



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN
GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE
MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO
MARZO - DICIEMBRE 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

ELABORADO POR

Bach. ORTIZ LEANDRO, Kiomi Elvita

DOCENTE ASESOR

Dra. PALACIOS ZEVALLOS, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

DICIEMBRE, 2016

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las once horas del día cinco del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciséis, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 2017 -2016-D-FCS-UDH, de fecha 01 de Diciembre del 2016 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°466-2016-R-UDH de fecha 23/MAY/16 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: **"FACTOR DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO MARZO – DICIEMBRE 2015"**; presentado por la Bachiller Kiomi Elvita ORTIZ LEANDRO; para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de DISCRETE y cualitativo de MUY BUENO (Art. 54)

Siendo las 17:00 horas del día , se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.



Obst. Cecilia Lissette Suárez León
PRESIDENTA



Obst. Gummy Carmen Rosales Canduelas
SECRETARIA



Obst. Dora Narví Zulema Oscategui Torres
VOCAL

DEDICATORIA

A MIS AMADOS PROGENITORES;
por su apoyo en todo momento y
circunstancia. Por sus consejos y
valores impartidos. Por sus ejemplos .
de perseverancia y constancia. Por el
valor mostrado para salir adelante y por
el gran amor que me brindan.

A mi hermano mayor por su ejemplo como tal, del
cual he aprendido sus aciertos y de la
perseverancia en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

Al todopoderoso nuestro Dios, por brindarme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy. Gracias Dios mío por fortalecer mi corazón. Gracias por haber puesto en mi camino a quienes han sido mi fortaleza, mi soporte y compañía durante la vida.

Me es muy difícil nombrar a cada uno de mis **MAESTROS;** gracias por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A MIS AMIGOS: Por compartir conmigo las enseñanzas y ser como una familia en estos años.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
INTRODUCCION.....	vi
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Formulación del Problema.....	12
1.3 Justificación de la investigación.....	12
1.4 Limitaciones de la investigación.....	13
1.5 Viabilidad de la investigación.....	13
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo General.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	14
3.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
3.1.1. Antecedentes internacionales.....	14
3.1.2. Antecedentes nacionales.....	16
3.1.3. Antecedentes locales.....	19
3.2. Bases Teóricas.....	19
3.2.1. Tipos de anemia.....	19
3.2.1.1. Anemia gravídica.....	19
3.2.1.2. Anemia ferropénica.....	20
3.2.1.3. Anemia megaloblástica.....	20
3.2.2. Anemia durante el embarazo.....	21
3.2.3. Tipos de anemias más comunes durante el embarazo.....	21
3.2.4. Diagnóstico de la anemia.....	23
3.2.4.1. Síntomas de anemia.....	24
3.2.5. Tratamiento.....	24
3.2.6. Prevención de la anemia.....	25
3.3. Definición de conceptos Básicos.....	26
4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	27

4.1.	Hipótesis.....	27
4.2.	Variable.....	27
4.2.1.	Variable dependiente.....	27
4.2.2.	Variable independiente	27
4.3	Indicadores	27
5.	METODOS Y TECNICAS	28
5.1.	Población y muestra	28
5.1.1.	Población.....	28
5.1.2.	Muestra	28
5.2.	Tipo de investigación.....	28
5.3.	Técnica de recolección de datos	29
5.3.1.	Tipo de Muestreo.....	29
5.4.	Técnicas de Procesamiento de la información	29
6.	RESULTADOS	30
7.	DISCUSION	43
8.	CONCLUSIONES.....	45
9.	RECOMENDACIONES	46
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
	ANEXOS.....	50

INTRODUCCION

La realidad en nuestro país es desafortunada pues la mayor parte de mujeres inician su gestación sin las adecuadas reservas de hierro para poder satisfacer las exigentes demandas de la gestación, más aún durante el segundo y tercer trimestre.

La gestación es uno de los periodos más exigentes en el ámbito nutricional en la vida de toda mujer. El embarazo implica una rápida mitosis celular y el desarrollo de los órganos. Con el fin de apoyar este enorme crecimiento fetal, es indispensable tener un adecuado suministro de nutrientes.

La deficiencia de hemoglobina es uno de los trastornos más comunes en el mundo y se produce cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para cubrir las demandas, si esta situación se prolonga conduce a la anemia. Se piensa según ciertas simulaciones que cerca de 130 millones de personas en el mundo padecen de anemia, y la causa fundamental es la falta de hierro.

La anemia es un trastorno nutricional más frecuentes durante el embarazo cerca del 95% de gestantes sufren esta complicación. Es causada por un descenso del hierro. El hierro tiene la función de producir hemoglobina, la cual es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos y tiene como misión llevar oxígeno a las células. Durante la gestación la cantidad de sangre en el cuerpo de la grávida aumenta hasta un 50% de lo usual. Por ello se necesita hierro en mayor proporción con el fin de producir más hemoglobina para una adecuada administración del feto la placenta. (1)

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del EE.UU. (CDC) definieron a la gestante con anemia como aquella gestante con hemoglobina menor a 11 o hematocrito menor de 33% en el primer y tercer trimestre del embarazo y con hemoglobina menor de 10,5 o hematocrito menor de 32% para el segundo trimestre. Este trastorno nutricional es muy común en las mujeres gestantes, con una frecuencia que va de 20% a 80%, según la población estudiada. Durante una gestación normal el volumen plasmático se eleva

aproximadamente de 1 a 1,5 litros, casi un 40% en relación con la mujer no grávida; estas cifras alcanzan incluso 65% en embarazos gemelares. La disminución de 1 a 2g/100ml en la concentración de hemoglobina que se cuantifica durante el embarazo no es “anemia del embarazo” sino un cambio por hemodilución. La anemia se clasifica en base a la morfología o en la cinética de los eritrocitos. Durante la gestación la clasificación se basa en la cinética que es la más utilizada debido a que el promedio de vida los eritrocitos son de tres a cuatro meses y los cambios morfológicos pueden ser enmascarados por los que permanecen en la circulación. Las anemias más frecuentes son las nutricionales por deficiencia de hierro y ácido fólico seguidas por las que no derivan de sangrados crónicos o agudos (placenta previa, trastornos de la coagulación, sangrados durante el peri parto), así como debidas a destrucción de eritrocitos (drepanocitosis), y microangiopatías, como la pre eclampsia y el síndrome de HELLP. (2)

Algunos países subdesarrollados tienen una prevalencia de anemia en el embarazo que oscila entre el 30 al 80%. La anemia más común es aquella que se presenta por deficiencia de hierro cerca del 75% de la población lo padece. Se ha evidenciado que la falta de hierro como la deficiencia nutricional más común entre las gestantes. (3)

Un estudio realizado en el Perú por el investigador Gonzales y sus colaboradores publicado en el año 2011, mostro que la frecuencia de la prevalencia de anemia en gestantes peruanas se estableció en 28,0% y la prevalencia de anemia en comunidades nativas fue de 20,1%. (4)

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco marzo - diciembre 2015. **Métodos y materiales:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra: La muestra estuvo conformada por 85 madres. **Resultados:** El mayor porcentaje de madres objeto de estudio se encuentran entre las edades de 20 a 25 años con los 39%, las madres que fueron estudiadas según paridad corresponden a las multigestas con un porcentaje de 56%. El mayor porcentaje de madres según procedencia corresponden al grupo de la zona urbana con el 72%, el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas según grado de instrucción corresponden a las de nivel educativo secundario con los 49%, el mayor porcentaje según el estado civil corresponde al grupo de convivientes con los 56%, el mayor porcentaje profesan la religión católica con el 58%, tuvieron un periodo intergenésico adecuado 3 años con el 25%, presentaron peso antes del embarazo entre 50 a 60 kilos son las de mayor porcentaje con el 41%, según el ingreso económico de la familia el ingreso mínimo vital es el mayor porcentaje 52%, según la atención pre natal recibida el mayor porcentaje con el 79%, si tuvo atención pre natal, de acuerdo al porcentaje de hemoglobina que presentaron las que tuvieron el mayor porcentaje de hemoglobina fue entre 9 a 10.9 % con el 58%. **Conclusión:** Dentro de las complicaciones obstétricas las tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones fueron la HIE con los 28%, seguidas de los abortos con el 27%, luego las que presentaron cesáreas con el 13%. Son pacientes con anemia, en el grupo de población en estudio, por lo que se corrobora que la anemia puede ser un factor importante dentro de las complicaciones que presentan las gestantes.

Palabras claves: Factores de riesgo, anemia, gestantes

SUMMARY

Objective: To determine the risk factors for anemia in pregnant women in the prenatal maternity clinic of the regional hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco March - December 2015. **Methods and materials:** Descriptive, prospective and transversal study. Sample: The sample consisted of 85 mothers. **Results:** The highest percentage of mothers studied were between 20 and 25 years of age with 39%; mothers who were studied according to parity correspond to the multigesters with a percentage of 56%. The highest percentage of mothers according to origin correspond to the group of the urban area with 72%, the highest percentage of mothers who were studied according to educational level correspond to those of secondary education level with 49%, the highest percentage according to marital status Corresponds to the group of cohabitants with 56%, the highest percentage profess the catholic religion with 58%, had an adequate intergenetic period 3 years with 25%, presented weight before pregnancy between 50 to 60 kilos are the highest percentage with 41%, according to family income the minimum vital income is the highest percentage 52%, according to the pre-natal care received the highest percentage with 79% if they had pre-natal care, according to the percentage of hemoglobin they presented Those who had the highest percentage of hemoglobin were between 9 to 10.9% with 58%. **Conclusion:** Among the obstetric complications they had the highest percentage of complications were HIE with 28%, followed by abortions with 27%, followed by those with cesarean sections with 13%. They are patients with anemia, in the population under study, so it is corroborated that anemia can be an important factor within the complications that the pregnant women present.

