



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO
**CARACTERÍSTICAS MATERNAS EN GESTANTES CON ANEMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
PUENTE PIEDRA, SETIEMBRE - DICIEMBRE 2018**

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

PRESENTADA POR
SHAROL IVONNE TORRES FLORES

ASESOR
MG. JOSÉ ORESTES TORRES SOLÍS

LIMA – PERÚ

2019



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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS EN GESTANTES CON ANEMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
PUENTE PIEDRA, SETIEMBRE - DICIEMBRE 2018**

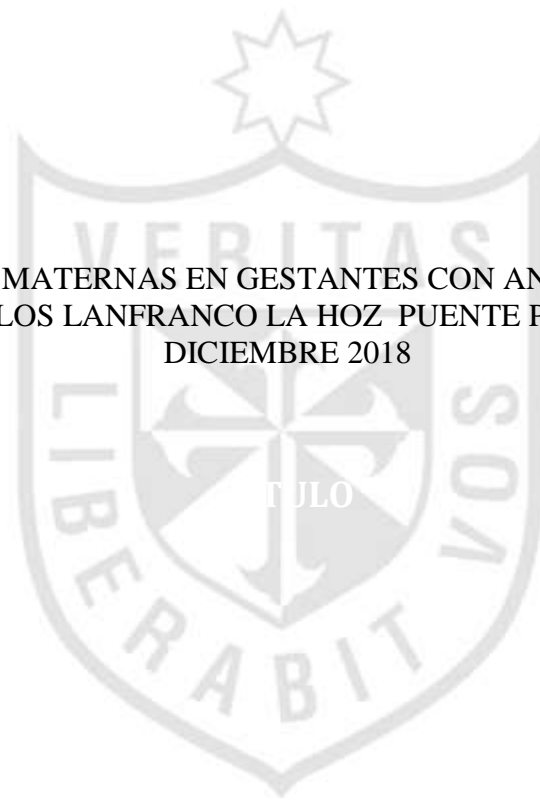
**PRESENTADO POR
SHAROL IVONNE TORRES FLORES**

**TRABAJO ACADÉMICO⁴ PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIEGO OBSTÉTRICO**

LIMA – PERÚ

2019

CARACTERÍSTICAS MATERNAS EN GESTANTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ PUENTE PIEDRA, SETIEMBRE -
DICIEMBRE 2018



ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Mg. José Orestes Torres Solís

Miembros del jurado

Presidente	:	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Vocal	:	Dra. Obst. Mirtha Muñoz Hidrogo
Secretaria	:	Dr. Obst. Pedro Bustíos Rivera



DEDICATORIA

Con mucho cariño a Dios, por brindarme salud y poder lograr mis objetivos, a mis padres por ser el pilar fundamental para seguir adelante, a mis hermanos por su apoyo y palabras de aliento.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme guiado y cuidado a lo largo de mi camino.

Un agradecimiento a la Universidad de San Martín de Porres de la Facultad de Obstetricia y Enfermería, por habernos acogido en sus aulas, a los docentes por la enseñanza brindada durante el tiempo de estudio.

De manera muy especial a mi asesor Mg. José Orestes Torres Solís, por sus atinadas sugerencias y su constante perseverancia.

Al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por darme todas las facilidades para realizar mi Trabajo Académico.

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
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
III. RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSIÓN	20
V. CONCLUSIONES	25
VI. RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
VII. ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de página
Tabla 1.	Anemia en gestantes	11
Tabla 2.	Características sociodemográficos y sociales en gestantes con anemia	12
Tabla 3a.	Características gineco obstétricos con el grado de anemia en gestantes: ginecológicos	14
Tabla 3b.	Características gineco obstétricos con el grado de anemia en gestantes: obstétricos	15
Tabla 4.	Grado de severidad de anemia con la edad propia de la gestante	18
Tabla 5.	Consumo de micronutrientes de acuerdo al trimestre de gestación	19

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características maternas en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre – diciembre 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Mediante una ficha de recolección de datos se obtuvo información de 126 historias clínicas de gestantes con anemia. **Resultados:** 68.3% presentaron anemia leve, 30.2% anemia moderada y 1.5% anemia severa. El 45.2% tuvieron entre las edades de 19 a 26 años, 86.5% en unión conyugal, 90.5% amas de casa y 61.9% tuvieron nivel socioeconómico medio. De las gestantes con anemia leve 26.9% fueron multigestas, 26.2% sin paridad, 64.2% estuvieron en el tercer trimestre de gestación, 27.8% tuvieron de 4 a 6 controles prenatales y 64.3% recibieron suplementación. De las gestantes con anemia moderada, 13.5% fueron multigestas, 12.7% multíparas y 23% cursaban el tercer trimestre de gestación. Por último de las gestantes con anemia severa 1.6% fueron primigestas, no tenían paridad, cursaban el primer trimestre, no tuvieron controles prenatales y no recibieron suplementación de micronutrientes. **Conclusiones:** la anemia leve se vincula mayormente a madres multigestas, sin paridad que no siguieron un buen número de controles prenatales y que recibieron suplementación en el segundo trimestre de gestación.

Palabras claves: Características humanas, anemia, gestación.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal characteristics in pregnant women with anemia treated at the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, september - december 2018.

Methodology: Descriptive, observational, retrospective cross-sectional study. Using a data collection form, information was obtained from 126 medical records of pregnant

women with anemia. **Results:** 68.3% had mild anemia, 30.2% moderate anemia and 1.5% severe anemia. 45.2% had between the ages of 19 and 26, 86.5% in conjugal union, 90.5% housewives and 61.9% had medium socioeconomic status. Of pregnant women with mild anemia 26.9% were multigent, 26.2% without parity, 64.2% were in the third trimester of pregnancy, 27.8% had from 4 to 6 prenatal controls and 64.3% received supplementation. Of the pregnant women with moderate anemia, 13.5% were multigent, 12.7% multiparous and 23% were in the third trimester of pregnancy. Finally, of the pregnant women with severe anemia 1.6% were primitive, did not have parity, attended the first trimester, did not have prenatal controls and did not receive micronutrient supplementation. **Conclusions:** mild anemia is mostly linked to multigent mothers, without parity who did not follow a good number of prenatal controls and who received supplementation in the second trimester of pregnancy.

