



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ANEMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – PUENTE
PIEDRA, ENERO – DICIEMBRE 2017



PRESENTADA POR
ROXANA LUCY TELLO VIDAL

TRABAJO ACADÉMICO

PARA OPTAR EL TÍTULO SEGUNDA EMERGENCIA Y ALTO RIEGO
OBSTETRICO

ASESOR

Dr. IVAN MARTIN VOJVODIC HERNANDEZ

LIMA, PERÚ

2020



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

El autor 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/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ANEMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – PUENTE
PIEDRA, ENERO – DICIEMBRE 2017**

**PARA OPTAR
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:
ROXANA LUCY TELLO VIDAL**

**ASESOR:
Dr. IVAN MARTIN VOJVODIC HERNANDEZ**

LIMA , PERÚ

2020

**CARACTERISTICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON
ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA
HOZ – PUENTE PIEDRA, ENERO – DICIEMBRE 2017**

ASESOR:

Dr. Ivan Vojvodic Hernandez

MIEMBROS DEL JURADO

- **Dra. Obst. Yrene Evarista Mateo Quispe (Presidente)**
- **Mg. Obst. Carmen Rosa Guzmán Ascurra (Vocal)**
- **Mg. MC. José Orestes Torres Solis (Secretario)**

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Dios, mi creador, maestro quien me guía por el camino correcto.

A mis padres que son mi pilar que me inspiran a cumplir mis sueños.

A mis hermanos quienes son mis compañeros inseparables.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios porque mi fe hacia el sobrepasa fronteras.

A mi querido padre, por haber sembrado en mí las ganas de superación durante todo este tiempo.

A mi madre, por su amor incondicional llena de atenciones y cuidados.

A mis hermanos, porque son mis fieles consejeros.

A mis maestros de la Universidad San Martin de Porres quienes forjaron en mí una profesional competente.

A las autoridades del hospital Carlos LanFranco la Hoz por haber brindado las facilidades en la elaboración de mi tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	12
2.1. Diseño metodológico	12
Estudio de tipo: descriptivo, retrospectivo de corte transversal.....	12
Diseño: Descriptivo Transversal	12
2.2. Población y muestra	12
2.3. Criterios de selección	14
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	14
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	15
2.6. Aspectos éticos.....	15
II. RESULTADOS	16
III. DISCUSIÓN.....	26
IV. CONCLUSIONES	37
V. RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	40
VI. ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Número y porcentaje de gestantes adolescentes según clasificación de anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente Piedra 2017.....	16
Tabla 2.	Características personales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente Piedra 2017.....	17
Tabla 3.	Características sexuales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente Piedra 2017.....	19
Tabla 4.	Características conductuales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente Piedra 2017.....	21
Tabla 5.	Características obstétricas de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente piedra 2017.....	22
Tabla 5.a.	Características del recién nacido de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos LanFranco La Hoz - Puente Piedra 2017.....	25

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

Metodología: Estudio de tipo: descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Mediante una ficha de recolección de datos se obtuvo la información de 200 historias clínicas de gestantes adolescentes con anemia. **Resultados:** Se ha obtenido como características: Personales, la mayoría tenía entre edades de 15 a 19 años (88.5%) convivientes (49%) con un hijo (82.5%). Sexuales: (47.5%) iniciaron relaciones coitales con edades de 14 a 15 años, que tenían 1 pareja sexual (57.5%) y no usaron métodos anticonceptivos (75.5%) Conductuales: (96.5%) no tenían sustancias adictivas, (51.5%) tampoco estudian. Obstétricas: Su parto fue eutócico (87.5%); no tuvieron ingesta de hierro (51%); con recién nacidos con pesos entre 2501- 3500 (89.1%). **Conclusiones:** En el estudio se identificó que la anemia leve se presenta mayormente en gestantes adolescentes entre las edades de 18 a 19 años, que iniciaron relaciones coitales entre los 14 y 15 años, no usaron método anticonceptivo, primigestas que tuvieron entre 1 - 5 controles prenatales y que no recibieron ingesta de hierro.

Palabras claves: Características, adolescentes, anemia.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of pregnant teenagers with anemia treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital - Puente Piedra 2017.

Methodology: Methodology: Type study: descriptive, observational, retrospective, cross-sectional. Using a data collection form, information was obtained from 200 medical records of pregnant adolescents with anemia. **Results:** It has been obtained as characteristics: Personal, the majority were between the ages of 15 and 19 (53.5%) living together (49%) with a child (82.5%). Sexual: (47.5%) initiated coital relationships with ages from 14 to 15 years, who had 1 sexual partner (57.5%) and did not use contraceptive methods (75.5%). Behavioral: (96.5%) did not have addictive substances, (51.5%) did not study. Obstetricians: His delivery was eutocic (87.5%); they had no iron intake (51%); with newborns with weights between 2501-3500 (89.1%). **Conclusions:** The study identified that mild anemia occurs mostly in pregnant adolescents between the ages of 18 to 19 years, who began intercourse between 14 and 15 years, did not use contraception, primiparous women who had between 1 - 5 prenatal controls and who did not receive iron intake.

Keywords: Characteristics, adolescents, anemia.

I. INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro constituye el déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial, esta situación sobre todo está presente en los países subdesarrollados donde la dieta es deficiente en hierro¹.

La anemia es una de las principales complicaciones nutricionales que afecta a todas las poblaciones del mundo, una de las poblaciones vulnerables son mujeres gestantes más aún si son adolescentes, durante la gestación las necesidades de hierro se duplican ya que el feto y la placenta crecen y el volumen de sangre se incrementa. Un alto porcentaje de gestantes adolescentes llegan al final del embarazo con insuficientes reservas de hierro y que desarrollaran complicaciones².

El embarazo en la adolescencia desencadena diversos cambios somáticos y psicosociales donde la adolescente no está preparada para asumir las diversas responsabilidades en el cuidado de su gestación es por ello que la mayoría de los embarazos no son deseados o planificados, en este proceso se puede adoptar diversas actitudes que va a depender de su historia personal, en la familia y sociedad, pero mayormente estos cambios se manifiestan en esta etapa.

En los últimos años las cifras de los embarazos adolescentes se han incrementado, considerándose un problema de salud pública y preocupación para

diferentes investigadores que han tratado de explicar la importancia de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, frente a la relación que existe con la reproducción, donde las tasas de fecundidad no se han reducido en la magnitud esperada, 15 a 20% de todos los nacimientos son de madres adolescentes que desarrollaron factores de riesgo^{3,4}.

Los estudios realizados por la OMS demuestran que el 40% de muertes maternas ocurrieron en gestantes adolescentes, donde se evidenciaron casos antes, durante y después del parto y que están relacionados a diagnósticos de anemia durante la gestación. Cuando la anemia no es tratada a tiempo causa mortalidad materna y neonatal, es importante realizar una adecuada evaluación del estado nutricional en la embarazada para determinar los indicadores epidemiológicos de calidad. Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en materia de salud materna infantil, siguen persistiendo las deficiencias nutricionales en la gestante adolescente y que pueden estar relacionados con otros factores⁵.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo será forzada, por la misma etapa en la que se encuentra será fácil de ser influenciada por la sociedad, si ella aún es una adolescente necesitará apoyo multidisciplinario de todo el equipo de salud, abordando y reforzando diferentes temas en cuanto a los cuidados que deba tener durante todo el proceso de gestación, incluso el seguimiento durante el posparto y crianza de su bebe durante los primeros años de vida^{6,7,8}.

Los diferentes factores de riesgo vinculados al embarazo adolescente, se ordenan en diferentes dimensiones como: personal, familiar y social. En la dimensión personal, los factores describen un mayor riesgo entre las que han iniciado relaciones

coitales a temprana edad, menarquia <14 años, mayor número de parejas sexuales, percepción de invulnerabilidad, no tienen autoestima, se consideran personas sin aspiraciones educacionales, impulsivas, la confianza y relación con los padres es inadecuada, carencia de compromiso religioso, con diferentes conductas que se consideran de riesgo, amistades permisivas con conductas sexuales inapropiadas y el inadecuado uso de los métodos anticonceptivos^{9,10}.

En el embarazo adolescente se ha podido determinar que en la dimensión familiar, como los factores de riesgo han influenciado en la vida del adolescente, entre ellos tenemos: actitud violenta para solucionar conflictos, libertinaje, padres no accesibles, madre con embarazo en la adolescencia, con figura paterna ausente y no recibió afecto. La dimensión social es uno de los elementos que se asocian a la actividad sexual temprana con riesgo de quedar embarazada, otros de los riesgos sería la erotización de los medios de comunicación en la que los adolescentes se han visto invadidos y que han contribuido a una declinación para ejercer su sexualidad de forma correcta^{11,12}.