Key words: Irrigation factors, anemia, pregnant women

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Los especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron a la anemia del embarazo como la concentración de hemoglobina menor de 11,0 g/dl. Además, la anemia por deficiencia de hierro es el tipo más frecuente en las mujeres en edad reproductiva y en la gestación.

En la Argentina, la anemia por deficiencia de hierro es la patología de mayor frecuencia en el grupo de mujeres y niños. Existen varios factores asociados a las tasas de anemia: la poca ingesta y la baja absorción del hierro, deficiencia de micronutrientes, el fumar, presencia de infecciones crónicas, y las anemias de origen hereditario como las talasemias y hemoglobinopatías. Sabemos que la anemia en las gestaciones es un gran problema de salud pública en los países subdesarrollados, ya que incrementa la morbilidad materna, feral y neonatal.

En el segundo trimestre de gestación se hace evidente un desequilibrio entre el incremento del volumen del plasma y el de los glóbulos rojos, lo que se lleva el nombre de anemia fisiológica. Se trata pues de un estado de hipervolemia debido al incremento del líquido amniótico y al inicio del edema fisiológico de la gestación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países subdesarrollados la prevalencia de anemia en el embarazo en promedio es de 56%, con valores que van de 35 y 75% en las diferentes regiones del mundo. En países desarrollados la prevalencia es menor con un promedio de 18,0%. En América del sur la prevalencia de anemia en gestantes se estimada en un 39,0%. (5)

La frecuencia de la prevalencia de anemia en embarazadas del Perú fue para el año 2011 de 28,0% y la prevalencia de anemia en comunidades nativas fue de 20,1%. Sabemos que el indicador de prevalencia de la anemia disminuye conforme aumenta el rango de edad y aumenta conforme aumenta la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Las provincias de la Sierra peruana como son el caso de Puno y Huancavelica tienen la mayor prevalencia de anemia leve. En la provincia de Sucre departamento de Ancash, se presenta la mayor prevalencia de anemia leve con un 72,3%,

después de ella sigue la provincia de Espinar en el departamento del Cusco con 64,6%. Es de mucha importancia saber que en la provincia de Purús departamento de Ucayali, no se halló casos de anemia. (6)

En las comunidades nativas, la prevalencia de la anemia leve es alta, dicha anemia disminuye su prevalencia conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23,7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18,7% para el rango entre 36 a 45 años. Las regiones de Amazonas y Pasco son las que presentaron mayor prevalencia de anemia leve. (6)

La parasitosis intestinal endémica agrava el riesgo de anemia gestacional En muchos países de Sudamérica la anemia es la complicación más frecuente de la gestación y está relacionado con partos pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. Los estudios realizados sobre este tema en la selva peruana son pocos y no se dispone de estimaciones confiables de prevalencia de anemia durante el embarazo. Los investigadores se plantearon determinar la prevalencia de anemia en mujeres gestantes que acudían al Hospital Regional de Pucallpa, en la selva del Perú. Dicho estudio tuvo un corte transversal y se realizó en base a los registros de controles prenatales y de partos de 1 015 embarazadas, lo cual permitió estudiar la asociación entre la prevalencia de anemia y variables como edad cronológica, escolaridad, número de gestaciones previas y peso de la madre al inicio del embarazo. Así mismo se pudo comparar los valores de la hemoglobina materna con el peso de los recién nacidos. La frecuencia de la anemia en embarazadas es de 70,1%, valor que no cambio hasta la actualidad. La prevalencia en la gestación se relaciona con el número de gestaciones e inversamente con la ganancia de peso durante el embarazo. La tasa de mortalidad perinatal fue de 37,7 por cada 1 000 nacidos. Los resultados nos mostraron que la elevada prevalencia de anemia en las gestantes de Pucallpa no se asocia con un bajo peso al nacer ni con una alta mortalidad perinatal. (7)

En la región de Huánuco en relación a las gestantes que acuden a los establecimientos de salud, el déficit de peso muestra una ligera tendencia a disminuir en el tiempo (2 puntos porcentuales), afectando actualmente a 1 de cada 7 gestantes. La anemia en gestantes está mostrando un incremento

considerable de 5 puntos porcentuales, afectando a 3 de cada 10 gestantes, que acceden a los establecimientos de salud en la región. (8)

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco marzo - diciembre 2015?

1.3 Justificación de la investigación

Debido al gran número de pacientes embarazadas, que ingresan al programa, con diagnóstico de anemia y los diferentes estados de descompensación que le puede llevar tanto al producto como a la madre, El presente estudio de frecuencia de embarazadas con diagnóstico de anemia permitirá obtener mejores conocimientos teórico prácticos y poder mejorar el aspecto educacional permitiendo un manejo adecuado, así como sensibilizar al personal de salud y población en general para realizar un mejor abordaje mejorando así la calidad de vida de nuestras usuarias.

De los resultados encontrados nos permite plantear intervenciones adecuadas a partir del aprovechamiento de los alimentos disponibles en la comunidad y así contribuir a disminuir el índice de anemia en las mujeres embarazadas y la familia en general. Los resultados encontrados en el estudio permiten de manera objetiva crear una estrategia de intervención ante el problema de la anemia en las embarazadas, desarrollando acciones que comprometan a la mujer involucrando a la comunidad en mejorar su alimentación y motivar al consumo de las sales de hierro durante el embarazo.

Estas intervenciones darían respuesta a largo plazo debido a que no se puede medir de manera inmediata el decremento de los casos debido a la pobre alimentación materna y a las condiciones precarias en que vive la población donde no hacen uso de los alimentos disponibles ricos en hierro para mejorar sus fuentes de alimentación.

1.4 Limitaciones de la investigación

- ✓ Gestantes que se nieguen acudir al control prenatal.
- ✓ Falta de recursos materiales y económicos para llevar a cabo la investigación.
- ✓ Falta de tiempo académico para el estudio de los pacientes.

1.5 Viabilidad de la investigación

El presente trabajo de investigación se hizo viable porque se contó con la disponibilidad de tiempo del investigador para realizar el trabajo, Así mismo, se tuvo los recursos materiales para el desarrollo de la Investigación y se hizo viable también gracias al sacrificio de la autora, al apoyo desinteresado de profesionales y amigos y el apoyo económico de los familiares.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco marzo - diciembre 2015

2.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar el grado de conocimiento de las madres sobre la anemia.
- ✓ Estimar si la intolerancia al sulfato ferroso puede ser influyente.
- ✓ Identificar si la madre está llevando un buen control de su embarazo.
- ✓ Precisar si los bajos niveles económicos y culturales pueden ser influyentes.
- ✓ Identificar la falta de cumplimiento de las indicaciones médicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la Investigación

3.1.1. Antecedentes internacionales

- Dra. Figueroa Cabezas A. Dra. Chicaiza Pambabay M. en el trabajo titulado Prevalencia de anemia gestacional en pacientes con labor de parto y efecto en la reserva de hierro del recién nacido en el Hgoia Quito, noviembre, 2012, llegó a los siguientes
Resultados: La prevalencia de anemia fue del 12%. Existe asociación entre anemia y el nivel sanguíneo de ferritina, sin embargo, la presencia de anemia materna no se asoció con bajo peso al nacer. Conclusión: La anemia materna no se asocia con bajo peso al nacimiento. (9)
- Dra. María de los Ángeles Romero Maciel / “Anemia y control del peso en embarazadas” / Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina marzo 2005
La anemia en el embarazo es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados, debido a la ausencia de una correcta nutrición durante el embarazo y a la falta de diagnóstico durante el mismo. Se pudo determinar la alta proporción de anemia de la población estudiada, así como la falta de control del peso durante el embarazo. (10)
- Barba Oropeza, F. y Cabanillas Gurrola, F., estudiaron los “Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas”. Con el objetivo de identificar los factores asociados a la anemia durante el embarazo en mujeres gestantes. Para ello se realizó un estudio de casos y controles; se revisaron los expedientes clínicos y se realizó entrevistas directas a embarazadas con parto ocurrido en febrero y marzo de 2005. Por cada paciente con anemia se seleccionaron dos controles de la misma base institucional. La muestra se determinó con la fórmula de comparación de proporciones modificada. (11)
- Hernández Navarro, F., investigo “prevención, manejo y control de la anemia megaloblástica secundaria a causa de déficit de ácido fólico”. La

ausencia del ácido fólico es el factor más común de anemia en nuestro medio, siguiendo a ello el síndrome anémico que tiene como origen la falta de hierro. Los folatos son componentes esenciales en la dieta humana. En los alimentos el ácido fólico esta en forma de poliglutamatos, cuya forma puede ser hidrolizadas en el yeyuno proximal. Es fundamental saber con exactitud el defecto vitamínico causante de la anemia megaloblástica, puesto que en base a ello se podría administrar la vitamina B12. Los factores que causan la anemia por deficiencia de folatos son en su mayoría por un deficiente aporte dietético, un aumento del requerimiento, defecto de absorción o interacción con fármacos. El folato puede verse afectado por la luz y a las elevadas temperaturas, así como por su alta afinidad por el agua, lo que facilita su eliminación por lavado o cocción. (12)

- Nancy L. Sloan investigó los "Efectos de la suplementación con hierro en el estado hematológico materno en el embarazo".

Esta revisión investiga la eficacia de los suplementos de hierro en los niveles de hemoglobina en mujeres embarazadas en los países en desarrollo.

