

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL EN NIÑOS DE 0
A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN
JOSÉ DE CHINCHA 2019**

TESIS

**PRESENTADA POR EL BACHILLER:
HUAYTA MIÑAN NELSON GEORGE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

CHINCHA – PERÚ

2020

ASESORA: Dra. Fany Verónica Ticona Pérez

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi guía y darme salud, bienestar día a día para seguir adelante y permitir que pueda cumplir un logro más en mi vida

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Agradezco a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista especialmente a los docentes quienes han forjado disciplina para poder culminar la carrera con éxito.

Al Hospital San José

Por haber sido mi casa de estudios y brindarme las facilidades para la realización de este trabajo de tesis en dicho nosocomio.

A mi asesora

Por su paciencia, tiempo, dedicación, consejos y exigencia durante elaboración y el termino de mi trabajo de tesis

A mis padres

. Y a mis padres quienes me han apoyado desde el primer día como universitario y se han esforzado para que pueda culminarla.

DEDICATORIA

Este proyecto es dedicado para mi familia que me ha apoyado desde el principio, en especial a mis padres por todo el amor y comprensión que me brindaron a lo largo de la carrera. Y a mi maestra Edith Medina quien con su forma estricta de enseñar influyó en mi aprendizaje y me ayudó a cumplir las metas que tracé.

RESUMEN

La anemia infantil en la actualidad continúa siendo un flagelo para la humanidad, diferentes factores y circunstancias incrementan su aparición. Es por este motivo que nuestro **Objetivo:** Determinar asociación entre prematuridad y anemia infantil en niños de 0-5 años atendidos en el área pediatría del HSJCH 2019. **Materiales y método:** estudio tipo descriptivo, correlacional, corte transversal, retrospectivo, no experimental. Para la recolección de datos se utilizó una ficha, la cual fue completada con los datos registrados en las historias clínicas de 94 niños de edades entre 0 a 5 años, que fueron seleccionados de forma aleatoria. Para determinar la asociación, se utilizó el análisis de Chi-cuadrado de Pearson, considerando el valor de $p < 0,05 = 5\%$. **Resultados:** se observó que la frecuencia de prematuridad en la muestra de 94 niños es de 91.5% y la frecuencia de anemia infantil es 67%, obteniendo una asociación significativa con un valor de ($X^2=6,986$ y $p \leq 0.05$); también se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la prematuridad y una subclasificación de la anemia infantil moderada según la OMS ($X^2=3.901$ y $p \leq 0.05$). Mientras que no se encontró una asociación significativa entre anemia y la zona de residencia, edad, sexo, grupo sanguíneo y edad gestacional al nacer. **Conclusiones:** por lo que se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre prematuridad y anemia infantil en niños de edades entre 0 a 5 años.

Palabras claves: Anemia, prematuridad, asociación.

ABSTRACT

Childhood anemia today continues to be a scourge for humanity, different factors and circumstances increase its appearance. It is for this reason that our **Objective:** To determine the association between prematurity and childhood anemia in children aged 0-5 years treated in the pediatric area of the HSJCH 2019. **Materials and method:** descriptive, correlational, cross-sectional, retrospective, non-experimental study. For the data collection, a file was used, which was completed with the data recorded in the medical records of 94 children aged 0 to 5 years, who were randomly selected. To determine the association, Pearson's Chi-square analysis was used, considering the value of $p < 0.05 = 5\%$. **Results:** it was observed that the frequency of prematurity in the sample of 94 children is 91.5% and the frequency of childhood anemia is 67%, obtaining a significant association with a value of ($X^2 = 6.986$ and $p \leq 0.05$); A statistically significant association was also found between prematurity and a subclassification of moderate childhood anemia according to WHO ($X^2 = 3.901$ and $p \leq 0.05$). While no significant association was found between anemia and the area of residence, age, sex, blood group and gestational age at birth. **Conclusions:** it is concluded that there is a statistically significant association between prematurity and childhood anemia in children between the ages of 0 to 5 years.

Keywords: Anemia, prematurity, association.

INTRODUCCION

La anemia infantil es una de las patologías más frecuentes en la población de alto riesgo, tal como niños, en la cual la etiología puede ser muy diversa, siendo la más frecuentes la de tipo ferropénica, caracterizado clínicamente en niños por palidez, aunque en muchos casos esta no se manifiesta por lo que se hace complejo llegar al diagnóstico sin ayuda de exámenes auxiliares, la más común hemoglobina, siendo el valor estimado en niños menor de 11gr/dl, dato establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según la OMS la prevalencia de anemia a nivel mundial es de 47,4% en niños menores de 5 años, siendo esta mayor en países africanos con una prevalencia estimada de 67,6% y en Asia suroriental con 65,5%.

En el Perú según el reporte epidemiológico de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar del 2016 la anemia en niños menores de 5 años es de 33,3%, y en nuestra región la provincia de Chincha representa el 26,18% de niños con anemia.

Teniendo en cuenta lo siguiente y conociendo la gravedad de esta patología, el presente estudio pretende encontrar asociación con la prematuridad, otra condición médica que puede ser un factor para desarrollar complicaciones a largo plazo.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
ASESORA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 Problema principal.....	2
1.2.2 Problema específico.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS.....	4
1.6.1 Objetivo general.....	4
1.6.2 Objetivo específico.....	4

