



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON –
SIN ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE. 2018**

**PRESENTADA POR
FARIUCSA REYNA CADILLO FABIAN**

**ASESORA
YRENE EVARISTA MATEO QUISPE**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
2018**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

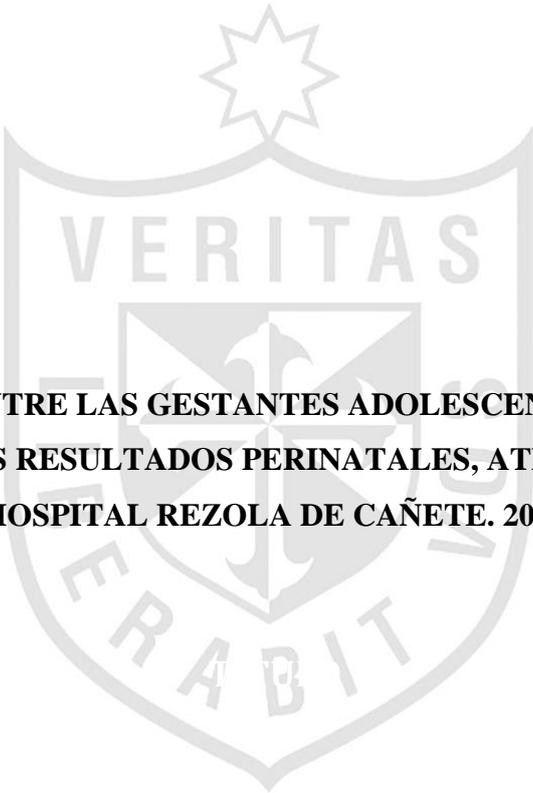
**RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON –
SIN ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES, ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE. 2018**

**PRESENTADA POR
BACH. OBST. FARIUCSA REYNA CADILLO FABIAN**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2018



**RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON – SIN
ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES, ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE. 2018**

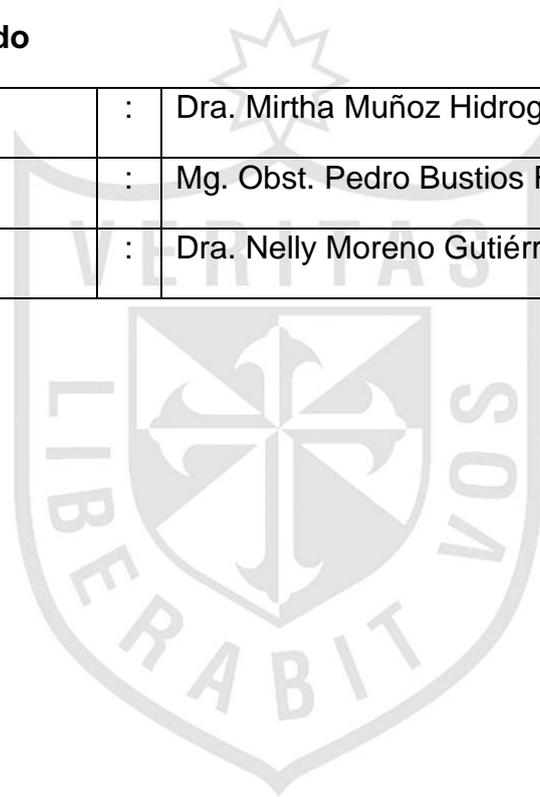
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a):

Mg. Obst. Yrene E. Mateo Quispe

Miembros del jurado

Presidente	:	Dra. Mirtha Muñoz Hidrogo
Vocal	:	Mg. Obst. Pedro Bustios Rivera
Secretaria	:	Dra. Nelly Moreno Gutiérrez



DEDICATORIA

A mis padres, por el gran amor que siempre me demuestran y su apoyo incondicional.

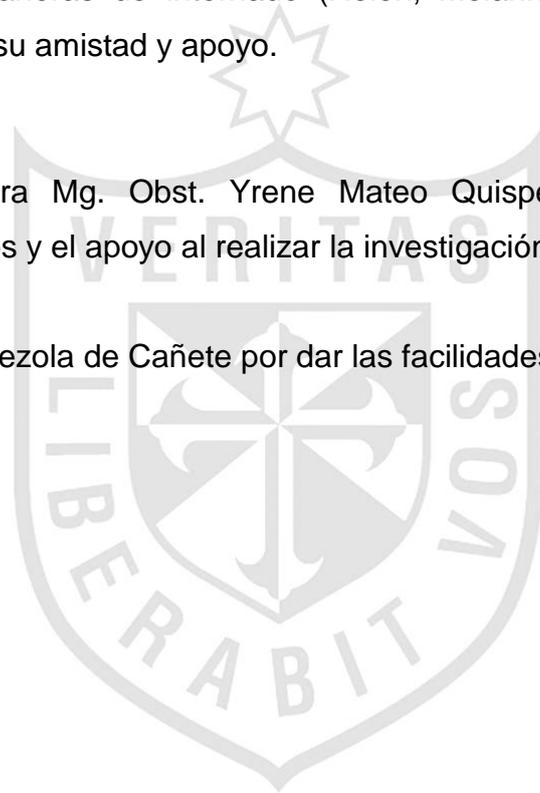
*“ Ci vuole tutta una vita per capire
che non é neccesario capire tutto”*

Massimo Valentino



AGRADECIMIENTOS

- A Dios y la Virgen María, por la maravillosa familia que tengo y por brindarme las fuerzas necesarias para alcanzar mis metas.
- A mis padres y mi abuela por el apoyo incondicional que siempre me brindan.
- A mis compañeras de internado (Helen, Melanie, Melissa, Jessica y Viviana) por su amistad y apoyo.
- A mi asesora Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe por compartir sus conocimientos y el apoyo al realizar la investigación.
- Al Hospital Rezola de Cañete por dar las facilidades para realizar la investigación