Desde los puntos de vista biológico y sanitario, el embarazo de una adolescente con anemia puede resultar distinto al de la mujer adulta con anemia, si no recibe apoyo psicosocial, un adecuado control prenatal, que se brinde una atención diferencial, recibir consejería en los cuidados de su embarazo, la adolescente embarazada con anemia se encontrara expuesta con más frecuencia a desarrollar complicaciones durante la etapa gestacional y fetal, y otros riesgos que se presentaran en la etapa neonatal^{13,14,15}.

En relación al impacto que causa el embarazo en la adolescente con anemia sobre la morbilidad materna y neonatal; donde existe cifras que se comparan con datos

procedentes de mujeres adultas, se observa que las adolescentes se encuentran vulnerables a desencadenar complicaciones obstétricas que involucran tanto a la madre, como al feto; datos recientes indican que estos riesgos relevantes se evidencian en las adolescentes precoces^{16,17}.

La gestante adolescente con anemia está relacionado no solo con algunas complicaciones obstétricas también psicológicas, familiares, sociales, especialmente si tenemos intervalos entre la menstruación y concepción sean cortos; esto puede estar relacionado a la inmadurez anatómica y fisiológica de la adolescente que la colocan en un grupo altamente vulnerable, por otro lado la inmadurez psicológica la hace muy susceptible de reaccionar mediante estados de ansiedad y depresión así como tomar actitudes en la práctica de ciertos hábitos nocivos como el consumo y abuso de sustancias no legales, en ciertos casos a tomar decisiones en cuanto a su sexualidad que estén relacionados con la promiscuidad, el impacto negativo de estos acontecimientos ya es considerado como un problema de salud pública^{18,19}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la anemia durante la gestación, como la presencia de un nivel de hemoglobina inferior a 11.0 g/dl en el primer y tercer trimestre, y menor a 10.5 g/dl en el segundo trimestre. Su clasificación de la anemia ferropénica esta dado según el valor de hemoglobina y tenemos: Anemia leve cuyo valor de hemoglobina está representado entre 10.1 - 10.9 g/dl, Anemia moderada si el valor de hemoglobina está representado entre 7.1 a 10 g/dl y Anemia severa si el resultado del valor de hemoglobina es inferior a 7 g/dl ^{20,21}.

De acuerdo con los resultados de la OMS se estima que cerca del 35% a 75% (promedio 56%) de las embarazadas adolescentes en los países en vías de desarrollo, incluida Latinoamérica cursan con anemia y señalan que hasta el 23% de ellas tienen

altos porcentajes de deficiencia de hierro. La anemia en este grupo vulnerable es considerada normal por los diferentes cambios fisiológicos que presentan; sin embargo, la anemia severa en las gestantes adolescentes se asocia con mayor riesgo de partos prematuros, retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y alteraciones en el desarrollo mental y psicomotor del neonato ^{22,23}.

La anemia es considerada un problema de salud mundial como se había expuesto, afectando la economía de los países desarrollados como a aquellos en desarrollo, con mayor porcentaje en estos últimos. Las causas de la anemia pueden ser multifactoriales y con frecuencias coincidentes, en los diferentes estudios menciona que se origina por la baja ingesta de alimentos con fuentes ricas de hierro en cantidad y calidad; se asume que el 50 % de las causas de anemia es por deficiencia en los aportes de hierro durante esta etapa ²⁴.

Aunque este resulta ser la causa más frecuente, no debe olvidarse que pueden existir otros factores de riesgo que necesitan ser explorados y tratados de acuerdo a los resultados epidemiológicos presentes en la población afectada. En cuanto a la prevalencia de anemia no se obtiene resultados iguales en todos los grupos según la edad ya que hay más frecuencia durante: la lactancia, etapa preescolar, mujeres gestantes y mujeres en edad fértil, los principales grupos de riesgo son los lactantes y preescolares, particularmente menores de 2 años de madres adolescentes con anemia, que no recibieron tratamiento de ingesta de hierro causando daños irreversibles en los neonatos ²⁵.

Durante el embarazo el organismo de la mujer requiere de mayor demanda una en cuanto a la cantidad y absorción de hierro, durante este proceso se necesita mayor aporte de hierro principalmente en el último trimestre del embarazo, considerado este

período que se duplica los requerimientos de este mineral en la mujer embarazada no adolescente, sin embargo, para una gestante adolescente el requerimiento es aún mayor, ya que no han culminado su desarrollo anatómico y fisiológico. Ante esta situación, las fuentes alimentarias no alcanzan a cubrir los requerimientos diarios de hierro, por lo que el riesgo de desarrollar anemia se evidente ²⁶.

La demanda de hierro para toda la gestación se estima en 1000 mg aproximadamente (masa eritrocitaria 450 mg, hierro fetal 290 mg, pérdidas fisiológicas 240 mg y hierro placentario 20 mg) cantidad que aún en mujeres gestantes bien nutridas, no puede ser aportada por la dieta. En este escenario las reservas de hierro en el organismo son sumamente importantes, ya que la mitad de los requerimientos de hierro se obtienen en base a las reservas existentes de este elemento. La necesidad de hierro se distribuye desproporcionadamente durante la etapa de gestación, en que se eleva mientras la gestación progresa. De tal forma que en el primer trimestre es de unos 0.6 mg por día, este requerimiento es inferior al de una mujer no gestante, y se incrementa alrededor de 8 mg diarios durante el tercer trimestre²⁷.

La concentración de hemoglobina es el primer indicador de la deficiencia de hierro no obstante la práctica clínica diaria ha logrado establecer cuáles son los factores de riesgo mediante los signos y síntomas en la mujer gestante, ya que el nivel de hemoglobina establece resultados como los índices eritrocitarios: VCM y HCM que son de baja sensibilidad y especificidad para la detección de estados de deficiencia de hierro, en muchos de los casos estos parámetros presentan cambios significativos sólo con deficiencia de hierro y las diferentes manifestaciones que se pueden evaluar. Pruebas más específicas han demostrado que son más sensibles y deberán ser usadas para valorar sospechas de deficiencia de hierro en la mujer gestante,

especialmente cuando se puede detectar a tiempo los diferentes estados deficitarios de hierro y prevención oportuna en cuanto al tratamiento de la anemia según la deficiencia de hierro²⁸.

El diagnóstico clínico de la anemia se establece inmediatamente según la elaboración de una minuciosa interrogación que es la anamnesis, examen físico, síntomas, signos, valores hemáticos: Hemoglobina y Hematocrito y biometría hemática, los exámenes para verificar los niveles de hierro en la sangre son importantes y abarcan la capacidad de fijación de hierro (CFH) en la sangre, Ferritina sérica y nivel de hierro sérico^{29,30}.

La adolescencia es un periodo de alta vulnerabilidad nutricional por el rápido crecimiento y desarrollo, es difícil establecer los límites cronológicos para este periodo, según la OMS considera a los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, distribuyéndose en dos fases importantes: adolescencia temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años, rangos diferentes a los que considera la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Adolescentes N° 4942 cuyas edades comprenden entre 12 a 17 años.

Los registros de información estadística no están diseñados para considerar a este grupo poblacional entre las edades de 10 a 19 años, por lo que existe limitaciones para el análisis de la mortalidad y morbilidad, que dificulta identificar los problemas de salud, este estudio ha tomado en cuenta estos rangos de edades por ser de orden académico.

La anemia en gestantes adolescentes provoca efectos adversos tanto en la madre como el niño, convirtiéndose en una preocupación, por el alto índice de morbilidad y mortalidad perinatal. Ante esta situación, en el presente estudio se ha

estudiado las características de las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra.

En el Hospital Carlos LanFranco La Hoz. Según convenio con MINSA, se atienden a todos los grupos vulnerables como adolescentes embarazadas con anemia donde se ha observado un incremento mayor, aproximadamente del 14.8% durante el año 2017.

Con el presente estudio se pretende investigar las características de las gestantes adolescentes con anemia más frecuentes, con el fin de determinar las causas y factores existentes que se puedan asociar con la investigación. Siendo el problema de investigación planteado ¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfrancho La Hoz – Puente Piedra Enero – Diciembre 2017?

El objetivo general planteado fue: Determinar las características de las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfrancho La Hoz – Puente Piedra Enero – Diciembre 2017.

La anemia es una de las alteraciones más comunes en la etapa de la gestación, considerado un problema de salud pública mirado desde el ámbito social, económico, de desarrollo y nutricional, el último dato es por la deficiencia de hierro y de anemia que presenta las gestantes adolescentes.

Se conoce que la anemia en las gestantes adolescentes puede tener serias repercusiones en la salud de la madre y del feto, es importante realizar estudios que evalúen el estado nutritivo del hierro mediante indicadores, es importante realizar un

seguimiento y evaluación de estrategias que contribuyan a la prevención y al tratamiento oportuno de la anemia de este grupo poblacional.

