y proteinuria.

d) Rotura prematura de membrana. Es espontánea cuando ocurre antes del inicio de la labor de parto.

e) Amenaza de aborto. Es la existencia de una hemorragia genital, habitualmente irregular, procedente de la cavidad uterina.

f) Aborto. Expulsión o extracción uterina de un embrión o feto menor a 500 gr, peso que corresponde a una gestación de 20 a 22 semanas.

4.1.2.2. Repercusiones Perinatales

a. Recién nacido de bajo peso (BPEG). Peso al nacer por debajo de 2500g

b. Prematuridad. Recién nacido mayor de 20 semanas y antes de las 37 semanas.

c. Depresión del RN. La valoración es mediante el score APGAR. Definición conceptual: El test de Apgar se utiliza para evaluar el nivel de actividad psíquica y física del recién nacido. La primera

valoración (APGAR 1º minuto) orienta sobre las medidas a adoptar. La segunda valoración (APGAR 5º minuto) orienta sobre la eficacia de las medidas adoptadas y el pronóstico vital y neurológico del niño.

Indicador: Valoración en puntajes. Categoría:

- Vigoroso (7 – 10 puntos),
- Depresión moderada: (4 – 6 puntos)
- Depresión severa (0 – 3 puntos).

d. Mortalidad perinatal. Muerte fetal o neonatal que ocurre durante el embarazo tardío (a las 20 semanas completas de edad gestacional o más tarde), durante el nacimiento, o hasta completados los siete días después del nacimiento.

e. Sufrimiento fetal. Es un estado de compromiso del metabolismo fetal.

4.1.3. Variables intervinientes

a) Edad materna: Indicador: Años. Categoría:

- Alto Riesgo: Menos de 20 años.
- Bajo Riesgo: Entre 20 y 34 años.
- Riesgo Intermedio: Mayores de 34 años.

b) Grado de instrucción: grado más elevado de estudios realizados sin tener en cuenta si ha culminado o están provisional o definitivamente incompletos.

- Analfabeto
- Primaria
- Secundaria
- Superior

c) Estado civil: La situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

- Soltera
- Casada
- Conviviente

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable		Dimensión	Indicadores	Escala
Variable independiente	anemia		Leve (Hb 10,9–10,1 mg/dl)	Ordinal
			Moderada (Hb 7,1 –10,0 mg/dl)	Ordinal
			Severa (Hb ≤ 7,0 mg/dl)	Ordinal
Variable dependiente	Repercusiones maternas	Hemorragia pos parto	(sí) (no)	Nominal
		Infección de herida quirúrgica	(sí) (no)	Nominal
		Pre – eclampsia	(sí) (no)	Nominal
		Rotura prematura de membranas	(sí) (no)	Nominal
		Amenaza de Aborto	(sí) (no)	Nominal
		Aborto	(sí) (no)	Nominal

	Variable	Dimensión	Indicadores	Escala
Variable dependiente	Repercusiones perinatal	Recién nacido de bajo peso	peso al nacer: <2500 gr ≥2500 gr	ordinal
		Depresión del recién nacido	score apgar 1 minuto • Vigoroso (7–10 puntos) • Depresión moderada (4–6 puntos) • depresión severa (0–3 puntos)	ordinal
			Score de Apgar los 5 minutos • vigoroso (7–10 puntos) • depresión moderada (4–6 puntos) • depresión severa (0–3 puntos)	ordinal
		Mortalidad perinatal	(sí) (no)	nominal
		Prematuridad	(sí) (no)	nominal
		Sufrimiento fetal	(sí) (no)	nominal

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala
variables intervinientes	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <20 años ▪ 20 – 34 años ▪ > 34 años 	ordinal
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ analfabeta ▪ primaria ▪ secundaria ▪ superior 	nominal
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltera ▪ Conviviente ▪ casada 	nominal

CAPÍTULO V

MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, descriptivo observacional de corte transversal realizado en el Centro de Salud La Esperanza.

5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres en etapa gestante con sus controles desde primer a tercer trimestre gestacional, así como su estado pos parto y controles del recién nacido.

Como criterios de inclusión, fueron aquellas mujeres que presentaron algún nivel de anemia como anemia leve, moderada o severa; pacientes con controles de hematocrito desde su primer al tercer trimestre, así también pertenecer a las zonas establecidas por el centro de salud la esperanza.

Como criterios de exclusión fueron aquellas mujeres que cursaron el embarazo con alguna patología asociada al embarazo como diabetes mellitus, enfermedades cardíacas.

5.3. OBTENCIÓN DE DATOS

De historias clínicas materno perinatales del Centro de Salud La Esperanza, referencias al Hospital Hipólito Unanue, cuadernos de emergencias obstétricas y cuadernos de atención en laboratorio del centro de salud La Esperanza, ordenadas por meses desde enero de 2013 a diciembre de 2014, descartando aquellas con datos incompletos o historias inexistentes.

5.4. PROCEDIMIENTOS DATOS

Se realizó una base de datos en Excel con todas las mujeres gestantes atendidas por meses desde enero de 2013 a diciembre de 2014, clasificando en primer lugar por valores de hemoglobina, así también la edad, estado civil y estudios; al mismo tiempo se clasificó las repercusiones maternas y perinatales tomando los datos obtenidos y dándole valores numéricos.

5.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizó la prueba estadística chi cuadrado con nivel de significancia de 5 % para establecer asociaciones estadísticas entre variables independientes y dependientes.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

CUADRO N°01.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

ANEMIA	ni	%
Leve	170	26,7 %
Moderado	196	30,8 %
Severa	2	0,3 %
Sin anemia	269	42,2 %
Total	637	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°1 se puede observar que fueron atendidas un total de 637 mujeres gestantes de enero de 2013 a diciembre de 2014; la prevalencia de anemia en estas fue del 57,8 %; así mismo teniendo en cuenta los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013 y 2014 realizada a nivel nacional sobre la prevalencia de anemia esta fluctuó entre 27,2 % y 28,9 %.

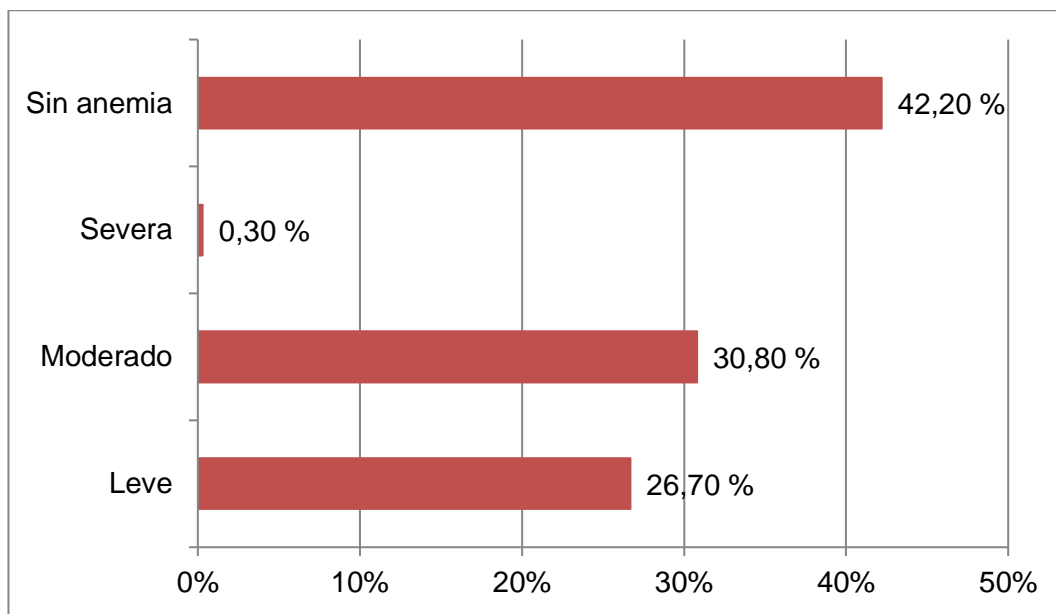


Gráfico N°01. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N°02.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según efectos de la anemia en las repercusiones maternas, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

Repercusiones maternas	ni	%
Hemorragia pos parto	14	3,8 %
Pre – eclampsia	13	3,5 %
Infección de Herida operatoria	2	0,5 %
Rotura prematura de membrana	1	0,3 %
Amenaza de aborto	11	3,0 %
Aborto	1	0,3 %
Sin repercusiones maternas	326	88,4 %
Total	368	100 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N° 2 de 368 mujeres gestantes diagnosticadas con anemia en el Centro de Salud la Esperanza. Las repercusiones maternas que se presentaron fueron: 3,8 % de las mujeres gestantes presentaron hemorragia pos parto, el 3,5 % pre – eclampsia, el 3,0 % presentaron amenaza de aborto y otras repercusiones maternas con un 1,1 % de ellas.

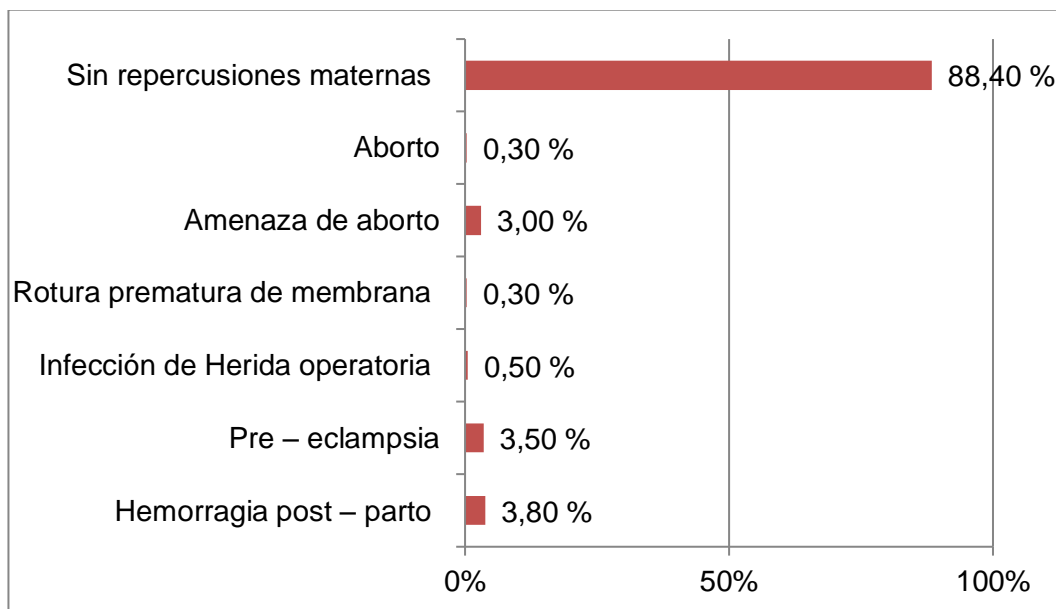


Gráfico N°02. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y repercusiones maternas.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N°03.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y hemorragia pos parto, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	HEMORRAGIA POS PARTO				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	168	98,8 %	2	1,2 %	170	100,0 %
Moderado	185	94,4 %	11	5,6 %	196	100,0 %
Severa	1	50,0 %	1	50,0 %	2	100,0 %
Total	354	96,2 %	14	3,8 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

$P = 0,022$; $\chi^2 = 5,22$

En el cuadro N°3 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 14 de ellas presentaron hemorragia pos parto que representa 3,8 %.