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.2.1 OBJETIVO GENERAL:	6
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.3 HIPÓTESIS	6
MATERIAL Y MÉTODO.....	7
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO	7
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	7
2.2.1 POBLACIÓN	7
2.2.2 MUESTRA	7
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	8
2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	8
2.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	8
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	8
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	11
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

N° de la tabla	Nombre de la tabla	Página de la tabla
I	Porcentajes de gestantes adolescentes con y sin anemia	12
II	Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con y sin anemia	13
III	Características obstétricas de las gestantes adolescentes con y sin anemia	15
IV	Resultados perinatales relacionados con la presencia o no de anemia	17
V	Porcentaje de hemoglobina de las gestantes adolescentes	30



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales, atendidos en el Hospital Rezola de Cañete. Marzo 2018

Material y métodos: Diseño descriptivo, correlacional, retrospectivo de corte transversal. Población: 168 gestantes adolescentes atendidas durante el año 2017. Muestra: Gestantes adolescentes con y sin diagnóstico de anemia, siendo 48 con anemia y 70 sin anemia.

Resultados: El 40.5% de gestantes adolescentes presentaron anemia y el 59.5% no presentó anemia. Las características demográficas más frecuentes en las gestantes con anemia fueron: rango de edad 15-19 años (95.8%), grado de instrucción secundaria completa (50.0%), estado civil conviviente (56.3%) y ocupación ama de casa (85.4%). Se presentó el 12.5% y 17.1% de multíparas respectivamente en las gestantes con y sin anemia ; 29.2% y 18.6% gestantes con y sin anemia terminaron su parto con cesárea; 6.2% y 1.5% gestantes con y sin anemia tuvieron recién nacido pre término; 6.2% y 1.5% de gestantes con y sin anemia tuvieron recién nacido con peso inadecuado; 4.2% de las gestantes con anemia tuvo mortalidad perinatal.

Conclusiones: No se encontró relación entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales según χ^2 . Por lo tanto se acepta la Hipótesis Nula. Sin embargo, el análisis porcentual y de frecuencia revela mayores resultados perinatales adversos: Pre termino, peso del recién nacido inadecuados en los recién nacido de las gestantes con anemia.

Así mismo se presentó mortalidad perinatal y depresión severa al 1' y 5' del nacimiento solo en los recién nacidos de gestantes adolescentes con anemia.

Palabra clave: anemia, gestantes adolescentes, resultados perinatales

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship that exists between adolescent pregnant women with and without anemia and perinatal results, attended at the Rezola de Cañete Hospital. March 2018.

Material and methods: Descriptive, correlational, cross-sectional retrospective design. Population: 168 pregnant adolescents attended during the year 2017. Sample: Adolescent females with and without diagnosis of anemia, being 48 with anemia and 70 without anemia.

Results: 40.5% of pregnant adolescents presented anemia and 59.5% did not present anemia. The most frequent demographic characteristics in pregnant women with anemia were: age range 15-19 years (95.8%), complete secondary education degree (50.0%), marital status (56.3%) and housewife occupation (85.4%) . We presented 12.5% and 17.1% of multiparas respectively in pregnant women with and without anemia; 29.2% and 18.6% pregnant women with and without anemia finished their delivery with cesarean section; 6.2% and 1.5% pregnant women with and without anemia had a preterm newborn; 6.2% and 1.5% pregnant women with and without anemia had a newborn with an inadequate weight ; 4.2% of pregnant women with anemia had perinatal mortality.

Conclusions: No relationship was found between adolescent pregnant women with and without anemia and perinatal results according to χ^2 . However, the percentage and frequency analysis reveals greater adverse perinatal results: Preterm, inadequate weight of the newborn in newborns of pregnant women with anemia.

Likewise, perinatal mortality and severe depression occurred at 1'and 5'of birth only in newborns of adolescent pregnant women with anemia.

Key words: Anemia, pregnant teenager, perinatal results

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de la vida del ser humano que comprende entre los 10 y 19 años (OMS), en dicho periodo se producen cambios a nivel externo (crecimiento, desarrollo de los órganos sexuales y características sexuales secundarias) y a nivel interno (capacidad emocional, física y mental). Estos pueden producir ansiedad y entusiasmo para los individuos.

Cuando se produce la gestación durante el período de la adolescencia es un factor de riesgo tanto para los padres como para los hijos y un problema de salud pública, es una de las causas de mortalidad materna porque muchos de estos embarazos terminan en abortos realizados en condiciones clandestinas e inseguras. Además, en muchos casos se produce la deserción escolar, porque ellas deben hacerse cargo del recién nacido. ^{1, 2}

Se considera anemia a las bajas concentraciones de hierro que producen disminución del contenido de hemoglobina en la sangre por debajo de lo necesario para cumplir las demandas de oxígeno en el organismo. La clasificación de la anemia, según el valor de la hemoglobina es: anemia leve (10.1 – 10.9 g/dl), anemia moderada (7.1 – 10.0 g/dl) y anemia severa (< 7.0 g/dl) Según la OMS, la anemia durante la gestación se determina como; hemoglobina con valores menores de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, hemoglobina con valores menores <10.5 g/dl en el segundo trimestre. En un embarazo normal, el requerimiento total promedio de hierro es de 1240mg.³

La anemia por deficiencia de hierro produce consecuencias negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres; también altera su calidad de vida. Entre los síntomas más frecuentes están: fatiga, debilidad general, deterioro de las capacidades cognitivas, malestar, inestabilidad emocional, depresión y mayor frecuencia en el desarrollo de infecciones. ⁴

La prevalencia de anemia en gestantes en África (57.1%) y Asia Sudoriental (48.2%), seguidas por el Mediterráneo Oriental (44.2%), el Pacífico Occidental (30.7%), Europa (25%) y las Américas (24.1%); se estima que la prevalencia mundial de embarazadas anémicas es de 41.8%. ⁵

Según el MINSA (2016), los adolescentes representan el 11.2% de la población total del país. El porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas es 13.9%, de éstas el 3.5% están gestando por primera vez.⁶

A nivel nacional se encontró 28% de anemia en gestantes. En Lima, encontramos que durante el tercer trimestre es común la presencia de anemia; el 28.8% presenta anemia leve y 1.3% anemia moderada.⁷

La anemia es un tema relacionado con la mala nutrición, que se puede producir por el bajo nivel económico y otros factores relacionados con las pérdidas de nutrientes, la infecciones o problemas parasitarios. ⁸

Es frecuente en mujeres que inician la gestación con peso bajo para la talla, sus reservas suelen estar agotadas, entre las que tienen poca ganancia de peso y las adolescentes.