Métodos. Datos de ensayos controlados aleatorios publicados entre 1966 y 1998 se combinaron. Meta-análisis de la variación relativa de la hemoglobina materna asociada con los suplementos de hierro fueron estratificados por niveles de hemoglobina inicial, la duración de la suplementación y la dosis diaria hasta completar la gestación y la suplementación con otros nutrientes. Resultados. Los suplementos de hierro aumentan los niveles de hemoglobina. Sus efectos son dosis dependiente y están relacionadas con el nivel inicial de hemoglobina. La medida en que los suplementos de hierro pueden reducir la anemia materna no está clara. Conclusiones. La medida en que los niveles de hemoglobina materna pueden aumentar indicando los suplementos prenatales recomendados es limitada y tiene beneficios fisiológicos inciertos. Otros enfoques, incluida la fortificación de alimentos y la prevención y el tratamiento de otras causas de anemia, requieren

metodológicamente una evaluación rigurosa para encontrar respuestas eficaces a este problema mundial. (13)

- Pérez Arias, Esther investigo la “Anemia por Deficiencia de hierro durante el embarazo revisión clínica y bibliográfica 100 casos Universidad Veracruzana”. Llegando a la conclusión de un total de 100 pacientes, 78 resultaron con cifras mayores a 10.5 grs/100 ml que representa el 78%, y 22 con cifras inferiores (22%). Es importante hacer notar que, del grupo de 30 pacientes con 3 análisis durante su gestación, se tomó el promedio de estos tres controles. Se observa un descenso en los valores de hemoglobina del primer al tercer trimestre de 11.6, 11.2 y 11.1 grs/100 ml respectivamente. Obteniéndose de la CMHG un descenso similar de 32,30 y 29 f/1 en el orden antes mencionado. Mientras que los resultados del hematocrito fueron de 37 para el primer trimestre, 34 para el segundo y 37 para el tercero. (14)
- Albán Stefany Elena y Caicedo Romero Silva Janneth: Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de salud nº 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013. Resultados: En 376 casos la prevalencia de anemia es de 5,58% y con Hb ajustada (menor 12,3 gr. /dl) es de 41,8%, el principal grado de anemia es leve 61%, seguida por moderada 39% y no se encontraron casos graves. Los factores que tuvieron asociación de riesgo para presentar anemia son: edad gestacional, OR 3,4; lugar de residencia rural, OR 2,15 y el nivel de instrucción analfabetismo y primaria, OR 1,63. La prevalencia de anemia en este estudio difiere a la publicada en la literatura nacional e internacional, demostrando una asociación con los factores planteados inicialmente con excepción de la multiparidad, IMC y estado civil. (15)

3.1.2. Antecedentes nacionales

- Becerra C, Gonzales G, Villena A, De la Cruz D y Florián A., investigaron la “Prevalencia de anemia en las gestantes del Hospital Regional de

Pucallpa”. Donde se llegó a la conclusión que la frecuencia de la prevalencia de anemia en la población de gestantes es de 70,1%, dicha prevalencia se relacionó con el número de embarazos. Así mismo la prevalencia disminuye con la ganancia de peso durante la gestación. La tasa encontrada sobre la mortalidad perinatal se estableció en un 37,7 por cada 1 000 nacidos. Cuando se estableció la relación entre la tasa de mortalidad perinatal y el peso de los recién nacidos, se evidencio que no había significancia estadística. Cuando se realizó análisis de regresión multivariado para la muestra se evidencio que el peso de la madre al comienzo del embarazo, el peso incrementado trimestralmente y el número de gestas predicen el peso del recién nacido. La conclusión se estableció en que las prevalencias altas de las anemias en gestantes de Pucallpa no estuvieron significativamente asociadas con un bajo peso en el neonato, ni con la alta mortalidad perinatal. (16)

- Marín Guanilo Marlon, realizo la tesis en “factores sociales que influyen en la variación de hemoglobina Cajamarca 2014”. Tal estudio dio como resultado que entre los factores más comunes que influyen en los niveles de hemoglobina hallamos que el nivel de Hb más frecuente fue el >11,0 g/dL con un 75 %, el mayor porcentaje de pacientes está influenciada por la ocupación y el nivel educativo, seguido por el estado civil y con menor porcentaje encontramos la edad y la procedencia. El grupo de estudio tuvo como principales características: madres jóvenes y adultas, cuyas edades eran mayores de 20 años, convivientes en su mayoría, con estudios secundarios o superiores, amas de casa, y de procedencia urbana. (17)
- Escobedo Toribio Lourdes Lissete.-Lavado Bello Carroll Marilyn. Conocimientos y Actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre. Hospital Belén de Trujillo año 2012. conclusiones: 1. Las características socioeconómicas de la mujer gestante del I trimestre es que el 49.6% de las gestantes tienen un estado civil de convivientes; de acuerdo al grado de instrucción el 47.8% corresponde a secundaria completa; el 49.5% son amas de casa y con respecto a su ingreso mensual el 46.0% registro un ingreso mensual entre menos de 450.00 y 1000 soles en el Hospital Belén de Trujillo año 2012. 2. El nivel de conocimientos en requerimientos nutricionales en las

gestantes del I trimestre es alto en 36%, medio 40%, bajo 24% en el Hospital Belén de Trujillo año 2012. 3. El nivel de actitud en requerimientos nutricionales en las gestantes del I trimestre es adecuado en 70%, neutral 25%, inadecuado 5% en el Hospital Belén de Trujillo año 2012. (18)

- El MINSA en el año 2011 realizó un estudio en las gestantes atendidas en centros de salud del Ministerio de Salud del Perú, teniendo una población de 318 436 gestantes, de ellas se tomó una muestra de 287 691 gestantes que equivale al 90,3% y otro grupo conformada por 19 918 gestantes que procedencia de alguna comunidad nativa. Se utilizó 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). Se halló como resultado que la prevalencia de anemia en las embarazadas del Perú para el año 2011 se estableció en un 28, 0% y la prevalencia de anemia en comunidades nativas fue de 20,1%. En resumen, la prevalencia de anemia disminuye cuando una gestante tiene más edad y aumenta cuando mayor es la edad gestacional y mayor es la altitud a nivel del mar. Las provincias de la Sierra peruana como son el caso de Puno y Huancavelica tienen la mayor prevalencia de anemia leve. En la provincia de Sucre departamento de Ancash, se presenta la mayor prevalencia de anemia leve con un 72,3%, después de ella sigue la provincia de Espinar en el departamento del Cusco con 64,6%. Es de mucha importancia saber que en la provincia de Purús departamento de Ucayali, no se halló casos de anemia. En las comunidades nativas, la prevalencia de la anemia leve es alta, dicha anemia disminuye su prevalencia conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23,7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18,7% para el rango entre 36 a 45 años. Las regiones de Amazonas y Pasco son las que presentaron mayor prevalencia de anemia leve (19)
- Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Perú 2000 la cantidad de gestantes estuvo conformada por 600 mil, así mismo la

prevalencia de anemia en las gestantes peruanas fue 50% una prevalencia bastante alta. El investigador Quispe para el año de 1994, investigo la prevalencia de anemia en gestantes que asisten a sus Controles Pre Natales en el Instituto Materno Perinatal llegando a la conclusión que dicha prevalencia fue de 59,10%. Es allí que sabemos que un nivel pobre de hemoglobina en la embarazada podría traer graves consecuencias si no es compensado oportunamente, tal cual lo demuestra los estudio de Edmundo Estévez y cols., en su estudio realizado en 1998 en el Ecuador en el que trata el problema de la anemia y su suplementación durante el embarazo. (20)

3.1.3. Antecedentes locales

En la ciudad de Huánuco la DIRESA, manifestó que las gestantes que acuden a los puestos, centros de salud y hospitales presentan un déficit de peso estable en el tiempo, y ello tuvo consecuencias en el 2013 a afectar a casi 1 de cada 7 gestantes.

El elevado peso, por el contrario, evidencio una tendencia al incremento en el mismo periodo, de casi cuatro puntos porcentuales, llegando a afectar alrededor de 3 de cada 10 gestantes que acuden a los establecimientos de salud de la región. La anemia en gestantes se mantiene similar al 2012, afectando a casi 3 de cada 10 gestantes, que acceden a los establecimientos de salud de la región. (21)

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Tipos de anemia

Existen varios factores que influyen en la aparición de la anemia durante el embarazo, y que determinan el tipo y la gravedad de la anemia.

3.2.1.1. Anemia gravídica

Este tipo de anemia está muy relacionada con el propio embarazo, puesto que el volumen de sangre en la mujer embarazada aumenta hasta en un 50%, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su

concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación. Las cifras de Hemoglobina no suelen descender de 11 g/dl y, por tanto, no suelen requerir tratamiento.

3.2.1.2. Anemia ferropénica

Este tipo de trastorno es demasiado común durante la gestación, pues casi un 90% de las mujeres gravídicas lo padecen. Para prevenir esta anemia es bueno tener una dieta equilibrada y el consumo adecuado de suplementos de hierro antes, durante, y después de la gestación. Por lo general esta enfermedad no afecta al feto, pero si la anemia es grave es decir con un valor de hemoglobina menor de 7g/dL, puede traer consecuencias al embarazo, y está relacionado partos prematuros, riesgo de infecciones, e incluso abortos y mortalidad perinatal. Se aconseja la medición de los niveles de ferritina para cuantificar más exactamente los depósitos de hierro.