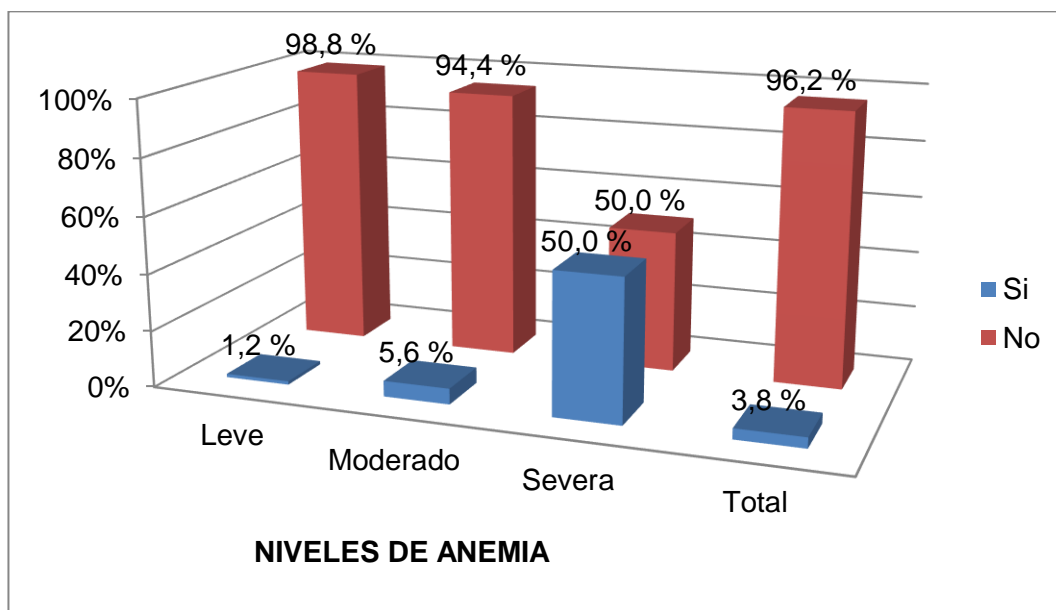


Gráfico N°03. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y hemorragia pos parto.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 04.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y pre-eclampsia, enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	PRE-ECLAMPSIA				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	166	97,6 %	4	2,4 %	170	100,0 %
Moderado	187	95,4 %	9	4,6 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	355	96,5 %	13	3,5 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.
 $p= 0,25$; $\chi^2=1,33$

En el cuadro N°4 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 13 de ellas presentaron pre-eclampsia que representa 3,5 %.

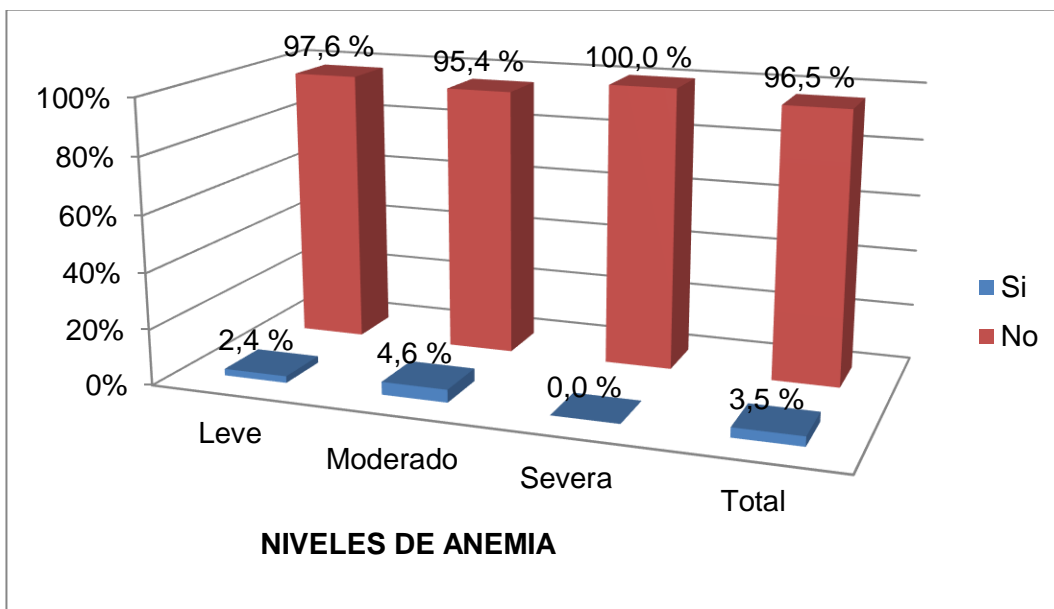


Gráfico N°04. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y pre-eclampsia.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 05.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia e infección de herida quirúrgica de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	INFEC. DE HERIDA QUIRÚRGICA				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	170	100,0 %	0	0,0 %	170	100,0 %
Moderado	195	95,5 %	1	0,5 %	196	100,0 %
Severa	1	50,0 %	1	50,0 %	2	100,0 %
Total	366	99,5 %	2	0,5 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°5 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 2 de ellas presentaron infección de herida quirúrgica que representa 0,5 %.

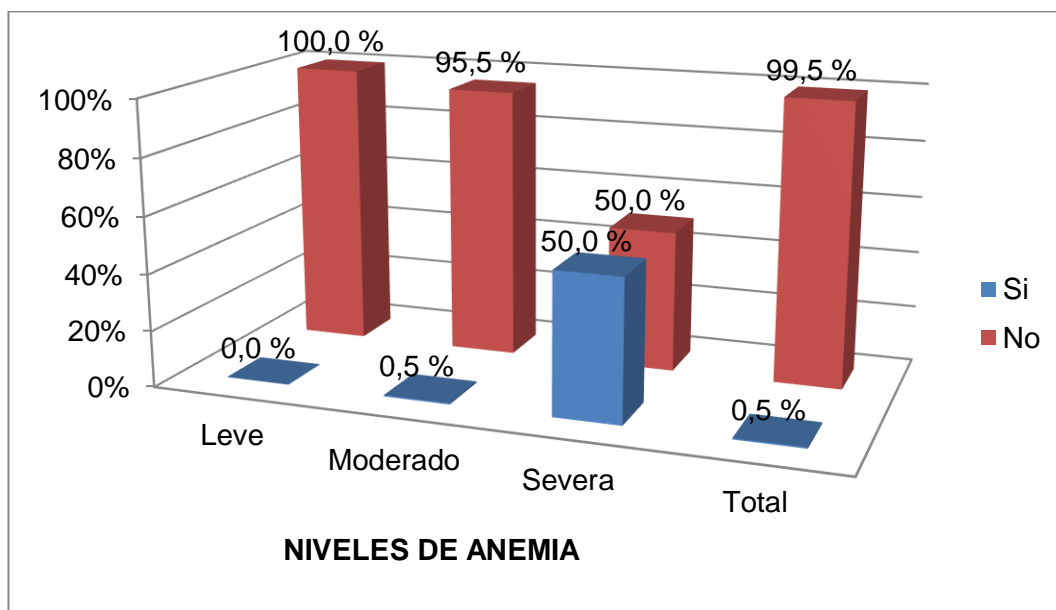


Gráfico N°05. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia e infección de herida quirúrgica.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 06.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y rotura prematura de membrana de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	169	99,4 %	1	0,6 %	170	100,0 %
Moderado	196	100,0 %	0	0,0 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	367	99,7 %	1	0,3 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°6 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 1 de ellas presenta rotura prematura de membrana que representa 0,3 %.

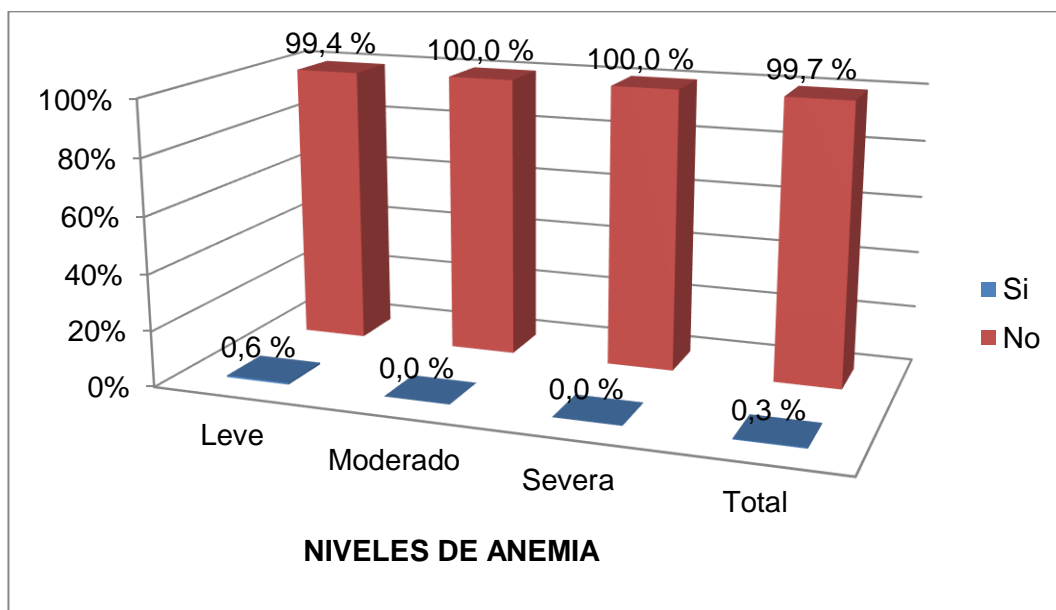


Gráfico N°06. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y rotura prematura de membrana.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 07.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y amenaza de aborto de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	AMENAZA DE ABORTO				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	168	98,8 %	2	1,2 %	170	100,0 %
Moderado	187	95,4 %	9	4,6 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	357	97,0 %	11	3,0 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.
 $p= 0,06$; $\chi^2=3,64$

En el cuadro N°7 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 11 de ellas presentaron amenaza de aborto que representa 3 %.