Keywords: Human characteristics, anemia, gestation.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud dispone que la anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos caen por debajo de un determinado valor y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo¹.

La anemia en nuestro país es vital para la salud pública afectando a todos los individuos, con su mayor predominio, en los niños menores y gestantes.

Según La Organización Mundial de la Salud afecta a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8 %, siendo la prevalencia en mujeres embarazadas el 41.8 % que corresponde a 56 millones de la población afectada². La prevalencia de anemia en el embarazo varía significativamente debido a la diferencia en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas³.

De acuerdo a otras investigaciones se informan que en Latinoamérica, la anemia ferropénica, viene afectando a las mujeres gestantes como uno de los grupos más desprotegidos; y dentro de este grupo, las mujeres mayores de 35 años tienen un factor de riesgo, debido a la mayor tasa de fecundidad frente a otros países más desarrollados⁴.

La Organización Mundial de la Salud refiere que la anemia ferropénica afecta al 30% de las mujeres en edad fecunda y el 42 % en las mujeres gestantes⁵.

En el documento normativo encontrado sobre la anemia con metas mundiales para el 2025, se ha publicado unas directrices que respaldan políticas de prevención y control de la anemia. La aplicación de las intervenciones en dichas directrices permitirá recuperar las concentraciones adecuadas de hemoglobina en los individuos y disminuir la prevalencia de anemia en la población⁶.

Según el diario El Comercio nos informa que la anemia en el Perú es un problema muy remoto donde los últimos reportes tres de cada diez mujeres en estado de gestación (29,6%) padecen de anemia, según indica la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, elaborada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁷.

En nuestro país dos de las principales causas de la anemia son el bajo consumo de hierro y su pobre calidad de origen vegetal y la elevada presencia de enfermedades infecciosas⁸.

De igual forma precisa que por lugar de residencia, Lima Metropolitana concentra la mayor cantidad de mujeres gestantes con anemia (23,1%), seguido de la selva (22,9%), la sierra y el resto de la costa (18,9%)⁷.

La anemia en gestantes tiene una alta probabilidad de que los niños nazcan prematuros o con bajo peso al nacer de acuerdo a literaturas encontradas la anemia es un riesgo de padecer incluso antes del embarazo⁹.

En tal sentido la anemia en el Perú es un problema, en donde muchos países y ciudades fomentan alianzas y sistemas para combatir la anemia, el interés de

realizar este trabajo es por el gran número de demanda de gestantes con anemia en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se contó con 21,653 gestantes donde la prevalencia fue 11.3% que equivale a 2,464 gestantes con anemia durante el año 2018, el cual se ha estudiado las características maternas en gestantes con anemia con la finalidad de detectar tempranamente esas características que se vinculan a la anemia. Siendo el problema de investigación planteado ¿Cuáles son las características maternas en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre - diciembre 2018?

El objetivo general fue, determinar las características maternas en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre – diciembre 2018.

La anemia es una de las alteraciones más comunes en la etapa del embarazo, especialmente en los países subdesarrollados, está coligado a elevadas tasas de mortalidad materna, de mortalidad perinatal, al bajo peso al nacer y a la mortalidad neonatal. A su vez tiene consecuencias en los logros educativos y el desarrollo del capital humano, en la productividad y calidad de vida de los peruanos en el futuro^{10, 11}.

Conociendo los determinantes de la anemia y los componentes estratégicos que involucran la participación de todos los sectores, es una condición necesaria para la comprensión del problema y la identificación de políticas públicas basadas en intervenciones efectivas que permitan abordar de una manera eficiente su reducción en el Perú¹⁰.

La importancia del trabajo académico radica en la poca existencia de estudios sobre este tema y el alta demanda en gestantes con anemia. Por esto el

motivo fundamental de este trabajo académico es la necesidad de conocer las características maternas, con el propósito de saber su situación actual y las posibles complicaciones.

Sensibilizar a las mujeres gestantes y responder a sus necesidades que garanticen sus derechos y potencien sus capacidades. A través del desarrollo de programas y estrategias que favorezcan la reducción de la prevalencia en gestantes con anemia.

Así mismo será un antecedente para futuras investigaciones y aporte para sistemas educativos sobre la anemia, centrado para una mejora calidad de vida para las gestantes.

Las limitaciones del presente estudio fueron el acceso a las historias clínicas, la falta de apoyo del personal de la unidad de estadística e informática y de las personas involucradas, la mala evolución de las historias clínicas y legibilidad de las mismas.

Los antecedentes hallados para la presente investigación fueron los siguientes:

Anlaakuu P, Anto F, en el 2017, Ghana, realizaron un estudio sobre “Anemia en el embarazo y factores asociados: reportó que 61.2 % tuvieron anemia leve, 37.2% moderada y el 1.6% severa, 54.6% tuvo nivel educativo a la secundaria, 69% trabajan por cuenta propia y 57.9% estaban casados. 47.4% fueron gestantes con 2 controles prenatales, 44.3% tuvieron más de 4 controles prenatales, 47.9% no tenían paridad y 35.3% eran primíparas anémicas¹².

Oluwafolahan S, Jide V, Shorunmu T, en el 2017, Nigeria, realizaron un estudio sobre “Anemia en el embarazo y sus factores asociados entre los clientes de atención primaria en Sagamu, Southwest”. Reportando que 64.6% tuvieron entre 21 a 30 años de edad, 98.5% casadas, 54.6% comerciantes, 59.2% tenían como nivel de instrucción a la secundaria y 40% fueron primíparas¹³.

