

UNIVERSIDAD PERUANA
DEL CENTRO

Ex Umbra In Solem



**“ANEMIA EN PRIMIGESTAS Y SU CORRELACIÓN
CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO
INFANTIL EL CARMEN DE ENERO A JUNIO DEL
2017”**

TESIS

PRESENTADA POR LA BACHILLER

ORTIZ CARRILLO ELIZABETH PRESCILA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUANCAYO - PERÚ

2018

ASESORAS DE TESIS:

MG. GINA LEON UNTIVEROS

MG. IRIS ROSALES PARIONA

JURADOS

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

A mi madre quien con su amor, constancia y comprensión me instruyo que en esta vida todo sacrificio tiene su compensación.

A mi hijo Diego por su bondad y por ser mi motivación y la razón de mi persistencia incesante.

A mis familiares y amigos que en algún momento me alentaron y apoyaron en el trayecto de mi vida universitaria.

AGRADECIMIENTO

Ante todo, agradezco a Dios, por mi existencia y la buena salud que me brinda todos los días, para así poder lograr conseguir mis objetivos trazados.

A mi madre, le doy las gracias por su sacrificio, aliento, querer y comprensión, virtudes que me brindo para el cimiento de mi vida profesional.

INDICE

ASESORAS DE TESIS:.....	2
JURADOS.....	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
INDICE DE CUADROS.....	8
INDICE DE GRÁFICOS.....	9
RESUMEN.....	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	14
1.3 JUSTIFICACION.....	15
1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.	16
1.5 OBJETIVOS:.....	16
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.	16
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 ANTECEDENTES.....	18
2.2. BASE TEÓRICAS.....	23
2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS	42

2.4. HIPÓTESIS.....	43
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	43
2.5. VARIABLES:.....	43
2.5.1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	44
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	46
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	46
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	47
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1. RESULTADOS.	48
4.2. DISCUSION.....	57
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1 CONCLUSIONES	62
5.2. RECOMENDACIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	69

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Anemia en primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.....	48
Cuadro 2: Peso del recién nacido en las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.....	50
Cuadro 3: Factores sociodemográficos en las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.....	52
Cuadro 4: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia y el peso de recién nacido de primigestas del HRDMI El Carmen de.....	53
Cuadro 5: Pruebas de correlación entre la anemia y peso del recién nacido.	56

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia en primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.	48
Gráfico 2: Diagrama de sectores de la muestra según el peso del RN en primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.....	50
Gráfico 3: Diagrama de la muestra según las características sociodemográficas.....	52
Gráfico 4: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia y el peso de recién nacido de primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.	54

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar la correlación que existen entre la anemia en el embarazo con el peso del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, se utilizó el método de estudio descriptivo correlacional de corte transversal, se tuvo como muestra 135 primigestas, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado utilizando el programa SPSS (V23). Resultados: El 50.0 %, tenían edades de 16 a 35 años, 69.6% eran convivientes y 63.7% con educación secundaria, el 54.8% no presentaron anemia, 34.8% tuvieron anemia leve y 10.4% anemia moderada, con respecto al peso del recién nacido, 74.8% tuvieron peso normal, 14.8% peso > 4000 gr, y 10.4% < 2500 gr. Conclusión: Existe una buena correlación entre la anemia leve y el peso del normal del recién nacido con un valor de $r = 0.855$ y un p valor = 0.042.

Palabras clave: Anemia, Primigestas, Peso, Recién Nacido.

SUMMARY

The objective of the present investigation was to analyze the relationship between anemia in pregnancy with the weight of the newborn in primigravids treated at the Maternal and Child Teaching Regional Hospital El Carmen, the cross-sectional descriptive study method was used. had as sample 135 primigravids, the instrument used was the data collection card, a univariate and bivariate statistical analysis was performed using the SPSS program (V23), results: 50.0%, had ages of 16 to 35 years, 69.6% were cohabitants and 63.7% with secondary education, 54.8% did not present anemia, 34.8% had mild anemia and 10.4% moderate anemia, with respect to the weight of the newborn, 74.8% had normal weight, 14.8% weight > of 3500 gr., and 10.4% <2500 gr., Conclusion: there is a good correlation between mild anemia and the normal weight of the newborn with a value of $r = 0.855$ and a p value = 0.042.

Keywords: Anemia, Primigravids, Weight, Newborn.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La anemia a nivel mundial es catalogada como un dilema de la salud pública porque se presenta en diferentes edades, la población más afectada son los niños < de 5 años y las mujeres gestantes, así mismo es causante de morbilidad ya sea materna o fetal que puede traer como consecuencia en el binomio madre o hijo, una discapacidad de por vida o muerte, en el año 2015 afecto a 1620 millones de individuos, de este total el 41.8% fueron grávidas y el 27% infantes < de 5 años de edad, al año alumbran alrededor de 20 000 000 de infantes con un peso < a 2.500 gr. El bajo peso al nacer se manifiesta en un 47% en países sub desarrollados y en un 7% en países con buena economía.

La anemia es una patología muy habitual durante la gestación y lactancia se presenta en los países sub desarrollados en un 52% y en los países con buena economía en un 23%. El organismo internacional encargado de la salud del sistema de las Naciones Unidas en el año 2016 alegó que la anemia fue causante de 115,000 muertes maternas al año a nivel mundial. En África la anemia se encuentra presente por deficiencia de hierro y la pobreza que afronta la población, en la India del total de su población de neonatos el 40% nacieron con BPN, en Latinoamérica se estima que del total de las muertes maternas al año el 3% son desencadenados por una anemia durante la gestación. (1)

Los neonatos que nacieron con BPN son proclives a perecer por presentar complicaciones después del nacimiento, como variaciones en el sistema inmune que traen como desenlace patologías como el

síndrome de insuficiencia respiratoria, diabetes mellitus y enfermedades del corazón. (2) (3)

En las naciones que se encuentran en desarrollo las cifras de la estadística de BPN son en un aproximado del 47% del total de los recién nacidos, esta realidad nos revela que esta problemática se da por la existencia de anemia durante la gravidez, patología que no fue detectada y controlada en su momento, una gestante con un bajo estatus económico, es una condición que hace más vulnerable para la existencia de estados carenciales (anemia) por el déficit de una alimentación apropiada durante la gravidez. (2) (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga a la anemia como una causa principal de discapacidad tanto en mujeres como en niños, la existencia de anemia durante la gravidez va depender del estilo de vida, la indigencia, grado de instrucción (analfabetismo), de un control prenatal deficiente y otros. (5)

El año 2015 en nuestro país se reportó que del total de RN vivos el 61% tuvieron un peso de (2500 gr - 3499 gr), el 32% nacieron con un peso (> de 3500gr), el 6% neonatos de (1500gr y 2499gr) y el 1% neonatos < de 1500gr. Junín reporto que de su población de neonatos vivos el (10.5%) tuvieron BPN, así mismo la región Huánuco como Ayacucho reportaron de su población de neonatos el (9.9%), fueron diagnosticados con BPN, Moquegua reporto el 2.2%. A nivel de las regiones geográficas en la sierra la estadística fue de 8.3% neonatos con BPN, de madres con residencia en áreas rurales (6)

Según el Sistema Nacional de Estadística – Informática de Perú, a través del documento Encuesta Demográfica y Salud Familiar - 2012 (ENDES - 2012), publico que el 17.7% de las féminas que tenían edades de 15 a 49 años tuvieron como diagnostico anemia, del total de las gestantes un 28.8% presentaron esta patología. En el año 2013 informa el Sistema de Información del Estado Nutricional – Perú (SIEN- Perú) el 30,5% del total de embarazadas en nuestro país presentaron anemia; la región Puno informo 48.4% de su población de gestantes presentaron anemia, Huancavelica reporto 47.5% y la región Ayacucho notifico el 42.6%, estadísticamente las cifras son superiores al 40%, motivo por lo cual esta patología es catalogada como un problema serio de salud pública. (1) (4)

En el año 2016 el departamento de estadística de la Dirección Regional de Salud - Junín (DIRESA – Junín), documento que la anemia en grávidas en nuestra región (Junín) las estadísticas se mantenían semejante al último año y ratifica que esta patología de 3 gestantes afecta a > 1 grávida. (7)

La deficiencia nutricional (anemia en gestantes) presenta como secuelas negativas un parto pretérmino o un niño con BP. Por ello el siguiente estudio de investigación pretende determinar la relación que coexiste entre la anemia y el peso al nacer.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la correlación que existe entre la anemia en el embarazo con el peso del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de enero a junio del 2017?

1.3 JUSTIFICACION.

La siguiente investigación tiene un significativo teórico porque nos da a comprender la relación que coexiste entre la anemia en mujeres que gestaron por primera vez con el peso del RN, estudio que posibilitara tener conocimientos más amplios de esta patología y su repercusión en las grávidas y RN de nuestra región - Junín, para de esta forma se pueda plantear a la ejecución de protocolos procedimentales, manuales de atención, manejo / tratamiento y reglamentos de atención con el único designio de cooperar a reducir las estadísticas crecientes de RN con bajo peso, originado por la coexistencia de anemia durante la gravidez.

El presente trabajo de investigación asistirá con cifras estadísticas reales y redundantes a la DIRESA - Junín, Universidad Peruana del Centro y HRDMI- El Carmen, antecedentes que se empleara como cimiento a posteriores estudios de investigación relacionados a la anemia en gestantes que gestaron por primera vez y RN con BPN.

El presente trabajo de investigación aspira descender las estadísticas de las complicaciones en RN con bajo peso, ocasionado por la coexistencia de anemia durante la gestación, a través del fortalecimiento en conocimientos al personal de la salud en los diversos niveles de atención para proporcionar una atención global, adecuada, continuo, con visión individual, familiar y la comunidad, así mismo una atención completa antes y durante el embarazo. Durante la gravidez el obstetra que brinda la atención del control del embarazo debe de efectuar

eficientemente, aplicando diversas acciones y consejos de prevención para evitar que la gestante presente anemia, como la administración del sulfato ferroso (FeSO_4), que debe de empezar a consumir la gestante a las 14 semanas de gestación (segundo trimestre), se les orientara a las grávidas a través de orientaciones y demostraciones la disposición de alimentos que contengan hierro, lavado de manos y se realizara un seguimiento apropiado para verificar la manipulación y consumo adecuado de los alimentos que contengan hierro.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

En la presente tesis no se halló limitación alguna, no hubo limitaciones o barreras (internas / externas), la contigüidad del HRDMI El Carmen posibilitó la realización de la ejecución del tema de investigación.