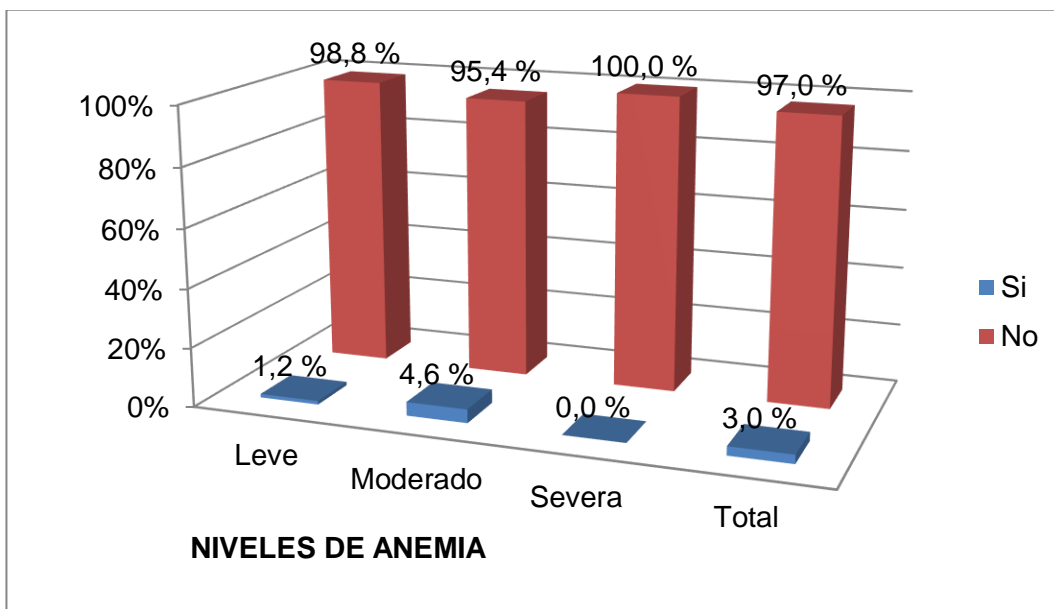


Gráfico N°07. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y amenaza de aborto.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 08.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y aborto de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	ABORTO				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	170	100,0 %	0	0,0 %	170	100,0 %
Moderado	195	99,5 %	1	0,5 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	367	99,7 %	1	0,3 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°8 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 1 de ellas presentaron aborto que representa 0,3 %.

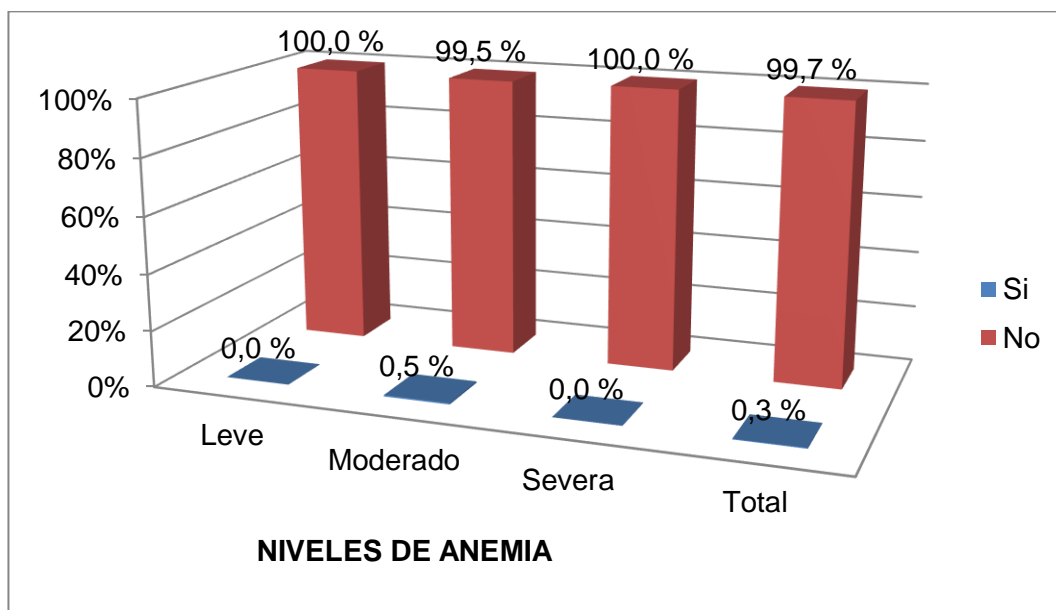


Gráfico N°08. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y aborto.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N°09.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza y con diagnóstico de anemia y sus repercusiones perinatales en los recién nacidos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

REPERCUSIONES PERINATALES	Con anemia	
	ni	%
BAJO PESO AL NACER	14	3,8 %
APGAR AL MINUTO con depresión severa	6	1,6 %
APGAR 5 MINUTOS con depresión severa	3	0,8 %
MORTALIDAD PERINATAL	3	0,8 %
PREMATURIEDAD	17	4,6 %
SUFRIMIENTO FETAL	13	3,5 %
SIN REPERCUSIONES MATERNAS	326	84,8 %
TOTAL	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N° 9 de 368 mujeres gestantes diagnosticadas con anemia en el Centro de Salud la Esperanza. Las repercusiones perinatales que se presentaron fueron: el 4,6 % de recién nacidos presentaron prematuridad, 3,8 % bajo peso al nacer, el 3,5 % sufrimiento fetal y otras repercusiones con un 3,2 %.

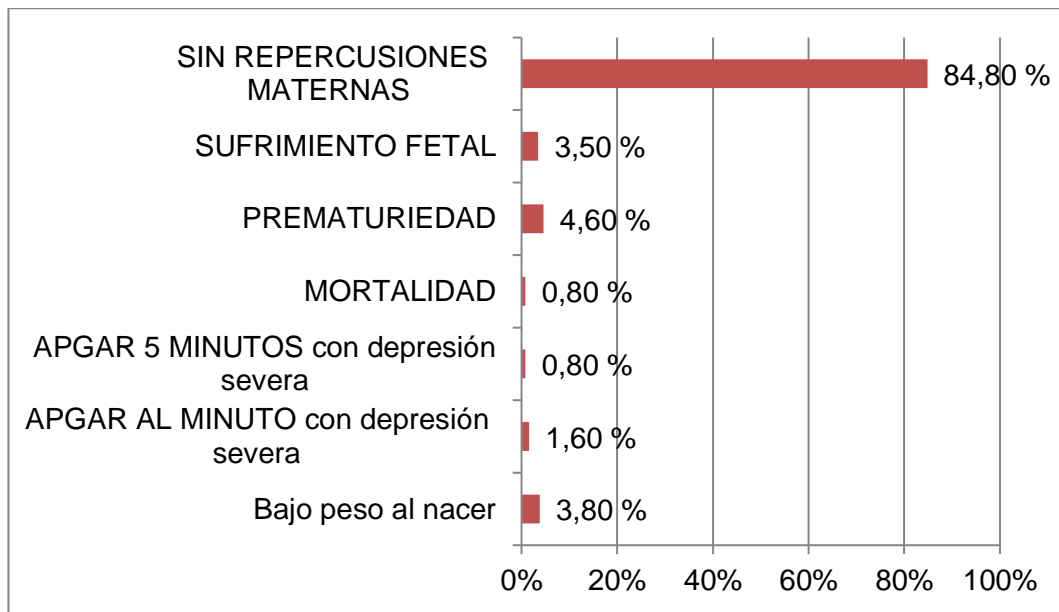


Gráfico N°09. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y las repercusiones perinatales.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 10.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y el peso al nacer de los recién nacidos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	PESO AL NACER				TOTAL	
	>2500gr		<2500gr		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	164	96,5 %	6	3,5 %	170	100,0 %
Moderado	188	95,9 %	8	4,1 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	354	96,2 %	14	3,8 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

*Bajo peso al nacer <2500gr. (BPN)

$p= 0,78$; $\chi^2=0,08$

En el cuadro N°10 se puede observar 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, 14 de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer (BPN) que representa el 3,8 %.