Sin embargo, la importancia de nuestra investigación es que hasta la fecha se cuenta con pocos estudios referentes a este tema y existiendo la alta demanda de gestantes adolescentes con anemia. El fin de este estudio es demostrar que características están asociadas a las embarazadas adolescentes con anemia, con el propósito de conocer su situación actual y las posibles complicaciones que se puedan evidenciar.

En nuestro medio es importante sensibilizar a las gestantes adolescentes brindando orientación en el cuidado de su gestación, la presencia profesional y seguimiento con una metodología de atención prenatal multidisciplinaria para este grupo específico, con fines de contribuir a la disminución del riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Este trabajo pretende ser un esfuerzo para analizar y aportar en la mejora de la relación entre la madre - niño y definir los perfiles para propiciar el análisis, la discusión y sobre todo la reflexión respecto a la atención brindada a este grupo vulnerable.

Las limitaciones del presente estudio fueron el acceso a las historias clínicas, el poco apoyo del personal de la unidad de estadística e información y de las personas responsables del manejo de las historias, el inadecuado llenado de las historias clínicas con datos incompletos que no permitieron ser considerados al estudio.

Los antecedentes hallados para la presente investigación fueron los siguientes:

Sánchez J, en el 2014, Ecuador, realizó un estudio sobre, “Anemia como generador de complicaciones del Embarazo en Gestantes de 18 a 24 años en el hospital ginecobstetricia Enrique C. Sotomayor”, Su metodología fue de estudio descriptivo, observacional de corte transversal, se aplicó una encuesta a una población de gestantes adolescentes. Sus resultados fueron: predominó en gestantes de 18-19 años con un 33%. Dentro de la distribución del grado de anemia el mayor porcentaje lo obtiene la anemia moderada con un 73%.³¹

Zambrano H. y Angulo L. en el 2015, Babahoyo, realizó un estudio sobre, “Control prenatal como diagnóstico precoz en la anemia ferropénica, gestantes de 13 a 20 años, ciudadela 4 de mayo Babahoyo”, Su metodología fue de estudio descriptivo, observacional, se aplicó una encuesta a una población de gestante adolescentes embarazadas. Sus resultados fueron: se determinó que no todas las madres adolescentes se realizan su control prenatal de manera normal cumpliendo a cabalidad con el proceso³²

Delgado D. en el 2015, Trujillo, realizó un estudio sobre, “Embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el hospital belén de Trujillo”, Su metodología fue de estudio analítico, observacional, cohorte retrospectiva, se aplicó una encuesta a 300 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin adolescencia. Resultados: La frecuencia de anemia gestacional en los pacientes con y sin gestación adolescente fue de 25% y 15% respectivamente. El odds ratio de gestación adolescente en relación a anemia gestacional fue de 1.97 ($p < 0.05$)³³

Baten J. y Montenegro M. en el 2014, lima, realizo un estudio sobre, “Estado nutricional y anemia en embarazadas menores de 20 años en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan De Dios”, Su metodología fue de estudio descriptivo, prospectivo, se captaron pacientes para su control prenatal en su primer trimestre de gestación. Resultados: Del total de 102 pacientes el 24% (24) presentaron anemia (niveles de hemoglobina menor a 11gr/dL, el 14% (14) de las pacientes presentaron anemia leve, niveles de Hb entre 10-10.9 gr/dL, y el 10% (10) presentaron anemia moderada³⁴

Medina V. en el 2013, Ecuador, realizo un estudio sobre, “incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años, realizado en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor”, Su metodología fue de estudio de tipo transversal, descriptivo, explicativo, se captaron a los pacientes en la consulta externa bajo esta presunción diagnóstica y valoradas clínicamente. Sus resultados fueron: con mayor frecuencia en el rango de 13 – 14 años de edad con 62% y en menor porcentaje en pacientes de 15 – 16 años con 38%, presentándose como complicación en los niños de madres con anemia bajo peso al nacer con 43%³⁵

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño metodológico

Estudio de tipo: descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Diseño: Descriptivo Transversal

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Fueron poblaciones gestantes adolescentes con anemia atendidas en el hospital Carlos LanFranco La Hoz en el periodo de estudio y según la Oficina de Estadística de la Institución, aproximadamente 411 gestantes adolescentes con anemia atendidos durante el periodo de estudio Enero a Diciembre 2017.

2.2.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita con variable cualitativa:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N= Total de la población
- $Z^2_{\alpha/2} = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (como no conocemos dicha proporción, entonces utilizaremos el valor p=0.5 (50%) que maximiza el tamaño muestral)
- q = 1 – p (1 – 0.5 = 0.5)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 3%)

Reemplazando los datos en la formula y teniendo en cuenta a las poblaciones gestantes adolescentes con anemia atendidas en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – puente piedra enero – diciembre 2017 que acuden al Hospital.

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 411}{(411) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{394.72}{1.98}$$

$$n = 199.3$$

Redondeando: $n= 200$

Por ello, la muestra representativa para nuestro estudio será 200 gestantes adolescentes con anemia atendidas en el hospital Carlos LanFranco La Hoz.

2.3. Criterios de selección

2.3.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas de gestantes adolescentes con anemia entre 10 a 19 años, cuyos datos registrados fueron completos, legibles que aportaron a la investigación.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas de Gestantes adolescentes con otras patologías no serán consideradas para el estudio.
- Historias clínicas de Gestantes con embarazos múltiples.
- Historias clínicas de Gestantes con neoplasias, o enfermedades crónicas amenazantes.
- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Se presentó una carta para solicitar la autorización respectiva de parte de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – USMP a la oficina de Capacitación, Educación e Investigación del hospital en estudio (Convenio Marco)

La información se recolectó mediante historias clínicas de gestantes adolescentes con anemia. Se asistió a la institución de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 pm, horario coordinado para la revisión de las historias clínicas.

El instrumento estuvo conformado por una Ficha de datos (Anexo A), en la que se recogió la información de las historias clínicas.

El instrumento fue validado por cuatro Obstetras Especialistas, maestras en obstetricia con mención en Emergencia en Alto Riesgo Obstétrico.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez recolectada la información se procedió a:

- Ordenar y numerar las encuestas.
- Se Tabularán los datos de las encuestas.
- Se ingresó información al paquete estadístico Microsoft Office Excel 2010 para posteriormente se ingresó a la base de datos del programa estadístico SPSS versión 24, lo que permitirá obtener promedios, desviación estándar, porcentajes con un nivel de confianza de 95%. Igualmente nos proporcionará las tablas y gráficos correspondientes.

2.6. Aspectos éticos

En el presente estudio se utilizó una ficha de datos, cuya historia clínica se enfocó en prevenir algún riesgo o daño para la paciente física, psicología o social por de naturaleza retrospectiva, en el cual no se necesitará consentimiento informado; sin embargo existe el compromiso que se mantendrá y respetara la confidencialidad de los datos.

El estudio va tener en cuenta el respeto a la justicia y equidad al extraer la información, ya que contamos con la aprobación del comité de ética e investigación de dicha institución, por ser anónima se evitará las discriminaciones con las pacientes.

II. RESULTADOS

Tabla 1. Número y porcentaje de gestantes adolescentes según clasificación de anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CLASIFICACIÓN DE ANEMIA	TOTAL	
	Frecuencia	%
Leve	85	42.5
Moderada	83	41.5
Severa	32	16
TOTAL	200	100.0

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar en el cuadro del 100% (200) de gestantes adolescentes el 42.5% (85) desarrollaron anemia leve, seguida de moderada con un 41.5% (83) y el 16% (32) fue severa.

Tabla 2. Características personales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES		ANEMIA	
		Frecuencia	%
Edad	10 a 14	23	11.5
	15 a 19	177	88.5
Estado Civil	Soltera	95	47.5
	Casada	7	3.5
Grado de Instrucción	Conviviente	98	49
	Primaria	5	2.5
	Secundaria	147	73.5
Ocupación	Superior	48	24
	Su casa	43	21.5
	Trabajo dependiente	31	15.5
	Trabajo independiente	29	14.5
Religión	Estudiante	97	48.5
	Católico	181	90.5
	Testigo de Jehová	8	4
Lugar De Procedencia	Otros	11	5.5
	Costa	99	49.5
	Sierra	64	32
Número De Hijos	Selva	37	18.5
	1	165	82.5
	2 a 3	35	17.5
	TOTAL	200	100

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar de las características personales:

- **Edad**, En el cuadro muestra que las gestantes adolescentes con anemia según la edad se presentaron con mayor frecuencia en el rango de 15 a 19 años de edad con un 88.5% (177/200), mientras que en menor porcentaje se presentaron en gestantes de 10 a 14 años con 11.5% (23/200).
- **Estado civil**, se evidencia que las gestantes con anemia la mayoría eran convivientes con un 49% (98/200), seguida del 47,5% (95/200) que refirió estar soltera y el 3.5% (7/200) está casada.
- **Grado de instrucción**, de las gestantes adolescentes con anemia el mayor porcentaje corresponde al 73.5% (147/200) que han cursado la secundaria, el 24% (48/200) superior y 2,5% (5/200) primaria.
- **Ocupación**, de las gestantes adolescentes con anemia el 48.5% (97/200) manifestó ser estudiante, seguida del 21.5% (43/200) que se dedica a su casa, el 15.5% (31/200) posee trabajo dependiente y un 14.5% (29/200) son independientes.
- **Religión**, un mayor número de gestantes adolescentes con anemia son católicos representando un 90.5% (181/200), el 5.5% (11/200) mencionaron tener otra religión frente a las que profesan ser testigos de jehová con un 4% (8/200).
- **Lugar de procedencia**, de la muestra al 100% (200) de las gestantes adolescentes con anemia el 49.5% (99/200) procedían de la costa, el 32% (64/200) emigraron de la sierra y un 18.5% (37/200) selva.
- **Número de hijos**, de las gestantes adolescentes con anemia un mayor número tenía solo 1 hijo representando el 82.5% (165/200), mientras que en menor porcentaje mencionaron tener de 2 a 3 hijos con un 17.5% (35/200).