1.5 OBJETIVOS:

1.5.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar la correlación que existen entre la anemia en gestantes con el peso del recién nacido en primigestas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de enero a junio del 2017.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la anemia de las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.
- Identificar el peso de los recién nacidos de las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.

- Identificar los factores sociodemográficos de las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

Cárdenas S, en el año 2017. Su objetivo fue concretar si la deficiencia nutricional (anemia) en la gestación es una causa de riesgo vinculado al BPN en niños que nacieron en el Hospital de la Policía Nacional (PN) - Perú - Luis N. Sáenz, durante los meses de enero-2014 al mes de diciembre del año 2015. Utilizo un método de estudio de tipo longitudinal, analítico, retrospectivo, y observacional, trabajo con una muestra de 40 gestantes. Resultados: 15(37.5%) presentaron anemia leve, el 22(55%) fueron RN < de 36 semanas de gestación y 18(45%) fueron RN a término, la anemia durante el primer, segundo y tercer trimestre de gravidez es un determinante de riesgo sobre la presencia de BPN. Conclusiones: La presencia de anemia durante la gravidez es un factor determinante para la presencia de un producto de la concepción con BPN. (8)

Cahuapaza F, en el año 2017. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el peso y hemoglobina del RN con anemia de la madre en el último trimestre de la gestación realizado en el Hospital del seguro social de salud (Es Salud) nivel III - Juliaca durante los meses de enero-diciembre del 2017. Utilizo un tipo de estudio observacional analítico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Trabajo con una muestra de 172 historias clínicas. Resultado: la Hb de la madre en el último trimestre del embarazo fue de 14.19 g/dL, en cuanto a la anemia de la madre 43.6% presentaron anemia durante la gravidez, los RN presentaron un

promedio de peso al nacer de 3051 gr, y el 6.4% de los RN tuvieron BPN. Conclusión: según las estadísticas coexiste una relación relevante entre la anemia de la madre con la presencia de anemia en el RN. (9)

Ponte F, en el año 2017. Su objetivo fue concretar la asociación entre la anemia durante la gravidez y el peso del neonato realizado en el Hospital Regional D.A. Carrión – Pasco, durante enero - noviembre del año 2017. Utilizó el método de estudio de correlación, transversal y retrospectivo, trabajo con una muestra de 668 grávidas. Resultados: El promedio de peso de los neonatos fue de 3303 gr, el 69.2% sus edades se encontraban entre 20 a 34 años de edad, con estado civil convivientes, 76(53.1%), grado de instrucción secundaria 108(75.5%) se dedicaban a trabajos dentro del hogar, 122(85.3%), el 51.0% de las grávidas fueron diagnosticadas con anemia de un grado moderada. Conclusión: No existe relación entre la deficiencia nutricional (anemia) en grávidas y el peso del RN. (10)

Baldeon D, Mallqui J, en el año 2016. Su objetivo fue establecer el grado de anemia en la gravidez y su repercusión en el peso del neonato de gestantes que culminaron su embarazo en el Centro de Salud de la región Huánuco Aparicio Pomares investigación realizada durante los meses de enero a noviembre - 2015. Utilizo el método de estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y correlacional. Trabajó con 120 grávidas con diagnóstico de anemia. Resultados: conviviente 105 (88%), con grado de instrucción secundaria 31 (26%), antes de las 14 semanas de gestación presentaron el 4% anemia leve, 36% presentaron anemia leve entre 14 y 28 semanas de gestación y

62% en el último trimestre de gestación, también presentaron anemia leve. Conclusión: la deficiencia nutricional (anemia) durante la gravidez no interviene en el peso de los neonatos. (11)

Urdaneta J, Lozada M, Cepeda M, en el año 2015. Tuvieron como objetivo establecer la relación de la anemia de la gestante con el peso del neonato en grávidas > a 37 semanas de gestación que culminaron su embarazo en Hospital Quirúrgico y de Maternidad de Maracaibo - Venezuela. Utilizaron el método correlacional y transeccional, trabajaron con 200 grávidas en el primer periodo del trabajo de parto. Resultados: en cuanto al peso del RN se obtuvo con BPN 15(15%), peso adecuado 85(85%), el 33(33%) con educación secundaria no finalizada, los valores de Hb oscilaban entre $(8,4 \pm 1,0 \text{ (g/dL)})$. Conclusión: las grávidas con diagnóstico de anemia tuvieron un RN con BPN. (12)

Miranda A, en el año 2015. Tuvo como Objetivo: Identificar la asociación que existe entre la anemia durante la gravidez y el peso del RN investigación realizada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima, ejecutada de enero - diciembre del año 2014. Utilizo el método de estudio transversal, analítico, observacional, y retrospectivo tuvo como muestra 1702 grávidas. Resultados: La edad media que presentaron las grávidas fue de 24 a 48 años de edad, el 76% de las grávidas tuvieron un grado de instrucción secundaria, en cuanto al control del embarazo fue de 5 controles prenatal, el 90.39% tenían una edad gestacional \leq a 40 semanas de gravidez, el 94.5% de los RN fueron diagnosticados con una edad gestacional \leq a 40 semanas de gravidez (test de Capurro), en cuanto al peso del RN el 94.5% tenían un peso \geq 2500.gr, el 73.9%

de las madres tenían una Hb \geq 11 g/dL y 26.1% tuvieron diagnóstico de anemia en el último trimestre de gestación. Conclusión: La anemia de la grávida no es un factor para el diagnóstico de BPN. (13)

Yusa Y, en el año 2015. Su objetivo fue establecer la relación que existe entre los niveles de Hb de la madre con Hb y peso del neonato, investigación realizada en el Hospital San Bartolomé - Lima en el año 2015. El método que utilizó fue descriptivo, de corte transversal, retrospectiva, y correlacional. Trabajo con una muestra de 193 parturientas con Hb \leq a 10.9 g/dL. Resultados: 137 (71.0%) puérperas que presentaron Hb de (10.0-10.9 gr/dl), y 56 (29.0%) con Hb (8.0-9.9 g/dL). 45 (23.3%) puérperas con Hb (8.0-10.9 g/dL) cuyos neonatos tenían un peso de (1999-2999 gr). Conclusión: según el estudio hay relación de los niveles de Hb de la parturienta con el peso y la Hb del neonato. (14).

Torres C, en el año 2013. Su objetivo fue determinar el predominio de la anemia de la gestante sobre la salud de la neonata investigación realizada en el Hospital del Seguro (Es salud) de Juliaca – Arequipa durante el año 2012. Utilizó un estudio de tipo transversal, retrospectivo y observacional. Trabajo con una muestra de 260 gestantes con sus respectivos neonatos, obtuvo como resultados: Sobre la asociación de anemia con el peso del RN obtuvo 159(66.53%) presentaron anemia con un producto de \geq a 2500gr, 51.15%, presentaron anemia de grado leve, 11.15% tuvieron anemia de grado moderada y 5.38% presentaron anemia de grado severa. Conclusiones: Existe influencia entre la anemia materna y el BPN para la edad del embarazo. (15)

Albán S, Caicedo J, en el año 2013. Tuvieron como objetivo concretar la cantidad de anemia y causas de riesgo que se asocian entre sí, en grávidas que acudieron al Área de Salud N°1 de Pumapungo en Cuenca – Ecuador, grávidas que asistieron por consulta externa durante los años 2012-2013. Estudio de tipo asociativo y de prevalencia, trabajaron con 376 grávidas. Resultados 353 (94.41%) no presentaron anemia, 14 (60.9%) anemia de grado leve, 9 (39.1%), anemia de grado moderada y no se halló gestantes con diagnóstico de anemia con casos peligrosos o graves. Conclusión: que existe relación entre la anemia materna y el BPN. (16)

Manrique L, en el año 2012. Su objetivo fue establecer la relación que existe entre el nivel de Hb de la grávida y el peso del RN de las grávidas que culminaron su embarazo en el CS Imperial – Cañete - Lima, durante el 2012. Utilizo una metodología de tipo retrospectivo, no experimental, correlacional y descriptivo, trabajo con una muestra de 34 grávidas con diagnóstico de anemia. Resultados: el 82.4% de las grávidas tenían Hb normal y un 17.6 % Hb baja, con un 12% de RN de BPN, 76% tuvieron control prenatal adecuado. Conclusión: Que existe asociación entre la Hb baja de la madre con el bajo peso del neonato. (17)

2.2. BASE TEÓRICAS

I. Anemia:

Es la aminoración de los valores normales de Hb en el organismo estos valores se encuentran inferior al valor normal tanto para la edad, el sexo y el estado funcional de la persona. La existencia de esta patología durante la gravidez se relaciona con el acrecentamiento del riesgo de producir mortandad materna, parto de < de 36 semanas de gestación (pretérmino) y niños de BPN. (18)

1.1. Hemoglobina (Hb):

La Hb es componente proteico de los eritrocitos que cumplen con la función de llevar oxígeno (O_2) a todo el organismo. La Hb siendo una proteína se encuentra centralizado en elevadas concentraciones en los eritrocitos encargados del transporte de (O_2) de las células del sistema respiratorio – pulmones hacia los diferentes tejidos del organismo humano; también se encargan del transporte para la eliminación anhídrido carbónico (CO_2) y protones (H^+) de los distintos tejidos del organismo hacia los pulmones para ser eliminados hacia el exterior, la Hb es una proteína que va dar el color rojo a la sangre. (19) Los valores normales de (Hb) en el torrente sanguíneo es de:

- 12 – 16 g/dL en la mujer. (20) (21)

Valores habituales de la concentración de Hb en la población infantil

Población	Por nivel de Hemoglobina			
	Normal g/dL	Anemia Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 - 59 meses de edad	11.0-14.0	10.0-10.9	7.0-9.9	<7.0
Niños de 6 - 11 años	11.5-15.5	11.0-11.4	8.0-10.9	<8.0
Adolescentes de 12 - 14 años	12 a mas	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
Mujer no gestante > a 15 años	12 a mas	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
Varones > a 15 años	13 a mas	10.0-12.9	8.0-10.9	<8.0

Fuente: OMS (2011) (20) (22)

Valor de Hb según nivel del mar

MSNM	Hb /dL	Hto (%)	Hb /dL	Hto (%)
< de				
1000	0	0	11	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.5	34.5
2000	0.8	2.5	11.8	35.5
2500	1.3	4.0	12.3	37.0
3000	1.9	6.0	12.9	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.0	15.5	47.0

Fuente: Norma Técnica en Salud Materna del 2014 (20)

MSNM: metros sobre el nivel del mar, Hto: hematocrito, dL: decilitro

II. Epidemiología:

Sobre la prevalencia de la deficiencia nutricional (anemia), (ENDES) en el año 2013 refiere que en Perú, del total de gestantes durante ese año el 27.2%, presentaron anemia en grado leve 16.9% y anemia en grado moderada en un 10.3%.
(23) (24)

III. Clasificación:

A. Morfológicamente: El índice de la cuantía de eritrocitos se da por la concentración de Hb corpuscular media (HCM) y el volumen corpuscular medio (VCM) en sangre se clasifican de la siguiente manera:

- Anemia de tipo normo crómica llamada también (normo citica).
- Anemia de tipo Hipo crómica denominada también (micro citica).
- Anemia de tipo macro citica.