1.7	PROPÓSITO.....	5
2.	CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2	BASES TEÓRICAS.....	10
2.2.1	Anemia infantil	10
2.2.2	Recién nacido prematuro	18
2.3	MARCO CONCEPTUAL	21
2.4	HIPOTESIS.....	21
2.4.1	Hipótesis general:	21
2.4.2	Hipótesis específica:	21
2.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	22
3.	CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	23
3.1	DISEÑO METODOLOGICO	23
3.1.1	Tipo de investigación	23
3.1.2	Nivel de investigación	23
3.2	POBLACION Y MUESTRA.....	23
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.4	DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS.....	24
3.5	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	24
3.6	ASPECTOS ETICOS	24
4.	CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	25
4.1	RESULTADOS.....	25
4.2.	DISCUSIÓN.....	39
5.	CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1	CONCLUSIONES.....	43
5.2	RECOMENDACIONES.....	44
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	45
7.	ANEXOS.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1: Valores normales de concentración de hemoglobina en niños.	12
Tabla N°2: Valores normales de concentración de hemoglobina y clasificación de anemia en niños.	12
Tabla N°3: Suplementación preventiva de hierro y micronutrientes para niños menores de 36 meses.	15
Tabla N°4: Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.....	16
Tabla N°5: Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.....	16
Tabla N°6: Tratamiento para niños de 6 meses a 5 años con anemia leve o moderada.....	17
Tabla N°7: Impacto a largo tiempo de los sobrevivientes prematuros.....	19
Tabla N°8: Análisis de frecuencia de prematuridad.....	25
Tabla N°9: Análisis de frecuencia de anemia infantil.....	26
Tabla N°10: Asociación entre prematuridad y anemia infantil.	27
Tabla N°11: Asociación entre prematuridad y anemia infantil leve.	28
Tabla N°12: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil moderada.....	29
Tabla N°13: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil severa.	31
Tabla N°14: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil según a edad gestacional al nacer.	32
Tabla N°15: Tabla cruzada entre zona de residencia y anemia infantil.....	34
Tabla N°16: Tabla cruzada entre edad y anemia infantil.....	35
Tabla N°17: Tabla cruzada entre sexo y anemia infantil.	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Frecuencia de prematuridad.	25
Gráfico N° 2: Frecuencia de anemia infantil.	26
Gráfico N° 3: Prematuridad y anemia infantil.	27
Gráfico N° 4: Prematuridad y anemia infantil leve.	28
Gráfico N° 5: Prematuridad y anemia infantil moderada.	30
Gráfico N° 6: Prematuridad y anemia infantil severa.	31
Gráfico N° 7: Edad gestacional al nacer y anemia infantil.	33
Gráfico N° 8: Zona de residencia y anemia infantil.	34

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables.....	51
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.	53
Anexo 3: Validez de instrumento – consulta de Expertos.....	55
Anexo 4: Matriz de consistencia.	58
Anexo 5: Solicitud para realizar el trabajo de investigación.	61
Anexo 6: Carta de presentación de trabajo de campo.	62
Anexo 7: Proveído de investigación.....	63
Anexo 8: Expedito de comité de ética de la UPSJB.....	64

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Anemia Infantil en adelante AI es una condición en la cual los eritrocitos, la hemoglobina y el hematocrito descienden, se define como anemia al valor de hemoglobina menor de 11 g/dl en niños menores de 5 años según la OMS ⁽¹⁾. Con una prevalencia estimada de 47,4% en niños < 5 años. ⁽²⁾⁽³⁾

En un estudio transversal realizado en Cuenca Ecuador 2015; publicaron que la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años según el sexo es 52.4% en niños y 47.6% en niñas. ⁽⁴⁾

Estudios realizados el 2016 en la unidad hematológica pediátrica del Hospital 12 de octubre de España, identifican a la anemia como una afección en la cual disminuye el número de hematíes y la concentración de hemoglobina; siendo la consulta más frecuente en atención primaria; con una prevalencia estimada de 10-20 % en edad pediátrica. ⁽⁵⁾

Según la sociedad argentina de pediatría refiere que alrededor del 50% de niños < de 5 años sufren anemia; siendo 2,5 veces mayor en países en vías de desarrollo, siendo la causa más frecuente la deficiencia de hierro; sabiendo que el hierro materno es incorporado al feto durante el III trimestre de gestación, el Recién Nacido en adelante (RN) prematuro nace con reservas disminuidas de hierro. ⁽⁶⁾

La AI es el mayor problema de salud pública afectando principalmente a población vulnerable de los países desarrollados y en proceso de desarrollo como el Perú, **Zavaleta N y Astete-Robilliard (2017)** refieren que según el INEI su prevalencia estimada de 43% en niños < de 5 años en el 2017. ⁽⁷⁾

Según datos de la encuesta ENDES en el año 2016, el 33,3 % de niños menores de 5 años han padecido de anemia; considerando el 22,8% como anemia leve, el 10,3% como anemia moderada y el 0,2% como anemia severa. El mayor porcentaje se dio en niños hijos de madres con nivel educativo bajo (42,5%); siendo Chincha el tercer distrito con mayor prevalencia de anemia infantil en la región de Ica que representa el 26,18%⁽⁸⁾. Nuestra investigación está centrada en el Hospital San José de Chincha en adelante HSJCH.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Existe asociación entre prematuridad y anemia infantil en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

1. ¿Cuál es la frecuencia de prematuridad en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
2. ¿Cuál es la frecuencia de AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
3. ¿Existe asociación entre prematuridad y AI leve en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
4. ¿Existe asociación entre prematuridad y AI moderada en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
5. ¿Existe asociación entre prematuridad y AI severa en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
6. ¿Existe asociación entre la edad gestacional al nacer y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
7. ¿Existe asociación entre el lugar de residencia y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?
8. ¿Existe asociación entre edad de los niños del estudio y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?

9. ¿Existe asociación entre sexo y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

La anemia infantil tiene consecuencias importantes en el desarrollo físico e intelectual de los niños por lo que constituye un problema de salud pública. Toda esta recopilación sobre anemia infantil nos permite abrir puertas para futuras investigaciones que contribuyan a crear políticas de prevención que permitan disminuir su prevalencia en el HSJCH.

Justificación práctica

En nuestro país se ha evidenciado que la prevalencia de anemia infantil ha aumentado desde el 2012 según la encuesta demográfica y de salud familiar del 2016, por lo que con el siguiente estudio se busca establecer medidas de prevención y promocionar el tratamiento para la AI en niños < de 5 años de nuestro distrito ya que es de gran impacto para el desarrollo socioeconómico y cultural en el futuro de nuestro país.