Tabla 3. Características sexuales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES		ANEMIA	
		Frecuencia	%
Edad de Inicio de Menstruación	<14	175	87.5
	14 a 15	23	11.5
	16 a 17	2	1
Inicio de Relaciones Coitales	< 14	52	26
	14 a 15	95	47.5
	16 a 17	41	20.5
Número de Parejas Sexuales	18 a 19	12	6
	1	115	57.5
	2 a 5	74	37
	6 a 10	8	4
Método Anticonceptivo	>10	3	1.5
	Preservativo	31	15.5
	Píldoras	3	1.5
	Ampollas	5	2.5
	Otro	10	5
Ninguno		151	75.5
TOTAL		200	100

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar según

- **Edad de inicio de menstruación**, el mayor número de las gestantes adolescentes con anemia que representa el 87.5% (175/200) menstruaron antes de los 14, seguida del 11.5% (23/200) entre las edades de 14 a 15 y el 1% (2/200) de 16 a 17 años.
- **Inicio de relaciones coitales**, la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia tenía como inicio entre las edades de 14 a 15 años con un 47.5% (95/200), seguida del 26% (52/200) que inicio <14 años, el 20.5% (41/200) fue entre 16 a 17 y en menor rango iniciaron entre los 18 a 19 años que representa el 6% (12/200).
- **Número de parejas sexuales**, la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia tienen 1 pareja sexual que representa el 57.5% (115/200),

seguida de un 37% (74/200) de 2 a 5 hijos, un 4% (8/200) de 6 a 10 y el 1.5% (3/200) tenían > 10 parejas.

- **Método anticonceptivo**, el mayor número de las gestantes adolescentes con anemia menciona no haber usado método anticonceptivo representando el 75.5% (151/200) frente a las que si usaron tenemos que el 15.5% (31/200) uso preservativo, un 5% (10/200) otro método, ampollas el 2.5%(5/200) y píldoras que representa el 1.5% (3/200).

Tabla 4. Características conductuales de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CARACTERISTICAS CONDUCTUALES		ANEMIA	
		Frecuencia	%
Consumo de Sustancias Adictivas	Alcohol	5	2.5
	Tabaco	2	1
	Ninguna	193	96.5
Estudia	Si	97	48.5
	No	103	51.5
TOTAL		200	100

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar según

- **Consumo de sustancias adictivas,** De la muestra al 100% (200) gestantes adolescentes con anemia un mayor número menciona no tener adicciones que representa un 96.5% (193/200), y las que si consumen sustancias adictivas tenemos que el 2.5% (5/200) es alcohol y el 1% (2/200) refiere tabaco.
- **Estudia,** la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia refiere que no estudia representando el 51.5% (103/200) y en un menor número que si estudia con un 48.5% (97/200).

Tabla 5. Características obstétricas de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS		ANEMIA	
		Frecuencia	%
Controles Prenatales	0	39	19.5%
	1-5	86	43%
	≥6	75	37.5%
Número de Gestación	Primigesta	165	82.5%
	Multigesta	35	17.5%
Termino De Gestación	Cesárea	19	9.5%
	Parto Vaginal	175	87.5%
	Aborto	6	3%
Edad Gestacional	≤22 Semanas	6	3%
	23-36 Semanas	50	25%
	37-40 Semanas	144	72%
Enfermedades Maternas Asociadas al Embarazo	ITU	115	57.5%
	Diabetes	1	0.5%
	Hipertensión	2	1%
	Ninguno	82	41%
Enfermedades Obstétricas Asociadas al Embarazo	Preeclampsia	3	1.5%
	Diabetes Gestacional	1	0.5%
	Rpm	88	44%
	RCIU	15	7.5%
	Amenaza de Parto Prematuro	35	17.5%
	Ninguno	58	29%
Ingesta de Hierro	Si	98	49%
	No	102	51%
TOTAL		200	200

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar según

- **Controles prenatales**, Del 100% (200) de las gestantes adolescentes con anemia el mayor número que corresponde al 43% (86/200) tenían de 1 a 5 controles prenatales, seguida de 37.5% (75/200) que tuvieron ≥ 6 controles prenatales, y 19.5% (39/200) que no fueron controladas.
- **Número de gestación**, podemos observar del 100% (200) de las gestantes adolescentes con anemia un mayor número que representa el 82.5% (165/200) refirieron ser primigestas y el 17.5% (35/200) multigestas.
- **Termino de gestación**, Del 100 % (200) de las gestantes adolescentes con anemia tenemos que el 87.5% (175/200) mencionaron que fue por parto vaginal, seguida de cesárea que representa el 9.5% (19/200) y en menor rango terminaron en aborto que representa el 3% (6/200).
- **Edad gestacional**, Del 100% (200) de las gestantes adolescentes con anemia un mayor número que representa el 72% (144/200) tenían entre 37 a 40 semanas de gestación, seguida del 25% (50/200) entre 23 a 36 semanas y en menor cantidad fue ≤ 22 semanas con porcentaje del 3% (6/200).
- **Enfermedades maternas asociadas al embarazo**, De la muestra al 100% (200) de las gestantes adolescentes con anemia el mayor número tenía como diagnostico ITU que representa el 57.5% (115/200) seguida de las que no tenían enfermedad representando el 41% (82/200) y en menor cantidad del 1% (2/200) que tenían hipertensión y 0.5% (1/200) diabetes.
- **Enfermedades obstétricas asociadas al embarazo**, Del 100 % (200) de gestantes adolescentes con anemia un mayor número fueron diagnosticadas con RPM que representa el 44% (88/200) seguida de las que no

desarrollaron enfermedades obstétricas que representa el 29% (58/200), el 17.5% (35/200) tenía amenaza de parto prematuro, el 7.5% (15/200) RCIU, con preeclampsia el 1.5% (3/200) y diabetes gestacional represento el 0.5% (1/200).

- **Ingesta de hierro,** Del 100 % (200) de gestantes adolescentes con anemia un mayor número no tubo ingesta de hierro en la gestación que representa el 51% (102/200), mientras que un menor número que representa el 49% (98/200) manifestó haber ingerido hierro durante la gestación.

Tabla 5.a. Características del recién nacido de las gestantes adolescentes con anemia. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra 2017.

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO		ANEMIA	
		Frecuencia	%
APGAR	≤6	6	3.1%
	7-8	188	96.9%
PESO	<2500	3	1.5%
	2501-3500	173	89.1%
	>3500	18	9.4%
EDAD NEONATAL	PEG	95	49%
	AEG	99	51%
TOTAL		194	100

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar según

Apgar del recién nacido, Del 100% (194) de los partos atendidos de las gestantes adolescentes con anemia la mayoría de los recién nacidos tuvieron resultados según Apgar entre 7 a 8 que represento el 96.9% (188/194) y en menor número los recién nacidos con Apgar ≤6 que representa el 3.1% (6/194).

Peso del recién nacido, De los partos atendidos de las gestantes adolescentes con anemia un mayor número tuvieron recién nacidos con pesos entre los 2501 a 3500 representando el 89.1% (173/194), seguida de los que pesaron >3500 con porcentajes de 9.4% (18/194) y en menor número <2500 que representa el 1.5% (3/194).

Edad neonatal, Del 100% (194) de las gestantes adolescentes con anemia la mayoría de los recién nacidos fueron adecuados para su edad gestacional representando el 51% (99/194), seguida de los pequeños para su edad gestacional el 49% (95/194).

III. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente con anemia es un problema mundial. En los últimos años se han reportado cifras por la OMS donde se estima que cerca del 35% a 75% de las gestantes en los países en vías de desarrollo cursan con anemia y en su mayoría son gestantes adolescentes que presentan una mayor incidencia de desarrollar complicaciones médicas que involucran a la madre y al niño; esto debido por la inmadurez anatómica, fisiológica y mental en la que se encuentra, que la hace más susceptible de llegar a estados de ansiedad, depresión, propensos a abandonar los estudios, ser víctimas de discriminación, así como la práctica de hábitos nocivos que hacen de ellas ser un grupo altamente vulnerable frente a la sociedad. Las gestantes adolescentes con anemia es un problema de salud pública para el Perú en relación a la morbilidad materna y neonatal.

En el presente estudio presentamos 200 pacientes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra. En el periodo de enero a diciembre del 2017 con los resultados presentados.

Se observó que del 100% de gestantes adolescentes con anemia en estudio 42.5% fueron gestantes con anemia leve, 41.5% anemia moderada y 16% presentaron anemia severa. Los resultados presentados en el estudio de Sánchez⁹ son similares al nuestro en el sentido de que 50.5% tuvieron anemia leve, 42.2% moderada y 7.3% es severa. Datos mayores fueron presentados por Medina¹³ de su estudio los resultados generales reconocen que el 60% desarrollaron anemia

leve, 25% moderada y 15% severa, donde el investigador refiere que las gestantes con anemia severa lograron desarrollar complicaciones maternas.

Cuando evaluamos **la edad** de las pacientes del estudio se observa que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia sus edades oscilaban entre los 15 a 19 años (88.5%) que se considera adolescencia tardía y en menor número que representa al (11.5%) entre las edades de 10 a 14 adolescencia temprana. Datos diferentes a los nuestros fueron reportados por Baten y Montenegro¹² en su estudio señalaron que la mayoría de las adolescentes gestantes con anemia sus edades fluctuaban entre 13 a 15 años (78.6%) señalando que este grupo tiene una probabilidad de desarrollar complicaciones maternas como desproporción céfalo pélvica, los investigadores Zambrano y Angulo¹⁰ reportaron que 80.3% sus edades oscilaban entre 14 a 16 años, siendo una población altamente vulnerable.

Con respecto al **estado civil** en la investigación que se presenta, un mayor número de gestantes adolescentes con anemia reportaron ser convivientes (49%) seguida de las solteras (47.5%) y en un menor número las casadas (3.5%) esta característica describe que existe mayor riesgo de anemia en gestantes adolescentes convivientes y solteras para que persista la anemia en el puerperio y desarrollo de anemia neonatal en los recién nacidos. Datos similares a nuestro estudio fueron mencionados por Zambrano y Angulo¹⁰ donde las gestantes adolescentes con anemia (58%) son convivientes mientras (27%) reportaron estar solteras y (15%) casadas, Datos mayores fueron reportados por Medina ¹³ quien refiere que el mayor porcentaje de gestantes con anemia son convivientes (60%) y solteras (35%) y (5%) casadas, este investigador menciona que el estado civil es un indicador de la deficiencia de hierro en estas mujeres.

En cuanto a esta investigación sobre el **grado de instrucción** se ha evidenciado que las gestantes con anemia tienen estudios secundarios (73.5%), superior (24%) y en un menor número que representa el (2.5%) que solo tenían primaria que es una característica que indica que no podrán tener mejores ofertas laborales como las gestantes de estudios secundarios y superior. Datos menores fueron de Sánchez⁹ quien informa que (68.5%) de su muestra de gestantes adolescentes con anemia presento nivel secundario, superior (21%) y primaria (10.5%) y fueron adolescentes que abandonaron los estudios secundarios. Datos diferentes a los nuestros fueron reportados por Delgado¹¹ en su investigación menciona que el grado de instrucción más común de las gestantes con anemia fue educación primaria (66%),

Se puede mencionar de la **ocupación** de las gestantes adolescentes con anemia de nuestro estudio preferentemente fueron estudiantes (48.5%) que estén culminando la secundaria o estudian una carrera profesional, (21.5%) amas de casa que serán dependientes del ingreso de la pareja y en menor número con trabajo dependiente (15.5%) y beneficios laborales a diferencia de las independientes (14.5%) sin estabilidad laboral. Datos diferentes a los nuestros fueron reportados por Medina¹³ en que la ocupación de las gestantes con anemia era trabajo independiente (63.2%) quienes no tienen ningún tipo de seguro laboral, otros datos fueron del investigador Delgado¹¹ menciona que (60%) de su muestra de gestantes con anemia tiene trabajo dependiente, con una alta probabilidad de tener beneficios en cuanto a contar con un seguro de salud.

En la investigación, se pudo observar también que la mayoría de las gestantes con anemia en relación a la **religión** son católicos (90.5%). Datos menores a los nuestros fueron reportados por Sánchez⁹ quien menciona que las

gestantes con anemia profesan el catolicismo (75.5%). Igualmente, Zambrano y Angulo¹⁰ refieren que (73.8%) de sus entrevistados eran católicos. Además, se pudo observar que la mayoría de las gestantes con anemia con respecto al **lugar de procedencia** tenemos que (49.5%) son de la región Costa. Datos similares a nuestro estudio fueron reportados por Delgado¹¹ que indica en su estudio que el lugar de procedencia de las gestantes con anemia fue también la Costa (45%) como en nuestra investigación. Con respecto al **número de hijos** (82.5%) de las gestantes adolescentes con anemia solo tienen 1 hijo y en menor número de 2 a 3 hijos (17.5%) con continuidad de anemia. Datos diferentes a los nuestros fueron reportados por Sánchez⁹ el investigador menciona que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia tienen más de dos hijos (70.5%) siendo un factor de riesgo que contribuye a la continuidad de la anemia. También datos diferentes fueron reportados por Baten y Montenegro (73.8%) tienen entre 2 a 3 hijos, las gestantes llegaron a desarrollar anemia severa. Las gestantes adolescentes con anemia según la **edad de inicio de menstruación** la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia tiene como edad de inicio < 14 años (87.5%) consideradas en edad fértil. Datos similares a nuestro estudio fueron reportados por Medina¹³ donde indica que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia iniciaron < 14 años (78%) y que es un indicador de fertilidad, asimismo los investigadores Zambrano y Angulo¹⁰ en su estudio describen que la mayoría tienen como edad de inicio de menstruación <14 años (83%) y que se relaciona esta edad al embarazo precoz.

En cuanto al **inicio de relaciones coitales** se demuestra que la mayoría de gestantes adolescentes con anemia tenemos que iniciaron entre las edades de 14 a 15 años (47.5%) < 14 años (26%), entre 16 y 17 años (20.5%) y en menor

porcentaje de 18 a 19 años (6%), cuanto más precoz sea el inicio existe mayor riesgo a los embarazos no planificados. Datos diferentes al nuestro fueron reportados por Zambrano y Angulo¹⁰ mencionan que las gestantes adolescentes iniciaron las relaciones coitales <14 años que representa (65.5%) siendo un grupo con factores de riesgo a los embarazos no deseados, igualmente Delgado¹¹ en su estudio determinó que el inicio de relaciones coitales de sus entrevistadas habían iniciado antes de los 14 años (73%) quienes habían intentado abortar.

Cuando se investigó sobre el **número de parejas sexuales** de las gestantes adolescentes con anemia se encontró que un mayor número tenía solo 1 pareja (57.5%), y en menor rango a las que tenían > 10 parejas con altas probabilidades de adquirir ITS/VIH, datos diferentes al nuestro estudio fueron de Sánchez⁹ quien refiere según el número de parejas sexuales de las gestantes adolescentes un gran número tenían entre 6 a 10 parejas sexuales (60%) quienes habían desarrollado alguna ITS, también datos diferentes fueron presentados por Baten y Montenegro¹² refieren que la frecuencia promedio del cambio de parejas en una relación tiene trascendencia a los embarazos y diseminación de las ITS/VIH en su estudio las gestantes adolescentes tenían > 10 parejas sexuales (77.5%). El riesgo es alto en cuanto al número de parejas no solo por la diseminación de las ITS/VIH también por los embarazos no deseados, porque la mayoría no uso método anticonceptivo como preservativo u otro, por ello se considera una población vulnerable tal como se relata en nuestro estudio, según el **método anticonceptivo** que usaron, la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia no usaron método anticonceptivo (75.5%), Datos similares a nuestro estudio fueron de Sanchez⁹ refiere estimaciones donde (72%) de su muestra no usaron método anticonceptivo planteando que se considera un problema de impacto social. Datos menores fueron

presentados por Medina¹³ donde menciona que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia no usaron ningún método anticonceptivo (68.5%) donde las estimaciones más altas están relacionados a los embarazos no deseados y aborto.