B. Funcional: detalla la cantidad de eritrocitos que no lograron alcanzar un desarrollo normal.

- Cuando se produce cambios de estructura de las células madre adultas se denomina anemia arregenerativa.
- Las regeneraciones de los eritrocitos se desarrollan normalmente ante una perdida (hemorragia) se denomina anemia regenerativa.

C. Según la severidad de la anemia:

- ✓ Leve
- ✓ Moderada
- ✓ Severa

D. Según su etiología:

1. Insuficiencia nutricional (anemias) por pérdida sanguínea:

- Después de una pérdida profusa de sangre (hemorragia de tipo aguda).
- Después de una pérdida muy profusa de sangre (hemorragia de tipo crónica).

2. Insuficiencia nutricional (Anemias) por una producción ineficaz de glóbulos rojos.

a. Por carencia de factores asociados con la producción de glóbulos rojos (eritrocitos) – eritropoyesis.

- Insuficiencia de (Fe).
- Insuficiencia de la vitamina hidrosoluble - grupo B (Vit. B12) y folacina o (ácido fólico).
- Insuficiencia Cu (cobre).
- Insuficiencia de ácido ascórbico (vit. C).
- Insuficiencia vit. B6 (piridoxina), vitamina B2 (riboflavina), vitamina B5 (ácido pantoténico).

b. Por insuficiencia de funcionamiento de la médula ósea.

- Deficiencia nutricional (Anemia) de tipo hipoplásticas o aplásticas, innatos o que se

adquieren, o por reacciones medicamentosas:
como los AINES, Fenitoina y otros

- Cuando las células madre no maduran normalmente para luego ser células sanguíneas buenas para el organismo. (Síndrome mielodisplásico).
- Cáncer de la sangre (Leucemias).
- Consumo exagerado del alcohol.

c. Infiltración de la médula ósea por un tumor de grado benigno o maligno.

3. Insuficiencia nutricional (anemia) por destrucción.

o devastación desmedida de glóbulos rojos:

a. Insuficiencia nutricional (anemia) hemolíticas que son heredadas:

- Deficiencia nutricional (anemia) por alteraciones primarias a nivel de la membrana celular del glóbulo rojo.
- enfermedad enzimática por falta de los glóbulos rojos.

b. Insuficiencia nutricional (anemia) hemolíticas

Adquiridas:

- Deficiencia nutricional (anemia) hemolítica causado por el sistema inmune.
- Deficiencia nutricional (anemia) hemolítica producida por algún componente de fármacos.

- Deficiencia nutricional (anemia) hemolítica que destruye los eritrocitos.
- Deficiencia nutricional (anemia) hemolítica producido por un traumatismo.

c. Patologías adquiridas por una clonación o mutación somática en el gen (Hemoglobinuria paroxística nocturna):

4. Insuficiencia nutricional (anemia) producidos por baja producción y la destrucción elevada de glóbulos rojos.

➤ **Producción y elaboración anormal de la (Hb).**

- La estructura de su cadena es anormal en una de las cadenas de las globinas de la Hb (Hemoglobinopatías).
- Trastorno que se hereda de la sangre (Talasemia).

➤ **Asociación con ciertas enfermedades crónicas. (25)**

IV. Causas importantes para la presencia de anemia por ausencia de Hierro (Fe) en el organismo:

1. Ingestión de alimentos con escaso contenido de hierro (Fe).
2. Cuando hubo consumo de leche de vaca en < de 1 año.
3. Por alguna patología intestinal la absorción es deficiente.
4. En edades de < de 2 años y la adolescencia el consumo de (Fe) fue deficiente.

5. Pérdida sanguínea por la menstruación o alguna patología
6. Paludismo o malaria.
7. Neonatos nacidos < de 36 semanas de gestación y RN con BPN.
8. El corte de cordón umbilical de forma inmediata disminuye la transferencia de (Fe) de madre a hijo. (20)

V. Fisiopatología:

Durante la gravidez los requerimientos de Fe se incrementan por la merma basal, por el incremento de la masa eritrocitaria. del crecimiento fetal, del órgano principal de la gestación y de los tejidos del útero, al no existir estos requerimientos se ocasiona esta patología (anemia), en esta etapa se acrecienta la circulación sanguínea y los requerimientos de Fe, por el aumento del volumen sanguíneo que aumenta en 50% y la masa eritrocitaria se incrementa en 25%, cuando no existe compensación del volumen plasmático los valores de la Hb y del Hto están por debajo de lo normal por lo que se recomienda el consumo de Fe de (15 - 30 mg) tres veces por día. El volumen plasmático y la masa eritrocitaria se acrecienta según va progresando la gravidez cuando aumenta el volumen plasmático y no es compensado va originar una hemodilución fisiológica y provoca así una deficiencia nutricional (anemia) durante este periodo de gestación. (26)

El biomarcador sobre las reservas de Fe es la ferritina, una mujer no gestante, tiene una ferritina de 1 µg/L (7 a 8 g de (Fe) si los valores son:

- < de 30 µg/L indica (hierro disminuido).
- < 15 µg/L indica (depleción de hierro).
- < 12 µg /L indica (anemia ferropénica).

En saturación de transferrina

- ❖ < 15% indica suplemento insuficiente de Fe en los tejidos (25).
- ❖ En la gravidez, la cantidad de ferritina < 15 µg/dl nos indica ferropenia en cualquier etapa de la gravidez. (26)

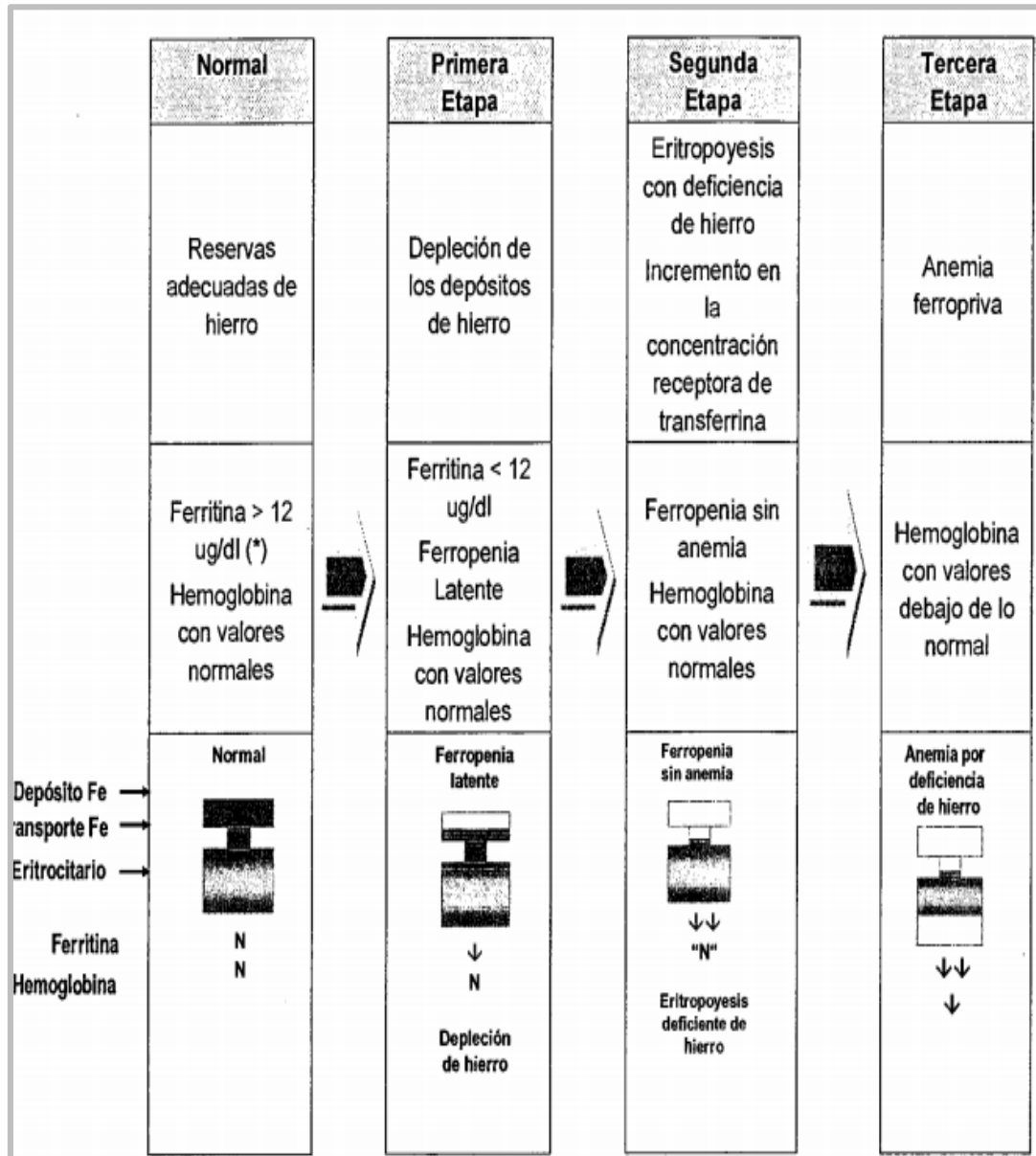
Durante la gestación se produce tres etapas que alteran el balance de hierro.

- 1° La mujer al dejar de menstruar el balance es positivo.
- 2° Se inicia la expansión de la masa eritrocitaria (20-25 semanas de gestación) es la máxima.
- 3° Se produce en el último trimestre el feto capta la mayor parte de Fe a partir de la 30 semana de gestación.