3.2.1.3. Anemia megaloblástica

Es la segunda anemia más frecuente durante la gestación. Generalmente se produce por un déficit de ácido fólico o de vitamina B12. El ácido fólico no se acumula en el cuerpo, ya que se trata de una vitamina hidrosoluble que se elimina a través de la orina, por lo que es preciso obtenerlo a través de la dieta o los suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico en la madre puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida, y se aconseja que las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas tomen suplementos de esta vitamina antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

La vitamina B12 contribuye a la formación de los glóbulos rojos, y se encuentra en la carne de vaca y de aves, la leche y sus derivados, los huevos, etcétera. Las mujeres vegetarianas (al no ingerir alimentos de procedencia animal) tienen muchas posibilidades de padecer deficiencias de esta vitamina, y necesitar suplementos de la misma durante el embarazo. (22)

3.2.2. Anemia durante el embarazo

Se considera anémica a toda mujer embarazada cuando

- 1) la cantidad de eritrocitos es menor de 3.500.000 por milímetro cúbico.
- 2) El hematocrito es menor al 32 %.
- 3) Disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl asociada a una concentración de hemoglobina corpuscular media inferior al 30 %.

3.2.2.1. Influencia de las anemias durante el embarazo.

Debemos considerar de alto riesgo a toda embarazada cuando:

- Las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 10 %.
- El hematocrito se halla por debajo del 32 %.

Ambos hechos pueden producir patologías tanto sobre la madre como sobre el feto.

Sobre la madre:

- Incidencia de pre eclampsia.
- Mayor riesgo de infecciones puerperales.
- Alto riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.
- Agudización de afecciones cardiovasculares previas maternas.

Sobre el feto:

- Hipoxia fetal.
- Retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo.
- Alta prevalencia de mortalidad fetal.
- Parto prematuro.

3.2.3. Tipos de anemias más comunes durante el embarazo

Existen diversos tipos de anemia que pueden presentarse durante el embarazo. Son los siguientes:

3.2.3.1. Anemia gravídica

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo de la mujer aumenta hasta en un 50 por ciento. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. A veces, el trastorno recibe el nombre de anemia de embarazo y no se considera anormal salvo en los casos en los que los niveles disminuyen demasiado.

3.2.3.2. Anemia por déficit de hierro

Durante el embarazo, el feto se vale de los glóbulos rojos de la madre para su crecimiento y desarrollo, especialmente durante los últimos tres meses del embarazo. Si una mujer tiene una excesiva cantidad de glóbulos rojos en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede utilizar esta reserva durante el embarazo para satisfacer las necesidades del bebé. Las mujeres que no poseen la cantidad adecuada de hierro almacenado pueden desarrollar anemia por deficiencia de hierro. Este tipo de anemia es el más común durante el embarazo. Consiste en la falta de hierro en la sangre. El hierro es necesario para fabricar la hemoglobina (parte de la sangre que distribuye el oxígeno desde los pulmones a los tejidos del cuerpo). Antes de embarazarse, es conveniente tener una nutrición adecuada para poder acumular estas reservas y prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

3.2.3.3. Deficiencia de vitamina b12

La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de las proteínas. Las mujeres vegetarianas (que no comen productos derivados de animales) tienen mayor probabilidad de desarrollar la deficiencia de vitamina B12. La inclusión de alimentos derivados de animales en la dieta, tales como leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres bajo una dieta vegetariana estricta generalmente necesitan la inyección del suplemento de vitamina B12 durante el embarazo.

3.2.3.4. Pérdidas sanguíneas

La pérdida de sangre durante el parto o el puerperio (después del parto) también puede ser una causa de la anemia. La pérdida de sangre promedio en un parto vaginal es de aproximadamente 500 mililitros y, en un parto por cesárea, de 1.000 mililitros. Las reservas adecuadas de hierro pueden ayudar a una mujer a reponer la cantidad de glóbulos rojos perdidos.

3.2.3.5. Déficit de ácido fólico

El folato, también llamado ácido fólico, es una vitamina B que trabaja con el hierro en la formación de los glóbulos. La deficiencia del folato durante el embarazo generalmente está asociada a la deficiencia de hierro dado que tanto el ácido fólico como el hierro se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Se ha comprobado que el ácido fólico ayuda a reducir el riesgo de dar a luz a un bebé con ciertos defectos congénitos cerebrales y de la médula espinal si se ingiere antes de la concepción y durante los primeros meses de concepción.

3.2.4. Diagnóstico de la anemia

La anemia generalmente se descubre durante el control prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocritos. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia incluyen el interrogatorio (antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos), examen físico completo en busca de palidez, control de TA, y el análisis de sangre por laboratorio, una manera sencilla y rápida de evaluación mediante el estudio de la:

- Hemoglobina: parte de la sangre que distribuye el oxígeno de los pulmones a los tejidos del cuerpo.

- Hematocrito: medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre.

3.2.4.1. Síntomas de anemia

Cansancio, fatiga, palidez o taquicardia pueden ser síntomas de **anemia** durante el **embarazo**, algo que puede ser normal porque las necesidades de hierro aumentan en esta etapa.

En la madre

Cansancio, fatiga y poca resistencia al ejercicio físico son los síntomas principales, que a veces pasan desapercibidos porque se consideran normales dentro del embarazo. También es normal que haya palidez en la piel y bajo las uñas, además de taquicardia.

En el bebé

Su sangre está preparada para compensar niveles bajos de oxígeno. Más si la anemia es crónica y grave **se retrasará su crecimiento**, y en algunos casos se produce un sufrimiento fetal. La anemia gestacional se ha asociado con otras complicaciones de la gestación como son la Preeclampsia o el desprendimiento prematuro de la placenta.

3.2.5. Tratamiento para la anemia gestacional.

El tratamiento directo para la anemia gestacional se dará de acuerdo a los siguientes puntos:

- Antecedentes médicos de la gestante, y la evolución de dicha gestación.
- Tiempo y gravedad de la anemia
- La tolerancia y biodisponibilidad a los medicamentos
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad

El tratamiento será según la gravedad y del tipo de anemia. El tratamiento de la anemia gestacional por falta de hierro es en base a los suplementos de hierro. Algunas de las formas de administración son de dosificación lenta, mientras que otras deben administrarse varias veces por día. Si el hierro se

debe administrar con el jugo de un cítrico, el organismo lo absorbe mejor. Los antiácidos pueden disminuir la absorción del hierro. Los suplementos de hierro pueden provocar náuseas y hacer que las deposiciones sean de un color verde oscuro o negro. También es posible que los suplementos de hierro produzcan constipación. Como habíamos mencionado anteriormente siendo la anemia ferropénica la más común daremos específicamente el tratamiento para este tipo de anemia.

3.2.5.1. Tratamiento de la anemia ferropénica

Administración de sulfato ferroso en:

EMBARAZADAS: 120 a 180 mg/día sulfato ferroso + 500 ug/día de ácido fólico hasta 3 meses después del parto.

3.2.6. Prevención de la anemia

Sulfato ferroso 60 mg/ día + Ácido Fólico 0,4 mg/día.

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

Entre las fuentes de hierro se incluyen las siguientes:

- Carnes: res, cerdo, cordero; el hígado y otros órganos
- Aves: pollo, pato, pavo; el hígado (especialmente la carne oscura)
- Pescado y mariscos: incluyendo las almejas, los mejillones, las ostras, las sardinas y las anchoas
- Vegetales de hojas verdes: repollo, brócoli, la col rizada, el nabo verde y la acelga.

- Legumbres: como las habas y los guisantes (arvejas); los frijoles y guisantes secos, como los frijoles pintos y los frijoles cocinados enlatados. (23)

Productos de harina: pan, pastas y cereales

3.3. Definición de conceptos Básicos

- **Hemoglobina:** Es una proteína de estructura cuaternaria, que consta de tres subunidades. Su función principal es el transporte de oxígeno. Esta proteína hace parte de la familia de las hemoproteínas, ya que posee un grupo hemo. La hemoglobina es una molécula que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y sirve para transportar el oxígeno hasta los tejidos. Por ello cuando existe anemia severa, los tejidos y órganos del organismo no reciben suficiente oxígeno, la persona se siente cansada, su pulso está acelerado, tolera mal el esfuerzo y tiene sensación de falta de aire.
- **Anemia:** se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. La anemia no es una enfermedad, sino un signo que puede estar originado por múltiples causas, una de las más frecuentes es la deficiencia de hierro, bien por ingesta insuficiente de este mineral en la alimentación, o por pérdidas excesivas debido a hemorragias.
- **Hierro:** Elemento esencial para el organismo. Es un componente esencial en la transferencia de oxígeno.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **Gestante:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. (24)

4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

4.1. Hipótesis

Hipótesis de investigación:

- La mala alimentación, la baja economía, bajo peso y el descuido de la madre en sus controles son factores de riesgo de la anemia.

Hipótesis nula:

- La mala alimentación, la baja economía, bajo peso y el descuido de la madre en sus controles no son factores de riesgo de la anemia.

4.2. Variable

4.2.1. Variable dependiente

Anemia en gestantes

4.2.2. Variable independiente

Factores de riesgo

4.3 Indicadores

- ✓ mala alimentación
- ✓ examen de hemoglobina
- ✓ control del embarazo

5. METODOS Y TECNICAS

5.1. Población y muestra

5.1.1. Población

Las gestantes que acuden al Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de marzo a diciembre del 2015 al consultorio de materno prenatal y que cursaron con algún riesgo de anemia y las que tuvieron una hemoglobina menor de 11.0, que fueron un total de 121 gestantes.