Esta enfermedad puede producirse por la deficiencia de hierro, que es un metal esencial para la síntesis de hemoglobina en los glóbulos rojos. Durante la gestación, es necesario los buenos niveles de hierro para una buena evolución del embarazo, para el bienestar de la madre, para un desarrollo normal del feto y la madurez del recién nacido.

El embarazo normal, es la única situación fisiológica durante la vida que genera aumento en las demandas del suministro de hierro. La demanda inicial obligatoria durante el primer trimestre es de 0.85 mg/día, para el tercer trimestre aumenta a 7.5 mg/día. Durante toda la gestación el requerimiento promedio es aproximadamente de 4.4 mg/día. ³

Se consideran resultados perinatales a todos aquellos ocurridos en tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento, es decir, desde las 22 semanas completas de gestación o cuando el peso al nacer es de 500 gr o más hasta los primeros 7 días después del parto. ⁹

Cuando se relaciona la anemia con los resultados perinatales, según estudios anteriores, se pueden encontrar: Parto pre término (es todo parto ocurrido antes de las 37 semanas). ¹⁰ Bajo peso al nacer (peso del recién nacido inferior a 2500 grs.) ¹¹ Mortalidad fetal (muerte ocurrida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa del cuerpo de la madre del producto de la concepción). ¹² Dentro de la calificación de Apgar se pueden dar 3 resultados: RN vigoroso (7-10), depresión moderada (4-6) y depresión severa (0-3). ¹³

Solidoro Federico, realizó una investigación titulada “Relación entre anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loaysa, enero a junio 2015”. Señala en sus resultados que existe una relación significativa entre la anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido ($p < 0.05$). se encontró el mayor porcentaje (83.8%) en el grupo de gestantes que tuvieron edades comprendidas entre 17 -19 años. Hubo una diferencia de medias del peso del recién nacido en relación a la anemia moderada y leve. ¹⁴

Cárdenas, Marco realizó un estudio titulado “Embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el hospital de Goyeneche – Arequipa, durante el periodo 2012-2014”. En sus resultados señala que no encuentra relación estadísticamente significativa entre anemia y el embarazo adolescente. Se encontró 74 gestantes adolescente y 75 gestantes adultas, la edad promedio de las adolescentes fue de 16.64, y en adultas 23.79 años. La mayoría procedía de la zona urbana, no tenían educación secundaria principalmente y todas fueron primíparas.¹⁵

Ticona, Milagros realizó una investigación titulada “Incidencia de anemia y complicaciones materno perinatales en las gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante 2008 – 2010”. En sus resultados señala que hubo más presencia de complicaciones materno- perinatales en adolescentes con anemia moderada, sin embargo, la severidad de la anemia no se asoció con las complicaciones maternas, pero sí a las complicaciones del recién nacido. La anemia se presentó en 36.3% embarazos adolescentes. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: parto por cesárea (34.3%) y parto pre término (6.5%). Mientras que las complicaciones perinatales: RNBP (7.1%), pre término (6.5%) y PEG (4.0%). ¹⁶

Placencia L, realizó un estudio sobre “Atención para adolescentes embarazadas – México, durante el año 2013”. En sus resultados encontró la edad promedio de 15.3, 58% estaba soltera y 83.4% se dedicaba al hogar. Las complicaciones frecuentes fueron: anemia (16.7%), amenaza de parto pre término (9.2%) el 15.4% de los nacimientos fueron pre término y ocurrieron a las 37.58 semanas; 55.8% fue por vía vaginal. El peso del recién nacido fue de 2819 +/- 613 gramos. El 98% de las pacientes salió de alta con algún método anticonceptivo. ¹⁷

Torres Iván, ET. AL. realizaron un estudio titulado “Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el hospital Leonardo Marín Valenzuela. Honduras. valle de sula.2014”. Objetivo: describir las diferencias y las complicaciones que resultan de un embarazo a término en mujeres adultas y adolescentes. Los resultados indican que el 10 % del total de pacientes tuvo recién nacidos de bajo peso (<2500 gr.) donde el 81.8% son hijos de madres adolescentes y al momento del egreso 43% de las pacientes adolescentes presentaron anemia. Se concluyó en este estudio que las adolescentes tienen mayor riesgo de tener recién nacidos de bajo peso y anemia posparto. ¹⁸

Montalvo R, ET. AL. Realizaron una investigación titulada “Prevalencia y factores predisponentes de anemia en una clínica de primer nivel” México 2016. En sus resultados encontró la prevalencia de la anemia fue de 13%; 47% no tuvo embarazos previos y 52% presentó de 2-4 embarazos previos; 48% sin periodo intergenésico, 15.5% periodo corto (<24 meses) y 37% periodo óptimo (> 24 meses). Se concluyó que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas es baja; sólo se asoció de manera estadísticamente significativa con el trimestre del embarazo.¹⁹

Pérez Z. realizó un estudio titulado “Características maternas y del recién nacido en gestantes con anemia atendidas en el hospital regional de Loreto.2015” sus resultados: De los 150 casos de gestantes que tuvieron anemia se encontró entre sus características; el 72.7% tenían estudios secundarios, el 72.7% fueron multíparas, el 35.3% tuvieron intervalos entre 3 a 5 años. Entre las características del Recién Nacido se encontró que el 93.4% de los recién nacidos tuvieron peso adecuado, el 78.7% de los recién nacidos fueron a término, el 87.3% tuvieron un Apgar entre 7 a 10 puntos al minuto, el 94.0% tuvieron entre 7 a 10 puntos a los 5 minutos. Conclusión: No se encontró significancia entre la anemia con edad paridad, número de APN, peso de recién nacido y edad gestacional.²⁰