Los requerimientos fetales, la placenta, el aumento del volumen sanguíneo materno, la pérdida sanguínea durante el parto, hace que en el organismo de la madre las necesidades de Fe se acrecenté y alcance los máximos valores, no existe alguna dieta o medicamento para reconstituir esta cantidad requerida más aún

si dentro de su organismo su reserva de Fe es deficiente, si no es repuesta esta cantidad de Fe la consecuencia es que la madre termine la gravidez con anemia. (26)

Etapas de insuficiencia de (Fe) que terminan en anemia



Fuente: Manual Ilustrado de la Anemia, Working Group Latín América (20)

Fe: Hierro

VI. Factores o causas que incrementan el riesgo de anemia:

a. Causas asociadas al individuo o persona:

- RN <de 36 semanas de gestación y/o con BPN.
- RN pequeños para la edad gestacional (PEG).
- Clampaje e Incisión temprana del cordón umbilical.
- Infantes < 2 años de edad.
- Consumo inadecuado de productos de fuente animal con abundante (Fe).
- Infantes < 6 meses que no recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de nacido.
- Productos de una gravidez múltiple, de gestantes adolescentes, de un periodo intergenésico corto y de gestante con anemia.

b. Causas asociadas al ambiente en que reside.

- Regiones pobres con un desequilibrio elevado en la alimentación.
- Regiones que no cuentan con servicios básicos (agua desagüe etc.) y padecen constantemente parasitosis.
- Regiones endémicas donde se produce malaria.
- Regiones que no tienen saneamiento ambiental.
- Población que está expuesta a la contaminación ambiental (metales: plomo / mercurio).
- Población que no reciben información del personal de salud y otros, sobre la nutrición por etapas de la vida.

c. Causas nutricionales

- Incremento de masa corporal.
- Ingesta de Fe: cantidad de suplemento de Fe que ingiere la gestante (FeSO₄ + ácido fólico), se debe de iniciar a las 14 semanas de gestación hasta 42 días post parto.
- Antecedentes de deficiencia nutricional (anemia): trastorno que presentó antes de la gravidez, con una Hb < 12 g/dL. (20)

VII. Necesidades de (Fe) durante la gravidez:

La mujer gestante requiere 60 mg de Fe requerimientos que no son cubiertas con una nutrición a base de cereales, verduras y granos cantidades insuficientes de carnes, motivo por el cual la gestante debe de recibir una suplementación profiláctica. (20)

La suplementación con Fe y ácido fólico en mujeres gestantes en nuestro país está reglamentado, la administración de Fe debe comenzar a partir de las 14 semanas de gravidez hasta los 42 días post parto para de esta forma reponer las perdidas.

En el último trimestre de la gestación el producto de la concepción obtiene el 80 % de la reserva materna de Fe, por ello los RN < de 36 semanas de gestación y BPN sus reservas son bajas y esto ocasiona a una edad temprana la deficiencia nutricional (anemia). (20)

VIII. Sintomatología:

- **Manifestaciones principales:** Trastorno del sueño (incremento), **debilidad** (Astenia), trastorno de la alimentación como la anorexia, inapetencia (hiporexia), predomina la susceptibilidad, el rendimiento físico se encuentra ausente o disminuido, cefaleas con mareos.
- **Manifestaciones de una mala asimilación digestiva:** Lesión a nivel de los labios, como una boquera (queilitis) tumefacción de la lengua (glositis común) etc.
- **Manifestaciones en la piel y uñas (faneras):** La piel y las membranas de la capa mucosa tornan un color pálido, tienen el pelo ralo y delgado, las uñas se encuentran quebradizas.
- **Manifestaciones durante la alimentación:** Tienen preferencia por nutrirse con tierra (pica) o hielo llamado este trastorno (pagofagia).
- **Sintomatología cardiopulmonar:** Se incrementa la frecuencia cardíaca y disnea estos síntomas se presentan cuando la (Hb) tiene como valor < de 5 g/dL.
- **Alteración en el sistema inmune:** Bajan las defensas del organismo.
- **Síntomas del sistema neurológico:** La anemia modifica la síntesis y transformación de los neurotransmisores de la noradrenalina, dopamina y de las monoaminas estos a su vez se encargan de la secreción de la hormona de la noradrenalina que va sintetizar la serotonina, que regula

conductas como el sueño, el aprendizaje, la memoria y las necesidades que requiera el cuerpo. (27)

IX. Diagnostico:

- **Clínico:** Se identifica la sintomatología recopilando una información detallada de la gestante (anamnesis) y por una exploración física integral, la presencia de síntomas va depender del grado de deficiencia nutricional y del momento de la instauración de esta patología. Las anemia de grado leve y/o moderada, algunas veces pueden ser asintomáticos.
- **Laboratorio:**
Se va determinar de acuerdo a la concentración de (Hb) en sangre a través del método directo del hemoglobímetro que determina la colorimetría y del método científico de la espectrofotometría. (27)

X. Diagnóstico Diferencial:

- Trastorno sanguíneo hereditario conocido como Talasemia.
- La médula ósea produce sideroblastos anillados llamado Anemia sideroblastica.
- Las células madres no producen eritrocitos denominada Anemia mielodisplasica.
- Envenenamiento con plomo.
- Aumento excesivo de caroteno debajo de la piel por el consumo excesivo de verduras. (27)

XI. Exámenes Auxiliares:

- Análisis morfológico de los eritrocitos y Hb corpuscular. (27)

XII. Peso al Nacer:

Inmediatamente después del nacimiento se pesa al RN, este peso obtenido al nacer se emplea como una variable constantemente para determinar la supervivencia del RN durante las primeras horas de vida, también determina el estado nutricional de la madre. (28)

XIII. Clasificación del RN según el peso al nacer.

El peso al nacer es una señal para determinar la supervivencia del producto de la concepción se clasifica en: (29)

Clasificación del RN según el peso a nacer

Punto de corte	Clasificación
<1000 gr.	(RN) extremadamente bajo peso al nacer
1000 -1499 gr.	(RN) con muy bajo peso al nacer
1500 - 2499 gr.	(RN) con bajo peso al nacer
de 2500 - 3999 gr.	(RN) con peso normal
> 4000 gr.	(RN) macrosómico

Fuente: Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño
RN: recién nacido

A. Recién nacido (RN) con bajo peso al nacer:

La OMS considera BPN cuando un RN pesa < de 2500 gr. al nacer. La valoración se debe de realizar al poco instante del nacimiento o en las primeras horas de existencia.

El BPN está catalogada como la segunda causa de muerte neonatal, seguida por la presencia de defectos congénitos.

Los niños que nacen < de 36 semanas de gestación por lo general presentan BPN, y de los infantes que nacen a término con BPN este trastorno se va dar por la presencia del déficit de crecimiento fetal intrauterino. (29)

Clasificación: Existen dos categorías y son:

- Los RN que nacen < de 36 semanas de gestación (pretérmino), son diagnosticados con (BPN) en un 60 % y corren el riesgo de sufrir alguna alteración a nivel cerebral.
- Los neonatos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de crecimiento retardado, tienen un peso menor del normal por haber presentado durante la gestación un crecimiento anormal intrauterino. (29)

- **Causas del bajo peso al nacer**

En cuanto a la etiología de la prematuridad o PEG se afirma que se presenta por diversas circunstancias como las deformaciones fetales ocasionadas por alguna patología hereditaria o por una polución en un medio ambiente nocivo esta circunstancia hace que el feto no se desarrolle normalmente y culmine el embarazo antes de tiempo con un producto de la gestación con BPN.

En un parto múltiple \geq a dos RN, casi siempre nacen con BPN, también puede nacer con este diagnóstico cuando se presente una insuficiencia placentaria (30)

- **Prevención del Bajo Peso al Nacer (BPN)**

- a) La mujer debe de recibir atención obstétrica y/o medica antes del embarazo.
- b) Durante la gestación la grávida debe de recibir un control prenatal adecuado, temprano y oportuno para poder detectar y prevenir patologías como la anemia y aminorar el riesgo de un parto con un producto con diagnóstico de BPN.
- c) Orientación y consejería sobre la calidad y magnitud de la alimentación en el periodo de la gestación para de esta forma fomentar buenas costumbres de nutrición.

- d) Durante el embarazo la gestante debe de evitar el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, y sustancias nocivas (drogas).
- e) Según estudios se demostró que la administración de ácido fólico (400 ug) a la gestante disminuye el riesgo de malformaciones, un parto < de 36 semanas de gestación o un producto de la concepción con BPN. (30)

➤ **Acciones preventivas de la gestante:**

- Control prenatal iniciar antes de las 14 semanas de gestación con una atención acertada, constante y de amplia cobertura.
- Agregar a la dieta 400 ug. de ácido fólico cada 24 horas, hasta las 13 semanas completas de la gestación se recomienda también consumir antes de la concepción.
- Tener una dieta ecuánime o equilibrada.
- El personal de salud debe de vigilar y evaluar el aumento de peso durante la gestación lo normal debe de ser entre 9 a 11 kg.
- No fumar.
- No consumir bebidas alcohólicas y sustancias ilícitas, todo esto limita el crecimiento del feto o producir alguna deformación fetal. (30)

1. Factores socioeconómicos de la gestante con recién nacido (RN) de bajo peso.

- La pobreza y el analfabetismo son circunstancias que repercuten en la salud de la gestante para la presencia de un parto < 36 semanas de gestación o de un recién nacido de BPN, otro factor que también se considera es la infección bacteriana a nivel del tracto uro vaginal que aumenta el riesgo de un neonato con bajo peso.
- La gestante con extrema pobreza no puede afrontar los costos de análisis de laboratorio y alimentación o simplemente no asimilará las recomendaciones que se le impartirá por ser persona sin educación.
- Otros factores para tener en RN con BPN es cuando la gestante tiene una edad < de 17 o > de 35 años de edad, también las solteras y las multíparas.
- El estrés, violencia doméstica, problemas de entorno social y psicológico son factores de riesgo para un RN de bajo peso. (31)

2. Efectos del bajo peso al nacer:

- Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) Neonatal o Diestrés respiratorio.

El neonato pretérmino y con BPN, es propenso para desarrollar patologías respiratorias, como (SDR), este síndrome va causar discapacidad o muerte neonatal por falta del surfactante, este es una sustancia química que se encuentra en los neomocitos encargados de la reserva del oxígeno en sangre y también cumplen la función de eliminar el dióxido de carbono

- **Daños cerebrales**

Un RN con BPN puede sufrir daño cerebral por la presencia del desequilibrio entre agua, sales y azúcar (hipoglicemia) o una hipoxia a nivel cerebral que puede tener como consecuencia trastornos neurológicos de por vida, también son propensos a padecer de ictericia porque el hígado no funciona independientemente, si la patología es diagnosticada como grave es un factor de riesgo de presencia de daño cerebral.

El feto durante la gestación almacena (Fe) para luego ser utilizado después del nacimiento para la producción de eritrocitos si el feto nace prematuro no completa el almacenamiento.

El neonato de BPN nace con escaso vernix caseosa y presenta hipotermia, el (RN) en su organismo va presentar a nivel sanguíneos

cambios bioquímicos y provocar un lento crecimiento del neonato.