Justificación económica

En la actualidad el gobierno central no es capaz de disminuir la anemia infantil pese al esfuerzo, al implementar programas de lucha contra la anemia infantil debido a que un niño con anemia genera más gastos económicos que un niño sin la enfermedad.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se llevará a cabo en el HSJCH en el servicio de pediatría, mediante la revisión de las historias clínicas del año 2019.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser un estudio de corte transversal no se podrá medir causalidad.

Puede haber sesgo de información ya que se tomarán datos de las historias clínicas las cuales no se podrán corroborar.

Podría haber sesgo de población porque se tomará la muestra en un solo establecimiento de salud.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existe asociación entre prematuridad y anemia infantil en niños de 0-5 años atendidos en el área pediatría del HSJCH 2019.

1.6.2 OBJETIVO ESPECIFICO

1. Determinar la frecuencia de prematuridad en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
2. Determinar la frecuencia de AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
3. Determinar la asociación entre prematuridad y AI leve en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
4. Determinar la asociación entre prematuridad y AI moderada en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.

5. Determinar la asociación entre prematuridad y AI severa en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
6. Determinar la asociación entre la edad gestacional al nacer y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
7. Determinar la asociación entre lugar de residencia y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
8. Determinar la asociación entre edad de los niños del estudio y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
9. Determinar la asociación entre sexo y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.

1.7 PROPÓSITO

Esta investiga la contribución de la lucha contra la anemia infantil principalmente al mostrar la realidad de nuestra región, además de dar a conocer a la población el impacto que puede tener la anemia infantil y la importancia con la que debe ser tratada, además de brindar información para la identificación de los signos o síntomas más comunes, para que el tratamiento sea en el tiempo oportuno, y al sistema de salud para que pueda corregir las deficiencias y falencias que se muestran en muchos centros de salud, con el fin de que se realicen capacitaciones para la prevención y promoción contra la anemia, ya que se viene tratando de controlar hace mucho tiempo, pero no obteniendo los resultados esperados.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES

Pajuelo J. y Col. (2015) “Prevalencia de deficiencia de vitamina A y anemia en niños menores de cinco años de Perú”. Se realizó el siguiente estudio en el Perú, para poder calcular la prevalencia de anemia infantil en niños menores de 5 años, obteniendo como resultado 33%, siendo esta mayor en niños < de 11 meses con 68,2% y en hijos de madres adolescentes con 55,4% ($p < 0,034$), concluye refiriendo que la prevalencia de anemia ha tenido una pequeña disminución, pero que aún son insuficientes. ⁽⁹⁾

Dávila C y Col. (2019) “Anemia infantil”, nos da a conocer el importante problema de salud que es la anemia quien actualmente cuenta con una prevalencia 43,6 % de anemia infantil, siendo mayor en zona rurales 53,4% y con valor de $p > 0,05$, concluye refiriendo que el manejo de anemia en un recién nacido sea especializado y que se valore su salud de manera integral. ⁽¹⁰⁾

Arroyo J. (2017) “Hacia un Perú sin anemia”. En la actualidad, en el Perú el 43,5% de niños entre 6-35 meses, tienen anemia. Distribuyéndose el 51,1% en zonas rurales y 40% en zonas urbanas. Lo que representa a 620 mil niños menores de 3 años con anemia de una población de 1,6 millones en el Perú. Es importante reducir la prevalencia de anemia ya que se estima que esta tiene un impacto económico de aproximadamente 2777 millones de soles, por ello el gobierno tiene como objetivo reducirla en un 25 % para el año 2021 a través de diversas estrategias, concluye diciendo que no hay un manejo activo en contra de la anemia, a pesar de que esta afecta a casi el 50% de los niños en nuestro país, y es por esto que se debe practicar la promoción de salud y la prevención de riesgos. ⁽¹²⁾

Zavaleta N. y Astete-Robilliard L. (2017) “Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo”. El presente estudio se realizó en Perú, la cual busca crear impacto sobre las consecuencias a largo plazo de anemia infantil, tanto en el desarrollo cerebral, desarrollo motor, desarrollo mental y la conducta; teniendo en cuenta que la causa más relevante en anemia es la deficiencia de hierro, concluyen que es necesario fortalecer acciones que promuevan si efectivicen la suplantación de hierro en las gestantes y al niño. ⁽⁷⁾

Mansilla J. y Col. (2017) “Modelo para mejorar la anemia y el cuidado infantil en un ámbito rural del Perú”. El siguiente estudio se realizó en 3 zonas rurales del departamento Ayacucho, Perú; con la finalidad de determinar la efectividad de la ECDI de WVP, la cual obtuvo como resultado que la intervención del ECDI tuvo un efecto favorable frente a la reducción de la anemia, concluyendo que, si bien se logró disminuir la prevalencia de anemia en niños, esta siguió siendo alta con un estimado de 40%, evidenciándose que fue mayor en el sexo masculino, encontrándose significancia entre anemia y sexo femenino 51,9% con $p < 0,01$. ⁽¹³⁾

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Armando P. y Martínez S. (2007) “Epidemiología y Etiología de las Anemias en Niños Menores de 12 años evaluados en la Consulta Externa de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Escuela Honduras”. El siguiente estudio reveló que los niños entre 2-6 años tiene una prevalencia de 42% de anemia, siendo este el más alto de los grupos etarios entre 0 a 12 años; siendo la etiología más común la deficiencia de hierro. ⁽¹⁴⁾

Sguassero Y. y Col. (2018) “La visión de médicos pediatras de atención primaria de la salud sobre la anemia infantil y el suplemento con hierro”. Este estudio se realizó en Argentina, para saber cuál es el manejo de médicos pediatras frente a la anemia. De todos los encuestados se observó que todos actúan utilizando el protocolo nacional, que incluían la organización de talleres sobre anemia y la distribución gratuita de preparados con hierro de mejor sabor. ⁽¹⁵⁾