El consumo de sustancias adictivas está relacionado a las complicaciones fetales como los partos prematuros, en la investigación que se presenta, se pudo observar con respecto al consumo de **sustancias adictivas**, las gestantes adolescentes con anemia indicaron no tener tipo de adicción (96.5%) a diferencia de las que si tenían fueron alcohol (2.5%) y tabaco (1%). Datos similares al nuestro fueron reportados por Sánchez⁹ donde menciona que (76.5%) de gestantes adolescentes con anemia no tenían tipo de adicción, sin riesgo para su gestación. Datos diferentes fueron de los investigadores Zambrano y Angulo¹⁰ donde mencionan que las gestantes adolescentes con anemia tienen adicción, como el alcohol (73%) seguida de tabaco (27%), siendo conductas de riesgo y otras complicaciones que se pueden desencadenar en la gestación, otras de las características con respecto si **estudia** la gestante adolescente con anemia según su clasificación tenemos que (51.5%) no estudia siendo conductas de riesgo que pueden generar menos oportunidades laborales. Datos similares al nuestro fueron reportados por Delgado¹¹ menciona que las gestantes adolescentes con anemia (60%) no están estudiando por diferentes factores. Datos mayores fueron reportados por Zambrano y Angulo¹⁰ presento en su investigación que las gestantes adolescentes con anemia no estudian (67.3%) y no tendrán mejores oportunidades de empleo.

La adolescencia es una etapa de vida entre los 10 a 19 años. El embarazo en la adolescencia trae consigo problemas como el mayor riesgo de anemia. La

anemia en el embarazo incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal siendo considerado como un problema de salud pública. Por eso el objetivo de la presente investigación fue determinar las características de las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el hospital Carlos LanFranco La Hoz. En la que se encontró dentro de la muestra a 200 gestantes adolescentes con anemia según el **control prenatal** el (43%) se pudo evidenciar que tenían entre 1 a 5 controles prenatales, ≥ 6 (37.5%) y con un porcentaje menor de (19.5%) de las que no se controlaron, se puede mencionar que una gestante que tienen controles prenatales incompletos o no es controlada no se podrá determinar las complicaciones maternas o fetales a tiempo. Datos diferentes a los nuestros fueron reportados por Sánchez⁹ refiere de su muestra la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia no tienen o tienen un solo control prenatal (79.4%) frente a las que sí tienen >6 controles (20.6%), además menciona si una gestante no recibe control prenatal, los factores de riesgo de morbilidad materna y neonatal se incrementan, también Medina¹³ refiere que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia tenían entre 1 a 3 controles prenatales que representa (63%) de las que no se controlaron (29,8%) y de las que alcanzaron >6 controles (7.2%), lo que considera que existe riesgo en las gestantes con controles insuficientes o no se controlaron. Con respecto al **número de gestación** de las gestantes adolescentes con anemia un mayor número (82.5%) fueron primigestas y en menor rango multigestas con (17.5%) en el estudio se muestra que la anemia se incrementa en mujeres que gestan por primera vez, datos similares a los nuestros fueron expresados por Sánchez⁹ quien refiere que un porcentaje mayor de la muestra de su estudio cerca (59.6%) son primigestas, datos diferentes al nuestro fueron de Medina¹³ donde indica que la mayoría de gestantes adolescentes son multigestas que representa (50%), la importancia que refiere el

investigador en su estudio es, a mayor número de hijos existe más prevalencia de anemia.

En el **término de su gestación** de las gestantes adolescentes con anemia fue por parto vaginal (87.5%), asimismo otras proporciones representan a las cesáreas con (9.5%) y (3%) aborto, la probabilidad de las gestantes que terminaron en cesárea el motivo sería las complicaciones maternas, y la muestra significativa de las que terminaron en aborto, podríamos concluir que la mayoría de embarazos en adolescentes no son planificados. Datos menores fueron reportados por Delgado¹¹ refiere que las gestantes adolescentes con anemia la vía de terminación de su parto fue vaginal el (68.2%) y datos diferentes fueron de los investigadores Baten y Montenegro¹² que indican que la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia culminaron en parto distócico con el (70%) que presentaron complicaciones maternas. Según las características de la **edad gestacional** la mayoría de las gestantes adolescentes con anemia (72%) tenía entre 37 a 40 semanas, (25%) entre las 23 y 36 semanas y en menor número (3%) ≤ 22 semanas, datos diferentes a los nuestros son de Medina¹³ que describe en su estudio que las gestantes adolescentes con anemia tenían entre 28 a 37 semanas (69.5%) con riesgo de morbilidad neonatal. Asimismo Sánchez⁹ refiere que el mayor porcentaje de su muestra que representa (76.3%) de las gestantes adolescentes tenía entre 28 a 37 semanas menciona que uno de los factores de riesgo de la anemia es el parto prematuro. Analizando en lo que respecta a las **enfermedades maternas asociadas al embarazo** existe mayor frecuencia del (57.5%) que desarrollo infecciones del tracto urinario este porcentaje es mayor a las que indicaron que no presentaron complicaciones (41%), datos similares a nuestro estudio fueron de Baten y Montenegro¹² cuyos resultados mencionan que la fase de enfermedades

maternas asociadas con mayor frecuencia son las infecciones del tracto urinario (63%) y que es la causa más frecuente de los partos prematuros, datos mayores fueron reportados por Medina¹³ que indica en su estudio que la alta incidencia de complicaciones maternas asociadas al embarazo son las infecciones del tracto urinario (68.5%) y enfermedades hipertensivas (25%) y según las **enfermedades obstétricas asociadas al embarazo** tenemos (44%) habían desencadenado ruptura prematura de membranas, siendo la causa más frecuente del desarrollo de las infecciones del tracto urinario. Datos diferentes al nuestro fueron expuestos por Sánchez⁹ donde señala la alta incidencia de gestantes con riesgos de complicaciones obstétricas era retardo de crecimiento intrauterino (55%) y amenaza de parto prematuro (40%). También datos diferentes fueron reportados por Zambrano y Angulo¹⁰ que refieren que un mayor porcentaje ha sufrido amenaza de parto prematuro (57.1%) y que los presupuestos son altos en cuanto a los cuidados de recién nacidos prematuros.

La ingesta de hierro disminuye el riesgo de desarrollar anemia es por eso que, en el estudio realizado según **ingesta de hierro** (51%) la mayoría no ha tenido ingesta de hierro y las que recibieron representan (49%). Datos similares al nuestro fueron reportados por Medina¹³ quien refiere que el mayor porcentaje de las gestantes adolescentes con anemia (70,5%) no recibieron ingesta de hierro, y eran gestantes que desarrollaban complicaciones en la gestación. Datos diferentes fueron los de Sánchez⁹ indica que la mayoría de la muestra de su estudio (69.8%) si había recibido ingesta de hierro durante la gestación, tenían menos riesgo de desarrollar factores de riesgo maternos y fetales, asegurando una gestación saludable.

En cuanto al **apgar del recién nacido** tenemos que el (96.9%) de los recién nacidos tenían entre los 7 a 8 de apgar y en menor número (3.1%) ≤ 6 los que necesitaron atención inmediata de recién nacido, datos similares a nuestro estudio fueron expuestos por Sánchez⁹ donde menciona que las gestantes adolescentes con anemia que se atendieron su parto, sus recién nacidos tuvieron apgar entre los 7 a 8 (78.1%) y en menor número ≤ 6 de apgar (21.9%) , datos menores fueron reportados por Baten y Montenegro¹² de la muestra de su estudio señala que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes con anemia tuvieron bebés con apgar de 7 a 8 (67%) y en menor número ≤ 6 de apgar (33%) con menos probabilidad de presentar factores de riesgo después del parto. Según el **peso del recién nacido** que tuvieron los bebés (89.1%) nacieron entre 2501 a 3500 kilos, datos diferentes fueron expresados por Sánchez⁹ donde menciona que las gestantes adolescentes con anemia sus recién nacidos tuvieron pesos entre los 2500 a 3100 que representa (59.6%) con una alta probabilidad de muerte perinatal. También datos diferentes al nuestro fueron reportados por Medina¹³ quien refiere que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes con anemia sus recién nacidos tuvieron pesos entre 2500 a 3000 kilos que representa (65.4%) que estuvieron en la incubadora. En la **edad neonatal** un mayor número de las gestantes adolescentes con anemia sus recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional que represento el (51%) y en menor número el (49%) fue pequeño para la edad gestacional, que se relacionaron con una de las complicaciones propias de la anemia como retardo de crecimiento intrauterino. Datos similares a nuestro estudio fueron reportados por los investigadores Zambrano y Angulo¹⁰ afirman que un mayor porcentaje de gestantes adolescentes con anemia sus recién nacidos tenían un peso adecuado según la

edad gestacional (68.6%) que no presentaron factores de riesgo, datos mayores fueron reportados por Baten y Montenegro¹² quienes refieren de la muestra de su estudio (75%) de los recién nacidos tenían un peso adecuado según la edad gestacional y (25%) que fueron pequeños para la edad gestacional tuvieron que ser adaptados a una incubadora incrementándose las probabilidades de vida.