Los RN con un peso extremadamente bajo, son más propensos para presentar hemorragias a nivel cerebral que traerán como consecuencia un trastorno neurológico con secuelas o muerte. Si logran sobrevivir estos niños en la gran mayoría presentan problemas conductuales y deficiencia en el aprendizaje.

- **Cardiopatías y otros**

El RN pretérmino puede presentar una patología cardíaca grave en el corazón la gran arteria ductus arteriosus no se encuentra activo en la vida fetal empieza a funcionar inmediatamente después del nacimiento cuando esto no ocurre se va producir defectos cardíacos. (31)

3. Sobrevivencia y mortalidad neonatal.

El RN de BPN corre el riesgo de padecer alguna patología o llegar a perecer en la etapa perinatal o durante el primer año de vida. (32)

2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS

Hemoglobina (Hg): La hemoglobina es una proteína presente en los eritrocitos encargados de transportar oxígeno. (33) (34)

Anemia: Patología que se caracteriza por el decrecimiento de la Hb en sangre hasta valores por debajo del valor mínimo normal, se observa una disminución en la producción de glóbulos rojos, también se puede observar un incremento de la destrucción de los hematíes o por una pérdida sanguínea. (35)

Bajo peso al nacer: Se considera cuando el peso del (RN) es < 2500 gr. (36)

Primigestas. Primera gestación de la mujer. (36)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre anemia y el peso del recién nacido en primigestas atendidas en Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Enero a junio 2017.

2.5. VARIABLES:

- Anemia en primigestas.
- Peso del recién nacido.

2.5.1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Unidad de Medida	Escala de Medición	Valor
Anemia en primigestas	Es el decrecimiento de la Hb en sangre hasta valores por debajo del valor mínimo normal, patología que se presenta en mujeres que gestaron por primera vez.	Cuantitativa	Anemia leve	Valores de Hb	g/dL	Ordinal	10 - 10.9 g/dL
			Anemia moderada				7 - 9.9 /dL
			Anemia severa				< 7 mg/dl
Peso del RN	Es el peso corporal del RN al momento de nacer.		Bajo peso	Peso del (RN)	gr.		< De 2500 gr
			Peso adecuado				2500 - 3999 gr.
			Sobre peso				> De 4000 gr.

RN: Recién Nacido, Hg: Hemoglobina

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo de corte transversal, porque me permitirá describir y plantear la relación que existe entre las variables (Anemia – peso del RN).

3.1.2. Nivel de estudio:

Observacional, porque no va a incidir en el desarrollo de alguna variable.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población:

La población estuvo conformada por 1600 grávidas que acudieron al HRDMI El Carmen durante los periodos de enero a junio del 2017.

- **Criterios de selección:**

- **Criterio de Inclusión:**

- Primigestas
- Gestantes que iniciaron un control prenatal antes de las 14 semanas de gestación con resultado de análisis de Hb.
- Grávidas que culminaron su embarazo durante los meses de enero a junio del 2017.

- Grávidas con parto > de 36 y < de 41 semanas de embarazo.
- **Criterios de Exclusión:**
 - Primigestas que no tuvieron control del embarazo.
 - Primigestas que no contaban con un resultado de Hb.
 - Grávidas con presencia de alguna complicación o patología materna.

3.2.2. Muestra:

La muestra es de tipo probabilístico, donde participaron todas las gestantes que gestaron por primera vez (primigestas) quedando una muestra representada de 135 grávidas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo se basó en la revisión y obtención de datos de historias clínicas, para lo cual se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos que consta de 10 preguntas divididas en datos maternos, datos del parto y datos del recién nacido. **ANEXO 1**

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron ingresados en el programa Microsoft Excel, para luego ser analizadas en el programa del SPSS versión 23.

- **Análisis univariado**

Para las variables anemia en primigestas y el peso del recién nacido se realizó frecuencias y porcentajes.

- **Análisis bivariado**

Para hallar la relación entre anemia en primigestas y el peso del recién nacido se realizó el análisis estadístico de Shapiro Wilk y Rho Spearman

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo está libre de la revisión del comité de ética ya que no se trabaja directamente con humanos. Este trabajo de investigación se basó en la búsqueda de información a través de recolección de datos de las historias clínicas. También se contó con el permiso de la dirección del HRDMI El Carmen **ANEXO 2**, también se redactó un compromiso de confidencialidad donde me comprometí a no publicar o revelar información obtenida de las historias clínicas y todos los datos obtenidos serán resguardados. **ANEXO 3**.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

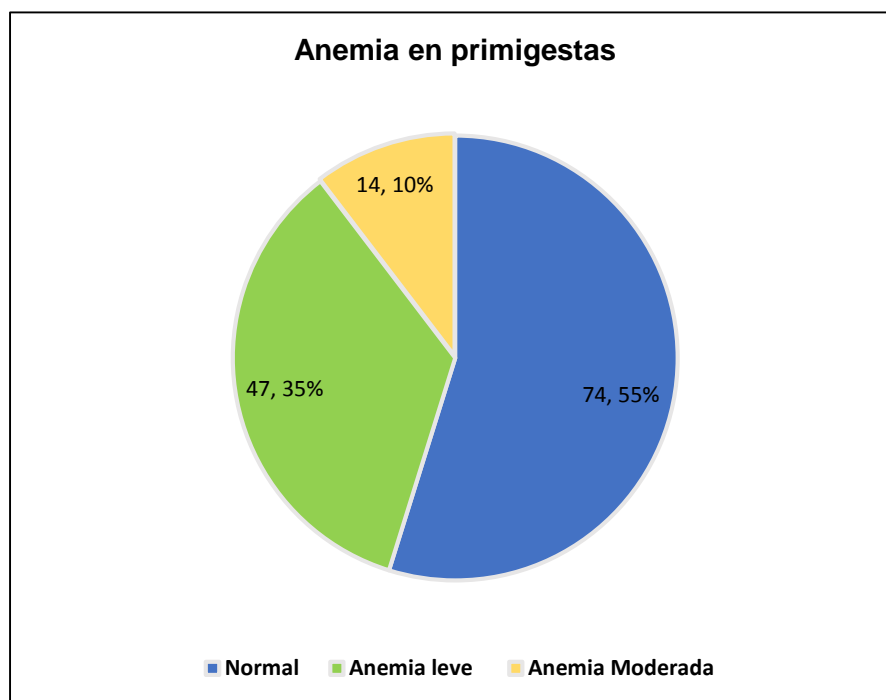
4.1.RESULTADOS.

Cuadro1: Anemia en primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017

Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Normal	74	54.8%
Anemia leve	47	34.8%
Anemia Moderada	14	10.4%
Total	135	100%

Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

Gráfico 1: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia en primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.



Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

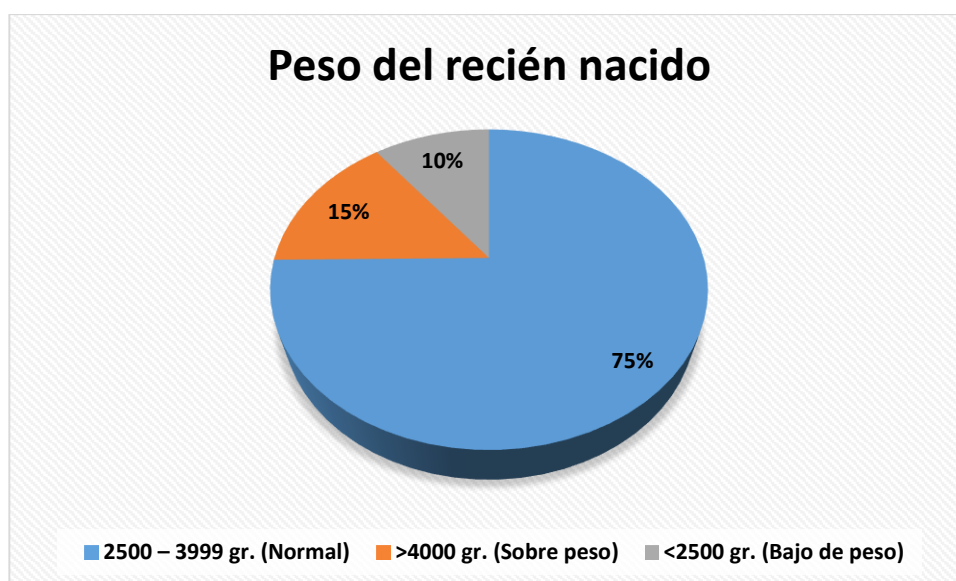
Interpretación: En el cuadro N° 1 se observa el grado de anemia de 135 primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017, 54.8% (74) presentaron Hb > de 11 g/dL (normal), 34.8% (47) de 9 a 11 g/dL (anemia leve) y 10.4% (14) de 7 a 9 g/dL., (anemia moderada).

Cuadro 2: Peso del recién nacido en las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.

Peso del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
2500 – 3999 gr. (Normal)	101	74.8%
>4000 gr. (Sobre peso)	20	14.8%
<2500 gr. (Bajo de peso)	14	10.4%
Total	135	100%

Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

Gráfico 2: Diagrama de sectores de la muestra según el peso del RN en primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017



Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

Interpretación: En el cuadro N° 2 se observa el peso del RN de 135 primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017,

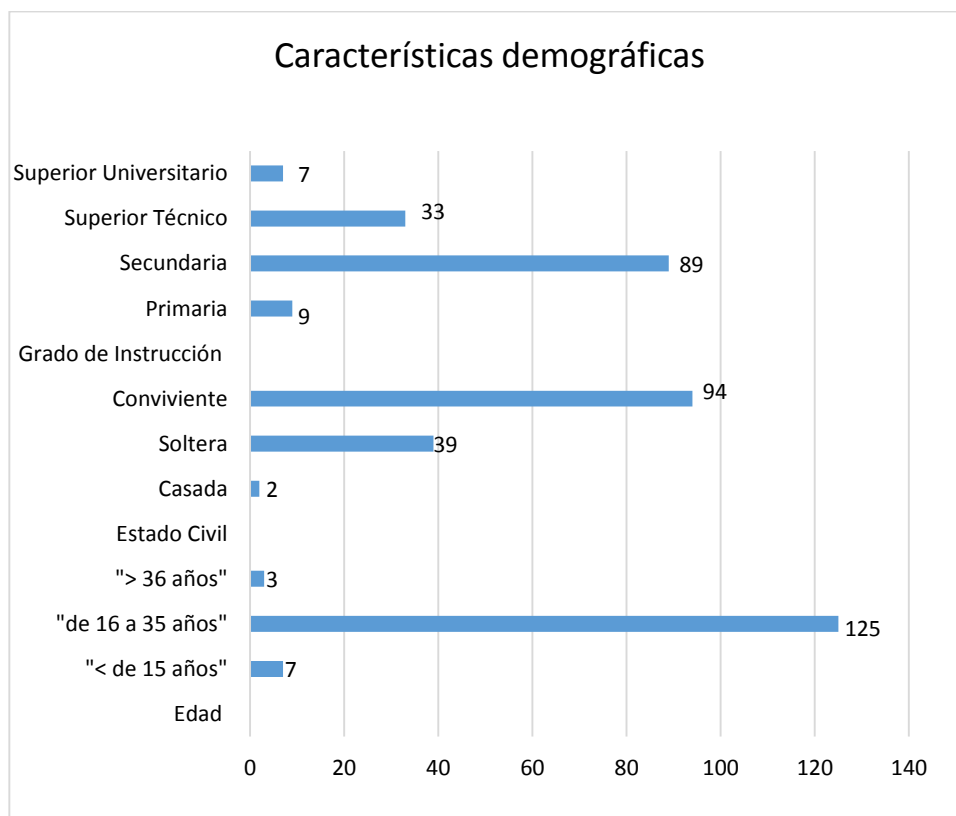
74.8% (101) tuvieron un peso de 2500 a 3999 gr. (normal), 14.8% (20) un peso > 4000 gr. (sobre peso) y 10.4% (10) un peso < 2500 gr. (bajo peso).