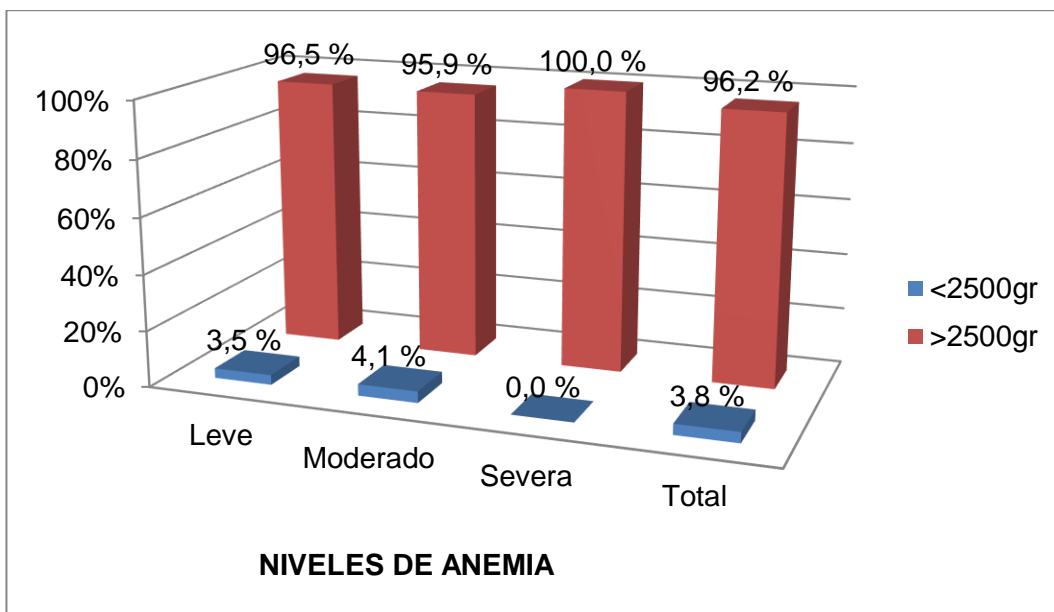


Gráfico N°10. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y recién nacidos con bajo peso al nacer.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 11.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con score APGAR al minuto atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	SCORE APGAR AL MINUTO						TOTAL	
	Vigoroso		Depresión moderada		Depresión severa			
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Leve	167	98,2 %	2	1,2 %	1	0,6 %	170	100,0 %
Moderado	184	94,4 %	6	3,1 %	5	2,6 %	195	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	353	96,2 %	8	2,2 %	6	1,6 %	367	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

* Score apgar al minuto (APGAR1): Vigoroso (7 – 10 puntos), depresión moderada (4 – 6 puntos), depresión severa (0 – 3 puntos)

En el cuadro N°11 se puede observar 368 mujeres gestantes atendidas en este Centro de Salud y diagnosticadas con anemia, al evaluar el score APGAR al minuto de los recién nacidos, 96,2 % de ellos fueron diagnosticados con un estado vigoroso, 2,2 % con depresión moderada y 1,6 % con depresión severa.

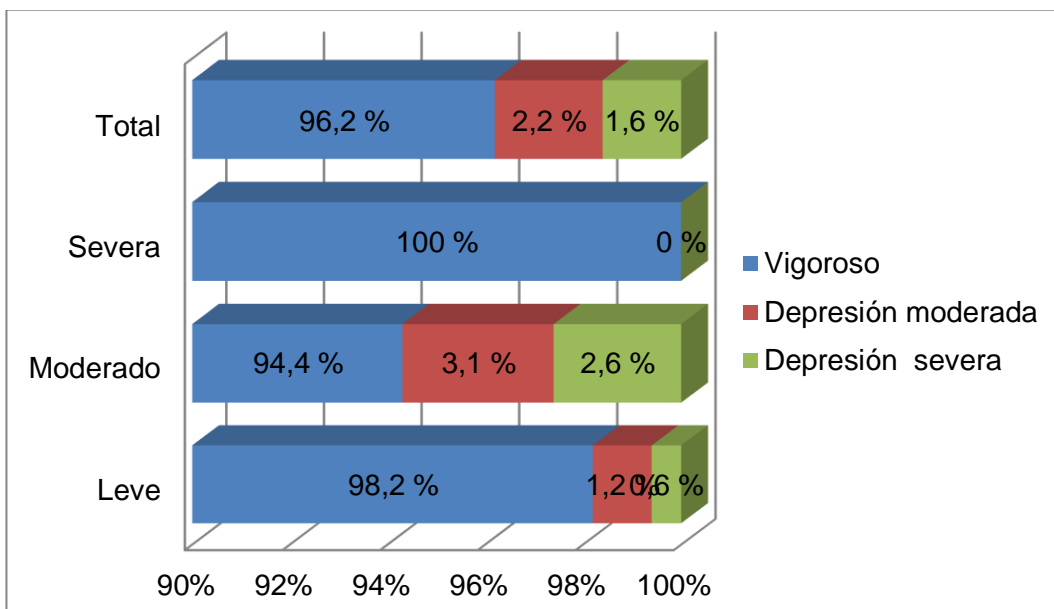


Gráfico N°11. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con un Score APGAR al minuto.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 12.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con score APGAR a los cinco minutos atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	SCORE DE APGAR LOS CINCO MINUTO						TOTAL	
	Vigoroso		Depresión moderada		Depresión severa			
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Leve	169	99,4 %	0	0,0 %	1	0,6 %	170	100,0 %
Moderado	191	98,0 %	2	1,0 %	2	1,0 %	195	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	362	98,6 %	2	0,5 %	3	0,8 %	367	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

* Score apgar a los cinco minutos (APGAR5): Vigoroso (7 – 10 puntos), depresión moderada (4 – 6 puntos), depresión severa (0 – 3 puntos)

En el cuadro N°12 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este centro de salud diagnosticadas con anemia, al evaluar el score APGAR a los cinco minutos de los recién nacidos, 98,6 % de ellos fueron diagnosticados con un estado vigoroso, 0,5 % con depresión moderada y 0,8 % con depresión severa.

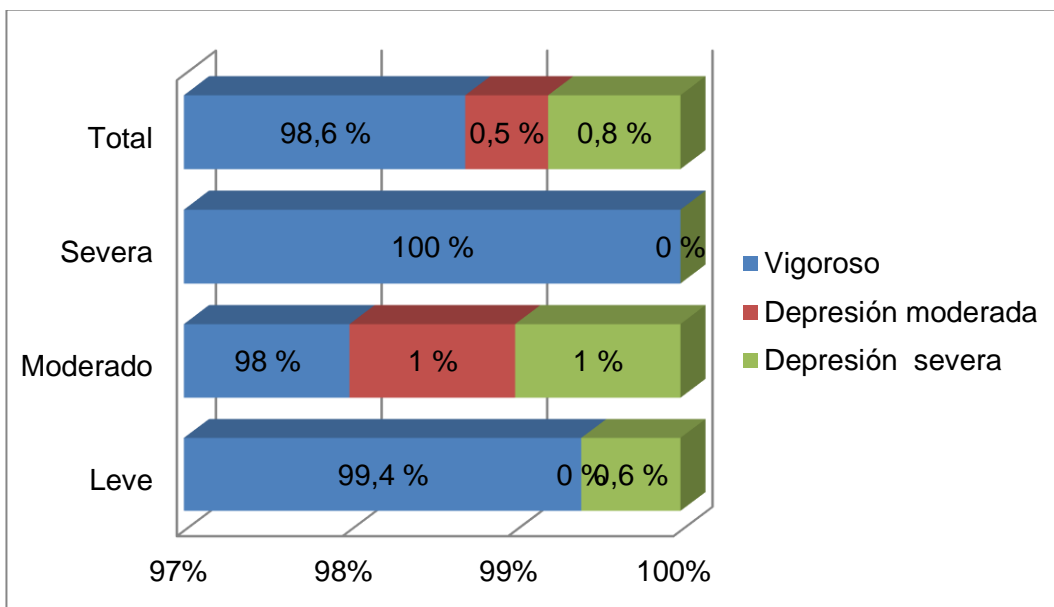


Gráfico N°12. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con un Score APGAR a los cinco minutos.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 13.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con mortalidad atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	MORTALIDAD PERINATAL				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	170	100,0 %	0	0,0 %	170	100,0 %
Moderado	193	98,5 %	3	1,5 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	365	99,2 %	3	0,8 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°13 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este centro de salud diagnosticadas con anemia, 3 de los recién nacidos presentaron mortalidad perinatal que representa 0,8 %.

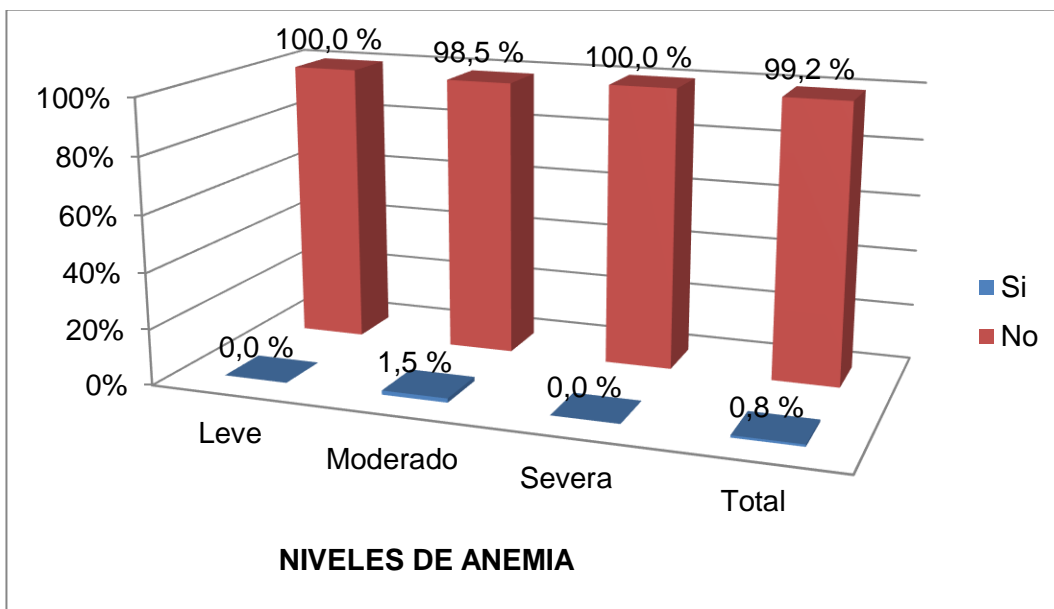


Gráfico N°13. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con mortalidad perinatal.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 14

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con prematuridad atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	PREMATURIDAD				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	167	98,2 %	3	1,8 %	170	100,0 %
Moderado	182	92,9 %	14	7,1 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	351	95,4 %	17	4,6 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.
 $p=0,015$; $\chi^2=5,95$

En el cuadro N°14 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este centro de salud diagnosticadas con anemia, 17 de los recién nacidos presentaron prematuridad que representa 4,6 %.