IV. CONCLUSIONES

Se concluye del estudio, lo siguiente:

- La mayoría de las gestantes adolescentes con anemia son clasificadas como moderadas y leves.
- La mayoría de las gestantes adolescentes con anemia sus edades fluctuaban entre los 15 a 19 años (88.5%), son convivientes (49%), con educación secundaria (73.5%), estudiantes (48.5%), católicos (90.5%), procedentes de la costa (49.5%) y primigestas (82.5%).
- En las pacientes estudiadas la mayoría tuvo su menstruación antes de los 14 años (87.5%), que iniciaron relaciones coitales entre las edades de 14 a 15 años (47.5%), refirieron haber tenido en promedio 1 pareja sexual (57.5%) y no usaron método anticonceptivo (75.5%).
- De la población estudiada la mayoría no tienen adicciones (96.5%), tampoco estudian (51.5%).
- En el estudio se puede demostrar que las gestantes adolescentes con anemia la mayoría ha tenido entre 1 – 5 controles prenatales (43%), fueron primigestas (82.5%), de parto eutócico (87.5%); que tenían entre 38 a 40 semanas de gestación (63%), con diagnóstico de infección del tracto urinario (57.5%), que desarrollaron ruptura prematura de membranas (44%), no tuvieron ingesta de hierro (51%), con recién nacidos con 7 a 8 de apgar

(96.9%), con peso entre 2501 a 3500 (89.1) y adecuado para la edad gestacional (51%).

V. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Puente Piedra:

- Capacitar en forma continua y permanente al personal de servicio encargado de la atención integral del adolescente, para el logro de los objetivos es necesario la vigilancia epidemiológica del embarazo en la adolescencia que están vulnerables a presentar anemia, es importante realizar el seguimiento en la atención multidisciplinaria para el cuidado de su embarazo.

A los Profesionales Obstetras:

- Continuar concientizando a las gestantes adolescentes en cuanto a los beneficios de la atención prenatal y su importancia para reconocer de manera oportuna, signos y síntomas de la anemia ferropénica.
- Continuar con el seguimiento y verificación según dosaje de hemoglobina para así determinar de forma precoz la anemia y brindar tratamiento oportuno.
- Ampliar la consejería para concientizar la importancia de consumir alimentos ricos en aporte de hierro, así como la administración de micronutrientes de ácido fólico y sulfato ferroso.
- Ampliar la consejería en planificación familiar y consejería en salud sexual y reproductiva, que puede prevenir embarazos posteriores no planificados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [Revista en Internet] 2012. [consulta: 23 de setiembre 2018]. Disponible en:www.redalyc.org/pdf/356/35641005015.pdf
2. Jones R, Abortion in the United States: incidence and access to services. Rev. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. [Revista en Internet] 2010. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18318867>
3. Carreon J, Mendoza H, Perez H. Socioeconomic Factors Associated with Pregnancy in Adolescents. Rev. Archivos en Meidicina Familiar. [Revista en Internet] 2010. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34986/49157>.
4. Tarqui C, Barreda A, Barreda M, Sanabria H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad

- urbano marginal de Lima-Perú. Rev Perú Medí. Exp. Salud Pública. [Revista en Internet] 2010. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726.
5. Bernabé A, White P, Carcamo C, Hughes J, Gonzales M, García P. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. Rev Perú Medí. Exp. Salud Pública. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188628>.
 6. Palomino N, Padilla M, Talledo B, Mazuelos C, Carda J, Bayer A. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. Rev. Glob Public Health. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21732707>
 7. Guttmacher Institute; International Planned Parenthood Federation (IPPF). Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World, [Revista en Internet] New York, Nov. 2014. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>.
 8. MINSA | La mortalidad materna en el Perú [Internet]. 2018. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en: www.unfpa.org.pe/.../publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf.

9. Ventura W, Ventura L, Nazario R. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru. *Rev. Int. J Gynaecol Obstet.* [Revista en Internet] 2012. [consulta: 25 de setiembre 2018]. Disponible en:www.redalyc.org/pdf/363/36329476017.pdf.
10. Ryan J, Casapía M, Aguil E, Silva H, Rami E, Gagnon A. Comparison of low birth weight among newborns of early adolescents, late adolescents, and adult mothers in the Peruvian Amazon. *Rev. Matern Child Health J.* [Revista en Internet] 2011. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:repositorio.upao.edu.pe/.../1/Delgado_Jhonatan_Embarazo_Adolescente_Anemia.pdf.
11. Rutstein S. Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under Five-Years. *Rev. Mortality and Nutritional Status in USAID DHS Working Papers.* [Revista en Internet] 2011. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf>
12. Conde A, Rosas B, Kafury G. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *Rev. Mortality and Nutritional Status in USAID DHS Working Papers.* [Revista en Internet] 2011. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:pediatrics.aappublications.org/content/137/5/e20153482.

13. Baeza B, Poo M, Vasquez O. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. Chil. Obst. Ginecol. [Revista en Internet] 2012. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:repositorio.upao.edu.pe/.../1/Delgado_Jhonatan_Embarazo_Adolescente_Anemia.pdf
 14. Goicolea I, Wulff M, Ohman A. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health. [Revista en Internet] 2016. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893010>.
 15. Alarcon R, Coello J, Cabrera J. Influence factors in adolescence pregnancy. Rev. Cubana de Enfermería. [Revista en Internet] 2016. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071_209.pdf
- Avila G, Barbena M, Arguello P. Risk factors associated with teenage pregnancy in Comayagüela urban slums. Rev. Médica de Honduras. [Revista en Internet] 2016. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-5.pdf.
17. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. Rev. Informed. [Revista en Internet] 2017. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/pdf>

18. Ghislain K, Smaila O, Le Port A. Anemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 months of life. *Rev. Tropical Medicine and International Health* [Revista en Internet] 2017. [consulta: 03 de octubre 2018]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/.../j.1365-3156.2011.02932>
19. Paiva A, Rondó P, Pagliusi R, La torre M, Cardoso M. Gondim SSR. Relationship between the iron status of pregnant women and their newborns. *Rev Saúde Pública* [Revista en Internet] 2017. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17515983>
20. Milman N. Anemia—still a major health problem in many parts of the world. *Rev. Ann Hematol.* [Revista en Internet] 2017. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21221586>
21. Milman N, Byg K, Bergholt T, Eriksen L, Hvas A. Cobalamin status during normal pregnancy and postpartum. A longitudinal study comprising 406 Danish women. *Rev. Eur J Haematol.* [Revista en Internet] 2017. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16548919>
22. Frisancho O, Ichiyonagui R. Infarto de bazo y hemoglobinopatía en la altura. *Rev. Gastroenterol Peru.* [Revista en Internet] 2012. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022

23. Milman N. Iron in pregnancy – how do we secure an appropriate iron status in the mother and child? Rev. Ann Nutr Metab. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en:<https://www.karger.com/Article/Abstract/332129>
24. Barrett F, Whittaker P, Williams J, Lind T. Absorption of non-haem iron from food during normal pregnancy. Rev. Danish Technical University Copenhagen. [Revista en Internet] 2014. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540564>
25. Puolakka J, Jänne O, Pakarinen A, Järvinen PA, Vihko R. Serum ferritin as a measure of iron stores during and after normal pregnancy with and without iron supplements. Rev. Acta Obstet Gynecol Scand. [Revista en Internet] 2014. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6935911>
26. Taylor D, Mallen C, McDougall N, Lind T. Effect of iron supplementation on serum ferritin levels during and after pregnancy. Rev. Br J Obstet Gynaecol. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7171510>
27. Galan P, Wainer R, De Benaze C, Hercberg S. Prevention de l'anemie ferriprive au cours de la grossesse: effet de la supplementation precoce en fer. En: Hercberg S, Galan P, Dupin H, Rev. Recent knowlegde on iron and folate deficiencies in the World. Paris: Colloque INSERM. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 15 de

octubre 2018]. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304

28. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo guía práctica clínica (GPC). [Internet] 2014. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: instituciones.msp.gob.ec/.../Guias/guias%202014/GPC%20Anemia
29. Yakoob M, Bhutta Z. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. Rev. Public Health. [Revista en Internet] 2011. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/intermittent_iron_pregnancy/es/
30. Gabbe S, Nebel J, Simpson J. Obstetrica. Complicaciones hematológicas. Rev. Madrid Marbán libros. [Revista en Internet] 2018. [consulta: 15 de octubre 2018]. Disponible en: internet:www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2008-20-2/005.pd
31. Sánchez J. Anemia como generador de complicaciones del Embarazo en Gestantes de 18 a 24 años en el hospital ginecobstetricia Enrique C. Sotomayor. [Tesis en Internet]. Universidad de Guayaquil; 2015 [consulta: 23 de setiembre 2018]. Disponible en: repositorio.ug.edu.ec/.../TESIS%20anemia
32. Zambrano H., Angulo L. Control prenatal como diagnóstico precoz en la anemia ferropénica, gestantes de 13 a 20 años, ciudadela 4 de mayo Babahoyo. [Tesis en Internet]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2015 [consulta: 23 de setiembre 2018]. Disponible

en:dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/1509/1/T-UTB-FCS-OBST-000021.pdf