5.1.2. Muestra

La muestra se obtuvo aplicando la siguiente formula:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$

$$\frac{121 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025(1074) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

85

N= Tamaño de población

Z= Desviación estándar 1.96

E= Margen de error 0.05

P= Probabilidad de éxito 0.5

Q= probabilidad de fracaso 0.5

5.2. Tipo de investigación

El presente trabajo es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

5.3. Técnica de recolección de datos

5.3.1. Tipo de Muestreo

No Probabilística, por conveniencia.

Instrumentos de recolección de datos

- Carné de atención pre natal
- Historias clínicas de las gestantes

5.4. Técnicas de Procesamiento de la información

Se empleó la información por cada indicador para el procesamiento de los datos, los cuales serán representados por medio de tablas y graficas en el paquete estadístico SPSS versión 12.0, facilitando el análisis respectivo para encontrar el resultado que estamos buscando y lograr cuantificar el factor principal asociado del presente proyecto de investigación.

6. RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN EDAD

CUADRO N° 01

Según edad	Número	Porcentaje
15 a 19 años	14	16%
20 a 25 años	33	39%
26 a 30 años	28	33%
31 años a más	10	12%
Total	85	100%

GRAFICO N° 01



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: el mayor porcentaje de madres objeto de estudio se encuentran entre las edades de 20 a 25 años con los 39%, lo que significa que están en la edad apropiada para la reproducción; seguidas con 28 madres, 33% de 26 -30 y el menor de 15 a 19 años con el 16% con 14 madres.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN GESTA PARIDAD

CUADRO N° 02

GESTA PARIDAD	Número	Porcentaje
Primigestas	37	44%
Multigestas	48	56%
Total	85	100%

GRAFICO N° 02



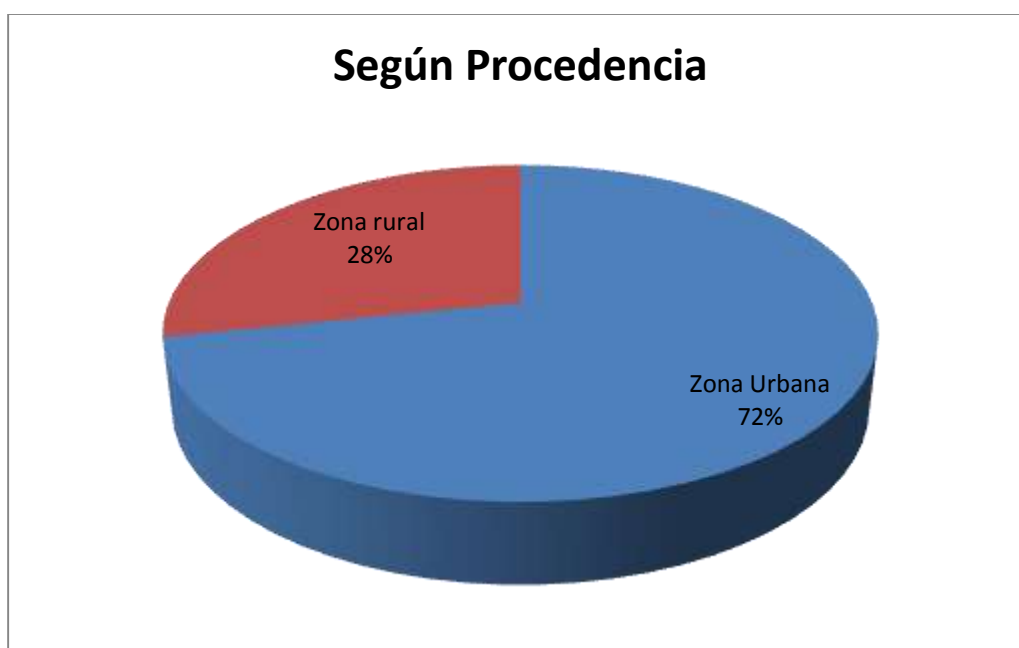
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las multigestas con un porcentaje de 56%; dato que nos indica que se debe tener en cuenta para promocionar la planificación familiar; seguidas de las madres primigestas con el 44 %.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN PROCEDENCIA

CUADRO N° 03

Según procedencia	Número	Porcentaje
Zona Urbana	61	72%
Zona rural	24	28%
Total	85	100%

GRAFICO N° 03



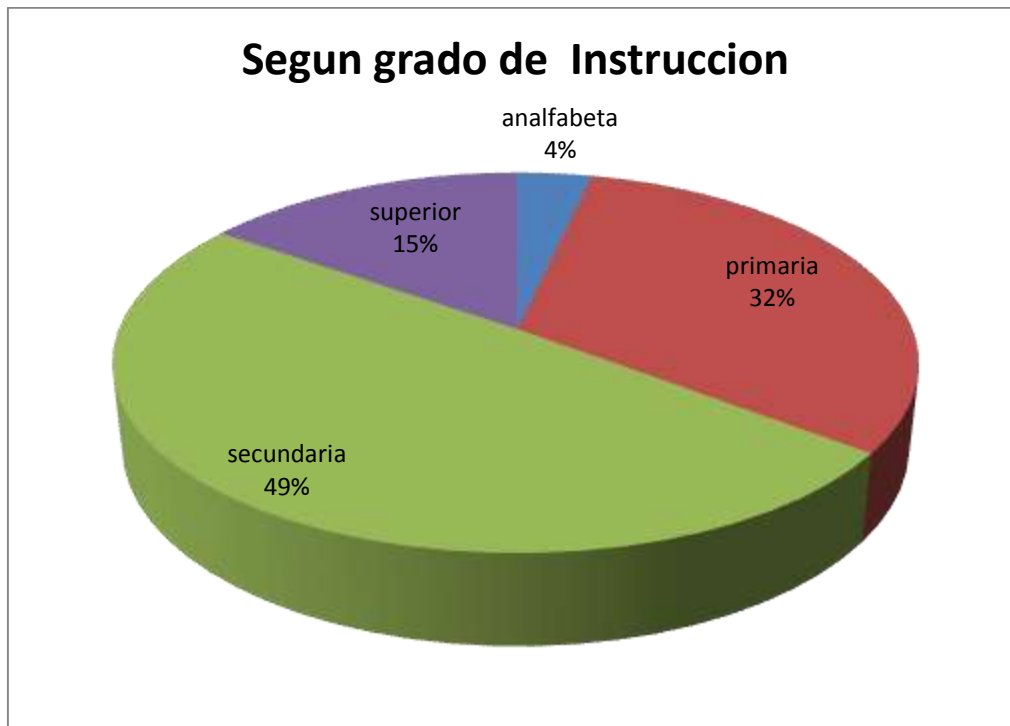
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico se puede apreciar que el mayor porcentaje de madres corresponden al grupo de la zona urbana con el 72%, dato conducente a consignar de que las de la zona rural acuden en menor porcentaje al HRHVM; ya que de la zona rural hacen solo un porcentaje de 28%.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

CUADRO N° 04

Según grado de instrucción	Número	Porcentaje
Analfabeta	03	4%
Primaria	27	32%
Secundaria	42	49%
Superior	13	15%
Total	85	100%

GRAFICO N° 04



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa en el grafico que el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las de nivel educativo secundario con los 49%, dato significativo que nos conlleva a considerar el nivel de estudio de las paciente; seguidas de los de educación primaria con el 32%.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN ESTADO CIVIL.

CUADRO N° 05

Según estado civil	Número	Porcentaje
Soltera	14	17%
Casada	23	27%
Conviviente	48	56%
Total	85	100

GRAFICO N° 05



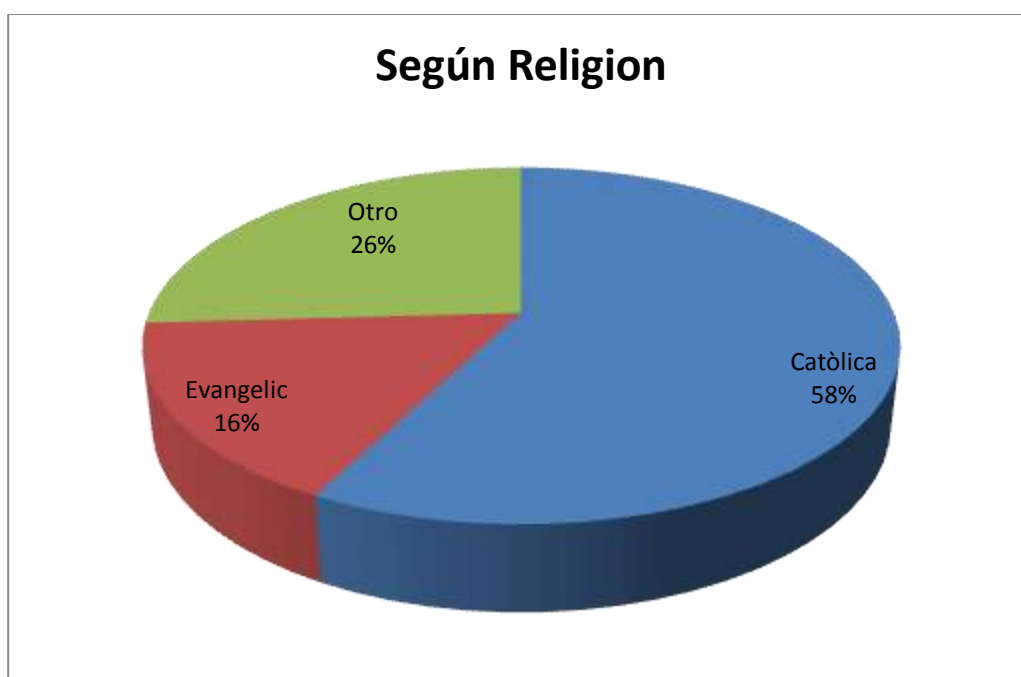
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las del estado civil conviviente con los 56%, que nos demuestra que existe poco interés en formalizar su estado civil legalmente; seguidas del estado civil casada con el 27% y finalmente las del estado civil soltero con el 17%