Montalvo R, Ortiz M, et al, en el 2016, México, realizó una investigación reportando factores asociados a la anemia, 16 % fueron gestantes adolescentes menores de 19 años, 15% con escolaridad de 10 años a más, 16% solteras, 16% tenían como índice de masa corporal al bajo peso, sobrepeso y obesidad, 16% estuvieron en el segundo y tercer trimestre del embarazo, 15% sin embarazos como antecedente, 13% tuvieron periodo intergenésico más de 2 años, 13% iniciaron control prenatal en el primer trimestre de gestación y 17% no recibieron ingesta de hierro¹⁴.

Gómez I, Rosales S, et al, en el 2014, Perú, realizaron un estudio sobre “Nivel de hemoglobina de anemia en gestantes según características socio demográficas y prenatales”. Reportó que 31.2% fueron gestantes entre las edades de 15 a 19 años, 28.4% tuvieron nivel de instrucción a la primaria y secundaria. 27.7% hablaban quechua y 27.9% provenían de una zona urbana. 37.4% iniciaron control prenatal a partir del tercer mes, 25.2% no tuvieron paridad o solo un hijo vivo, 35.3% fueron gestantes con 40 semanas de embarazo y 29.9% no planificaron su embarazo¹⁵.

Soto J, en el 2018, Perú, realizó un estudio sobre “Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital San José”. Reportó que 78.9% presentaron anemia, gestantes que cursaban el

primer trimestre tuvieron mayor porcentaje de anemia 38.6%, las gestantes que tuvieron menos de 30 años fueron las que presentaron mayor anemia 54.6%, gestantes con índice de masa corporal de 25 a 29.9 fueron las que presentaron mayor porcentaje de anemia 36.3%, las gestantes multíparas fueron las que presentaron mayor porcentaje de anemia 61.7%, las gestantes que no presentaron control prenatal son las de mayor porcentaje de anemia 64.9%, gestantes que si presentaron periodo intergenésico son las que tuvieron mayor anemia 56.3%⁴.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño metodológico

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal.

2.2 Población y muestra

2.2.1. Población

Fueron poblaciones gestantes con anemia atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz y según la Oficina de Estadística de la Institución, aproximadamente se obtuvo 830 gestantes con anemia atendidas durante el periodo de estudio setiembre a diciembre 2018.

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:

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

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $p = 11\%$ proporción esperada ($p=0.11$)
- $q = 1 - p$ (en este caso es $1 - 0.11 = 0.89$)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la fórmula:

Redondeando: $n= 126$

Reemplazando los datos en la fórmula y teniendo en cuenta a las poblaciones gestantes con anemia atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz – puente piedra, setiembre – diciembre 2018 que acudieron al Hospital.

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.11 * 0.89 * 830}{(829) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.11 * 0.89}$$

$$n = \frac{312.15}{2.44}$$

$$n = 125.9$$

Redondeando: $n= 126$

Por ello la muestra representativa para nuestro estudio fueron 126 gestantes con anemia atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Historias clínicas de todas las gestantes con anemia atendidas en el periodo de estudio.
- Historias clínicas de gestantes con anemia y feto vivo.
- Historias clínicas de gestantes de todas las edades.

Criterios de exclusión.

- Historias clínicas de gestantes con mayor de 11 mg/dl de hemoglobina en el Hospital u otro Centro de Salud.
- Historias clínicas de gestantes con otras patologías no fueron consideradas para el estudio.
- Historias clínicas de gestantes con VIH o Tuberculosis.
- Historias clínicas donde no se encontraron los datos necesarios para la investigación.

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 – Universidad de San Martín de Porres a la oficina de Docencia e Investigación del hospital en estudio.

Nuestra técnica de recolección de datos de nuestro presente trabajo de investigación es un estudio documental en la cual se utilizó como instrumento conformado por una ficha de datos, la que se completó con información de las historias clínicas.

Consta:

- Características sociodemográficos y sociales: información personal y comportamiento humano de las gestantes participantes en el estudio.
- Características gineco obstétricos: Información ginecológicas y obstétricas que presentaron las gestantes participantes en el estudio.

2.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

La información se procesó a través de programa Microsoft Excel 2010, para posteriormente ingresar a la base de datos del programa SPSS versión 25, lo que nos proporcionó las tablas correspondientes.

La presentación de la información se distribuyó de acuerdo a las frecuencias relativas y absolutas, porcentajes de las variables estudiadas, al análisis nos proporcionó las tablas correspondientes.

2.6 Aspectos éticos

En la presente investigación se utilizó la ficha de datos, cuya historia clínica contenga los datos que se requieren para la investigación, en la cual no se necesitó consentimiento informado; sin embargo existe el compromiso que los datos obtenidos sólo sean usados para esta investigación asegurando la identidad y confidencialidad que se merecen las gestantes de tal manera buscamos el bienestar de la población para la prevención de nuestro tema de investigación del mismo modo que no producimos daño ni dolor ya que contamos con la aprobación del comité de ética e investigación de dicha institución la cual no se brindó nombres, en tal sentido será de forma anónima para la obtención de resultados.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de Anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre- diciembre 2018

ANEMIA	Frecuencia	%
Leve	86	68.3
Moderada	38	30.2
Severa	2	1.5
TOTAL	126	100

Fuente: Elaboración propia

Del 100% (126) de gestantes con anemia, 68.3% (86) tuvieron anemia leve, 30.2% (38) anemia moderada y 1.5% (2) anemia severa.