Álvarez D. realizó un estudio titulado “Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y sangrado de madres atendidas en el centro de salud Mariano Melgar. Arequipa 2015”. Resultados: En la etapa gestacional se observó 2.8% de madres con anemia. Habiéndose presentado que el 92% de madres durante el proceso de parto vaginal presentaron un sangrado normal que

está por debajo de los 500cc, y solo un 8% han tenido cesárea con sangrado que oscila entre los 501 y 1000 cc.²¹

Becerra C, ET. AL. Realizaron un estudio titulado “Prevalencia de anemia en gestantes, hospital regional de Pucallpa, Perú 2012” resultados: La prevalencia de anemia en la población de gestantes fue de 70,1%, de 557 gestaciones se registraron 19 muertes fetales (3.4%). Ni esta tasa ni el peso de los recién nacidos resultaron asociados con el grado de anemia de la madre. El análisis de regresión multivariado muestra que el peso de la madre al inicio de la gestación, el peso ganado durante la gestación y el número de gestaciones predicen el peso del recién nacido. Conclusiones: la alta prevalencia de anemia en las gestantes de Pucallpa no se asocia con un bajo peso al nacer ni con una alta mortalidad perinatal.²²

Actualmente, el Hospital Rezola de Cañete, no cuenta con datos actuales sobre la anemia en gestantes adolescentes ni del impacto que genera en los resultados perinatales.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales, atendidas en el hospital Rezola de Cañete Abril 2018?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales, atendidos en el hospital Rezola de Cañete. Abril 2018

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar el porcentaje de gestantes adolescentes con y sin anemia atendidas durante el periodo de estudio.
2. Identificar las características demográficas de las gestantes adolescentes con y sin anemia durante el periodo de estudio.
3. Identificar características obstétricas de las gestantes adolescentes con y sin anemia durante el periodo de estudio.
4. Relacionar las gestantes adolescentes con y sin anemia con los resultados perinatales durante el periodo de estudio.

1.3 HIPÓTESIS

H1: Existe relación entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales

H0: No existe relación entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 POBLACIÓN

Estuvo conformada por 168 gestantes adolescentes que tuvieron edad gestacional mayor o igual a 22 semanas con y sin diagnóstico de anemia ferropénica, atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Rezola de Cañete, durante el 2017

2.2.2 MUESTRA

Estuvo constituida por todas las gestantes adolescentes con y sin diagnóstico de anemia atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital Rezola de Cañete 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión siendo un total de 118 gestantes con sus respectivos neonatos.

Tipo de muestreo: No probabilístico, intencionado

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestante de edad entre 10 y 19 años.
- Gestante adolescente cuyo embarazo culmine en parto pre término, a término o post término.
- Gestantes adolescentes con atención prenatal en el hospital.

2.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestante adolescente, cuyo parto no fue atendido en el hospital Rezola.
- Gestante adolescente, cuyas historias clínicas no cuentan con los datos incluidos en el instrumento.
- Gestantes adolescentes, con complicaciones y/o enfermedades asociadas al embarazo, infecciones crónicas (VIH, Virus Hepatitis B, diabetes, cáncer, TBC)

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Variable independiente
Anemia en gestantes adolescentes
- Variable dependiente
Resultados perinatales
- Variable interviniente:
Características sociodemográficas y obstétricas

2.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE: ANEMIA EN GESTANTES ADOLESCENTES	Gestante sin Dx Anemia - Hemoglobina: 11-13.9 gr./dl Gestante con Dx Anemia: - Hemoglobina: ≤ 10.9 gr./dl	Nominal	Ficha clínica / Historia clínica
VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
RESULTADOS PERINATALES	Edad Gestac. Recién Nacido: - 22-36 6/7 sem. - 37-41 6/7 sem. - 42 sem. o más	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica
	Peso del Recién nacido: -4000 gr. a más -2500 gr. a 3999 gr -menor de 2500 gr.	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica
	Mortalidad perinatal - Si - No	Nominal	Ficha clínica / Historia clínica
	Clasificación de Apgar -Depre. Severa 0-3 ptos -RN vigoroso 7-10 puntos	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica
VARIABLES INTERVINIENTES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad de Adolescentes: - 10-14 años - 15-19 años	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica
	Nivel de instrucción -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa	Ordinal Ordinal	Ficha clínica / Historia clínica

	-Superior técnico -Superior universitario		Ficha clínica / Historia clínica
	Estado civil -Soltera -Conviviente -Casada -Viuda	Nominal	Ficha clínica / Historia clínica
	Ocupación -ama de casa -estudiante -trabajo dependiente -trabajo independiente	Nominal	Ficha clínica / Historia clínica
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Paridad -Nulípara -Primípara -Múltipara -Gran múltipara	Ordinal	Ficha clínica / Historia clínica
	Tipo de parto -vaginal -cesárea	Nominal	Ficha clínica / Historia clínica
	Intervalo intergenésico - menor de 2 años - 2 – 4 años - mayor de 4 años	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica
	Pérdida sanguínea -En parto vaginal: - <500cc - >500cc -En cesárea: - <1000cc	Intervalo	Ficha clínica / Historia clínica

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del hospital, a través del convenio marco que tiene el establecimiento con la universidad. Se asistió de lunes a viernes, en el horario de 08:00 a 20:00, durante los meses de marzo – abril 2018; para realizar la recolección de datos y poder completar la muestra realizada. Los instrumentos usados fueron la ficha clínica de datos, el mismo que fue validado por juicios de expertos. Además, se realizó la revisión de las historias clínicas del año 2017.

Como se utilizaron las historias clínicas de las gestantes y los recién nacidos, la fuente de información fue indirecta.