Lasso R. y Col. (2015) “Anemia infantil y entrega de micronutrientes. Cuenca Ecuador 2015. Estudio de prevalencia”. Estudio transversal realizado en Cuenca, Ecuador; con la finalidad de determinar la prevalencia de anemia en los niños atendidos en el sub-centro de salud Sinincay del Canton, con una población de 737 niños de 6 meses a 60 meses de edad obteniendo como resultados que la prevalencia de anemia es de 30.9%, de los cuales fue mayor en el sexo masculino con $p=0,018^{(16)}$, datos también observados en ENSANUT con prevalencia de 26.8% en hombres y 24.6% en mujeres. ⁽¹⁷⁾

Whang M. (2016) *“Iron deficiency and other types of anemia in infants and children”*. Define a la anemia como la disminución de hemoglobina 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad, y nos recalca que es frecuente en niños. Refiere también que la Asociación Americana de Pediatría (AAP) y la OMS recomiendan la detección de anemia desde el primer año de vida, y que es necesario tener en cuenta el tipo de anemia según su volumen corpuscular media para poder dar tratamiento. ⁽¹⁸⁾

Segarra J. y Col. (2016) *“Estudio Transversal: Desnutrición, Anemia y su Relación con Factores Asociados en Niños de 6 a 59 Meses, Cuenca 2015”*. Define a la anemia como la disminución de eritrocitos, la concentración hemoglobina y el hematocrito, refieren también que ente el 30% y 50% de anemia son por deficiencia nutricional de hierro; el estudio realizado dio como resultado que el 30.9 % de niños tiene anemia siendo 47.6% en niñas y 52.4 % niños teniendo un valor de $p=0,018$ y el 6.8% de niños prematuros encontrando una relación estadísticamente significativa con valor de $p<0,05$. ⁽⁴⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ANEMIA INFANTIL

a) Definición: La anemia infantil es una afección que actúa disminuyendo la Hemoglobina en adelante Hb de los glóbulos rojos total o eritrocitos, se considera enfermedad, aunque en algunos casos no presenta síntomas, se clasificará la anemia según la cantidad de Hb en relación con lo establecido por Organización Mundial de la Salud en adelante OMS. ⁽¹⁹⁾

b) Características del paciente

Estas características van a cambiar según la edad, sexo, raza, entre otras.

En los 3 primeros meses de edad es más común la “anemia fisiológica” que se da por la disminución de la eritropoyesis debido al aumento de oxigenación en tejidos y disminución de producción de la eritropoyetina, para diferenciar la anemia fisiológica de una anemia patológica se tendrá en cuenta lo siguiente: anemia con valor de hemoglobina <13,5 gr/dl dentro del primer mes, anemia con valor de Hb <9 gr/dl y si se observan signo de hemolisis (ictericia, ictericia escleral, orina oscura) o signos de anemia (irritabilidad, mucosas secas, mala alimentación, etc.)

En los RN las causas más comunes de anemia incluyen enfermedad hemolítica inmune, infección congénita, anemia hemolítica congénita, pérdida de sangre intrauterina crónica, transfusión de gemelos. ⁽²⁰⁾

En el recién nacido en adelante RN, durante la primera semana la anemia se confirma si el valor de hemoglobina es < 15g/dl o hematocrito < 45%, para el manejo de esta dependerá la clínica y la edad gestacional, teniendo en cuenta que la vida media de los hematíes esta reducida un 20-25% en RNT y hasta 50% de recién nacido pretérmino.

En las siguientes semanas de vida la hemoglobina disminuirá hasta alcanzar su punto más bajo entre las 8 y 12 semanas siendo en los RNT 11 gr/dl y en RNPT 9 gr/dl. La anemia del RNPT es un punto más acentuado de la anemia fisiológica; ellos alcanzaran el nivel más bajo de Hb a antes que los RNT ya que la supervivencia de los hematíes es menor y la velocidad de crecimiento en el RNPT es mayor. También los depósitos de hierro en el RNPT son menores por lo que se consumen más rápido durante la hematopoyesis. ⁽²¹⁾

En los niños de entre 9 y 60 meses la etiología más común de anemia es por deficiencia de hierro. ⁽²⁰⁾

Prevalencia: Según ENDES en el Perú el 43% de anemia se da en niños menores de 5 años; el porcentaje de anemia fue mayor en aquellos que sus madres no tienen nivel educativo (sin educación). ⁽⁸⁾

Según la OMS el 47,4% de anemia se da en niños menores de 5 años⁽¹⁾.

c) Signos y síntomas

La gravedad de la anemia va a depender de la capacidad regenerativa de la medula ósea de la medula y el tiempo de instauración. Los pacientes con anemia crónica van a desarrollar mecanismos compensadores por lo que toleran bien la anemia, aproximadamente la mitad de los pacientes no presentan síntomas.

Según **García M y Col. (2016)** independientemente el tipo de anemia, el paciente presentará: ⁽²²⁾

- ✓ Cansancio, fatiga o no tolera esfuerzos físicos
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Anorexia
- ✓ Pagofagia

- ✓ Retrasos de desarrollo, del aprendizaje o problemas de atención
- ✓ Palidez de piel y/o mucosas
- ✓ Taquicardia, dilatación cardiaca o soplo sistólico
- ✓ Rágades bucales, caída del cabello, alteraciones ungueales
- ✓ Esplenomegalia
- ✓ Ictericia cutánea y/o conjuntival, coluria, acolia

En un estadio más grave puede aparecer polipnea, insuficiencia cardiaca, cefaleas, calambres, y en casos extremos el coma anémico.

Valores normales de concentración de hemoglobina en niños según la OMS tabla 1 y tabla 2. ⁽²³⁾

Tabla N°1: Valores normales de concentración de hemoglobina en niños.