Tabla 2. Características sociodemográficos y sociales en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre- diciembre 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIALES		ANEMIA	
		Frecuencia	%
Edad	15 a 18 años	18	14.3
	19 a 26 años	57	45.2
	27 a 34 años	30	23.8
	35 a más	21	16.7
Estado Civil	Sin unión	17	13.5
	En un unión	109	86.5
Grado de instrucción	Primaria	15	11.9
	Secundaria	93	73.8
	Superior Univ.	10	7.9
	Superior No	8	6.4
Ocupación	Ama de casa	114	90.5
	Trabajo depend.	3	2.4
	Trabajo Independiente	5	4
	Estudiante	4	3.1
Índice de masa corporal	Bajo peso	2	1.6
	Normal	47	37.2
	Sobrepeso	59	46.8
	Obesidad	18	14.3
Lugar de procedencia	Rural	59	46.8
	Urbano	67	53.2
Nivel socioeconómico	Baja	48	38.1
	Media	78	61.9
Consumo de sustancias tóxicas	Niega	126	100
TOTAL		126	100

Fuente: Elaboración propia

- Del 100% (126) de gestantes en el estudio, 45.2% (57) tuvieron de 19 a 26 años y en menor porcentaje 14.3% (18) con anemia que oscilaban entre las edades de 15 a 18 años.
- Podemos observar que la mayoría de gestantes con anemia estuvo en unión conyugal que representó el 86.5% (109) y el menor porcentaje sin unión conyugal que representó el 13.5% (17).
- El 73.8% (93) tuvieron nivel de instrucción secundario mientras que el menor número correspondió al 6.4% (8) con superior no universitario.
- El 90.5% (114) fueron gestantes que se dedicaban a sus hogares mientras que el menor número correspondió al 2.4% (3) que contaban con trabajo dependiente es decir trabajan para una empresa o negocio.
- El 46.8% (59) de gestantes con anemia tuvieron sobrepeso y en menor porcentaje 1.6% (2) con bajo peso.
- El 53.2% (67) de gestantes provienen de una zona urbana mientras que 46.8% (59) de una zona rural, fuera de la zona de estudio y/o departamento de lima.
- Del 100% (126) de gestantes con anemia, 61.9% (78) tuvieron un nivel socioeconómico medio y 38.1% (48) bajo nivel socioeconómico.
- Finalmente del 100% (126) gestantes con anemias todas niegan tener algún consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol y las drogas.

Tabla 3a. Características gineco obstétricos con el grado de anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre- diciembre 2018

Ginecológicos

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICOS		ANEMIA					
		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Menarquía	09- 13 años	48	38.1	25	19.8	2	1.6
	14 – 16 años	34	27	13	10.3	0	0
	17 – 19 años	4	3.2	0	0	0	0
Edad 1°	10 – 19 años	79	62.7	35	27.8	2	1.6
relación sexual	20 – 35 años	7	5.6	3	2.3	0	0
Total		86	100	38	100	2	100

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que del 100% (126) de gestantes con anemia 38.1% (48) iniciaron su primera menstruación en el rango de 9 a 13 años de edad y tuvieron anemia leve, mientras que el menor porcentaje correspondió al 1.6% tuvieron anemia severa y oscilan entre las edades de 9 a 13 años en la que iniciaron su primera menstruación.

Del 100% (126) de gestantes con anemia, 62.7% (79) iniciaron su primera relación sexual en las edades de 10 a 19 años y tuvieron anemia leve mientras que el menor porcentaje correspondió al 1.6% (2) iniciaron su primera relación sexual entre la edades de 10 a 19 años y tuvieron anemia severa.

Tabla 3b. Características gineco obstétricos con el grado de anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre- diciembre 2018

Obstétricos

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICOS		ANEMIA					
		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Número de gestaciones	Primigesta	20	15.9	7	5.6	2	1.6
	Segundigesta	32	25.4	14	11.1	0	0
	Multigesta	34	26.9	17	13.5	0	0
N° de paridad	Para cero	33	26.2	11	8.7	2	1.6
	Primipara	23	18.3	11	8.7	0	0
	Múltipara	30	23.8	16	12.7	0	0
Periodo Inter-genésico	6 meses	1	0.8	1	0.8	0	0
	1 a 2 años	25	19.8	12	9.5	0	0
	3 a 4 años	16	12.7	4	3.2	0	0
	5 a más	22	17.5	13	10.3	0	0
	Ninguno	22	17.5	8	6.3	2	1.6
Antecedente de aborto	0	61	48.4	28	22.2	2	1.6
	1 a 2	25	19.8	10	7.9	0	0
Edad gestacional	I trimestre	3	2.3	2	1.6	2	1.6
	II trimestre	2	1.6	7	5.6	0	0
	III trimestre	81	64.2	29	23	0	0
Número de controles prenatales	0	5	4	6	4.8	2	1.6
	1 a 3	16	12.7	9	7.1	0	0
	4 a 6	35	27.8	10	7.9	0	0
	7 a más	30	23.8	13	10.3	0	0
Suplemento de micronutrientes	Si	81	64.3	32	25.4	0	0
	No	5	3.9	6	4.8	2	1.6
Total		86	100	38	100	2	100

Fuente: Elaboración propia

- Del 100% (126) de gestantes con anemia el mayor porcentaje correspondió al 26.9% (34) fueron multigestas que tuvieron anemia leve mientras que el menor porcentaje correspondió al 1.6% (2) fueron primigestas que tuvieron anemia severa.
- Podemos observar que el mayor número que representó 26.2% (33) no tuvieron paridad y tuvieron anemia leve mientras que el menor número que representó 1.6% (2) no tuvieron paridad y tuvieron anemia severa.
- De las gestantes con anemia el mayor número que representó 19.8% (25) tuvieron un periodo intergenésico de 1 a 2 años que tuvieron anemia leve mientras que el menor número que representó 1.6% (2) no tuvieron periodo intergenésico y tuvieron anemia severa.
- De las gestantes con anemia el mayor número que representó 48.4% (61) no tuvieron antecedente de aborto y tuvieron anemia leve mientras que el menor número que correspondió 1.6% (2) no tuvieron antecedente de aborto y tuvieron anemia severa.
- De las gestantes con anemia el mayor número que representó 64.3% (81) fueron gestantes que estaban en el tercer trimestre del embarazo que tuvieron anemia leve mientras que el menor número que representó 1.6% (2) fueron gestantes que estaban en el primer trimestre del embarazo que tuvieron anemia severa.
- Podemos observar de las gestantes con anemia el mayor número que representó 27.8% (35) recibieron de 4 a 6 controles prenatales que tuvieron anemia leve mientras que el menor número que correspondió 1.6% (2) no recibieron controles prenatales y tuvieron anemia severa.