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO – DICIEMBRE 2015 SEGÚN RELIGION

CUADRO N° 06

Según religión	Número	Porcentaje
Católica	49	58%
Evangélica	14	16%
Otro	22	26%
Total	85	100%

GRAFICO N° 06



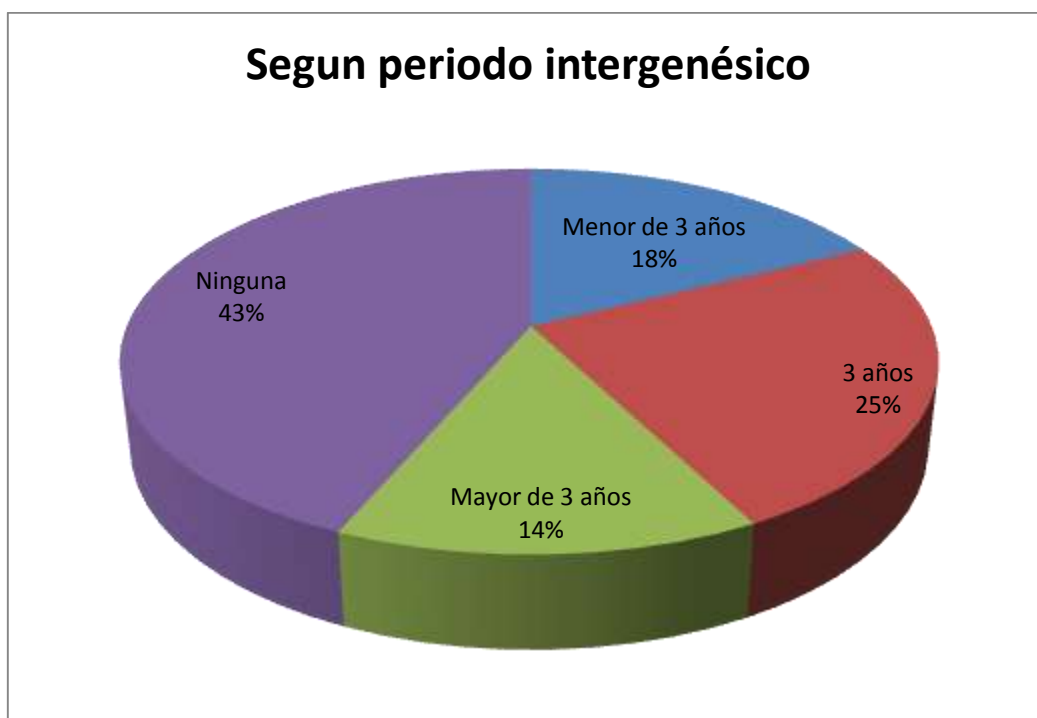
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se evidencia en el presente grafico que el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las que profesan la religión católica con el 58% congruente con la práctica mayoritaria de esta religión que existe en Perú; luego encontramos a los de la religión evangélica con el 16% y finalmente las que profesan otras religiones con el 26%.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN PERIODO INTERGENESICO

CUADRO N° 07

Según periodo intergenésico	Número	Porcentaje
Menor de 3 años (corto)	15	18%
3 años (adecuado)	21	25%
Mayor de 3 años (largo)	12	14%
Ninguna (primigestas)	37	43%
Total	85	100%

GRAFICO N° 07



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se puede observar en el presente grafico que el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las que tuvieron un periodo intergenésico adecuado 3 años con el 25%, considerado tiempo mínimo ideal; seguidas de PIG de menor de 3 años con el 18%. También están las primigestas con el 43% que aún no tienen PIG.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN PESO ANTES DEL EMBARAZO

CUADRO N° 08

Según peso antes del embarazo	Número	Porcentaje
Menor de 50 kilos	20	24%
50 a 60 kilos	35	41%
Mayor de 60 kilos	30	35%
Total	85	100%

GRAFICO N° 08



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se evidencia en el grafico que las madres objeto de estudio que presentaron peso antes del embarazo entre 50 a 60 kilos son las de mayor porcentaje con el 41%, seguidas de aquellas que presentaron peso mayor de 60 kilos con el 35%.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN INGRESO ECONOMICO FAMILIAR.

CUADRO N° 09

Según ingreso económico familiar	Número	Porcentaje
Menor del mínimo vital	11	13%
Mínimo vital	44	52%
Mayor del mínimo vital	30	35%
Total	85	100%

GRAFICA N° 09



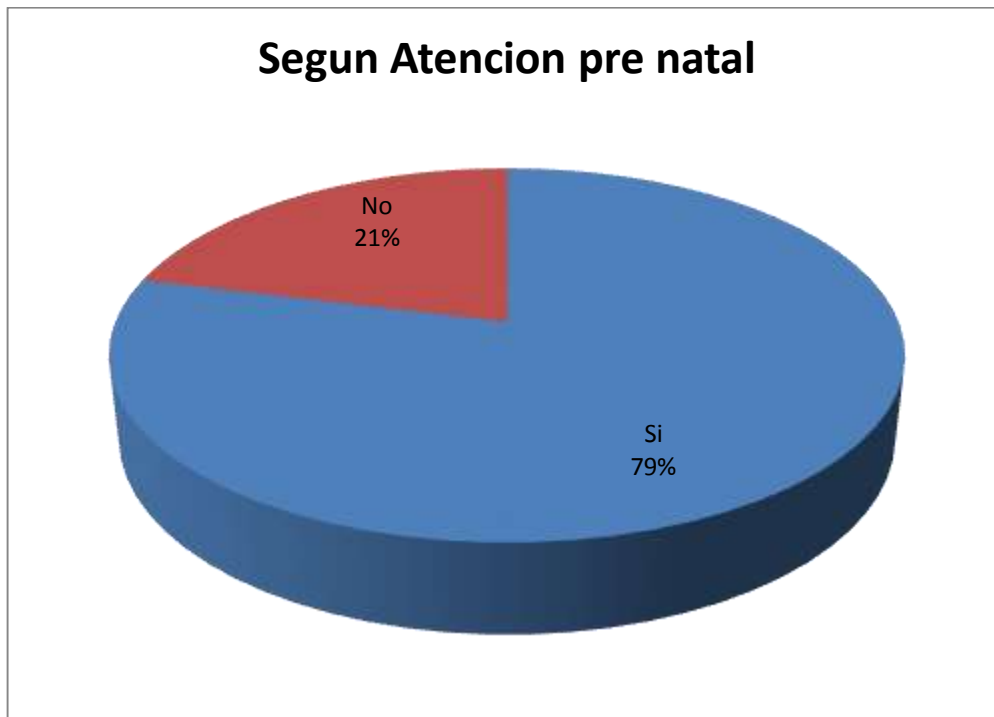
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se evidencia en el grafico que las madres objeto de estudio que refirieron un ingreso económico del mínimo vital fueron de mayor porcentaje con el 52%, lo que significa que no cuentan con la economía necesaria para sobrevivir; seguidas de aquellas que refirieron un ingreso económico mayor del mínimo vital.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN ATENCIONES PRENATALES

CUADRO N° 10

Según APN	Número	Porcentaje
Si	67	79%
No	18	21%
Total	85	100%

GRAFICO N° 10



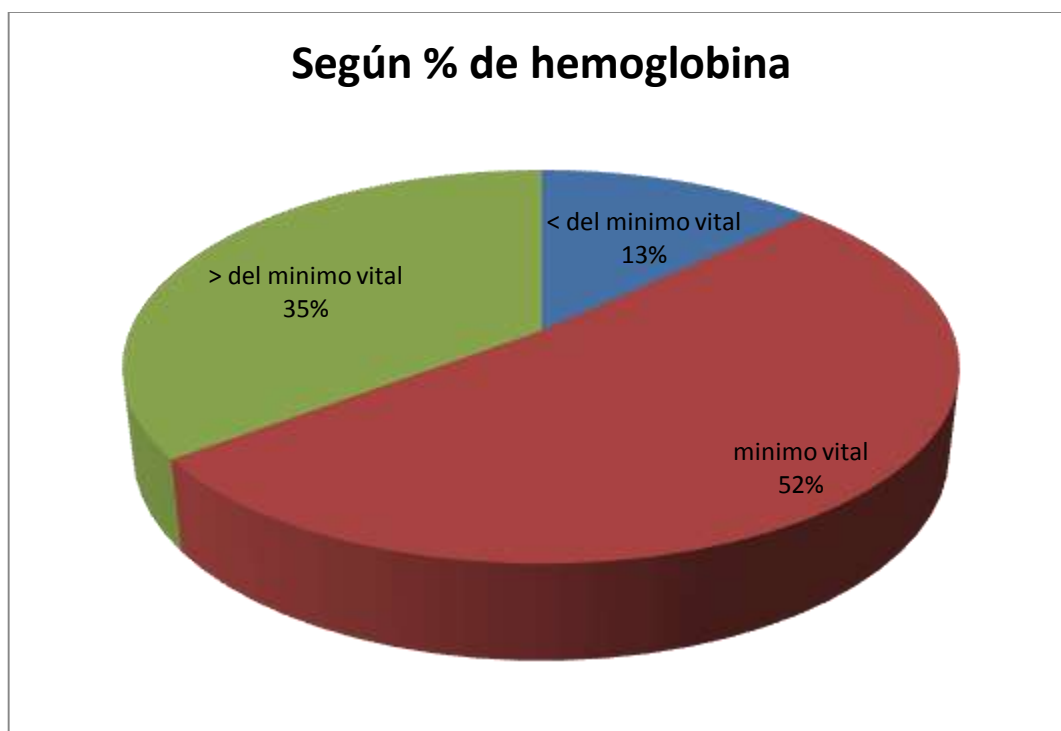
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa según la atención pre natal recibida por las madres objeto de estudio que el mayor porcentaje con el 79%, si tuvo APN, seguidas de aquellas que no tuvieron atención pre natal con el 21%. Porcentaje a tener en cuenta para promocionar la APN.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN % DE HEMOGLOBINA