- Ficha clínica constó de:
 - I. Características demográficas y obstétricas de las gestantes
 - II. Datos de la anemia de la gestante
 - III. Datos de los resultados perinatales

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Para procesar los resultados de la investigación se realizó la numeración y codificación de las fichas clínicas. La información obtenida fue procesada en el programa SPSS versión 23 para Windows 2012 para su análisis porcentual y de frecuencia de resultados.

Se presentaron los resultados en tablas de una entrada y doble entrada. El análisis estadístico realizado fue chi cuadrado.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Obstetricia y Enfermería, el mismo fue evaluado por el Comité de Ética del Hospital de estudio.

Por tratarse de un estudio de tipo retrospectivo no fue necesario el uso del documento de Consentimiento Informado, ya que la información fue extraída de las historias clínicas, de manera anónima, manteniendo la confidencialidad de los datos, los mismos que han sido utilizados exclusivamente para la investigación.

RESULTADOS

RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON - SIN ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2018

TABLA I

PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES CON Y SIN ANEMIA

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN GESTANTES ADOLESCENTES	N°	%
CON ANEMIA	48	40.5 %
SIN ANEMIA	70	59.5 %
TOTAL	118	100 %

TABLA I: Se observa que más de las tres cuartas partes de las adolescentes atendidas presentaron diagnóstico de anemia, correspondiendo a 40.5 % (48), y 59.5 % (70) no lo presentaron.

TABLA II
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES CON Y SIN ANEMIA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	GESTANTES CON ANEMIA		GESTANTE SIN ANEMIA	
	Nº	%	Nº	%
EDAD POR GRUPO				
10- 14 años	2	4.2%	-	-
15-19 años	46	95.8%	70	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Primaria completa	17	35.3%	28	40.0%
Secundaria incompleta	24	50.0%	29	41.4%
Secundaria completa	5	10.5%	10	14.3%
Superior técnico				
ESTADO MARITAL				
Soltera	18	37.4%	22	31.2%
Conviviente	27	56.3%	43	61.3%
Casada	3	6.3%	5	7.5%
OCUPACIÓN				
Ama de casa	41	85.4%	64	91.4%
Estudiante	6	12.5%	6	8.6%
Trabajo dependiente	1	2.1%	-	-
TOTAL	48	100.0%	70	100.0%

TABLA II: Se observa que 4.2% (2) de gestantes adolescentes con anemia tuvieron una edad comprendida entre 10 -14 años, y 95.8% (46) entre 15 – 19 años.

El grado de instrucción con mayor porcentaje fue secundaria completa, para los grupos con anemia 50.0% (24) y sin anemia 41.4% (29).

El 56.3% (24) de adolescentes con anemia fueron convivientes y sin anemia 61.4% (43).

85.4% (41) de adolescentes con anemia fueron amas de casa y sin anemia 91.4% (64).



TABLA III
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES CON Y SIN ANEMIA

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	GESTANTES CON ANEMIA		GESTANTE SIN ANEMIA	
	N°	%	N°	%
PARIDAD				
Primípara	42	87.5%	58	82.9%
Múltipara	6	12.5%	12	17.1%
INTERV. INTERGENÉSICO				
Menor de 2 años	6	12.5%	7	10.0%
De 2 a 4 años	-	-	5	7.1%
NA	42	87.5%	58	82.9%
TIPO DE PARTO				
Vaginal	34	70.8%	57	81.4%
Cesárea	14	29.2%	13	18.6%
PÉRDIDA SANGUÍNEA POR CESAREA				
<1000 cc	14	29.2%	13	18.6%
NA	34	70.8%	57	81.4%
PÉRDIDA SANGUÍNEA POR PARTO VAGINAL				
<500cc	34	70.8%	56	80.1%
>500cc	-	-	1	1.4%
NA	14	29.2%	13	18.5%
TOTAL	48	100.0%	70	100.0%

TABLA III: Las gestantes adolescentes con y sin anemia fueron multíparas en 12.5% (6) y 17.1% (12)

El Intervalo intergenésico fue menor de 2 años en 12.5% (6) y 10% (7), correspondiente a las gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente. Cabe recalcar que las de periodo menor de 2 años fueron las multíparas con anemia

Respecto al tipo de parto fueron cesareadas el 29.2% (14) y 8.6% (13) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.

En relación a la pérdida sanguínea por cesárea fue menor 1000cc 29.2 % (14) y 18.6% (13) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.

Respecto al parto vaginal, se obtuvo que la pérdida sanguínea fue menor de 500cc en 70.8% (34) y 80.1% (56) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.



TABLA IV
RESULTADOS PERINATALES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA O
NO DE ANEMIA

RESULTADOS PERINATALES	GEST. CON ANEMIA		GEST. SIN ANEMIA		Chi ² df Valor p
	N°	%	N°	%	
SEMANAS DEL RECIÉN NACIDO					1.613
Pre término	3	6.2%	1	1.5%	2
A término	45	93.8%	69	98.5%	0.44
PESO DEL RN					2.387
Adecuado	45	93.8%	69	98.5%	2
Inadecuado	3	6.2%	1	1.5%	0.30
MORTALIDAD PERINATAL					3.184
No	46	95.8%	70	100%	1
Si	2	4.2%	-	-	0.74
APGAR 1´					3.814
Con asfixia	2	4.2%	-	-	1
Sin asfixia	46	95.8%	70	100%	0.74
APGAR 5´					3.814
Con asfixia	2	4.2%	-	-	1
Sin asfixia	46	95.8%	70	100%	0.74
TOTAL	48	100	70	100.0%	