Población	Con anemia según niveles de Hb	Sin anemia según niveles de Hb
Niños prematuros		
Primera semana de vida	≤13 gr/dl	> 13 gr/dl
2 – 4 semana de vida	≤10 gr/dl	> 10 gr/dl
5 – 8 semana de vida	≤8 gr/dl	> 8 gr/dl
Niños nacidos a términos		
Menor de 2 meses	< 13,5 gr/dl	13.5 – 18,5 gr/dl
Niños de 2 – 6 meses	< 9,5 gr/dl	9.5 – 13,5 gr/dl

Fuente: Plan multisectorial de la lucha contra la anemia 2018. MINSA. ⁽²⁴⁾

Tabla N°2: Valores normales de concentración de hemoglobina y clasificación de anemia en niños.

Población	Con anemia según niveles de Hemoglobina			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	leve	moderado	severo	
Niños de 6 meses a 5 años	< 7 gr/dl	7 – 9,9 gr/dl	10 – 10,9 gr/dl	≥ 11 gr/dl
Niños de 5 años a 11 años	< 8 gr/dl	8- 10,9 gr/dl	11 – 11,4 gr/dl	≥ 11,5 gr/dl

Fuente: Plan multisectorial de la lucha contra la anemia 2018. MINSA. ⁽²⁴⁾

d) Clasificación de anemias

- **Anemia microcítica**

Se considera anemia microcítica, cuando el volumen corpuscular medio (VCM) es menor de $80 \mu^3$, siendo la más frecuente de la anemia ferropénica⁽²⁵⁾, además de estar asociado a hipocromía y perfil férrico alterado. Si se asocia con ferritina elevada y transferrina baja se puede sospechar de una anemia de instauración crónica.

- **Anemia macrocítica**

Por VCM mayor de $100 \mu^3$: Anemia macrocítica en la que se presenta la anemia megaloblástica.⁽²⁵⁾

Dentro de las causas de este tipo de anemia tenemos el uso de fármacos (anticomiales, inmunosupresores), deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, entre otros como esferocitosis, drepanocitosis, síndrome de Down, enfermedades hepáticas, hipotiroidismo, etc.

- **Anemia normocítica**

Por VCM $80 \mu^3 - 100 \mu^3$: Anemia normocítica en la que se puede dar aplasia⁽²⁵⁾.
Dividida en 2 tipos.

Anemia hiperregenerativa (reticulocitos $> 3\%$)⁽²²⁾: dentro de este tipo la anemia más común es la anemia hemolítica, la cual se divide en anemia hemolítica corpuscular y anemia hemolítica extracorpúscular.

- 1) La anemia hemolítica corpuscular se va a presentar cuando haya defectos en la membrana eritrocitaria, defectos enzimáticos, defectos en la síntesis de hemoglobina, defectos de la síntesis de globinas.

- 2) En la anemia hemolítica extracorpúscular se clasificará como anemia hemolítica inmune, anemia hemolítica no inmune, metabólicas, y mecánicas.

Anemia hiporegenerativa (reticulocitos < 1%)⁽²²⁾; esta puede corresponder a una anemia ferropénica o con anemia por otras causas (sangrado agudo, anemia crónica, uso de fármacos, infecciones, enfermedad renal, etc.). ⁽⁵⁾

Entre otros como: ⁽²⁵⁾

- ✓ Por concentración de Hb corpuscular media (CHCM) menor de 32 g/dl:
Anemia hipocrómica que se da en las talasemias.
- ✓ Por concentración de Hb corpuscular media (CHCM) de 32- 36 g/dl:
Anemia normocrómica que se da en las pérdidas agudas de sangre.
- ✓ Por hemoglobina corpuscular media menores de 30 g/dl:
Anemia por enfermedades crónicas y anemia sideroblástica.
- ✓ Por Hb corpuscular media de 30 - 37 g/dl:
Anemia hemolítica e invasión medular.

e) Diagnóstico

Para la detección de anemia se tendrá en cuenta 2 tipos de criterio como clínico y de laboratorio.

- ✓ Clínico: esta se realizará mediante la anamnesis y el examen físico, considerando los signos y síntomas como observar el color de piel y palmas de manos, buscar palidez en mucosas oculares, examinar sequedad de piel, caída de cabello, observar mucosa sublingual, verificar el llenado capilar en lecho ungueal. ⁽²⁶⁾
- ✓ Laboratorio: realizar mediante un análisis de sangre completo, en la que se determinaran la cantidad de hemoglobina y hematocrito, junto a otros parámetros que determinaran el tamaño y la morfología de los hematíes. ⁽¹⁸⁾

f) Prevención

Se va a realizar el tratamiento dependiendo del tipo de anemia, ya que existen distintas variantes en su etiología; y también dependiendo de su gravedad, puesto que si es una anemia leve o moderada el tratamiento será reponiendo el déficit; si es anemia severa el tratamiento podría depender de una transfusión de sangre. ⁽³²⁾

Tabla N°3: Suplementación preventiva de hierro y micronutrientes para niños menores de 36 meses.

Condición del niño	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto para utilizar	Duración
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses de edad	2 mg/kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses hasta los 6 meses de edad	2 mg/kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Fuente: Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. ⁽²⁶⁾

g) Tratamiento

Se va a realizar el tratamiento dependiendo del tipo de anemia, ya que existen distintas variantes en su etiología; y también dependiendo de su gravedad, puesto que si es una anemia leve o moderada el tratamiento será reponiendo el déficit; si es anemia severa el tratamiento podría depender de una transfusión de sangre. ⁽³²⁾

Tabla N°4: Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.

Condición	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto para utilizar	Duración	Control de hemoglobina
Niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses	Desde los 30 días de edad	4 mg/kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. ⁽²⁶⁾

Tabla N°5: Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.

Condición	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto para utilizar	Duración	Control de hemoglobina
Niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses	Cuando se diagnostique la anemia	3 mg/kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. ⁽²⁶⁾

Tabla N°6: Tratamiento para niños de 6 meses a 5 años con anemia leve o moderada.

Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto para utilizar	Duración	Control de hemoglobina
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/kg/día Máxima dosis 70 mg/día	Jarabe de sulfato ferroso, jarabe de complejo polimaltosado férrico, Gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años	3 mg/kg/día Máxima dosis 90 mg/día	Jarabe de sulfato ferroso o jarabe de complejo polimaltosado férrico		

Fuente: Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. ⁽²⁶⁾

2.2.2 RECIÉN NACIDO PREMATURO

a) Definición

El recién nacido pretérmino en adelante RNPT se define como aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 259 días de gestacional, desde el primer día del último ciclo menstrual. ⁽²⁷⁾ El término “pretérmino” no implica valoración de madurez en el recién nacido. ⁽²⁸⁾

También puede estar asociado con el peso al nacer, teniendo en cuenta los siguientes rangos de peso: < 2500gr bajo peso al nacer, < 1500gr muy bajo peso al nacer y < 1000gr extremado bajo peso al nacer. ⁽²⁸⁾

Y se le considerara viable después de las 24 semanas y con un peso mayor a los 500 gramos. ⁽²⁹⁾

Según la OMS las incidencias de nacimientos prematuros en el mundo oscilan entre 5% y 18%. ⁽²⁷⁾

Mendoza L. y Col. (2016) refiere que en el Perú el 7,3% de nacimientos son productos de partos pretérminos según la OMS. ⁽³⁰⁾

Según el plan multisectorial de la lucha contra la anemia en 22,8% de niños son productos de parto prematuro. ⁽²⁴⁾

Morbilidad: los niños prematuros son más propensos a realizar complicaciones a corto, mediano y largo plazo. ⁽³¹⁾

Mortalidad: de todas las muertes neonatales durante la primera semana de vida y que no estén relacionada con malformaciones congénitas, el 28% están ligadas a prematuridad⁽³²⁾, entre el 75%-80% de muertes neonatales son en neonatos que nacieron antes de las 37 semanas, de los cuales un 40% son quienes nacieron con edad gestacional menor de 32 semanas. ⁽³¹⁾

Tabla N°7: Impacto a largo tiempo de los sobrevivientes prematuros.

Impacto a largo tiempo de los sobrevivientes prematuros		Compromisos	Frecuencia de sobrevivientes
Resultado a largo tiempo	Deterioro visual	<ul style="list-style-type: none"> • Ceguera o alta miopía después de la retinopatía de la prematuridad. • Hipermetropía. 	El 25% de todos los prematuros extremos. También afecta a otros prematuros con inadecuada terapia de oxigenoterapia.
	Deterioro auditivo	Pérdida auditiva de diferente grado.	El 5-10% de prematuros extremos.
	Enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad.	Alta o moderada dependencia de oxígeno en casa.	El 40% de prematuros extremos.
	Enfermedad cardiovascular	Incremento de la presión arterial, reducción de la función pulmonar, incremento de los índices de asma, falla en el crecimiento en la infancia, ganancia de peso acelerado en la adolescencia.	Pendiente determinar la magnitud de la carga.
Neurodesarrollo/efectos conductuales.	Trastorno de la ejecución de la marcha leve.	Impedimentos específicos del aprendizaje, dislexia, disminución de logros académicos.	Pendiente determinar la magnitud de la carga.
	Moderado a severo retardo global del desarrollo.	Deterioro cognitivo moderado a severo, deterioro motor y parálisis cerebral.	Dependientes de la edad gestacional y calidad de los cuidados neonatales.
	Secuelas psiquiátricas y conductuales.	Desorden de hiperactividad y déficit de atención, aumento de trastorno ansiedad y depresión.	Pendiente determinar la magnitud de la carga.
Efectos familiares, económicos y sociales.	Impacto sobre la familia, impacto sobre los servicios de salud, intergeneracional.	Compromiso psicosocial, emocional y económico, costos de la atención en salud, riesgo de parto prematuro en la descendencia.	Variación de acuerdo con los riesgos, factores de atención, discapacidad y estado socioeconómico.

Fuente: adaptado de Mendoza L. y Col. (2016) "Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro".⁽³³⁾

b) Determinante de partos prematuros

Está se pueden clasificar en 2:

1. Parto prematuro espontaneo: en el inicio espontaneo del trabajo parto o después de la ruptura prematura de membranas (RPM). ⁽³¹⁾
 - Ruptura prematura de membranas (RPM)
 - Antecedentes de parto prematuro
 - Edad de la madre (<20 y > 35 años)
 - Embarazo múltiple + madre añosa
 - Patologías infecciosas de la madre durante el embarazo
 - Insuficiencia de cuello uterino
2. Parto prematuro indicado por médico especialista: inducción del trabajo de parto antes de las 37 semanas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales⁽³¹⁾. Según Barros y Cols. (2015) refiere que lo siguiente se encuentra dentro del parto prematuro indicado por médico especialista. ⁽³⁴⁾
 - Preeclampsia
 - Embarazo múltiple
 - Infección extrauterina
 - Corioamnionitis
 - Sangrado del segundo y tercer trimestre del embarazo
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)
 - Sepsis perinatal
 - Sufrimiento fetal

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Anemia Infantil: se define como una masa insuficiente o una morfología alterada de los glóbulos rojos, en términos de salud pública se define como disminución de la hemoglobina por debajo del percentil 5 de la concentración de hemoglobina en niños menores de 5 años. ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

Prematuridad: es definido como el nacimiento antes de las 37 semanas o antes de los de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. ⁽³⁷⁾

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 Hipótesis general:

- Existe relación estadísticamente significativa entre prematuridad y AI en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.

2.4.2 Hipótesis específica:

Los niños que tienen antecedente de prematuridad tienen mayor probabilidad de desarrollar anemia infantil.

- Existe relación significativa entre prematuridad y AI leve en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación significativa entre prematuridad y AI moderada en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación significativa entre prematuridad y AI severa en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación significativa entre edad gestacional al nacer y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación significativa entre lugar de residencia y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.

- Existe relación significativa entre edad y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación significativa entre sexo y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.