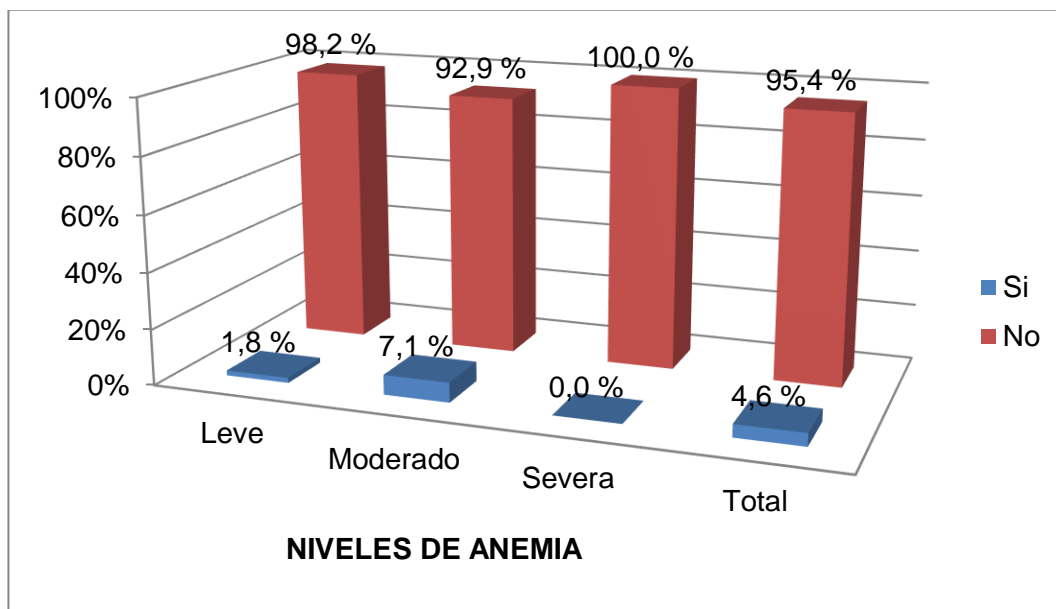


Gráfico N°14. Mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con prematuridad.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 15.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y recién nacidos con sufrimiento fetal atendidos de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	SUFRIMIENTO FETAL				TOTAL	
	No		Si		ni	%
	ni	%	ni	%		
Leve	167	98,2 %	3	1,8 %	170	100,0 %
Moderado	186	94,9 %	10	5,1 %	196	100,0 %
Severa	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	355	96,5 %	13	3,5 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.
 $p=0,09$; $\chi^2=2,96$

En el cuadro N°15 se puede observar que de las 368 mujeres gestantes atendidas en este centro de salud diagnosticadas con anemia, 13 de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal que representa 3,5 %.

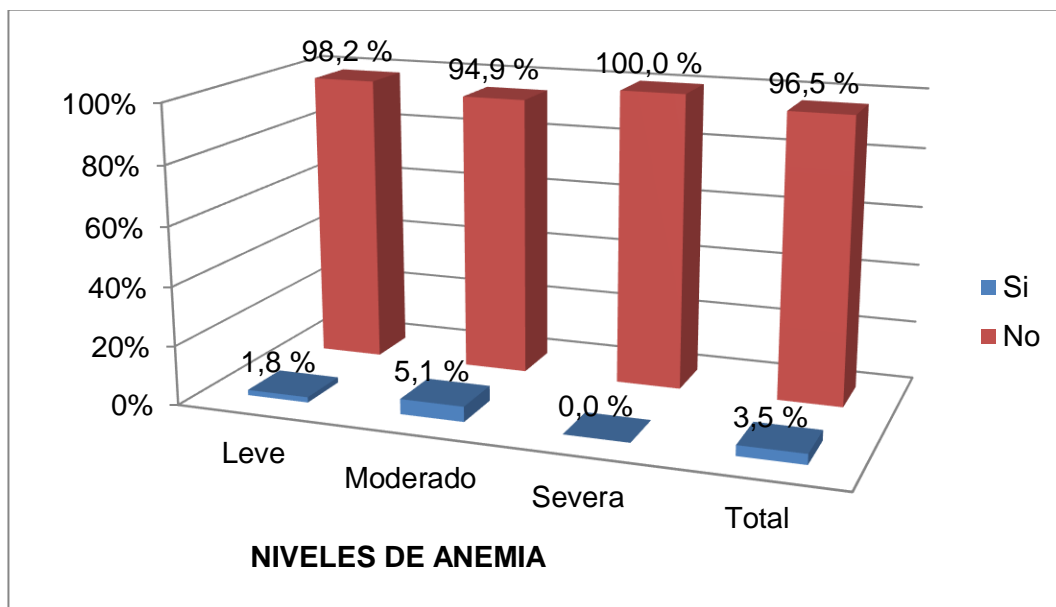


Gráfico N°15. Mujeres gestantas diagnosticadas con algún nivel de anemia y los recién nacidos con sufrimiento fetal.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 16.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y la edad de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	EDAD						TOTAL	
	<20 años		20 – 34 años		> 34 años		ni	%
	ni	%	ni	%	ni	%		
Leve	28	16,5 %	120	70,6 %	22	12,9 %	170	100,0 %
Moderado	42	21,4 %	131	66,8 %	23	11,7 %	196	100,0 %
Severa	0	0,0 %	1	50,0 %	1	50,0 %	2	100,0 %
Total	70	19,0 %	252	68,5 %	46	12,5 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°16 de las mujeres gestantes atendidas con anemia leve el 16,5 % tenían menos de 20 años; el 70,6 % tenían entre los 20–34 años y el 12,9 % tenían más de 34 años; así mismo en las mujeres gestantes con anemia moderada el 21,4 % tenían menos de 20 años; el 66,8 % tenían entre los 20–34 años y 11,7 % tenían más de 34 años; de las mujeres gestantes con anemia severa ninguna se encontró que tenían menos de 20 años, el 50 % tenían entre los 20–34 años y 50 % tenían más de 34 años.

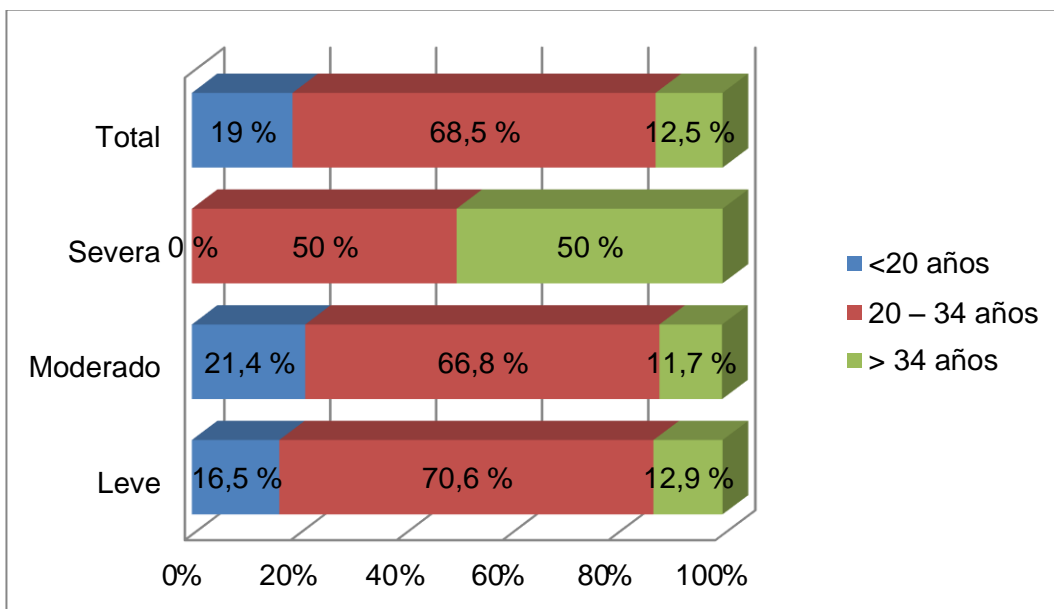


Gráfico N°16. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y su edad.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO Nº 17.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y los estudios de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	ESTUDIOS								TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Superior no univ.		Superior			
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Leve	18	10,6 %	101	59,4 %	31	18,2 %	20	11,8 %	170	100,0 %
Moderado	11	5,6 %	129	65,8 %	19	9,7 %	37	18,9 %	196	100,0 %
Severa	0	0,0 %	1	50,0 %	1	50,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	29	7,9 %	231	62,8 %	51	13,9 %	57	15,5 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°17 de las mujeres gestantes atendidas con anemia leve el 10,6 % tenían estudios de primaria; el 59,4 % tenían estudios de secundaria; el 18,2 % tenían estudios de superior no universitaria y el 11,8 % tenían estudios superior; así mismo, de las mujeres gestantes con anemia moderada el 5,6 % tenían estudios de primaria; el 65,8 % tenían estudios de secundaria; el 9,7 % tenían estudios de superior no universitaria y el 18,9 % tenían estudios superior; de las mujeres gestantes con anemia severa ninguna presento estudios de primaria ni superior, el 50 % tenían estudios de secundaria y 50 % tenían estudios de superior no universitaria.

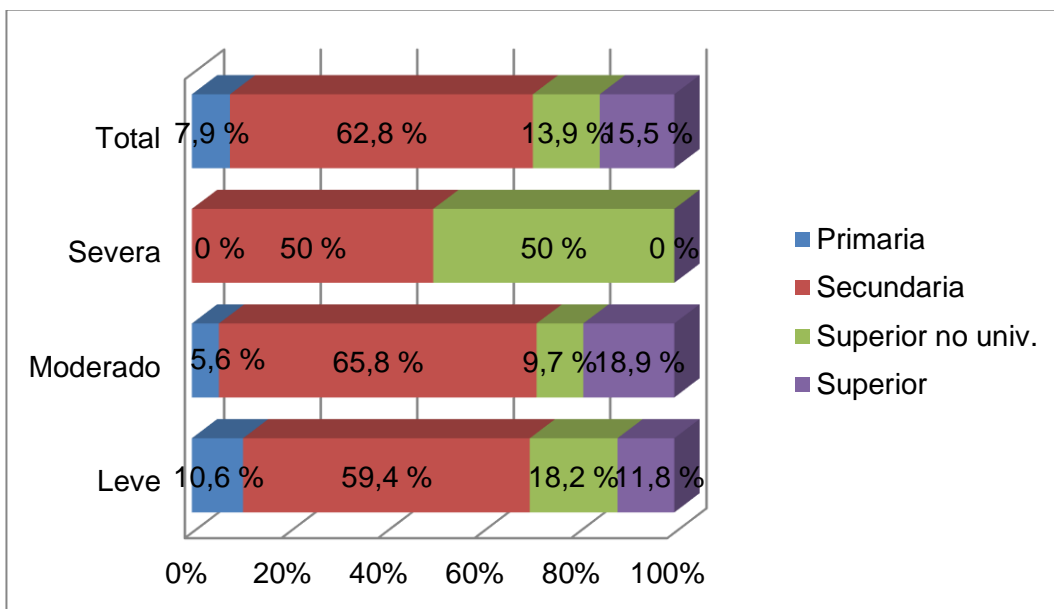


Gráfico N°17. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y sus estudios.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia.