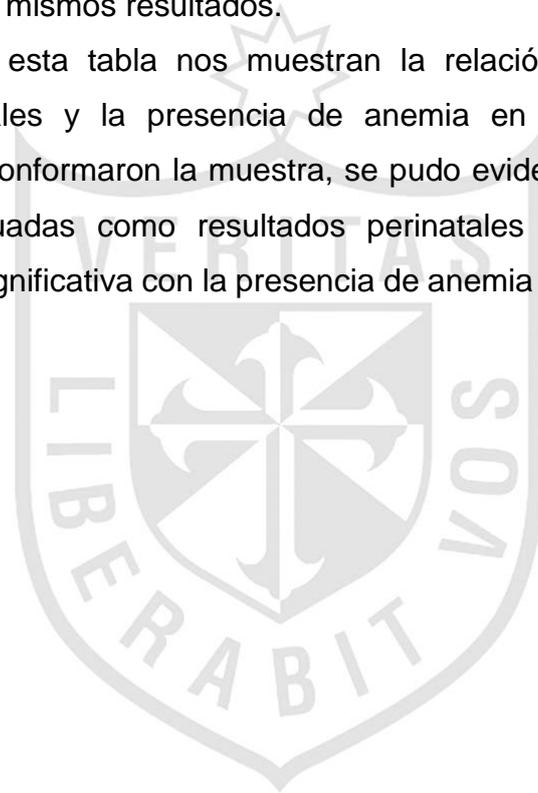
TABLA IV: Las gestantes adolescentes con y sin diagnóstico de anemia tuvieron hijos pre-términos en 6.2 % (n=3) y 1.5% (n=1) respectivamente.

Respecto al peso del recién nacido 6.2% (3) y 1.5% (1) de gestantes adolescentes con y sin anemia tuvieron recién nacidos con peso inadecuado menor de 2500 gr.

La mortalidad perinatal se observó el grupo con anemia 4.2% (2) y en el grupo sin anemia no registraron muertes.

El 4.2% (2) de adolescentes con anemia tuvieron recién nacidos con depresión severa al 1' y el grupo sin anemia no se encontraron. En la clasificación de Apgar 5' se obtuvieron los mismos resultados.

Los resultados de esta tabla nos muestran la relación existente entre los resultados perinatales y la presencia de anemia en el embarazo en las adolescentes que conformaron la muestra, se pudo evidenciar que ninguna de las variables evaluadas como resultados perinatales tuvo una asociación estadísticamente significativa con la presencia de anemia en el embarazo en las adolescentes.



DISCUSIÓN

La anemia es una patología que afecta a un gran porcentaje de la población del país, durante la adolescencia puede afectar por los cambios físicos propios de esta etapa. En un embarazo normal los aumentos de requerimientos de hierro aumentan, hasta 4.4 mg/día durante toda la gestación.³

Cuando se produce anemia durante el embarazo afecta al desarrollo normal del feto, se relaciona con parto prematuro, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y algunos autores lo relacionan con el Apgar, aunque no se encuentran suficientes investigaciones para confirmar la teoría.⁴

En la presente investigación, con una muestra de 118 gestantes adolescentes con y sin anemia, se encuentran datos recientes sobre el tema.

Tabla I: Se observa que más de las tres cuartas partes de las adolescentes atendidas presentaron diagnóstico de anemia, correspondiendo a 40.5 % (48), y 59.5 % (70) no lo presentaron.

Estos resultados se relacionan con la prevalencia mundial de anemia en gestantes reportada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en el año 2011, que fue de 41.8%⁵. En Perú, MINSA indica que la prevalencia de gestantes con anemia en 2015 fue de 24%, un valor inferior al encontrado en la investigación.²

TICONA M.¹⁶ en su investigación titulada “Incidencia de anemia y complicaciones materno perinatales asociadas en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2008- 2010” señala en sus resultados que la prevalencia de anemia en gestantes adolescentes fue de 36.3%, un valor inferior al encontrado en el presente estudio.

Tabla II: Se observa que 4.2% (2) de gestantes adolescentes con anemia tuvieron una edad comprendida entre 10 -14 años, y 95.8% (46) entre 15 – 19 años. El grado de instrucción con mayor porcentaje fue secundaria completa, para los grupos con anemia 50.0% (24) y sin anemia 41.4% (29). El 56.3% (24) de adolescentes con anemia fueron convivientes y sin anemia 61.4% (43). 85.4% (41) de adolescentes con anemia fueron amas de casa y sin anemia 91.4% (64). Resultados diferentes fueron hallados por SOLIDORO F.¹⁴ en su investigación titulada “Relación entre anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2015”, quien reporta que las

adolescentes entre 17 a 19 años fueron 83.8%. Sin embargo, presenta datos similares con respecto al estado marital, reportando 59.1% convivientes. También PLACENCIA L.¹⁷ reporto datos diferentes en su investigación sobre “Atención para adolescentes embarazadas – México. 2013” encontró que la edad promedio 15.3 +/-0.87 años. Con respecto al estado marital reportó datos diferentes siendo el 58 % soltera. Sin embargo, presentó datos similares con respecto a la ocupación, reportando que el 83.4% tenían de ocupación ama de casa.

Así mismo CARDENAS M.¹⁵ en su investigación titulada “Embarazo adolescentes como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Goyeneche – Arequipa. 2012 – 2014” reportó datos diferentes, señalando que la edad promedio fue de 16.64. Además, reportó datos mayores con respecto al nivel educativo, reportando que el 76% tuvieron secundaria

Tabla III: Las gestantes adolescentes con anemia fueron multíparas en 12.5% (n=6) y primíparas 87.5 % (n=42); y sin anemia 17.1% (n=12) fueron multíparas y 82.9 % (n=58) primíparas.

Datos menores fueron reportados por CARDENAS M.¹⁵ quien señala que el 50% de las gestantes adolescentes fueron primíparas.

El periodo intergenésico fue menor de 2 años en 12.5% (n=6) y 10.0 % (n=7) de gestantes con y sin anemia respectivamente. Sin periodo intergenésico el 87.5% (n=42) y 82.9% (n=58) de las gestantes con y sin anemia respectivamente.

Datos similares fueron hallados por MONTALVO R. ET. AL.¹⁹ En su investigación titulada “Prevalencia y factores predisponentes de anemia en una clínica de primer nivel” México 2016 donde reportó 15.5% periodo corto (<24 meses) y 37% periodo optimo (> 24 meses). Sin embargo, reporta datos menores al encontrar 48% sin intervalo intergenésico

El tipo de parto fue cesárea en 29.2% (n=14) y 8.6% (n=13) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.