2.5 VARIABLES

Variables dependientes: Anemia infantil

Variables independientes: Prematuridad (prematuro moderado a tardío, muy prematuro, prematuro extremo)

Subvariables Lugar de residencia, edad gestacional del recién nacido prematuro.

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Anemia:** se define como una masa insuficiente o una morfología alterada de los glóbulos rojos, en términos de salud pública se define como disminución de la hemoglobina por debajo del percentil 5 de la concentración de hemoglobina de la población normal. ⁽³⁸⁾
- **Prematuridad:** es definido como el nacimiento antes de las 37 semanas o antes de los de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. ⁽³⁹⁾
- **Lugar de residencia:** es el lugar habitual en donde una persona vive⁽⁴⁰⁾.
- **Edad gestacional:** es el tiempo transcurrido desde el inicio del último período menstrual de la mujer. La edad gestacional no es la edad embrionaria real del feto. ⁽⁴¹⁾

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 Tipo de investigación

El siguiente estudio es no experimental, corte transversal, retrospectivo.

3.1.2 Nivel de investigación

El presente es un estudio descriptivo correlacional.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

El siguiente estudio se realizó en la provincia de Chincha que se encuentra 200 km al Sur de Lima, es una población mayormente de zona urbana.

Se calculó del tamaño de muestra de 94 pacientes de 0 a 5 años, con los siguientes datos, una población desconocida, con un nivel de confianza de 95%, un error máximo aceptado de 5% asumiendo una prevalencia de anemia infantil de 6.5% según el estudio realizado por ENDES en el año 2016. ⁽⁷⁾

$$n = \frac{1.96_{\alpha}^2 * 0.065 * 0.935}{0.05^2}$$

$$n = 94$$

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo este estudio se solicitó autorización a dirección del Hospital San José de Chincha, permiso para ingresar a los datos estadísticos e historias clínicas, que serán escogidos al azar hasta alcanzar el tamaño de muestra, para poder realizar el recuento de datos en 2019. Los datos serán registrados en una hoja de recolección de datos (Anexo 1) y luego se ingresarán a una base de datos para ser analizados.

Criterios de inclusión

- Pacientes de edades entre 0 a 5 años.
- Pacientes diagnosticados con anemia.
- Pacientes que cuenten con historia clínicas completas y legibles.

Criterios de exclusión

- Pacientes fuera del rango de edad.
- Pacientes que no tengan como diagnóstico anemia.
- Pacientes diagnosticados con otra patología.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 26, tomando en cuenta los objetivos y la operacionalización de variables que se elaboró en tablas y gráficos de frecuencia absoluta, que se incluyeron en el presente estudio.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Para establecer la asociación entre prematuridad y anemia infantil y otras variables, se aplicará el coeficiente de correlación prueba de Chi-cuadrado (X^2) de Pearson.

Considerando únicamente como asociación cuando el valor $p \leq 0.05$.

3.6 ASPECTOS ETICOS

Este trabajo de investigación sigue los lineamientos éticos del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú aprobado en el 2018, que en su sexto capítulo encamina al investigador a hacer el bien, evitar la falsificación y mantener el anonimato de los participantes. Además, respeta la confidencialidad de los pacientes, basándose en la normativa del hospital en estudio y la aceptación por parte del Comité de Ética de la UPSJB.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

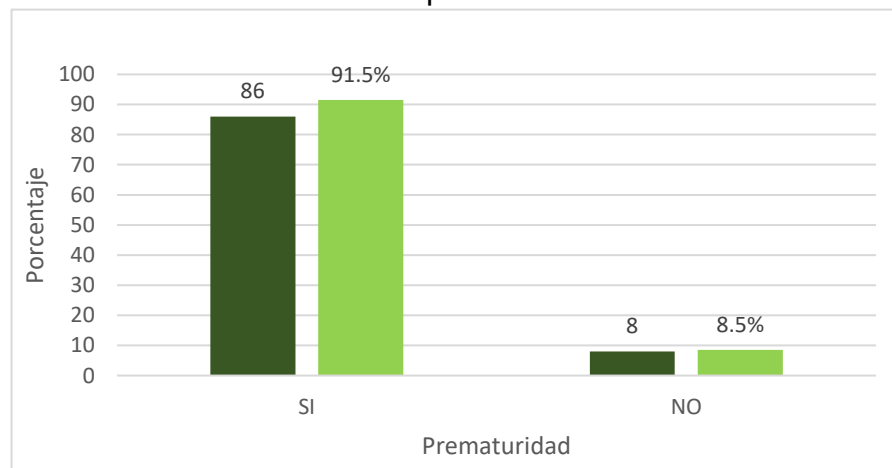
4.1.1 Frecuencia de prematuridad en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°8: Análisis de frecuencia de prematuridad.

Frecuencia de Prematuridad		
	Frecuencia	Porcentaje %
NO	8	8.5
SI	86	91.5
TOTAL	94	100

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 1: Frecuencia de prematuridad.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°8 observamos que, de un total de 94 niños, 86 (91,5%) son productos de parto pretérmino y en el grafico N°1 observamos una mayor población que corresponde a los niños que son producto de un parto pretérmino.

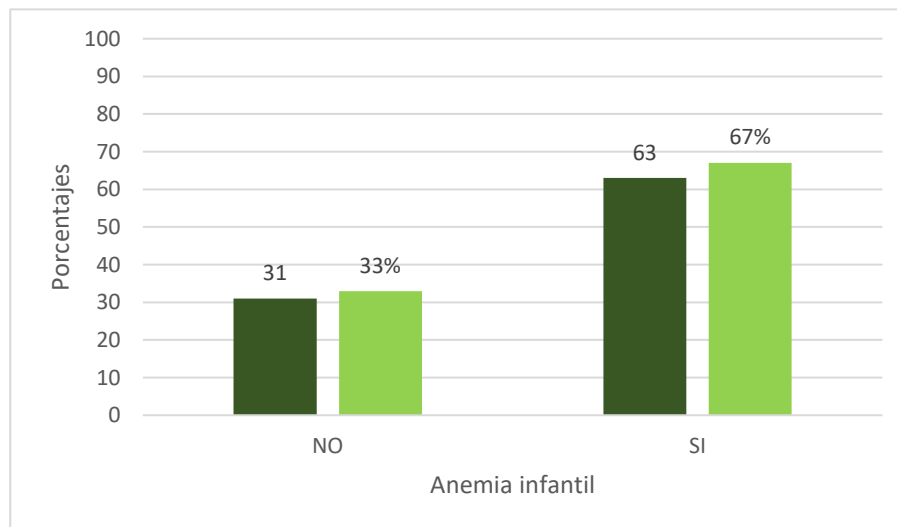
4.1.2 Frecuencia de anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°9: Análisis de frecuencia de anemia infantil.