Cuadro 3: Factores sociodemográficos en las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017.

Factores Sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
"< de 15 años"	7	5.20%
"de 16 a 35 años"	125	92.60%
"> 36 años"	3	2.2%
Estado Civil		
Casada	2	1.50%
Soltera	39	28.90%
Conviviente	94	69.60%
Grado de Instrucción		
Primaria	9	6.70%
Secundaria	89	63.70%
Superior Técnico	33	24.40%
Superior Universitario	7	5.20%

Fuente: primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

Gráfico 3: Diagrama de la muestra según las características sociodemográficas.



Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

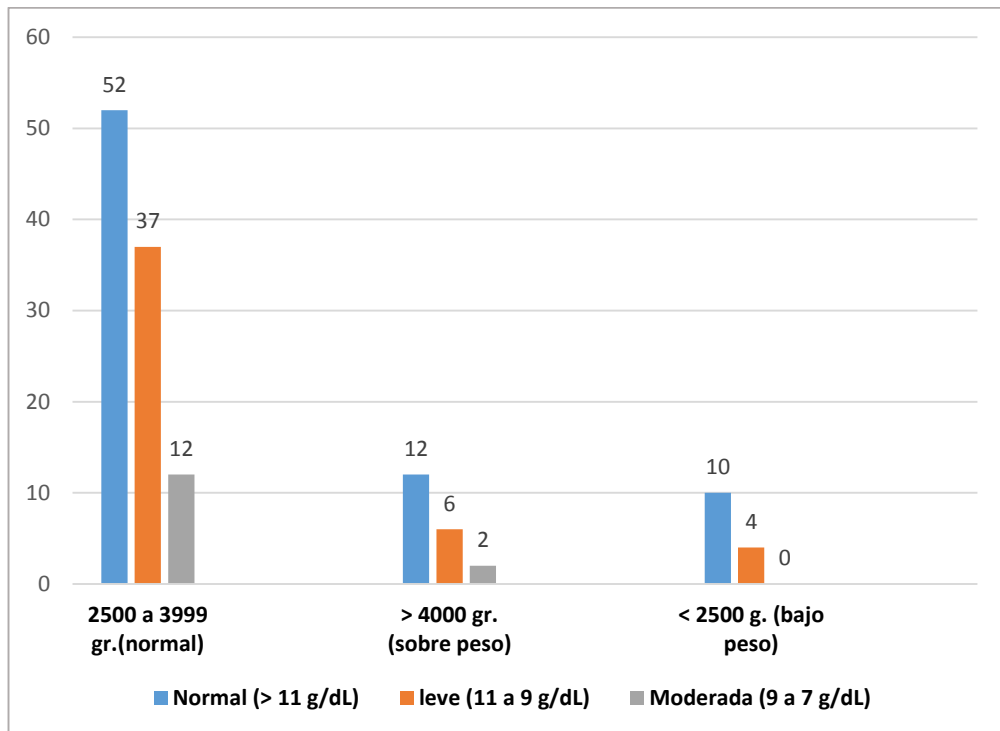
INTERPRETACION: En el cuadro N°3 se observa las características sociodemográficas de un total de 135 (100%) primigestas del HRDMI El Carmen, 6.7% (9) con grado de instrucción primaria, el 63.7% (86) secundaria, 24.4% (33) el nivel superior técnico y solo el 5.2% (7) con grado de instrucción superior universitario, 1.5% (2) fueron solteras, el 28.9% (39) casadas y el 69.6% (94) con estado civil convivientes, 11.9% el grupo de edad se encuentra en su mayoría entre 16 a 35 años de edad, 92.6 % (125) < de 15 años , 5.2% (7) y > de 36 años (3).

Cuadro 4: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia y el peso de recién nacido de primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.

		Grado de Anemia			Total
		Normal (> 11 g/dL)	leve (11 a 9 g/dL)	Moderada (9 a 7 g/dL)	
		52	37	12	101
PESO DEL RECIEN NACIDO	2500 a 3999 gr.(normal)	70,3%	78,7%	85,7%	74,8%
	> 4000 gr. (sobre peso)	12	6	2	20
		16,2%	12,8%	14,3%	14,8%
	< 2500 g. (bajo peso)	10	4	0	14
		13,5%	8,5%	0,0%	10,4%
Total			74	47	14
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Primigesta del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

Gráfico 4: Diagrama de sectores de la muestra según el grado de anemia y el peso de recién nacido de primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017.



Fuente: Primigesta del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

Interpretación: En el cuadro N° 4 se observa el grado de anemia y peso del recién nacido de 135 primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017, 74 (100%) primigestas que presentaron Hb con resultado normal de > 11 g/dL, 70.3% (52) tuvieron un recién nacido con peso normal, 16.2% (12) neonatos con sobre peso y 13.5% (10) con bajo peso, 47 (100%) primigestas que presentaron grado de anemia leve de (9 a 11 g/dL) , 78.7% (37) tuvieron un neonato con peso normal, 12.8% (6) neonato con sobre peso y 8.5% (4) con bajo peso, finalmente 14 (100%) primigestas que presentaron anemia moderada (9 a 7 g/dL), 85.7% (12) tuvieron un RN con peso normal, 14.3% (2) recién nacido con sobre peso.

Pruebas de normalidad del grado de anemia

La prueba estadística aplicada según Shapiro wilk, nos indica que el grado de anemia normal, leve y moderado no vienen de una distribución normal, debido a que el nivel de significancia es menor que ($p < 0.05$), por lo tanto, los datos son no paramétricos. **(ANEXO 7)**

Pruebas de normalidad del peso del recién nacido

La prueba estadística aplicada según Shapiro wilk, nos indica que el peso del (RN), normal $P= 0.00$ y bajo peso con $P=0.00$ no vienen de una distribución normal, debido a que el grado de significancia es menor que ($p < 0.05$), mientras que el sobrepeso $P= 0.05$ viene de una distribución normal, igual que ($p > 0.05$). **(ANEXO 7)**

Cuadro 5: Pruebas de correlación entre la anemia y peso del recién nacido.

Peso del Recién Nacido	Anemia en el embarazo		
	Normal	Leve	Moderado
Normal	r =0.125	r =0.85	r =0.23
	p = 0.52	p = 0.04	p = 0.13
	Spearman	Spearman	Spearman
Bajo peso	r =0.64	r =0.22	r =0.32
	p = 0.02	p = 0.43	p = 0.91
	Spearman	Spearman	Spearman
Sobre peso	r =0.152	r = 0	r =0.33
	p = 0.52	p = 0.00	p = 0.23
	Spearman	Spearman	Spearman

Fuente: Primigetas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

La prueba estadística aplicada según la correlación de Rho Spearman, nos indica que existe alta correlación entre la anemia leve de las primigetas y el peso normal del RN debido que el valor de $r = 0.85$ tiene alta correlación y un p valor = 0.04 estadísticamente significativa.

Así mismo nos indica que existe una buena correlación entre el resultado normal de las primigetas y el bajo peso del neonato debido que el valor de $r = 0.64$ presenta alta correlación y el p valor = 0.02

4.2. DISCUSION

La anemia es una patología que se produce en el torrente sanguíneo, la sangre es un tejido líquido conectivo, que circula por las arterias, capilares y venas del organismo y es esencial para la supervivencia del ser humano, la Hb es una proteína que se encuentra como una composición de los glóbulos rojos que cumplen la función de transporte del O₂ a los diferentes tejidos, el nivel normal de la Hb en una mujer grávida es > 11 g/dL, durante la gestación las necesidades de Fe se incrementa por el crecimiento fetal, por las pérdidas basales, y por el aumento de la masa eritrocitaria, placenta y de los tejidos maternos. La anemia materna se presenta por una alteración en la composición de los eritrocitos y esta a su vez conlleva a alguna malformación fetal o la presencia de anemia en el RN.