Resultados similares fueron hallados por TICONA M. quien reporta que el 34.3% de las gestantes adolescentes terminaron su parto mediante cesárea ¹⁶.

El tipo de parto vaginal fue 70.8% (n=34) y 81.4% (n=57) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.

Resultados menores fueron reportados por PLACENCIA L.¹⁷ quien concluyó que el 55.8% de gestantes adolescentes termino su parto por vía vaginal.

Pérdida sanguínea por cesárea < 1000cc en 29.2% (n=14) y 18.6% (n=13) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente, correspondiendo este porcentaje a la totalidad de gestantes cuyo parto culminó por cesárea. Para pérdida sanguínea por parto vaginal <500 cc el 70.8% (n=34) y 80.1% (n=56) de gestantes adolescentes con y sin anemia respectivamente.

Resultados menores fueron hallados por ALVAREZ D. ²¹ en su estudio titulado “Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y sangrado de madres. Arequipa. 2015”, quien reporta 8 % pérdida sanguínea <1000cc (parto por cesárea). De otro lado reporta datos mayores de pérdida sanguínea < 500cc. Siendo de 92% (parto vaginal).

Tabla IV: Las gestantes adolescentes con y sin diagnóstico de anemia tuvieron hijos pre-términos en 6.2 % (n=3) y 1.5% (n=1) respectivamente. Y el 6.2% (n=3) y 1.5% (n=1) de gestantes adolescentes con y sin anemia tuvieron recién nacido con peso inadecuado.

Resultados similares fueron hallados por TICONA M.¹⁶ que reportó 6.5% de parto pre término. También reportó que el 4.0 % de recién nacido tuvieron bajo peso. Resultados mayores fueron hallados por PLACENCIA L.¹⁷ quien reporta el 15.4% de los nacimientos pre término. Así mismo, resultados mayores fueron reportados en la investigación de TORRES I., ET. AL ¹⁸ titulada “Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato. Honduras. Valle de Sula.2014” quien encontró el 10% de los recién nacidos de bajo peso.

La mortalidad perinatal en el grupo con anemia fue de 4.2% (n=2) y en el grupo sin anemia no registraron casos.

Resultados similares fueron hallados por BECERRA C , ET. AL. ²² En su estudio titulado “Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú 2012 donde reportó 3.4% de mortalidad perinatal.

En la clasificación de Apgar 1´, se encontró que el 4.2% (n=2) recién nacido de adolescentes con anemia tuvieron Apgar < 3 y el 95.8% (n= 45) Apgar 7-10. Y el 100% (n= 70) de las gestantes adolescentes sin anemia tuvieron puntuación de 7-10.

En la valoración del Apgar a 5´ se obtuvieron los mismos resultados.

Resultados similares fueron hallados por PEREZ Z.²⁰ en su estudio titulado “Características maternas y del recién nacido en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Regional de Loreto. 2015” donde reportó que el 87.3% tuvieron Apgar entre 7 a 10 puntos al minuto, el 94.0% tuvieron entre 7 a 10 puntos a los 5 minutos.



CONCLUSIONES

1. Más de las tres cuartas partes de las adolescentes atendidas durante el periodo de estudio presentaron diagnóstico de anemia.
2. Las características demográficas más frecuentes que presentaron las gestantes adolescentes con y sin anemia fueron: Edades entre 15 -19 años, instrucción secundaria completa, conviviente y ocupación de ama de casa.
3. Las características obstétricas más frecuentes que presentaron las gestantes adolescentes con y sin anemia fueron: Primíparas, tipo de parto vaginal, Intervalo intergenésico corto, pérdida sanguínea por cesárea < 1000cc y pérdida sanguínea por parto vaginal < 500cc.
4. No se encontró relación entre las gestantes adolescentes con y sin anemia y los resultados perinatales según chi cuadrado, por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula “. Sin embargo, el análisis porcentual y de frecuencia revela mayores resultados perinatales adversos: Pre término, peso del recién nacido inadecuado en los recién nacido de las gestantes con anemia.

Así mismo se presentó mortalidad perinatal y depresión severa al minuto y 5 minutos del nacimiento solo en los recién nacido de gestantes adolescentes con anemia.

RECOMENDACIONES

A profesionales obstetras:

1. Continuar con la promoción de alimentación saludable incorporando dentro de ésta alimentos ricos en hierro como la sangrecita, el bazo, etc. de tal manera se pueda prevenir la deficiencia de hierro en las gestantes adolescentes.
2. Verificar la realización de los exámenes de laboratorio en cada trimestre de la gestación para asegurar el diagnóstico oportuno de la anemia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011 [Internet]. Primera edición. New York- E.E.U.U: Unicef; febrero 2011 [fecha de consulta: 26- enero- 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
2. MINSA. Embarazos adolescentes en el Perú [Internet]. Perú: MINSA, 2012 [fecha e consulta: 26- enero- 2018]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/prevemb/embarazos.html>
3. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. RPGO [Internet]. 2012. [fecha de consulta: 25- enero -2018]; v.58 n.4: Lima. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322012000400009&script=sci_arttext
4. Ministerio de Salud pública del Ecuador. Guía de práctica clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014

5. OMS. Prevalencia mundial de la anemia. [Internet]. Suiza: Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales; [fecha de publicación: 2005; fecha de consulta: 25- enero- 2018]. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_status_summary/es/

6. Perú: Porcentaje de la población por etapas de vida [Internet]. INEI. Perú: MINSA. 2016 [fecha de consulta: 25- enero- 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>

7. MINSA. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009- 2015. [Internet]. Primera edición. Perú: Editorial ARTPRINT; mayo 2009 [fecha de consulta: 24- enero- 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-PEN-Reduccion-Mortalidad-Materna2009-2015.pdf>

8. INEI. Encuesta demográfica de salud familiar – ENDES 2014. [Internet]. Primera edición. Perú: INEI; abril 2015 [fecha de consulta: 25- enero- 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