CUADRO N° 11

Según % de hemoglobina	Número	Porcentaje
Menos de 7%	08	9%
7-8.9%	28	33%
9-10.9%	49	58%
Total	85	100%

GRAFICO N° 11



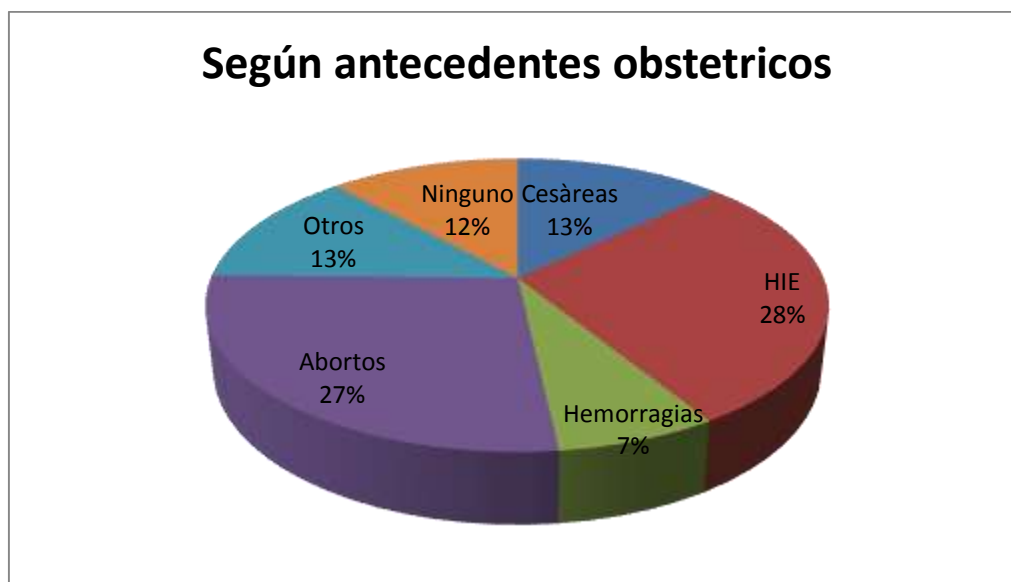
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa en grafico que de acuerdo al porcentaje de hemoglobina que presentaron las madres objeto de estudio las que tuvieron el mayor porcentaje de hemoglobina fue entre 9 a 10.9 % con el 58%, seguidas de aquellas madres que tuvieron hemoglobina entre 7 a 8.9%. Datos que se relacionan como factor para las complicaciones obstétricas.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN ANTECEDENTES OBSTETRICOS

CUADRO N° 12

Según antecedentes obstétricos	Número	Porcentaje
Cesáreas	11	13%
HIE	24	28%
Hemorragias	06	7%
Abortos	23	27%
Otros	11	13%
Ningunos	10	12%
Total	85	100%

GRAFICO N° 12



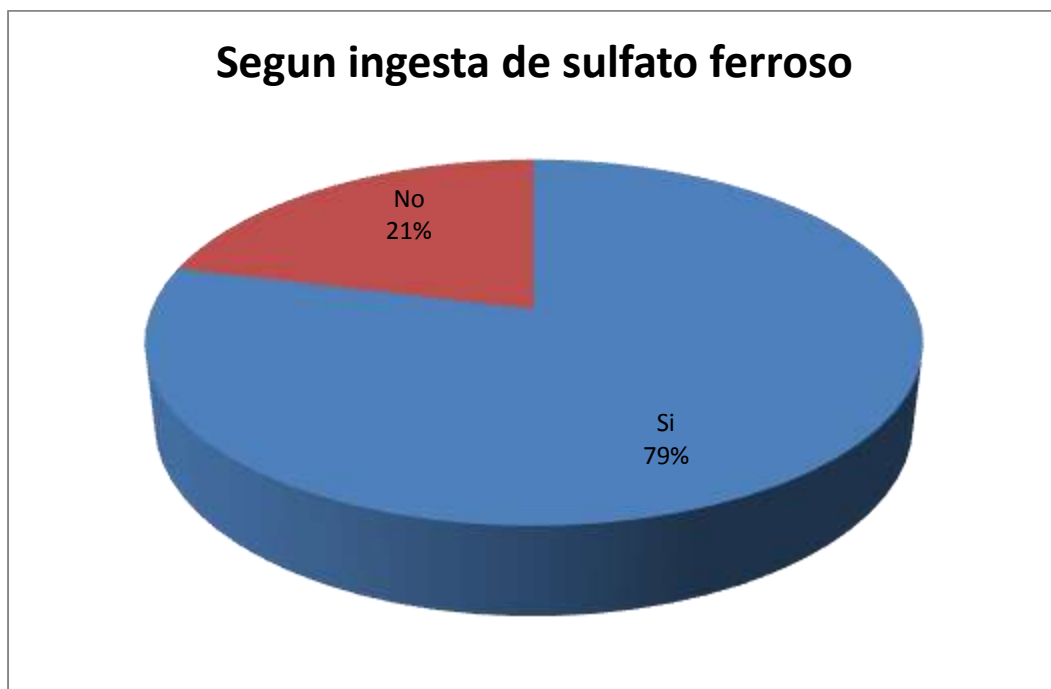
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se evidencia en el presente grafico que de acuerdo a las madres objeto de estudio las que tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones fueron la HIE con los 28%, complicación que puede producir mortalidad materna y que debe ser detectada oportunamente; seguidas de los abortos con el 27%, luego las que presentaron cesáreas con el 13%.

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE MATERNO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO MARZO - DICIEMBRE 2015 SEGÚN INGESTA DE SULFATO FERROSO

CUADRO N° 13

Según Ingesta de sulfato ferroso	Número	Porcentaje
Si	67	79%
No	18	21%
Total	85	100%

GRAFICO N° 13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa según la ingesta de sulfato ferroso recibida por las madres objeto de estudio que el mayor porcentaje con el 79%, si tuvo ingesta de sulfato ferroso durante su gestación, mientras que aquellas que no tuvieron atención ingesta de sulfato ferroso fueron el 21%, porcentaje que debe tenerse en cuenta del porqué de la no ingesta.

7. DISCUSION

Al realizar la comparación de la teoría con el resultado del presente estudio, se establecieron variaciones y concordancias con relación a las diferentes variables analizadas.

En relación a datos generales.- Las edades de los pacientes objetos de estudio fluctúan entre los 20 a los 25 años con los 39%, las madres que fueron estudiadas corresponden a las multigestas con un porcentaje de 56%. El mayor porcentaje de madres corresponden al grupo de la zona urbana con el 72%, el mayor porcentaje de madres que fueron estudiadas corresponden a las de nivel educativo secundario con los 49%, el mayor porcentaje profesan la religión católica con el 58%, tuvieron un periodo intergenésico adecuado 3 años con el 25%, presentaron peso antes del embarazo entre 50 a 60 kilos son las de mayor porcentaje con el 41%, según el ingreso económico con un ingreso mínimo vital con el 52%, según la atención pre natal recibida el mayor porcentaje con el 79%, si tuvo APN, de acuerdo al porcentaje de hemoglobina que presentaron las que tuvieron el mayor porcentaje de hemoglobina fue entre 9 a 10.9 % con el 58%, tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones fueron la HIE con los 28%, seguidas de los abortos con el 27%, luego las que presentaron cesáreas con el 13%. Similares estudios se encuentran a nivel internacional, nacional y regional donde por ejemplo Marín Guanilo Marlon. En la tesis principal factores sociales que influyen en la variación de hemoglobina Cajamarca 2014 obtuvo como Resultados Entre los factores más frecuentes que influyen en los niveles de hemoglobina hallamos que el nivel de Hb más frecuente fue el >11.0 g/dL con un 75 %, el mayor porcentaje de pacientes está influenciada por la ocupación y el nivel educativo, seguido por el estado civil y con menor porcentaje encontramos la edad y la procedencia que concuerda con el resultado del estudio realizado

Sin embargo también se hallaron variaciones por ejemplo Becerra C, F. Gonzales G, Villena A, De la Cruz D y Florián A. en el trabajo realizado sobre Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú llegaron a la siguiente conclusión: La prevalencia de anemia en la población de gestantes fue de 70,1%, valor que no se modificó por efecto de la edad materna,

la escolaridad ni el intervalo intergenésico. La prevalencia de anemia se asoció directamente con el número de gestaciones e inversamente con la ganancia de peso durante el embarazo que se puede evidenciar que no es concordante con el resultado de nuestro estudio.

8. CONCLUSIONES

Al final del presente trabajo de tesis se arribó a las siguientes conclusiones:

Existe aún un alto porcentaje de anemia en las gestantes que acuden a la consulta de atención prenatal del Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, pese a que se están aplicando las medidas para controlar este hecho.