CUADRO N° 18.

Mujeres gestantes atendidas en el centro de salud La Esperanza según nivel de anemia y el estado civil de enero de 2013 a diciembre de 2014, Tacna.

NIVELES DE ANEMIA	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	Soltera		Conviviente		Casada		ni	%
	ni	%	ni	%	ni	%		
Leve	26	15,3 %	126	74,1 %	18	10,6 %	170	100,0 %
Moderado	29	14,8 %	147	75,0 %	20	10,2 %	196	100,0 %
Severa	0	0,0 %	2	100,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %
Total	55	14,9 %	275	74,7 %	38	10,3 %	368	100,0 %

Fuente: Historias clínicas del C. S. y referencias en la base de datos del H.H.U.

En el cuadro N°18 de las mujeres gestantes atendidas con anemia leve el 15,3 % tenían estado civil de soltera; el 74,1 % tenían estado civil de conviviente y 10,6 % tenían estado civil de casada; así mismo de las mujeres gestantes con anemia moderada el 14,8 % tenían estado civil de soltera, el 75,0 % tenían estado civil de conviviente y el 10,2 % tenían estado civil de casada; de las mujeres gestantes con anemia severa el 100 % tenían estado civil de conviviente.

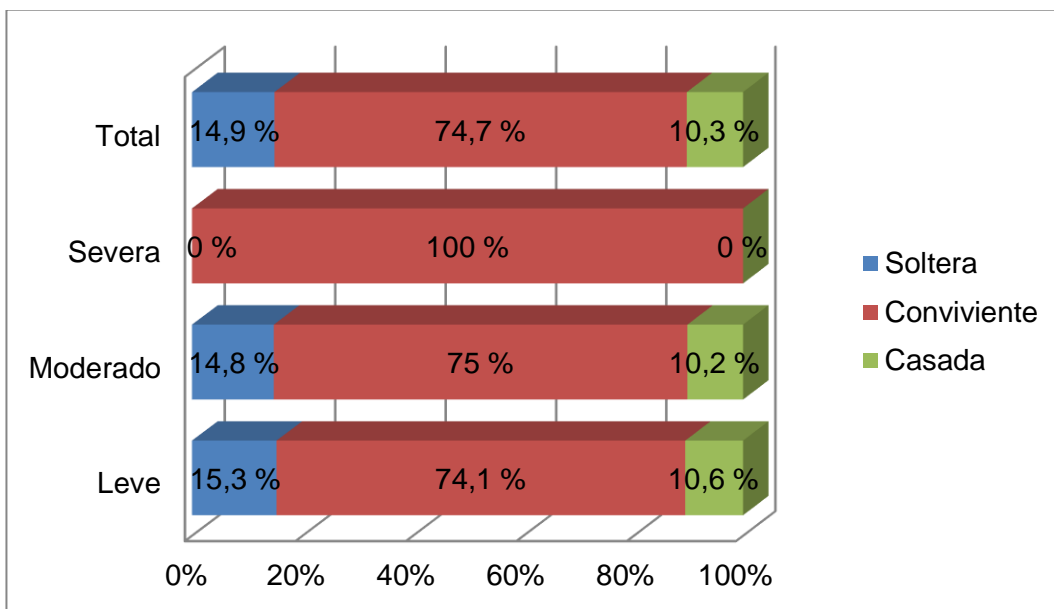


Gráfico N°18. Relación de mujeres gestantes diagnosticadas con algún nivel de anemia y su estado civil.

Fuente: Historias clínicas del C.S. y referencias en la base de datos del H.H.U., elaboración propia

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Según el Instituto Nacional de Salud el 2011 obtuvo una prevalencia de anemia del 28 % valor que se encuentra por debajo al obtenido en comparación con el 57,8 % de la presente investigación; así también se tiene a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES del 2013 y 2014 con una prevalencia de anemia de 27,2 % y 28,9 % respectivamente, ambas realizadas a nivel nacional, con un aumento casi del 100 % en comparación al presente estudio.

Ticona, R. y Huanuco, A. (2005) en 29 hospitales del MINSA en Perú, reportó para Tacna una prevalencia del 38 %, también Arroyo Contreras, N.M., (2013), en su tesis “Prevalencia de anemia moderada y anemia severa en la mujer embarazada y sus repercusiones materno – perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna” arrojó una prevalencia del 34,25 % de anemia, ambos resultados por debajo de los obtenidos en el estudio.

A nivel nacional el Ministerio de Salud en el 2011 obtuvo un 25,2 % de anemia leve, un 2,6 % de anemia moderada y un 0,2 % en anemia

severa; así también para el departamento de Tacna obtuvo un 19,6 % de anemia leve, un 1,8 % de anemia moderada y un 0,2 % de anemia severa; en comparación a la presente investigación donde se obtuvo 26,7 % de anemia leve, 30,8 % de anemia moderada y 0,3 % de anemia severa, notándose así la diferencia en la anemia moderada por su mayor prevalencia. Se puede decir que en el centro de salud La Esperanza se tiene un problema de anemia moderada mucho mayor que a nivel nacional y en el departamento de Tacna.

Como uno de los objetivos del estudio se ha tomado las consecuencias maternas (repercusiones) y su relación con la anemia, dentro de ellas se tiene a la Hemorragia pos parto, la Infección de herida operatoria, la Rotura prematura de membrana, la Pre-eclampsia, la Amenaza de aborto y el Aborto.

La hemorragia pos parto según el boletín informativo, "Dirección de Atención a las Personas. Ministerio de Salud". (2001), en el Perú la tasa de mortalidad materna por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es de 242 por 100 000 nacidos vivos. Entre las causas principales destacan hemorragia pos parto con un 25 %.

Carpio Ancaya, L., (2013), presentó “Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012” donde se evidenció en el año 2000 las causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, las cuales fueron principalmente la hemorragia en un 49 %; en el año 2012 las principales causas directas registradas fueron hemorragia en un 40,2 %. La principal causa de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002 – 2011 fue la hemorragia la cual ocupa el primer lugar en la sierra con un 51,6 % en la selva con un 38,4 % y en la costa ocupó el segundo lugar con un 21,8 %. En otro estudio Arroyo Contreras, N.M., (2013), presentó su tesis “prevalencia de anemia moderada y anemia severa en la mujer embarazada y sus repercusiones materno – perinatales en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2011” con 35 (22 %) casos en gestantes con anemia moderada y 7 (46,6 %) casos con anemia severa.

El estudio arroja 14 (3,8 %) casos, teniendo mayor presencia en aquellas mujeres con anemia moderada con 11 (5,6 %) casos de 196 y notando que de los dos únicos casos de anemia severa presentes uno de ellos presentó hemorragia pos parto, también se evidenció que existe relación estadística significativa ($p=0,022 < 0,05$), entonces, se puede decir que la hemorragia pos parto es un problema presente a nivel

nacional y también en Tacna, aunque los resultados del estudio no fueron tan alarmantes aun así se tiene la presencia de este problema en el centro de salud.

Siguiendo con la pre-eclampsia el cual es un trastorno específico del embarazo caracterizado por desarrollar hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Este desorden complica aproximadamente de 7 al 10 % de los embarazos y en México es la causa más frecuente de morbilidad materna, fetal y perinatal. Así Guevara Ríos E. y Meza Santibáñez L., (2014) en su publicación “Manejo de la pre-eclampsia / eclampsia en el Perú”, considera que la pre-eclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, complicando de 3 a 22 % de los embarazos y segunda causa de muerte materna en el Perú, con 32 %, y la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal con 43 %.

De acuerdo a los resultados y los 13 (3,5 %) casos de 368 mujeres que presentaron pre-eclampsia y algún nivel de anemia en el centro de salud, se puede notar que se encuentran por debajo de otros estudios a nivel nacional y aun así evidenciar la presencia de este problema que causa muerte materna, también se nota mayor presencia en las mujeres

con anemia moderada siendo 9 (4,6 %) casos de 196, con un ($p= 0,25 > 0,05$) mostrando que no existe relación estadística.

La infección de herida quirúrgica después del parto por cesárea es una complicación seria y causa importante de morbilidad pos parto, también de estancia hospitalaria prolongada y genera mayores gastos de atención. Quiroz Valenzuela, C.M., (2003) en su tesis “Infección de Herida Quirúrgica en Cesáreas en el Instituto Materno Perinatal 2002”, la incidencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con cesárea fue de un 5,8 %. También Iglesias Benavides J.L, Tamez Garza L.E, Reyes Fernández I. (2009). “Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales”. Medicina Universitaria (2009) en su estudio de 600 pacientes estudiadas, se encontró anemia en 210 (35 %), también se obtuvieron 10 (4,8 %) con infección de herida quirúrgica.

En comparación al estudio donde solo se obtuvieron 2 casos de infección de herida quirúrgica, no se muestra mayor relevancia solo se puede acotar que una de ellas presentaba anemia moderada y la otra anemia severa, representando el 0,5 % del total.

Siguiendo con la Rotura prematura de membranas (RPM), la cual es una de las causas más importantes del parto pre término y este a su vez, de la morbilidad y mortalidad neonatal. Según el estudio se observa tan solo un caso que representa el 0,3 % del total no mostrando mayor relevancia en contraste con Miranda Flores, A.F., (2014) en su artículo “Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas”, en el que encontró 142 casos de gestantes entre las 24 y 33 semanas que recibieron tratamiento conservador.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales.