9. Definiciones [Internet]. Edición 3. Suiza: OMS. 2012. [fecha de consulta: 27-enero- 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf

10. FASGO. Consenso parto pretermino [Internet]. Argentina: FASGO; 2014 [fecha de consulta: 25- enero- 2018]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf

11. Cunnigham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetricia 23^a. ed. Mexico: Mcgraw – Hill Interamericana, 2010

12. Schwarcz R., Fesina R., Duverges C. Obstetricia 7ta. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2014

13. Guías de procedimientos. Servicio de neonatología [Internet]. Lima-Perú: Hospital María Auxiliadora. 2014. [fecha de consulta: 30- enero- 2018]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DE-PROCEDIM-NEO77-2014.pdf>

14. Solidoro F. Relación entre anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido en el Hospital nacional Arzobispo Loaysa enero – junio 2015. [tesis de maestría]. Lima – Perú: USMP. 2015
15. Cárdenas M. Embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital – Goyeneche, Arequipa durante el periodo 2012-2014. [título profesional]. Arequipa – Perú: Universidad Católica de Santa María.
16. Ticona L. Incidencia de anemia y complicaciones materno perinatales asociadas en las gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2008 – 2010. [título profesional]. Tacna – Perú: Universidad Jorge Basadre Grohmann – Tacna
17. Placencia.L, C. S. (2013). Atención para adolescentes embarazadas. ISSN-0300-9041.Volumen 74, Núm. 5, mayo, 2006, 74:241-6.
18. Torres I, Aguilar C, Flores E, López O, Flores I, Discua A, et al. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. RECS [Internet]. 2015 [fecha de consulta: 25- enero- 2018]; 18: 29-34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2015/vre152e.pdf>

19. Montalvo R. et al. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en un aclínica de primer nivel. RHM [Internet] 2016. [fecha de consulta: 10-mayo-2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2016/re162f.pdf>

20. Perez Z. Características maternas y del recién nacido en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Regional de Loreto.2015. [título profesional]. Iquitos – Perú: Universidad científica del Perú

21. Alvarez D. Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y sangrado de madres atendidas en el centro de salud Mariano Melgar. 2015 [título profesional]. Arequipa- Perú: Universidad de ciencias de la salud de Arequipa

22. Becerra C. et al. Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa. RPSP. [Internet] 2012. [fecha de consulta: 10-mayo-2018] . Disponible en : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7832/3n5a1.pdf?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO N°1



Facultad de Obstetricia y Enfermería Escuela Profesional de Obstetricia

RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON Y SIN ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES,
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE. 2018

Instrumento: Ficha clínica de datos

N ° HCL: _____

I. Características sociodemográficas y obstétricas de la gestante

A: Demográficas:

1. Edad de adolescente:.....

- ✓ 10-14 años
- ✓ 15-19 años

2. Nivel de instrucción:

- ✓ Primaria incompleta
- ✓ Primaria completa
- ✓ Secundaria incompleta
- ✓ Secundaria completa
- ✓ Superior técnico
- ✓ Superior universitario

3. Estado civil

- ✓ Soltera
- ✓ Conviviente
- ✓ Casada

4. Ocupación

- ✓ Ama de casa
- ✓ Estudiante
- ✓ Trabajo dependiente
- ✓ Trabajo independiente

B: Obstétricas

1. Paridad

- Primípara
- Multípara

2. Intervalo intergenésico

- Menor de 2 años
- De 2 – 4 años
- Mayor de 4 años

3. Tipo de parto

- vaginal
- cesárea

4. Pérdida sanguínea

- * En cesárea
 - < 1000 cc
 - > 1000 cc
- * En parto vaginal
 - < 500 cc
 - > 500 cc

II. Datos de la anemia de la gestante

1. Gestante sin Dx Anemia:

- ✓ Alta: 14- 15 gr./dl
- ✓ Normal: 11- 13.9 gr./dl

Gestante con Dx Anemia:

- ✓ Anemia leve: 10.1–10.9 g/dl
- ✓ Anemia moderada: 7.1–10.0 g/dl
- ✓ Anemia severa: < 7.0 g/dl

III. Datos de los resultados perinatales

1. Edad Gestac. Recién Nacido:

- ✓ 22-36 6/7 sem.
- ✓ 37-41 6/7 sem.
- ✓ 42 sem. o más

2. Peso del Recién nacido:

- ✓ 4000 gr. a más
- ✓ 2500 gr. a 3999 gr.
- ✓ menor de 2500 gr.

3. Mortalidad perinatal

- ✓ Si
- ✓ No

4. Clasificación de Apgar 1'

- ✓ 3 puntos
- ✓ 4-6 puntos
- ✓ 7- 10 puntos

5. Clasificación de Apgar 5'

- ✓ 3 puntos
- ✓ 4-6 puntos
- ✓ 7-10 puntos



ANEXO N°2

RELACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON - SIN ANEMIA Y LOS RESULTADOS PERINATALES,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2018

Tabla VI: Porcentaje de hemoglobina de las gestantes adolescentes

Hb	Frecuencia	Porcentaje
6,4	1	0,8%
8,3	1	0,8%
8,5	1	0,8%
8,6	1	0,8%
9,0	1	0,8%
9,1	1	0,8%
9,3	2	1,7%
9,5	1	0,8%
9,7	2	1,7%
9,8	4	3,4%
10,0	3	2,5%
10,1	1	0,8%
10,2	3	2,5%
10,3	7	5,9%
10,4	2	1,7%
10,5	3	2,5%
10,6	6	5,0%
10,7	2	1,7%
10,8	3	2,5%
10,9	3	2,5%
11,0	11	9,2%
11,1	2	1,7%
11,2	8	6,7%
11,3	6	5,0%
11,4	1	0,8%
11,5	3	2,5%
11,6	4	3,4%
11,7	1	0,8%
11,8	4	3,4%
12,0	10	8,4%
12,1	1	0,8%
12,2	3	2,5%
12,3	4	3,4%
12,4	5	4,2%
12,5	7	5,9%
Total	118	100