33. Delgado D. Embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el hospital belén de Trujillo. [Tesis en Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2015 [consulta: 23 de setiembre 2018]. Disponible en: repositorio.upao.edu.pe/upaorep/delgado.d_riesgo_recien_nacido
34. Baten J., Montenegro M. Estado nutricional y anemia en embarazadas menores de 20 años en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan De Dios. [Tesis en Internet]. Universidad de san Carlos de Guatemala. Guatemala; 2016 [consulta: 23 de setiembre 2018]. Disponible en: dspace.unitru.edu.pe/bitstream/.../Castillo%20Olivares%20Emerson%20Manuel.pdf
35. Medina V. incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años, realizado en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor [Tesis en Internet]. Universidad de Guayaquil; 2013 [consulta 23 de setiembre 2018]. Disponible en: repositorio.untumbes.edu.pe/.../TESIS%20%20CANALES%20Y%20VERA.pdf

ANEXO 1: INSTRUMENTO

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. **Edad**
2. **Estado Civil**
a) Soltera b) Casada c) Viuda d) Divorciada e) Conviviente
3. **Grado de instrucción**
a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior
4. **Ocupación**
a) Su casa b) Trabajo dependiente c) Trabajo independiente d) Estudiante
5. **Religión**
a) Católico b) Evangélico c) Adventista d) Testigo de Jehová e) Otros
6. **Lugar de procedencia**
a) Costa b) Sierra c) Selva
7. **N° de hijos**
a) 1 b) 2-3 c) 4-5 d) >6
- II. **CARACTERÍSTICAS SEXUALES:**
8. **Edad de inicio de menstruación**
a) <14 b) 14-15 c) 16-17 d) 18-19
9. **Inicio de relaciones coitales**
a) <14 b) 14-15 c) 16-17 d) 18-19

10. Número de parejas sexuales

- a)1 b) 2 – 5 c) 6-10 d) >10

11. Método Anticonceptivo

- a) Preservativo b)Píldoras c)Ampollas d)Otro d)Ninguno

III. CARACTERISTICAS CONDUCTUALES:

12. Consumo de sustancias adictivas

- a)Alcohol b)Tabaco c)Drogas No Legales d)Ninguna

13. Estudia

- a)Si b)No

IV. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS:

14. Controles Prenatales

- a)0 b)1-5 c) ≥6

15. Número de gestación

- a)Primigesta b) Multigesta c) Gran multigesta

16. Término de gestación

- a) Cesárea b) Parto vaginal c) Aborto

17. Edad Gestacional

- a)<22 semanas b)23-36 semanas c)37-40 semanas

18. Enfermedades maternas asociadas al embarazo

- a) Itu b) Diabetes c) Hipertensión d) TBC e) Otra f) Ninguno

19. Enfermedades Obstétricas asociadas al embarazo

- a)Preeclampsia b)Diabetes Gestacional c)RPM
d)RCIU e) Amenaza de Parto Prematuro f)Otra g)Ninguno

20. Ingesta de hierro en el embarazo:

- a) Si b) No

21. Apgar de los Recién Nacidos

- a) ≤ 6 b) 7-8 c) > 9

22. Peso del Recién Nacido

- a) ≤ 2500 b) 2501-3500 c) > 3500

23. Edad Neonatal

- a) PEG b) AEG c) GED

24. Hemoglobina

- a) Leve b) Moderada c) Severa

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
Variable 1 Anemia	Nivel de hemoglobina por debajo de los valores normales	Insuficiente generación de glóbulos rojos en el proceso hematopoyético	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leve ✓ Moderada ✓ Severa 	Ordinal	Ficha de datos
		CARACTERÍSTICAS PERSONALES			
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 10-14 ✓ 15-19 	Ordinal	
	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Casada ✓ Viuda ✓ Divorciada ✓ Conviviente 	Nominal	
	Grado de instrucción	Nivel educativo más alto alcanzado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeto(a) ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Superior 	Nominal	
	Ocupación	Es el oficio al que se dedica la persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Su casa ✓ Trabajo dependiente ✓ Trabajo independiente ✓ Estudiante 	Nominal	
	Religión	Es el conjunto de creencias religiosas que profesa la persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Católico ✓ Evangélico ✓ Adventista ✓ Testigo de Jehová ✓ Otros 	Nominal	
	Lugar de Procedencia	Es el origen de donde nace o deriva la persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Costa ✓ Sierra ✓ Selva 	Nominal	
	N° de hijos	La cantidad de hijos de la persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 hijo ✓ 2 a 3 hijos ✓ 4 a 5 hijos ✓ >6 hijos 	Ordinal	
		CARACTERÍSTICAS SEXUALES			

Variables	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento	
	Edad de inicio de menstruación	Edad cronológica en la que se presentó la primera menstruación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <14 ✓ 14-15 ✓ 16-17 ✓ 18-19 	Ordinal	Ficha de datos	
	Inicio de la relación coital	Es el primer contacto donde existe la penetración de pene a la vagina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <14 años ✓ 14 - 15 años ✓ 16 - 17 años ✓ 18 - 19 años 	Ordinal		
	Nº de parejas sexuales	El número de parejas que se ha tenido relación coital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 ✓ 2-5 ✓ 6-10 ✓ > 10 	Ordinal		
	Método anticonceptivo	Son métodos para evitar embarazos no deseados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preservativo ✓ Píldoras ✓ Ampollas ✓ Otro ✓ Ninguno 	Nominal		
		CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES				
	Consumo de sustancias adictivas:	Son sustancias que desencadenan alteración de las emociones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcohol ✓ Tabaco ✓ Drogas No Legales ✓ Ninguna 	Nominal		
	Estudia	Si realiza la actividad educativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal		
		CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS				
	Controles Prenatales	Son las acciones y procedimientos que se realizan en la gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0 ✓ 1-5 ✓ ≥6 	Ordinal	Ficha de datos	

Variables	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
	Número de gestación	es el término que se utiliza en el número de gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primigesta ✓ Multigesta ✓ Gran multigesta 	Nominal	
	Termino de gestación	El fin de la gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cesárea ✓ Parto vaginal ✓ Aborto 	Nominal	
	Edad gestacional de término	Es la edad gestacional en la cual terminó la gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≤22 semanas ✓ 23-36 semanas ✓ 37-40 semanas 	Ordinal	
	Enfermedades maternas asociadas al embarazo	Es la enfermedad que puede estar asociada al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Itu ✓ Diabetes ✓ Hipertensión ✓ TBC ✓ Otra ✓ Ninguno 	Nominal	
	Enfermedades Obstétricas asociadas al embarazo	Es la enfermedad materno-fetal que puede estar asociada al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preeclampsia ✓ Diabetes Gestacional ✓ RPM ✓ RCIU ✓ Amenaza de parto prematuro ✓ Otra ✓ Ninguno 	Nominal	
	Ingesta de hierro en el embarazo	Es la Administración de hierro en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal	Ficha de datos
	Apgar de los Recién Nacidos	Valoración del estado general del Recién Nacido al nacer.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≤6 ✓ 7-8 ✓ >9 	Ordinal	
	Peso del Recién Nacido expresado en gramos	Peso del Recién Nacido expresado en gramos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ≤ 2500 ✓ 2501-3500 ✓ > 3500 	Ordinal	
	Edad Neonatal	Expresión de la edad del RN de acuerdo a su edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pequeño para edad gestacional (PEG) ✓ Adecuado para la edad 	Nominal	

Variables	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
			gestacional (AEG) ✓ Grande para la edad gestacional (GED)		



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

MEMORANDUM N° 016- 01/19-UADI-HCLLH

A: Lic. Luis Antonio Infantes Oblitas
Jefe de la unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones

Asunto: Permiso para Aplicación de Tesis

Fecha: Puente Piedra, 10 de Enero de 2019



Por el presente me dirijo a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacerle de su conocimiento que la **Srta. Roxana Lucy Tello Vidal**, de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Escuela Profesional de Obstetricia de la **Universidad San Martín de Porres**, quien realizará su proyecto de tesis titulado **"Características de las Gestantes Adolescentes con Anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra, Enero – Diciembre 2017."**, por lo que solicito les de las facilidades de acceder a los archivos relacionados con el proyecto de tesis.

Atentamente,

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
[Signature]
Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este mismo acto al interesado
puente piedra
36 NOV 2020
[Signature]
GLADIS JACKELINY REQUEJO VASQUEZ
FEDATARIO - RA. N° 102 - 07 - UP - HCLLH - 2020 / MINSÁ

LSEIhh
C.c.
Archivo

www.hospitalpuentepiedra.gob.p

Av. Sáenz Peña Cdra 6 S/N
Puente Piedra. Lima 25,
Perú