En cuanto a la Anemia en primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017, se encontró un resultado normal > 11 g/dL en un 54.8%, entre 11 a 9 g/dL Anemia leve en un 34.8% y entre 9 a 7 g/dL., anemia moderada en un 10.4%, resultado que no coincide con lo descrito por Albán S, Caicedo J, en el año 2013, en su estudio que tuvo como objetivo concretar la cantidad de anemia y causas de riesgo que se asocian entre sí, en grávidas que acudieron al Área de Salud N°1 de Pumapungo en Cuenca – Ecuador grávidas que asistieron por consulta externa durante los años 2012-2013, de 376 grávidas que asistieron por consulta externa durante los años 2012-2013 de una muestra de 376 grávidas, encontró 353(94.41%) no presentaron anemia, 14(60.9%) anemia leve, 9(39.1%) anemia moderada y no se encontraron casos

graves. (16), así mismo se encuentra similitud con el estudio de Torres C, en el año 2013, en su estudio que tuvo como objetivo determinar el predominio de la anemia de la gestante sobre la salud del neonato investigación realizada en el Hospital del Seguro (Es salud) de Juliaca – Arequipa durante el año 2012, de una muestra de 260 puérperas con sus respectivos neonatos, obtuvo como resultado anemia leve 51.15%. (15), similar al estudio de Cárdenas S, en el año 2017. En su estudio que tuvo como objetivo concretar si la deficiencia nutricional (anemia) en la gestación es una causa de riesgo vinculado al BPN en niños que nacieron en el Hospital de la Policía Nacional (PN) - Perú - Luis N. Sáenz, durante los meses de enero-2014 al mes de diciembre del año 2015., de una muestra de 40 casos 37.5% presentaron anemia leve. (8)

Con relación al peso del recién nacido de las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017, obtuve el 74.8% tuvieron un peso de 2500 a 3999 gr. (normal), 14.8% un peso mayor de 4000 gr. (sobre peso) y 10.4% un peso menor de 2500 gr. (bajo peso). Concordando con el estudio de Miranda A, en el año 2015. En su tesis cuyo objetivo fue Identificar la asociación que existe entre la anemia durante la gravidez y el peso del RN investigación realizada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima, de enero - diciembre del año 2014, de una 1702 gestantes obtuvo en cuanto al peso del RN el 94.5% tenían un peso \geq 2500g. (13) , también se encontró similitud con el estudio de Urdaneta J, Lozada M, Cepeda M y Col en el año 2015. En su estudio que tuvo objetivo establecer la relación de la anemia de la gestante con el peso del neonato en grávidas > a 37 semanas de gestación que

culminaron su embarazo en Hospital Quirúrgico y de Maternidad de Maracaibo - Venezuela, de una muestra de 200 grávidas, en cuanto al peso del RN se obtuvo con bajo peso al nacer 15(15%) y con peso adecuado 85(85%) (12), también se reafirman con el estudio de Cahuapaza F, en el año 2017. En su tesis que tuvo como objetivo determinar la relación entre el peso y hemoglobina Hb del RN con anemia de la madre en el último trimestre de la gestación realizado en el Hospital del seguro social de salud (Es Salud) nivel III - Juliaca durante los meses de enero-diciembre el 2017, de una muestra de 172 pacientes sus recién nacidos presentaron un promedio de peso al nacer de 3,051 gr. y el 6.4% de neonatos tuvo bajo peso al nacer. (9)

En cuanto a Factores sociodemográficos en las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017, encontré que el 92.6% tenían edades de 16 a 35 años de edad, el 69.6% con estado civil convivientes, y el 63.7% tenían un nivel de estudio secundaria, se encontró concordancia con el estudio de Ponte F, en el año 2017. En su estudio que tuvo como objetivo concretar la asociación entre la anemia durante la gravidez y el peso del neonato realizado en el Hospital Regional D.A. Carrión – Pasco, durante enero – noviembre del año 2017, una muestra de 668 grávidas obtuvo el 69.2% tenían de 20 a 34 años de edad, con estado civil convivientes (53.1%), grado de instrucción secundaria (75.5%) (10), también similar al estudio de Baldeon D, Mallqui J, en el año 2016. En su investigación que tuvo como objetivo establecer el grado de anemia en la gravidez y su repercusión en el peso del neonato de gestantes que culminaron su embarazo en el Centro de Salud de

la región Huánuco Aparicio Pomares investigación realizada durante los meses de enero a noviembre - 2015., de 120 grávidas, obtuvo (88%) eran convivientes y el (26%) con grado de instrucción secundaria. (11)

Mi tesis describe que, según la correlación de Spearman encontré que existe una buena correlación entre la anemia leve de las primigestas y el peso normal del recién nacido debido que el valor de $r = 0.85$ y un p valor $= 0.04$ al igual que también existe una buena correlación entre el resultado normal de las primigestas y el bajo peso del recién nacido debido con un valor de $r = 0.64$ y el p valor $= 0.02.$, similar al estudio de Yusa Y, en el año 2015. En su estudio cuyo objetivo fue establecer la relación que existe entre los niveles de Hb de la madre con Hb y peso del neonato, investigación realizada en el Hospital San Bartolomé - Lima en el año 2015, de una muestra de 193 parturientas con Hb \leq a 10.9 g/dL llega a la conclusión: que existe relación de los niveles de Hb de la parturienta con el peso y la Hb del neonato. (14), también se encontró concordancia con el estudio de Urdaneta J, Lozada M, Cepeda M, en el año 2015. En su estudio que tuvo como objetivo establecer la relación de la anemia de la gestante con el peso del neonato en grávidas $>$ a 37 semanas de gestación que culminaron su embarazo en Hospital Quirúrgico y de Maternidad de Maracaibo - Venezuela, llega a la conclusión que las grávidas con diagnóstico de anemia tuvieron con mayor frecuencia un RN con BPN. (12), así mismo semejante al estudio de Manrique L, en el año 2012. En su estudio que tuvo como establecer la relación que existe entre el nivel de Hb de la grávida y el peso del (RN) de las grávidas que culminaron su embarazo en el CS Imperial – Cañete - Lima, durante el

2012, de 34 gestantes con anemia llega a la conclusión que existe asociación entre la Hb baja materna con el peso del RN con bajo peso.

(17)

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Existe una buena correlación entre la anemia leve de las primigestas y el peso del normal del recién nacido con un valor de $r = 0.85$ presenta alta correlación y un p valor = 0.04 estadísticamente significativo, y una buena correlación entre el resultado normal y el bajo peso del recién nacido con un valor $r = 0.64$ con alta correlación y un p valor = 0.02 estadísticamente significativa.
- El 54.8% de las primigestas atendidas en el HRDMI El Carmen de enero a junio del 2017 presentaron resultados mayores de 11 g/dL (normal) y 9 a 7 g/dL, (anemia moderada) siendo un 10.4 %.
- El 74.8% de las primigestas atendidas en el HRDMII El Carmen de enero a junio del 2017 presentaron peso normal entre 2500 a 3999 gramos de los recién nacidos y los recién nacidos con bajo peso < 2500 gr., siendo el 10.4%.
- La edad de las primigestas del HRDMI El Carmen, es de 92.6% (125), 16 a 35 años, con grado de instrucción 63.7% (89) de nivel secundaria, de estado civil 69.6% (94), conviviente.

5.2. RECOMENDACIONES

- Recomiendo al HRDMI El Carmen realizar programas educativos (sesiones didácticas y demostrativas, educación sanitaria) con rumbo intercultural, estas actividades deben de estar a responsabilidad del personal de salud, empleando diferentes estrategias de impulso para la previsión de la salud.
- Recomiendo a la Dirección Regional de Salud – Junín implementar los servicios de atención a la gestante en los diferentes niveles de atención, para que de esta forma el personal de salud pueda brindar una atención integral oportuna y de calidad y así detectar a tiempo gestantes con riesgo de alguna complicación en su salud o producto de la concepción, patologías como la anemia y BPN.
- A los alumnos de la Universidad Peruana del Centro de la escuela profesional de obstetricia a seguir investigando temas relacionados a la anemia en primigestas y su correlación con el peso del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christian P, Mullany L, Hurley K, Katz J, Black R. Nutrition and maternal, neonatal, and child health. *Semin Perinato*. 2015 Agosto; 39(5).
2. Díaz R, Sosa L, Guillén R, Pistilli N, Páez M, Almirón M. Prevalencia de Anemia en Varias Comunidades de la Etnia Nivacle del Chaco Paraguayo. *Mem.Inst. Investig.Cienc.Salud*. 2013 Junio; 9(1).
3. Montano G. Asociación entre Anemia y Complicaciones Materno Fetales en Gestantes del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2017. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Ricardo Palma ; 2017.
4. Hierro ,Anemia y Eritrocitos en Gestantes de la Altura; Riesgo en la Madre y el Recien nacido. *Boletin informativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de la Situación de salud de los niños. Investigación estadística. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
6. Estadística de Nacimientos de Perú. *Boletin estadístico*. Lima: Ministerio de Salud ; 2015 Junio.
7. Huancayo: DIRESA-Junin, Estadística e Informática; 2016.
8. Cardenas S. Anemia en Gestantes como Factor de Riesgo Asociado a Bajo peso al Nacer en el Hospital Nacional de Policía Luis N. Sáenz entre

- los años 2014 - 2015. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
9. Cahuapaza F. Correlación entre Anemia Materna en el Tercer Trimestre con el Peso y Hemoglobina del Recien Nacido en el Hospital ESSALUD de Juliaca- Enero a Diciembre -2017. [Tesis Doctoral]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano- Puno; 2017.
 10. Ponte F. Relación entre la Anemia en Gestantes y el Peso del Recién Nacido en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los meses de Enero a Noviembre, 2017. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
 11. Baldeon D, Mallqui J. Anemia en las Gestantes y su Influencia en el Peso de los Recien Nacidos de las Usuarías del Centro de Salud Aparicio Pomares de Enero - Noviembre del 2015. [Tesis Doctoral]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
 12. Urdaneta J, Lozada M, Cepeda M. Anemia Materna y Peso al Nacer en Producto Embarazos a Terminó. Rev. Chil.obstet.Ginecol. 2015 Agosto; 80(4).
 13. Miranda A. Anemia en Gestantes y Peso del Recién Nacido.Hospital Nacional Arzobispo Loayza,2014. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015.
 14. Yusa Y. Correlación entre los Niveles de Hemoglobina Materna con Hemoglobina y Peso del Recien Nacido,Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolome",Lima.2015. [Tesis doctora]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.

15. Torres C. Influencia de la Anemia Materna en la Salud del Recién Nacido en el Hospital III Juliaca-Essalud, 2012. [Tesis Doctoral]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2013.
16. Alban S, Caicedo J. Determinar la prevalencia de Anemia y Factores de Riesgo Asociados en Embarazadas que Acuden a Consulta Externa del Área de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca. [Tesis doctoral]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.
17. Manrique L. Nivel de Hemoglobina de las Gestantes y su Relación con el Peso del Recién Nacido en el Centro de Salud Imperial de la Provincia de Cañete del año 2012. [Tesis doctoral]. Cañete: Universidad Privada Sergio Bernales; 2014.
18. Atención Integral de la Salud Materna. Norma Técnica Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
19. Gomez I, Rosales S, Agreda L, y Col. Nivel de Hemoglobina y Prevención de Anemia en Gestantes Según Características Socio-Demográficas y Prenatales. Revista Peruana de Epidemiología. 2014 Agosto; 18(2).
20. Manejo Terapéutico y Preventivo a la Anemia en Niños Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas. Normas Técnicas en Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
21. Medina V. Incidencia Y Causas De Anemia Ferropénica En Adolescentes Embarazadas De 13 – 16 Años, Realizado En El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor Septiembre 2012 Hasta Febrero 2013.”. [Tesis Doctoral]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.