Iglesias Benavides, J.L, et al., (2009) encontró una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto entre otras complicaciones maternas con resultados de 29 (13,48 %) casos de 210, con un $p=0,0006$ altamente significativo. En comparación al estudio que arrojó 11 (3 %) casos con amenaza de aborto y algún nivel de anemia, siendo mayor el número en las mujeres que presentaron anemia moderada con 9 (4,6 %) casos de 196, y un ($p=0,06 > 0,05$) que muestra

que no existe relación estadística significativa, aunque los resultados se encuentran por debajo de los autores, aun así se puede notar que la amenaza de aborto como problema existe.

Con un riesgo global sin antecedente del mismo o con al menos un hijo nacido vivo la prevalencia de aborto es de aproximadamente un 12 %; el 75 % de los abortos se presentan en las primeras ocho semanas de embarazo. Este porcentaje aumenta con la edad y puede llegar a un 50 % en mujeres de 35 años o mayores. Danny Pérez y Aurea Panta (1995) en su trabajo “Factores epidemiológicos asociados al aborto”, realizado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo Perú con 252 casos de aborto, el 78,57 % del total fueron espontáneos y el 21,43 % provocados; presentándose en una proporción de 1 aborto cada 6 partos y una tasa de 179,5 x cada 1 000 nacidos vivos, con mortalidad materna por aborto de 142 x 100 000 nacidos vivos, se puede concluir que el aborto sigue constituyendo un grave problema de salud pública, sin embargo, de acuerdo al estudio no muestra un grave problema en el centro de salud, encontrándose tan solo con un caso de aborto de las 368 mujeres atendidas, mostrando la casi ausencia del problema de salud materna.

Siguiendo con los objetivos del trabajo también se tiene las repercusiones perinatales donde se estudió al bajo peso al nacer, depresión del recién nacido con el Apgar al minuto y Apgar a los 5 minutos, la mortalidad, la prematuridad y el sufrimiento fetal.

Empezando con el bajo peso al nacer (BPN) que es definido por la Organización Mundial de Salud (OMS) como el peso del neonato menor de 2 500 gr, durante la primera hora de vida, el cual tiene una probabilidad de morir 20 veces mayor.

Iglesias Benavides, J.L, et al., (2009), encontró 35 (16,6 %) casos de niños con bajo peso al nacer con un $p=0,04$ significativo, además Allpas Gómez H.L, Raraz Vidal J, Raraz Vidal O, (2014) en su trabajo “Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco”, encontró que el bajo peso al nacer (BPN) es un importante indicador de salud fetal, neonatal y de las condiciones de la gestación, con 801 nacidos obtuvo una prevalencia de BPN de 6,2 % equivalente a 50 casos. También Arroyo Contreras, N.M., (2013) presentó 12 (7,5 %) casos en gestantes con anemia moderada y recién nacidos con bajo peso al nacer y 4 (26,7 %) casos en aquellas gestantes con anemia severa, mostrando una gran diferencia entre ambas.

En comparación a los primeros dos autores y los resultados del estudio que arrojan 14 (3,8 %) casos con mayor presencia en las mujeres con anemia moderada con 8 (4,1 %) casos de 196 y un ($p= 0,78 > 0,05$) que muestra que no existe relación estadística significativa, se puede decir que este problema muestra presencia y similitud al trabajo de arroyo contreras, pero también una estadística por debajo de los otros autores, aun se puede considerar como un problema de salud presente.

La depresión del recién nacido se evalúa mediante el score APGAR, sistema que desarrolló La Dra. Virginia Apgar en 1952, el diagnóstico de “asfixia al nacimiento” según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) se basa en una puntuación baja de Apgar al minuto que con frecuencia es causada por una depresión temporal, así, el estudio de la puntuación de Apgar a los 5 minutos es lo más cerca que uno puede estar de la “asfixia” en un estudio retrospectivo, y se correlaciona con el pronóstico a corto plazo y resultados a largo plazo.

Rodríguez Samanillo L. (2005) en su tesis “Factores de riesgo obstétrico para Apgar bajó a los 5 minutos en recién nacidos a término, Instituto Especializado Materno Perinatal – año 2003”, encontró que de un total de 15 418 recién nacidos a término, de los cuales 200 (1,3 %)

tuvieron puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos, 123 (0,8 %) recién nacidos tuvieron puntaje de Apgar menor a 7 y 77 (0,6 %) un Apgar menor de 4. Así mismo, Arroyo Contreras, N.M., (2013) encontró mayor prevalencia de depresión en la anemia severa tanto en Apgar al primer minuto como en el Apgar a los cinco minutos, entonces, la investigación arroja que la mayor depresión fue en la anemia moderada en el Apgar al minuto, observando 6 (3,1 %) casos con un Apgar menor a 7 y 5 (2,6 %) casos con un Apgar menor a 4, también se observó que en el Apgar a los 5 minutos hubo mayor depresión en la anemia moderada, observando tan solo 2 (1,0 %) casos con un Apgar menor a 7 y 2 (1,0 %) casos con un Apgar menor a 4, mostrando menor número de casos en el Apgar a 5 minutos con relación al Apgar al minuto, resultando el primero más definitivo para una “asfixia al nacimiento”. Mostrando cierta similitud en el trabajo de Rodríguez Samanillo L. y contradictorio con arroyo contreras, siendo mayor presencia de depresión en anemia severa en su trabajo en contraste con la depresión en la anemia moderada del estudio.

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Manuel Ticonal y Diana Huanco (2005), en su trabajo “factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú”

encontró en la ENDES 2000 de 12 337 nacimientos, 285 muertes perinatales, también la tasa de mortalidad perinatal hospitalaria según SIP 2000 fue 22,88 por mil nacimientos. También Arroyo Contreras, N.M., (2013) encontró mortalidad perinatal en 6 (3,8 %) casos de gestantes con anemia moderada y 10 (66,6 %) casos de gestantes con anemia severa.

Los casos de mortalidad perinatal encontrados en el trabajo fueron de tan solo 3 (0,8 %) en mujeres con anemia moderada, mostrando una casi ausencia en los dos años del estudio en comparación con ambos autores notándose mayor número de casos y un índice alto, esto tal vez por el mayor número de pacientes evaluados y las características que las acompaña.

La prematuridad se define como aquel nacimiento de menos de 37 semanas y muy prematuro con menos de 32 semanas según La Organización Mundial de la Salud, la tasa de prematuros en los EEUU es de 7 % mientras que en Europa varía entre 4 al 12 %, en Asia es del 15 %, en América del Sur es del 11 %, África de 10 al 12 % y Australia del 6 %, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros.

Sánchez de la Cruz, E. (2016) en el “boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015” encontró de 41 7413 nacidos vivos, el 93,5 % nacieron a término (37 a 42 semanas) y el 6,5 % nacieron a Pre-término o prematuros, por otro lado, presentaron los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros en las regiones de Ayacucho (12,7 %), Junín (12,2 %), Tacna (12,2 %), Ancash (11,9 %), Piura (10,6 %) y Arequipa (10,3 %), mientras que Amazonas (6 %) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos, considerando prematuro extremo (22 a 27 semanas), muy prematuro (28 a 31 semanas) y prematuro tardío (32 a 36 semanas), en comparación con los datos de la investigación donde se obtuvieron 17 (4,6 %) casos de recién nacidos prematuros con un ($p=0,015 < 0,05$) estadísticamente significativo, muestra la similitud del problema tanto a nivel nacional como en el centro de salud.

El sufrimiento fetal es un problema que se presenta en el 15 % de las gestantes en trabajo de parto aproximadamente, produciendo una mortalidad perinatal elevada o lesiones neurológicas irreversibles, si no se actúa a tiempo. Arroyo Contreras (2013) encontró 2 (0,63 %) casos en gestantes con anemia moderada y 2 (66,7 %) casos en gestantes con anemia severa que presentaron sufrimiento fetal; en el estudio se obtuvo

13 (3,5 %) casos, teniendo como mayor presencia de la anemia moderada con 10 (5,1 %) casos de 196, y con ($p=0.09 > 0,05$) que muestra que no existe relación estadística significativa, entonces, se puede decir que la alta presencia de sufrimiento fetal en el centro de salud puede llevar al aumento de la mortalidad perinatal.

Donoso, E. et al., (2014), en su artículo “La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil” encontró que el rango de edad materna con menor riesgo de mortalidad fetal estuvo entre los 20 y 29 años, neonatal e infantil entre los 25 y 34 años, y materna en menores de 30 años. Se establece que el grupo de mujeres entre 20 y 29 años es el rango etario que concentra el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, en el estudio la edad predominante fue entre los 20 y 34 años mostrando que nos encontramos en el rango de menor riesgo materno, fetal, neonatal e infantil, sin embargo, se nota como segundo lugar a aquellas mujeres menores de 20, esto muestra el problema social existente, en ambos grupos de edad la anemia moderada fue predominante.

El nivel educativo es importante para entender el comportamiento y las acciones vinculadas a la salud del neonato que realizan las mujeres,

desde el proceso de gestación, parto y pos parto, así como del cuidado del recién nacido. El 2015 a nivel nacional, el 54,1 % de los nacimientos registrados fueron de madres con secundaria como último nivel educativo alcanzado, el 12,5 % indicó tener algún año de universidad y el 16,5 % declaró haber estudiado por lo menos un año de alguna carrera técnica, mientras que 1 de cada 10 madres señalaron haber alcanzado algún grado de primaria. El 1,1 % de madres señaló no tener ningún nivel educativo o haber cursado inicial, comparando con el estudio se puede notar la similitud teniendo en primer lugar a las mujeres gestantes con secundaria y como segundo lugar a aquellas que cursan o han terminado sus estudios superiores, esto demuestra la similitud con el problema a nivel nacional.

En el 2013 el 78 % de las madres que alumbraron en hospitales públicos y clínicas del Perú entre enero y octubre tenía el estado civil de conviviente, frente al 9 % de mujeres cuyo estado civil era casada, reveló un estudio del Ministerio de Salud (Minsa), en el periodo mencionado también dieron a luz madres solteras representando el 12,26 %; mujeres separadas con un 0,23 %; viudas y divorciadas con un 0,04 %. Notando así un problema de fragilidad familiar y un hogar estable para el recién nacido, este problema a nivel nacional tiene similitud con el estudio por el

mayor número de las mujeres gestantes con estado civil de conviviente, se tiene también un grave problema teniendo en segundo lugar a las mujeres solteras.