- Finalmente de las gestantes con anemia el mayor número que representó 64.3% (81) recibieron suplementación de micronutrientes que tuvieron anemia leve mientras que el menor número que correspondió 1.6% (2) no recibieron suplementación de micronutrientes y tuvieron anemia severa.



Tabla 4. Grado de severidad de anemia con la edad propia de las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre- diciembre 2018

EDAD	Leve		Moderada		Severa	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 18 años	8	6.3	8	6.3	2	1.6
19 a 26 años	44	34.9	13	10.3	0	0
27 a 34 años	20	15.9	10	7.9	0	0
35 a más años	14	11.1	7	5.6	0	0
TOTAL	86	100	38	100	2	100

Fuente: Elaboración propia

Del 100% (126) de gestantes que tuvieron anemia el mayor porcentaje que correspondió 34.9% (44) fueron gestantes que oscilaban entre las edades de 19 a 26 años (etapa adulta) y tuvieron anemia leve mientras que el menor porcentaje que correspondió 1.6% (2) fueron gestantes que oscilaban entre los 15 a 18 años (etapa adolescente) y tuvieron anemia severa.

Tabla 5. Consumo de micronutrientes de acuerdo al trimestre de embarazo en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, setiembre-diciembre 2018

TRIMESTRE DE GESTACIÓN	ANEMIA	
	Frecuencia	%
I TRIMESTRE	43	34.1
II TRIMESTRE	51	40.5
III TRIMESTRE	19	15.1
TOTAL	113	89.7%

Fuente: Elaboración propia

* el 10.3% (13) de la población gestante con anemia no recibieron suplementación

Del 100% (126) de gestantes con anemia 89.7% (113) gestantes con anemia que si recibieron suplementación de micronutrientes el mayor número que correspondió 40.5% (51) recibieron suplementación en el segundo trimestre del embarazo mientras que el menor porcentaje que correspondió 15.1% (19) recibieron suplementación en el tercer trimestre del embarazo.

IV. DISCUSIÓN

Literaturas encontradas a nivel de Latinoamérica la prevalencia de anemia gestantes es de 42% respectivamente⁵. En el Perú la prevalencia nacional de anemia en gestantes es de 29.6%, mientras que en Lima Metropolitana concentra el mayor porcentaje seguido de la selva con un 22.9% y la costa con un 18.9%⁷.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con el objetivo de determinar las características maternas en gestantes con anemia atendidas en el periodo, setiembre – diciembre 2018.

En la Tabla 1, se observó del 100 % de gestantes con anemia en estudio 68.3% fueron gestantes con anemia leve, 30.2% anemia moderada y el 1.5 % anemia severa asemejándose al estudio realizado en el Hospital Municipal de Sunyani, 61.2% tuvieron anemia leve, 37.2% anemia moderada y 1.6% anemia severa¹² y Montalvo R et al.¹⁴ en el 2016, reportó que el 76 % de gestantes tuvieron anemia leve, 24% anemia moderada y el 0% anemia severa.

En la Tabla 2, al analizar la variable edad se observó que cuya gestantes estaban en los intervalos de 19 a 26 años que tenían más anemia que las de 15 a 18 años de edad, no encontrándose un vínculo con la edad y la anemia a diferencia de Gómez I et al.¹³ en el 2014, refiere que su mayoría 31.2% de gestantes con

anemia tuvieron entre 15 a 19 años de edad y 24.9% entre las edades de 20 a 29 años y Oluwafolahan S et al.¹⁵ en el 2017, reportó que 64.5% cursaban entre los 21 a 30 años de edad, no pudieron establecer un vínculo entre dichas edades y a la anemia.

Con respecto al estado civil de las gestantes con anemia según la presencia de unión o no conyugal fue significativamente mayor de las que tenían unión conyugal, datos similares a nuestro estudio Oluwafolahan S et al.¹⁵ en el 2017, reportó que 98% están en unión conyugal y 1.5% sin unión conyugal, por lo tanto estos resultados nos indica que el estado civil de la gestante no tiene un vínculo directo con la anemia.

En cuanto al grado de instrucción las gestantes con nivel secundario son las que presentaron mayor porcentaje de anemia, otros estudios similares al nuestro realizado por Oluwafolahan S et al.¹⁵ en el 2017, reportó que 59.2% tuvieron nivel secundario y 6.2% sin formación educativa, datos brindamos por nuestro estudio y las del autor podemos observar que el grado de instrucción no tiene vinculación directa para el porcentaje de anemia.

La ocupación en gestantes con anemia la mayor frecuencia fueron gestantes amas de casa con 90.5% a pesar de contar con disponibilidad para cuidar de su salud se encontró vinculo para tener más anemia de las cuentan con trabajo dependiente, a diferencia de Oluwafolahan S et al.¹⁵ en el 2017, refiere que si existe un vínculo directo con la anemia encontrándose 54.6% de gestantes con anemia eran comerciantes y 10% eran profesionales.