22. Gaitán M, Echeverría J, Vargas C, Camal S, González R. Valores de Hemoglobina en Mujeres Embarazadas Residentes en Zonas de Altitud Media. *Salud pública Méx.* 2013 Julio; 55(4).
23. Gómez I. Nivel de Hemoglobina y Prevalencia de Anemia en Gestantes según Características Socio – Demográficas y Prenatales - *Revista Peruana de Epidemiología.* 2014; 18.
24. Solidoro F. Relación Entre la Anemia en Gestantes Adolescentes con el Peso del Recien Nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero a Junio 2015. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad San Martin de Porras; 2015.
25. Safren J. Hematología Clínica. *Revista Cubana de Inmunología y Hemoterapia.* 2017 Julio; 5.
26. Epítia F. Anemia en el Embarazo, un Problema de Salud que puede prevenirse. *Médicas UIS.* 2013 Julio; 26(3).
27. Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en los establecimientos de Salud del primer Nivel de Atención. *Guia Técnica.* Lima: Ministerio de Salud; 2015.
28. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución Miniisterial. Organización Mundial de la Salud; 2015.
29. Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el Niño Menor de Cinco años. *Norma Técnica de la Salud.* Lima: Ministerio de Salud; 2017.
30. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia.* 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2015.

31. Garcia L. Factores de Riesgo Asociados al Bajo Peso al Nacer. Cubana de Salud Publica. 2012 Julio; 38(2).
32. Quintero L. Bajo Peso al Nacer un Indicador de Riesgo Biológico Social. Cubana Obstet Ginecol. 2017; 43(1).
33. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 5th ed. Lima: En Monpress EIRL; 2013.
34. Ayala R. Prevalencia de Anemia en Gestantes que Acuden por Signos de Alarma al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de Noviembre de 2016. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
35. Flores J. Anemia en el Embarazo. [tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
36. Orejon F. Factores Obstétricos Asociados a la Anemia Posparto Inmediato en Primiparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Septiembre - Noviembre 2015. [Tesis Doctora]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



I.- DATOS MATERNOS:

Numero historia clínica.....

1. Edad: (años)

2. Estado civil:

Soltera () conviviente () casada ()

3. Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Tipo de Anemia:

Normal () Leve () Moderada ()

II.- DATOS DEL PARTO

5. EG..... (semanas)

6. N° de CPN:

7. Tipo de parto

Eutócico () Distócico ()

III. – DATOS DEL RECIEN NACIDO

8. Sexo:

9. Peso del RN:..... (Gramos)

10. Relación de Peso/ edad gestacional

Adecuado ()

Pequeño ()

Grande ()

ANEXO Nº 2



Nº

FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITE

1. SUMILLA Solicitud Permiso para Ejecución de Proyecto de tesis

SEÑOR DIRECTORE DEL HOSPITAL "EL CARMEN":

2. SOLICITANTE

Ortiz Carrillo Elizabeth Precua
Apellidos y Nombres

Alumna de la Universidad Peruana del Centro
Cargo, Profesión, Oficina u Otro

Dni 43890937 Se 20 de marzo 478 San Agustín de Copac
Nº D.N.I. 6 L.E. DOMICILIO

3. SOLICITA

Permiso para ingresar a archivos de historias clínicas para realizar ejecución de proyecto de tesis "Nivel de hemoglobina en púrpuras y su relación con el peso del recién nacido en el HODMI El Carmen"

4. ADJUNTA (FOLIOS: 51)

Copia Proyecto tesis

5. 18 octubre 2017
FECHA

HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 OCT 2017
FIRMA

Nº DE EXPEDIENTE: _____ FECHA _____

FOLIOS: _____

ANEXO 3



PROVEIDO N° 092-2017-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI.

AL : Est. Elizabeth Ortiz Carrillo.
DE : Jefe Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
ASUNTO : Autorización Desarrollo Proyecto de Tesis.
FECHA : Huancayo 24 de Octubre del 2017

Visto el Informe N° 705-2017-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-SOBST. presentado por la jefatura del Servicio de Obstetricia, opina favorablemente el desarrollo del Proyecto de Tesis NIVEL DE HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS Y SU RELACION CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE ENERO A JUNIO DEL 2017, presentado por la estudiante Elizabeth Ortiz Carrillo, de la Universidad DEL CENTRO, especialidad Obstetricia, se autoriza desarrollar dicho Proyecto de Tesis; para lo cual revisara el libro de registro de partos para obtener número de historias clínicas y posteriormente la revisión de dichas historias, a partir del 30 de Octubre al 24 de Noviembre del presente año.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN
Jc. Adm. CAROLINA HUATUCO LAURA
JEFE (E) OFICINA APOYO DOCENCIA E INVESTIGACION

CHL/chl.
C.c. Archivo.

DOC.	02349596
EXP.	01606992

ANEXO 4

CARTA DE COMPROMISO DE COFIDENCIALIDAD

Yo Ortiz Carrillo, Elizabeth Prescila Identificada con DNI 43890937, con domicilio en el jr:20 de marzo 478 San Agustín de Cajas. Alumna de la Universidad Peruana del Centro de la facultad de obstetricia, me comprometo a la confidencialidad y a la no divulgación de la información que obtendré de las historias clínicas del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen para realizar mi trabajo de investigación "ANEMIA EN PRIMIGESTAS Y SU CORRELACION CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE ENERO A JUNIO DEL 2017" El compromiso es no divulgar a terceros las informaciones recabadas.

Si en algún momento falto al compromiso acepto las penalidades correspondientes.

Huancayo 15 de octubre del 2017



.....

Ortiz Carrillo, Elizabeth P

DNI: 43890937

ANEXO 5

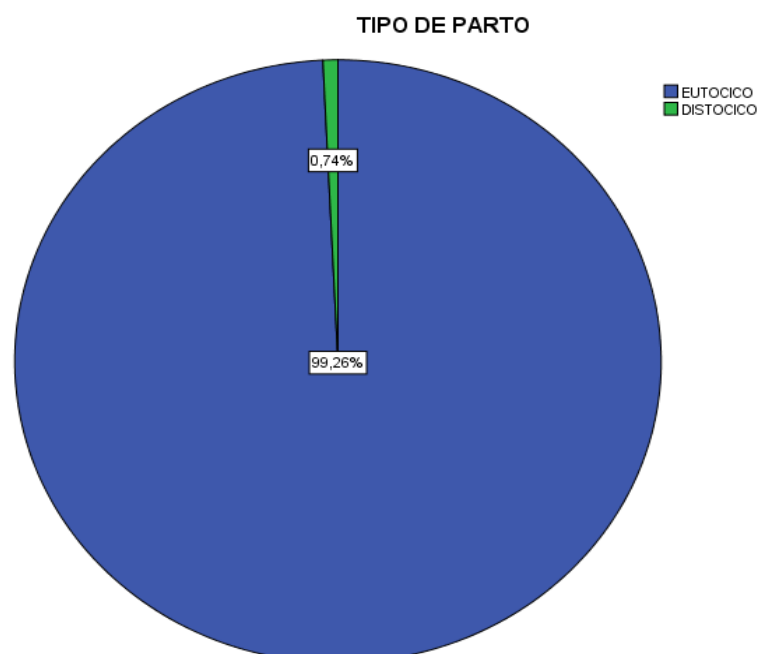
Tipo de Parto de las primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio

2017

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	134	93.3%
Distócico	1	0.7%
Total	135	100%

Fuente: Primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

Gráfico 8: Diagrama de sectores de la muestra según el tipo de parto de Primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017



Fuente: Primigestas del Hospital Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

INTERPRETACION: En el cuadro N° 08 se observa el tipo de parto de 135 primigestas del HRDMI El Carmen 2017, 93.3% (134) su parto fue eutócico y 0.7% (1) distócico.

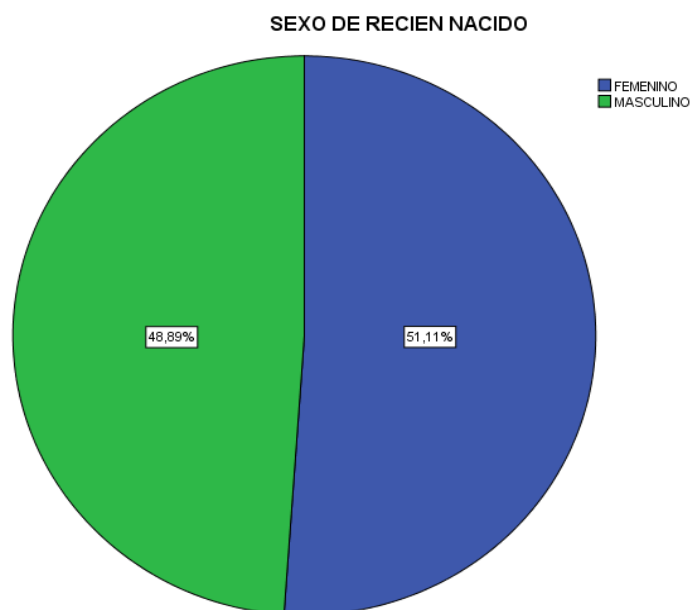
ANEXO 6

Sexo del recién nacido de las primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	69	51.1%
Masculino	66	48.9%
Total	135	100%

Fuente: Primigesta del Hospital Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

Gráfico 9: Diagrama de sectores de la muestra según la edad gestacional de
Primigestas del HRDMI El Carmen de enero a junio 2017



Fuente: primigestas del HRDMI El Carmen. Investigación propia

INTERPRETACION: En el cuadro N° 09 se observa el sexo del recién nacido de 135 primigestas del HRDMI El Carmen 2017, 51.1% (69) tuvieron recién nacidos de sexo femenino, el 48.9% (66) de sexo masculino.

ANEXO 7

Pruebas de normalidad del grado de anemia

Grado de Anemia	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
NORMAL	,428	14	,000
LEVE	,450	14	,000
MODERADO	,639	14	,000

Fuente: Primigetas del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

La prueba estadística aplicada según Shapiro wilk, nos indica que el Grado de anemia normal, leve y moderado no vienen de una distribución normal, debido a que el nivel de significancia es menor que ($p < 0.05$), por lo tanto los datos son no paramétricos

Pruebas de normalidad del peso del recién nacido

PESO DEL RECIEN NACIDO	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
NORMAL	,795	14	,004
BAJO PESO	,801	14	,005
SOBREPESO	,879	14	,057

Fuente: Primigetas del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Investigación propia

La prueba estadística aplicada según Shapiro wilk, nos indica que el peso del (RN), normal $P= 0.00$ y bajo peso con $P=0.00$ no vienen de una distribución normal, debido a que el grado de significancia es menor que ($p < 0.05$), mientras que el sobrepeso $P= 0.05$ viene de una distribución normal, igual que ($p > 0.05$).

ANEXO 7

RECOLECTANDO INFORMACION