Cruzando los tres grupos de edad materna, estudios y estado civil, se nota a la anemia moderada como predominante, mostrando la mala combinación y el resultado que se obtiene, ya que una mujer que no puede completar sus estudios y no tiene una situación sentimental estable pueda en el futuro afectar la salud de la mujer en estado de gestación y al producto de este.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

1. Se determinó la existencia de la anemia en un 57,8 % en mujeres en periodo gestante con mayor prevalencia en la anemia moderada sobre la anemia leve y la anemia severa.

2. De las consecuencias maternas relacionadas a los casos de anemia se determinó que la hemorragia pos parto tuvo mayor presencia con un 3,8 % con relación estadística significativa, así también se tiene a la pre-eclampsia y la amenaza de aborto que tuvieron presencia mas no presentaron relación estadística significativa; y la casi ausencia de casos de la infección de herida operatoria, rotura de membrana y aborto.

3. De las consecuencias perinatales se determinó que la prematuridad tuvo mayor frecuencia en relación a los casos de anemia con un 4,6 % presentando relación estadística significativa, en comparación el bajo peso de los recién nacidos y el sufrimiento fetal tuvieron presencia mas no tuvieron relación estadística significativa; y la casi ausencia de casos en la mortalidad y la depresión del recién nacido.

RECOMENDACIONES

1. Enfatizar los programas de control prenatal y la difusión de este, teniendo al estudio como base que demuestra la necesidad de tomar mayores medidas preventivas contra la alta prevalencia de anemia.
2. Mayor seguimiento a las futuras madres y la entrega de información de planificación familiar cuando visiten el Centro de Salud así también como a las no gestantes, aumentar las campañas en los sectores pertenecientes al Centro de Salud con mayor interés en la realidad socio económica y en aquellas mujeres que viven en pobreza, con menor grado de instrucción o un núcleo familiar inestable.
3. Seguir realizando estudios comparativos anuales para poder erradicar este problema y buscar mejores soluciones con los resultados que se obtengan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoover O. Carnaval Erazo. Guías Latinoamericanas de anemia ferropénica. Rev del Awgla. 2009
2. Ministerio de salud. Anemia en gestantes del Perú y provincias con comunidades nativas 2011. Instituto Nacional de salud. Informe de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Lima. Junio 2012.
3. Martínez H, González-Cossio T, Flores M, Rivera-Dommarco J, Lezana M, Sepulveda-Amor J. Anemia en mujeres de edad reproductiva. Resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Publica Mex 1995;37:108-119.
4. Michael C. Latham. 2002. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. Cap.6 Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez, pg 53.
5. Tasa de muerte materna disminuyó de 265 a 103 casos por cada 100 mil de nacidos vivos. La república. 2011, mayo 12. Sociedad-
6. Ticona R y Huanco A. Mortalidad Perinatal Hospitalaria En El Perú: Factores De Riesgo. REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(5).
7. Br. Doris Anabell Martínez Rojas. Br. Fátima del Rosario Ruíz Siles.

Anemia en embarazadas ingresadas al programa de atención pre natal del centro de salud bello amanecer, Quilalí, Nueva Segovia. I Semestre 2004.Ocotol, Nueva Segovia, 2005.

8. C. Becerra y G. Gonzales. "Prevalencia de Anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú".RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 3(5), 1998.
9. 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 &GynecologyNoviembre 2000; 96 (5 Pt 1)
- 10.Loretta Giacomini Carmiol, Manrique Leal-Mateos, Rafael Ángel Moya-Sibaja. En el estudio "Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino". Agosto-2006.Redalyc, Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.Acta Médica Costarricense, Vol. 51, Núm. 1, enero-marzo, 2009.
- 11.Riffat Jaleel, Ayesha Khan. "Anemia grave y resultados adversos en el embarazo".Journal of Surgery Pakistan(International) 13 (4) Octubre - Diciembre 2008

12. Vilma Tapia, Alberto Peñaranda, y colaboradores. Efecto de la anemia materna en recién nacidos en un hospital de Huaraz. Arch Biol Andina. 22 2008;14(1):14-22
13. Iglesias-Benavides JL, Tamez- Garza LE, Reyes-Fernández I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria 2009;11(43):95-98
14. Bach. Cervillini Barrios. "Anemia en gestantes: prevalencia y relación con las variables obstétricas en el hospital III FelixTorrealva Gutiérrez, Ica – Perú 2007 - 2010". Tesis –2011.
15. Mg. Oscar Munares García. Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas. Ministerio de salud. 2011, 4 – 55.
16. Dr. Peter Chedraui. Impacto de la anemia en la resultante perinatal. Ginecología-Obstetricia Ecuador. 2011 Marzo; 4(1). 44-47
17. Alexandra Madariaga la Roche y cols. Hemorragia Pos parto en Pacientes con Obesidad y/o Anemia durante el embarazo: Revisión Sistemática. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Colombia: universidad colegio mayor del rosario. 2012.
18. Oscar Munares García, Guillermo Gómez Guizado. "Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del ministerio de salud del Perú, 2009-2012", Rev

Peru Med Exp Salud Publica vol.31 n.3 Lima Jul./Sep. 2014

19. Quintero R, Muñoz N, Álvarez L, Medina G. Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. Pereira, Colombia, 2009. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2010 Jul;28(2):204-13.
20. Adriana Serrano Salgado. "Prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre la resultante perinatal en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el año 2013. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
21. Andrea cárdenas García. "Incidencia de anemia en pacientes puérperas que ingresaron con valores de hemoglobina dentro de los parámetros normales, al hospital básico machachi en el período comprendido entre octubre 2012 a marzo 2013". Quito, abril - 2014
22. Amelia miranda tapia. "Anemia en gestantes y peso del recién nacido Hospital Nacional Arzobispo Loayza enero 2014 – diciembre 2014" tesis 2015.
23. Iván Gómez Sánchez, Silvia Rosales, y colaboradores. 2014. "Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales". Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 2, agosto, 2014, pp. 1-6 Sociedad Peruana de Epidemiología. Lima, Perú

24. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014”. Pag. 305. Abril 2015
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Mayo del 2,001. Lima, Perú.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)
(http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consultado en 2015).
27. Gerardo Bautista Candia, Jessyca Gomez Mejia y colaboradores. Universidad autónoma de tlaxcala. Facultad de ciencias de la salud. “Complicaciones en el embarazo”.
(<https://sites.google.com/site/complicacionesenelembarazo/segundo-semester>)
28. Dr. Hooker. Anemia en el Embarazo.
(<https://ginecalde13.files.wordpress.com/2013/04/obste-tema-34-anemia-en-el-embarazo.pdf>)
29. Gonzales G, Tapia V. (2007). Hemoglobina, hematocrito y adaptación a la altura: su relación con los cambios hormonales y el periodo de

residencia multigeneracional. Revista Med, Volumen 15:80-93.

Disponible en: (<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/910/91015110.pdf>)

30. Dr. Peter Chedraui. “Impacto de la anemia en la resultante perinatal”

31. Nestor Marco Arroyo Contreras. “Prevalencia de anemia moderada y anemia severa en la mujer embarazada y sus repercusiones materno-perinatales en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2011”. Tesis – 2013.

32. Kraemer K, Zimmerman M. Nutritional Anemia. Sight and Life. Switzerland, 2007;

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LA MADRE

1. Edad:

<20 años () 20–34 años () > 34 años ()

2. Estado civil:

Casada () Conviviente () Soltera ()

3. Estudios:

Analfabeta () Primaria () Superior () Superior no univ. ()

4. Antecedes obstétricos

Ninguna () Alergias () Anomalías congénitas ()

Epilepsia () Diabetes () Enfermedad congénita ()

Gemelar () Neoplasia () Hipertensión arterial ()

TBC pulmonar () Otros ()

5. Exámenes de laboratorio

Hemoglobina: Hb 1 () Hb 2 () Hb final ()

6. Estado de la madre:

Control prenatal () Aborto () Parto ()

DATOS DEL PARTO

1. Productos de concepción

Hijo único () Embarazo múltiple () Aborto ()

2. Ingreso materno

Edad gestacional ()

Tamaño fetal acorde: No () Si ()

Inicio: Espontáneo () Inducido () Cesárea electiva ()

3. Terminación del embarazo

Espontáneo () Cesárea ()

4. Duración del embarazo

Prolongado () Precipitado () Normal ()

5. Muerte intrauterina

Durante el embarazo () Durante el parto ()

Momento desconocido () No hubo ()

6. Desgarros

No hubo () Clase I () Clase II ()

Clases III / IV () No aplica ()

REPERCUSIONES MATERNAS

Ninguna () Amenaza de parto pre término ()

Parto pre término () Hemorragia pos parto ()

Pre-eclampsia () Infección de herida quirúrgica ()

Amenaza de aborto () Aborto ()

Ruptura prematura de membranas ()

DATOS DEL RECIEN NACIDO

1. Sexo

Femenino ()

Masculino ()

2. Peso: g

<25000g ()

< 1500g ()

3. Edad por estado físico:..... <37 ()

4. Peso por edad gestacional

Adecuado ()

Pequeño ()

Grande ()

5. APGAR

Apgar 1° ()

4 – 6 ()

0 – 3 ()

Apgar 5° ()

4 – 6 ()

0 – 3 ()

6. Examen físico

Normal ()

Anormal ()

REPERCUSIONES PERINATALES

Bajo peso del recién nacido () Prematuridad ()

APGAR bajo al 1er minuto () Sufrimiento fetal ()

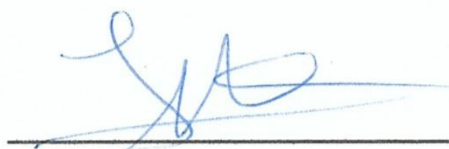
Mortalidad perinatal () Otros ()

Ninguna ()



Dr. Vicente Chambilla Q.

ASESOR



Bach. Emy Luz Mamani Laqui

TESISTA