Es verdaderamente significativo observar que más de la mitad de las gestantes no cuentan con un empleo o trabajo remunerado y se dedican a oficios

domésticos y al cuidado de la familia cumpliendo un patrón característico que a pesar de tener mucho más tiempo dedicadas a sus familias mayor es el porcentaje de anemia.

Con respecto al índice de masa corporal de la gestante con anemia 46.8% tuvieron sobrepeso, datos similares por Soto J⁴ en el 2018, encontró que 36.3% tuvieron sobrepeso datos proporcionados por nuestro estudio y las del autor coinciden que sí existe similitud para tener mayor porcentaje de anemia.

El lugar de procedencia de mayor porcentaje de anemia fue de la zona urbana con un 53.2% datos similares encontrados por Gómez I et al.¹³ en el 2014, refiere que 27.9% provienen de una zona urbana, datos proporcionados por nuestro estudio y del autor el lugar de procedencia no tiene un vínculo con la anemia.

Por último en cuanto al nivel socioeconómico las gestantes con mayor frecuencia de anemia fueron gestante con nivel socioeconómico medio con 61.9% de las que tuvieron un bajo nivel socioeconómico, podemos decir que no existe un vínculo directo con la anemia y en el consumo de sustancias tóxicas 100% de gestantes niegan haber consumo de forma frecuente estas sustancias.

En la Tabla 3a, características gineco obstétricos con el grado de anemia: ginecológicos; en gestantes cuya edad de inicio de la menarquía y con mayor frecuencia estaban en los intervalos de 09 a 13 años con anemia leve, de las que tuvieron anemia severa con menor porcentaje, podemos decir no existe un vínculo directo con la anemia, en cuanto a la edad de primera relación sexual, el mayor porcentaje se observa que 62.7% de gestantes iniciaron su primera relación sexual a partir de los 10 a 19 años de edad que tuvieron anemia leve a diferencia de la

anemia severa con 1.2%, datos obtenidos no existe un vínculo para tener más anemia.

En la Tabla 3b, características gineco obstétricos con el grado de anemia: obstétricos; en gestantes se observa que 26.9% fueron multigestas con anemia leve que las que tenían menor porcentaje eran primigestas con anemia severa, podemos decir que sí existe un vínculo directo en cuando al número de gestas y la anemia.

En cuanto a la paridad de la gestante podemos decir que no existe relación si tuvieron paridad o no con la anemia, en mayor porcentaje en gestantes con anemia leve y con para cero, datos similares a nuestro estudio Anlaakuu P et al.¹³ en el 2017, reportó que 47.9% de gestantes anémicas no tenían paridad¹², a diferencia de Gómez I et al.¹³ en el 2014, refiere que 31.1% eran multíparas, Oluwafolahan S.¹⁵ en el 2017, reportó que 40% eran gestantes anémicas primíparas y Soto J⁴ en el 2018, refiere que 61.7% fueron multíparas, por lo tanto ellos refieren que sí existe un vínculo directo con la paridad y la anemia.

En cuanto al periodo intergenésico podemos decir que sí existe un vínculo entre el periodo intergenésico y la anemia con mayor frecuencia en gestante con anemia leve que estuvieron en el rango de 1 a 2 años, estudios silamilaes a nuestro tema Soto J⁴ en el 2018, reportó que la gestantes que sí tuvieron periodo intergenésico son las que tuvieron mayor porcentaje de anemia con 56,3% y Montalvo R et al.¹⁴ en el 2016, reportó 13% de gestantes con anemia tuvieron mayor de 2 años como periodo intergenésico.

Como antecedente de pérdidas (aborto) podemos decir que en cuanto menor número de pérdidas exista, mayor es el porcentaje de anemia quiere decir que no existe un vínculo directo entre el número de pérdidas y la anemia.

Con respecto a la edad gestacional, en cuanto más avance la gestación mayor es el porcentaje de anemia, es decir que sí existe un vínculo directo entre la edad gestacional y la anemia a diferencia de Soto J⁴ en el 2018, encontró que las gestantes que cursaban el primer trimestre tuvieron mayor porcentaje de anemia con 38,6%.

En cuanto al número de controles prenatales podemos decir que en cuanto menos es el número de controles acudidos mayor es el porcentaje de anemia, es decir que sí tiene un vínculo directo con la anemia y el número de controles, datos similares a nuestro estudio Soto J⁴ en el 2018, reportó que gestantes con anemia 64.9% fueron de mayor porcentaje que no tuvieron controles prenatales.

Con respecto a la suplementación de micronutrientes mayor es el porcentaje de anemia de las que sí recibieron suplementación con 64.3% con anemia leve, a pesar de estar indicado como dosis profiláctica, sigue habiendo anemia durante la gestación ello la deficiencia de nuestra salud y la adherencia del tratamiento profiláctico, a diferencia de Montalvo R et al.¹⁴ en el 2016, encontró que 17% de gestantes con anemia no tuvieron ingesta de hierro durante su embarazo, refiere que sí existe relación entre la ingesta de hierro y la anemia.

En la Tabla 4, grado de severidad de anemia con la edad propia de la gestante podemos decir que la edad con el grado de severidad de la anemia no tiene un vínculo directo ya que la mayor frecuencia fueron la edades de 19 a 26 años con anemia leve a diferencia de las que tuvieron anemia severa con menor porcentaje entre las edades de 15 a 18 años.

En la Tabla 5, consumo de micronutrientes de acuerdo al trimestre embarazo podemos decir que sí existe un vínculo directa con la anemia, en cuanto mayor tiempo pase para el consumo de micronutrientes mayor es el porcentaje de anemia.

V. CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación se arribaron a las siguientes conclusiones:

- La frecuencia de anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en su mayoría de porcentaje presentaron anemia leve.
- Entre la características sociodemográficos y sociales en gestantes nos indicó que las gestantes con unión conyugal tuvieron más anemia que su contraparte que no tuvieron unión conyugal.
- A pesar de contar con mayor disponibilidad para cuidar de su salud las amas de casa registraron el mayor porcentaje de anemia a diferencia de las que trabajan dependientemente.
- Las gestantes con mayor porcentaje que tuvieron más anemia fueron de nivel socioeconómico medio que su contraparte que tuvieron bajo nivel socioeconómico es decir el hecho de tener mayores ingresos a los hogares no necesariamente tengan menor porcentaje de anemia.
- Las características gineco obstétricos con el grado de anemia en gestante: obstétricos, nos indicó que las gestantes sin paridad registran el mayor porcentaje de anemia leve a comparación de las que tuvieron anemia severa con un menor porcentaje cabe resalta que la paridad no necesariamente es símbolo de tener anemia.

- Las gestantes sin antecedente de aborto son las que registraron mayor porcentaje de anemia leve cabe indicar una vez más que el número de pérdidas no es significativamente relacionado a anemia.
- La anemia leve aumentaba en conforme más edad gestacional tuvieron a diferencia de su contraparte que tuvieron anemia severa y estaban en el primer trimestre de gestación.
- El consumo de micronutrientes de acuerdo al trimestre de embarazo nos indicó que en cuanto mayor era el tiempo que evite su consumo mayor era el porcentaje de anemia.



VI. RECOMENDACIONES

Al profesional obstetra del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz:

- Realizar charlas educativas a la población gestante en general y la captación de gestantes sobretodo en la etapa inicial de su embarazo.
- Seguir promocionando la consejería especializada para concientizar la importancia del uso y consumo de alimentos rico en hierro así como la administración de micronutrientes preventivo de ácido fólico y hierro.
- Fortalecer la consejería en planificación familiar y consejería en salud sexual y reproductiva que incluya planificar un embarazo a una edad adecuada.
- Determinar con exactitud los niveles de hemoglobina durante el periodo de la gestación para así determinar de forma precoz la anemia y brindar tratamiento oportuno y eficaz.
- Promover estudios que determinen y evalúen la adherencia de los suplementos de micronutrientes en gestantes.
- Dar las facilidades para los profesionales obstetras, para realizar trabajo de campo e identificar los factores de riesgos en gestantes.
- Establecer brigadas para los profesionales a la captación de población gestante vulnerable.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2011. Concentraciones de la hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. [citado el 23 de Marzo del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2008. Sistema de información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales [citado el 23 de Marzo del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2008. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. [citado el 25 de Marzo del 2019]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/medical-problems-during-pregnancy/anaemia-during-pregnancy-0>
4. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San José Callao – Lima 2016. [Internet] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. [citado el 26 de marzo 2019].Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1256/161%20SOTO%20RAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Ginebra; 2014. Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del niño pequeño. [citado el 26 de marzo 2019]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf;jsessionid=F3625821168730CE525663A4656CEF01?sequence=1

6. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2017. Documento normativo sobre Anemia: metas mundiales de nutrición 2025. Informe de un grupo de científicos de la OMS. [citado el 28 de marzo 2019]. Disponible en: https://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf
7. El Comercio. [Internet] Perú; 2018. El 29 % de las gestantes en el Perú tienen anemia. [citado el 30 de marzo 2019]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/29-6-mujeres-gestantes-peru-anemia-noticia-543236>
8. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. [Internet] Perú; 2018. Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia. [citado el 23 de Marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>
9. Arana A, Gómez S. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestante adolescentes de 13 – 19 años. Ciencias Med. [Internet]. 2017. [citado el 01 de abril del 2019];3(4):431-447. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325495>
10. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú; 2017 Documento Técnico: Plan Nacional para la reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017- 2021. Biblioteca Nacional del Perú. [citado el 01 de abril del 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

11. Montano G. Asociación entre anemia y complicaciones materno fetales en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión 2017. [Internet]. Lima; Universidad Ricardo Palma; 2018. [citado el 03 de abril 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1177/108%20TESIS%202018%20Giuliana%20Montano%20Vega.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Anlaaku P, Anto F. Anaemia in pregnancy and associated factors: a cross sectional study of antenatal attendants at the Sunyani Municipal Hospital. Rv. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [Internet] 2017. [citado el 03 de Abril 2019]; 10: 402. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5553653/>
13. Oluwafolahan S, Jide V. Anemia in pregnancy and its associated factors among primary care clients in Sagamu, Southwest, Nigeria: A facility-based study. Us Nat. Libr. Of Med. Nat. Inst. Of Heal. [Internet].2017. [citado el 05 de abril 2019]; 149(3):513-521. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5749080/>
14. Montalvo R, Ortiz M. Prevalence and itiology of anemia in pregnant women given care in first level clinic. Rev. Hematol. [Internet]. 2016. [citado el 04 de abril 2019]; 17(2):107-113. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Gonzalez_Pedraza_Aviles/publication/305636736_Rosas-Montalvo_M_Ortiz_Zaragoza_MC_Davila-Mendoza_R_Gonzalez-Pedraza-Aviles_A_Prevalencia_y_factores_predisponentes_de_anemia_en_el_embarazo_en_una_clinica_de_primer_nivel_Rev_Hematol_Mex_2016_abr1721/links/57966d9808aeb0ffcd059169.pdf

15. Gómez I, Rosales S. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio- demográficas y prenatales. Rv. Per. Epidemiol. [Internet] 2014. [citado el 04 de abril del 2019]; 18 (2): 1- 6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131877003>



VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

FICHA DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

a)	<i>Edad</i>	:	_____ años		
b)	<i>Estado civil</i>	:	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada
			<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Viuda
c)	<i>Grado de Instrucción</i>	:	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Superior No Universitario	
			<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Superior Universitario	
			<input type="checkbox"/> Secundaria		
d)	<i>Ocupación</i>	:	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	
			<input type="checkbox"/> Trabajo dependiente	<input type="checkbox"/> Estudiante	
e)	<i>Índice de masa corporal</i>	:	<input type="checkbox"/> Bajo peso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> obesidad
f)	<i>Lugar de procedencia</i>	:	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbano	
g)	<i>Nivel socioeconómico</i>	:	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
h)	<i>Consumo de sustancias tóxicas</i>	:	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Niega

II. CARACTERÍSTICAS GÍNECO- OBSTÉTRICOS

a)	<i>Edad de la primera menstruación</i>	<input type="checkbox"/> 09 – 13 años	<input type="checkbox"/> 14 – 16 años
		<input type="checkbox"/> 17 – 19 años	
b)	<i>Edad de la primera relación sexual</i>	<input type="checkbox"/> 10 – 19 años	<input type="checkbox"/> 20 – 35 años
		<input type="checkbox"/> 36 a más años	
c)	<i>Número de gestaciones</i>	<input type="checkbox"/> 1 gesta	<input type="checkbox"/> 2 gestas <input type="checkbox"/> 3 a más gestas
d)	<i>N° de paridad</i>	<input type="checkbox"/> Para cero	<input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multípara
e)	<i>Periodo intergenésico (después de cuánto tiempo se ha vuelto a embarazar)</i>	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 3 a 4 años
		<input type="checkbox"/> 5 a más	<input type="checkbox"/> Ninguno
f)	<i>Antecedente de aborto (número de pérdidas que padeció la gestante)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a más
g)	<i>Edad gestacional (semanas)</i>	_____	
h)	<i>Número de controles prenatales</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a más
i)	<i>Suplemento de Micronutrientes</i>	<input type="checkbox"/> Sí (a partir de qué edad gestacional) : _____	
		<input type="checkbox"/> No	

III. ANEMIA:

<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Anemia	Disminución de la hemoglobina	Cantidad disminuida de glóbulos rojos, como una concentración disminuida de hemoglobina en la sangre.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leve ✓ Moderada ✓ Severa 	Ordinal	Ficha de Datos
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIALES	Edad	Tiempo de vida de la persona contando desde su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 15 a 18 años ✓ 19 a 26 años ✓ 27 a 34 años ✓ 35 a más años 	Intervalo	Ficha de datos
	Estado civil	Relación con la situación conyugal de la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Casada ✓ Conviviente ✓ Separada ✓ Divorciada ✓ Viuda 	Nominal	
	Grado de instrucción	Nivel más alto alcanzado por la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin estudios ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Superior no Univ. ✓ Superior Univ. 	Ordinal	
	Ocupación	Actividad que realiza la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ama de casa ✓ Trabajo dependiente ✓ Trabajo independiente ✓ Estudiante 	Nominal	
	Índice de masa corporal	Índice de masa corporal de la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normal ✓ Bajo peso ✓ Sobrepeso ✓ Obesidad 	Nominal	
	Lugar de procedencia	El origen de donde nace o deriva la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rural ✓ Urbana 	Nominal	
	Nivel socio económico	Nivel social de la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja ✓ Media ✓ Alta 	Ordinal	

	Consumo de sustancias tóxicas.	Sustancias que alteran el comportamiento y emociones de la gestante.	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Drogas <input checked="" type="checkbox"/> Niega	Nominal
2. CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS	Menarquía	Edad de la gestante en que le produjo el primer sangrado menstrual.	<input checked="" type="checkbox"/> 09- 13 años <input checked="" type="checkbox"/> 14- 16 años <input checked="" type="checkbox"/> 17- 19 años	Intervalo
	Inicio relación sexual	Edad de la gestante en que inició actividad sexual.	<input checked="" type="checkbox"/> 10- 19 años <input checked="" type="checkbox"/> 20 a 35 años <input checked="" type="checkbox"/> 36 a más	Intervalo
	Nº de gestaciones	Número de gestaciones que haya tenido la gestante.	<input checked="" type="checkbox"/> Primigesta <input checked="" type="checkbox"/> Segundigesta <input checked="" type="checkbox"/> Multigesta	Ordinal
	Nº de paridad	Número de partos que haya tenido la gestante, ya sea por vía vagina, abdominal.	<input checked="" type="checkbox"/> Para cero <input checked="" type="checkbox"/> Primípara <input checked="" type="checkbox"/> Multípara	Intervalo
	Periodo intergenésico	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	<input checked="" type="checkbox"/> 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 2 años <input checked="" type="checkbox"/> 3 a 4 años <input checked="" type="checkbox"/> 5 a más <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	Ordinal
	Antecedente de aborto	Perdidas gestacionales que padeció la gestante.	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 a más	Ordinal
	Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde el comienzo del embarazo.	<input checked="" type="checkbox"/> EG: ____	Ordinal
	Nº de CPN	Número de controles que la gestante lleva durante su gestación.	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 a 6 <input checked="" type="checkbox"/> 7 a más	Ordinal
	Suplemento de micronutrientes	Ingesta de hierro elemental durante su gestación.	<input checked="" type="checkbox"/> Si / EG: <input checked="" type="checkbox"/> No	Nominal

ANEXO 3: DOCUMENTO DE PERMISO POR LA INSTITUCIÓN



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° 226- 05/19-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, 28 de Mayo de 2019

Por el presente me dirijo a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacerle de su conocimiento que la **Srta. Sharol Ivonne Torres Flores**, de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – Sección Posgrado de la **Universidad San Martín de Porres**, quien realizará su proyecto de tesis titulado **"Características Maternas en Gestantes con Anemia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra, Setiembre – Diciembre 2018."**, por lo que solicito les de las facilidades de acceder a los archivos relacionados con el proyecto de tesis.

Atentamente,

Lany Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

LSEIhh
C.c.
Archivo

www.hospitalpuentepiedra.gob.pe

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