Las pacientes que presentan anemia en su mayoría son de la zona urbana y con un nivel educativo secundario y si bien tuvieron la atención prenatal necesaria, pero que sin embargo no se llegó a controlar la anemia durante el embarazo.

Dentro de las complicaciones obstétricas las tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones fueron la HIE con los 28%, seguidas de los abortos con el 27%, luego las que presentaron cesáreas con el 13%. Son pacientes con anemia, en el grupo de población en estudio, por lo que se corrobora que la anemia puede ser un factor importante dentro de las complicaciones que presentan las gestantes.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las instituciones prestadoras de salud, lleguen a coberturar al 100% de gestantes en la atención pre natal
- Se recomienda diseñar estrategias sanitarias a fin de que las gestantes diagnosticadas con algún tipo de anemia sean tratadas oportuna y adecuadamente.
- Recomendar diseñar estrategias a fin de realizar una buena campaña de promoción sobre la alimentación antes, durante y después de la gestación
- Recomendar el adecuado uso de suplementos vitamínicos que ayuden a disminuir estos índices negativos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gomez P, Molina R, Zambelin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. 1 ed. Lima Peru: Flasog 2011: vol 1.
2. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CCPEEU) 2012
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Anemia en mujeres en edad reproductiva. México 2012
4. Gonzales y colaboradores frecuencia de anemia y eritrocitos en gestantes de diferentes regiones del Perú y la asociación con los resultados adversos perinatales utilizando los datos del Sistema de Información Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud (MINSA) Perú, 2011
5. Organización, panamericana de la salud. Vol. I, las condiciones de salud en las Américas, Washington, DC: OPS; 1994:257258
6. Perú, instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992. Lima: INEI, PRISMA y marco internacional Inc, eds; 1992.
7. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar en Perú. ENDES 1996 – informe final. INEI. Lima 1996
8. Becerra C, F. Gonzales G, Villena A, De la Cruz D y Florián A. en el trabajo realizado sobre Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú 2012

9. Dra. Figueroa Cabezas A. Dra. Chicaiza Pambabay M. en el trabajo titulado Prevalencia de anemia gestacional en pacientes con labor de parto y efecto en la reserva de hierro del recién nacido en el Hgoia Quito, noviembre, 2012
10. Dra. María de los Ángeles Romero Maciel / “Anemia y control del peso en embarazadas”/ Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina Marzo 2000
11. Barba-Oropeza F; Cabanillas Gurrola / “Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas” Archivos en medicina familiar Volumen. Año 2007
12. R. de Paz; F. Hernández-Navarro / “Manejo, prevención y control de la anemia megaloblástica secundaria a déficit de ácido fólico”/ Revista Nutrición Hospitalaria Madrid. Enero-Febrero 2006
13. Nancy L. Sloan; .Elizabeth Jordan”Effects of iron supplementation on maternal hematologic status in pregnancy”/; Beverly Winikoff / American Journal of public health. February 2002
14. Pérez Arias Esther.- Anemia por Deficiencia de hierro durante el embarazo revisión clínica y bibliográfica 100 casos Universidad Veracruzana Minatitlan.2013.
15. Albán Stefany Elena y Caicedo Romero Silva Janneth: Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de salud nº 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013.
16. Marín Guanilo Marlon. En la tesis principal factores sociales que influyen en la variación de hemoglobina Cajamarca 2014

17. Escobedo Toribio Lourdes Lisette.-Lavado Bello Carroll Marilyn.
Conocimientos y Actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre. Hospital Belén de Trujillo año 2012.
18. MINSA: Estudios en gestantes atendidas en el Ministerio de Salud del Perú, 2011
19. Según ENDES 2000 En el Perú
20. Dirección Regional de Salud de Huánuco, 2013
21. Zavaleta N. prevalencia y determinantes de anemia por deficiencia de hierro en gestantes de lima metropolitana. Informe de investigación para OPS, lima y libertadores Wari. Oficina panamericana de la salud 1993
22. ONU/WHO/FAO: requerimiento de hierro, vitaminas A y folato. ONU.1991.
23. Ministerio de salud. Normas técnicas para la prevención y control de deficiencias de micronutrientes. MINSA. Lima 1998.
24. Carrasco N. metodología educativa para reducir anemia en mujeres. Enfoque y metodología nutricional. CEPREN octubre 1997.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

1. Edad

2. Procedencia

3. RELIGION

4. Grado de instrucción

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

5. edad gestacional

6. gesta paridad

7. hemoglobina durante el embarazo

8. peso antes de su embarazo

9. Cuanto de peso gano ahora en el embarazo

10. Tiempo debe hacerse el control de hemoglobina

11. Uso de algún suplemento vitamínico

12. Espacio intergenesico

No. HC

■ = significa ALERTA

■ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: _____ ☐ No Aplica ☐ Referencia **Tipo Seguro** SIS ☐ ESSALUD ☐ PRIVADO **Código Afiliación Seguro:** _____

DNI N° _____

Dirección: _____ **Localidad:** _____ **Cod. Sector:** _____ **Ocupación:** _____ **Edad:** ☐ < 15 ☐ > 35 **Años aprobados** ☐

Departamento: _____ **Provincia:** _____ **Estudios:** ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Superior No Univ. **Estado Civil:** ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐ Otro **Padre RN:** _____

Distrito: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Abortos: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Vaginales: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Nacidos vivos: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Viven: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Muerto -1ra semana: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Nacidos muertos: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

Después -1ra semana: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

RN de mayor peso: _____ g

Gestación Anterior

Fecha: ____/____/____ **Per. Inter. Adecuado:** ☐ Si ☐ No **Lactancia Materna:** ☐ < 1 mes/no hubo ☐ < 6 meses ☐ 6 meses o más ☐ No aplica ☐ Lugar del parto ☐ EESS ☐ Domic.

Terminación: ☐ Parto Vaginal ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Aborto molar ☐ No Aplica

Si fue aborto: ☐ Incompleto ☐ Completo ☐ Frustro/Retenido ☐ Séptico ☐ No Aplica

Captada: Si ☐ No ☐ **Referida x Ag. Comuni:** Si ☐ No ☐

Antecedentes Familiares

Ninguno: ☐ **Alergias:** ☐ **Enf. Hipertens. Emb.:** ☐ **Epilepsia:** ☐ **Diabetes:** ☐ **Enferm. Congénitas:** ☐ **Emb. Múltiple:** ☐ **Malaria:** ☐ **Hipertensión Arterial:** ☐ **Hipotiroidismo:** ☐ **Neoplasia:** ☐ **TBC Pulmonar:** ☐ **Otros:** _____

Antecedentes Personales

Ninguno: ☐ **Aborto habitual/recurrente:** ☐ **Alcoholismo:** ☐ **Alergia a medicamentos:** ☐ **Violencia:** ☐ **Asma Bronquial:** ☐ **Cardiopatía:** ☐ **Cirugía Pélv. -uterina:** ☐ **Diabetes:** ☐ **Eclampsia:** ☐ **Enferm. Congénitas:** ☐ **Enferm. Infecciosas:** ☐ **Epilepsia:** ☐ **Hemorra. Postparto:** ☐ **Hipertensión Arterial:** ☐ **Coca:** ☐ **Infertilidad:** ☐ **Neoplasias:** ☐ **Otras Drogas:** ☐ **Parto prolong.:** ☐ **Preeclampsia:** ☐ **Prematuridad:** ☐ **Peten. placenta:** ☐ **Tabaco:** ☐ **TBC Pulmonar:** ☐ **Transtorn. mentales:** ☐ **VIH/SIDA:** ☐ **Otros:** _____

Vac. Previas

Rubeola: ☐ Si ☐ No ☐ **Hepatitis B:** ☐ Si ☐ No ☐ **Papiloma Virus:** ☐ Si ☐ No ☐ **Fiebre Amarilla:** ☐ Si ☐ No ☐

Peso y Talla

Peso Habitual: _____ kg **Talla:** _____ cm

Antitética

N° Dosis: ☐ Previa ☐ 1ra ☐ 2da **Dosis:** _____ **Sin dosis:** ☐ **No Aplica:** ☐ **meses de gestación:** _____

Tipo de Sangre

Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ **Rh:** Rh (+) ☐ Rh (-) Sen ☐ Rh (-) No Sen ☐ Rh (-) Sen ☐ Rh (-) No Sen ☐

Fuma

N° Cigarros/día: _____ **Drogas:** Si ☐ No ☐

Fecha Última Menstruación

FUM: ____/____/____ **Duda:** ☐ Si ☐ No **EG (Ecografía):** ☐ **Fecha:** ____/____/____ **No Aplica:** ☐ **Fecha Probable de Parto:** ____/____/____

Hospitalización

Hospitalización: ☐ Si ☐ No **Fecha:** ____/____/____ **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** _____

Emergencia

Fecha: ____/____/____ **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** _____

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si ☐ No ☐ **Violencia:** Si ☐ No ☐ **Fecha:** ____/____/____

Examen Físico

Clinico: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico **Mamas:** ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico **Cuello:** ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico **Uterino:** ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico **Pelvis:** ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal **Odont.:** ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Exámenes de Laboratorio

	Hg(%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Hemoglobina 2:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Hemogl.al Alta:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Glicemia 1:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Glicemia 2:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Tolerancia Glucosa:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
VDRL/RPR 1:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
VDRL/RPR 2:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
FTA Abs:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
TPHA:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Prueba Ráp. Sífilis:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
VIH Prueba Ráp. 1:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
Prueba Ráp. 1:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
ELISA:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____
IFI Western Bolt:	☐	☐	____/____/____	☐	☐	☐	☐	____/____/____