Frecuencia de Anemia infantil		
	Frecuencia	Porcentaje %
NO	31	33
SI	63	67
TOTAL	94	100

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 2: Frecuencia de anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°9 observamos que, de un total de 94 niños, 63 (67%) presentan anemia infantil y en el grafico N°2 observamos una mayor población que corresponde a los niños con diagnóstico de anemia infantil.

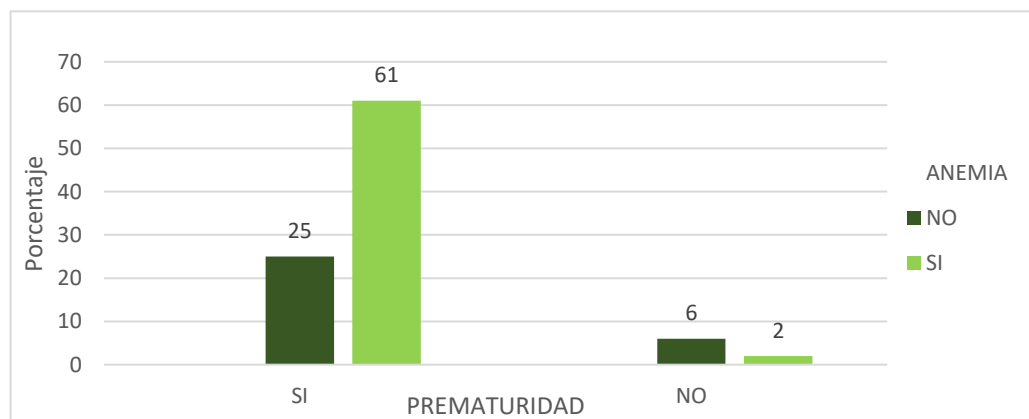
4.1.3 Asociación entre prematuridad y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°10: Asociación entre prematuridad y anemia infantil.

Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil			χ^2	Significación asintótica	
PREMATURIDAD	ANEMIA		6,986	0,008	
	NO	SI			
Si	25	61			86
Porcentaje %	26.6	64.9			91.5
No	6	2			8
Porcentaje %	6.4	2.1			8.5
Total	31	63			94
Porcentaje %	33.0	67.0			100

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 3: Prematuridad y anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: La tabla N°10 nos muestra los datos obtenidos en un total de 94 pacientes atendidos en el área de pediatría del HSJCH, de los cuales 61 (64.9%) niños presentan anemia infantil y son producto de un parto pretérmino y en el gráfico N°3 observamos que la población que tiene anemia infantil y prematuridad es elevada y también nos muestra la prueba de hipótesis del χ^2

que da como resultado 6,986 y se obtuvo que $p=0,008$ siendo este menor a 0,05 (5%), por lo que se confirma la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la prematuridad y anemia infantil.

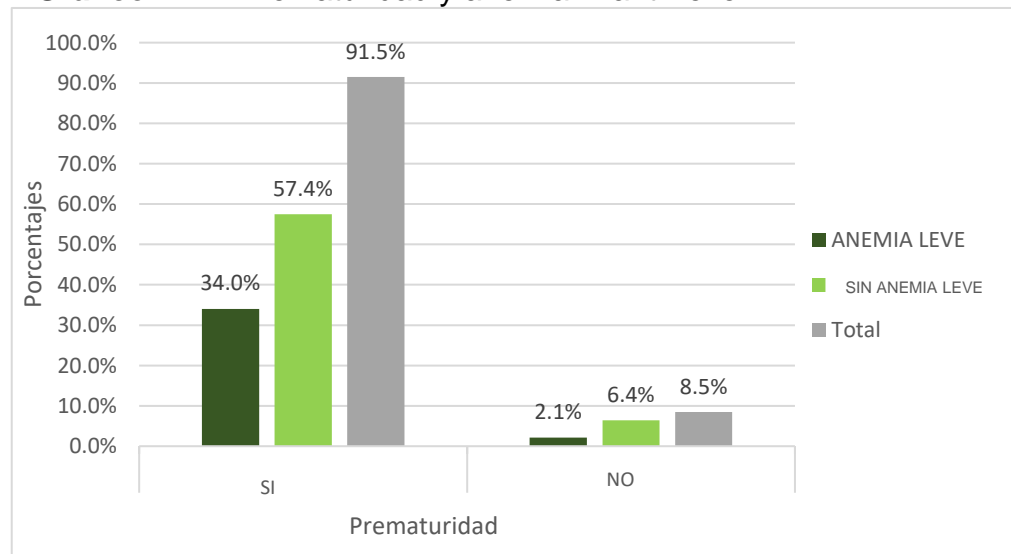
4.1.3.1 Asociación de anemia infantil leve en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°11: Asociación entre prematuridad y anemia infantil leve.

	ANEMIA INFANTIL LEVE			X ²	Significación asintótica
Prematuridad	SI	NO	Total	0,473	0,492
Si	32	54	86		
Porcentaje %	34	57.4	91.5		
No	2	6	8		
Porcentaje %	2.1	6.4	8.5		
Total	34	60	94		
Porcentaje %	36.2	63.8	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 4: Prematuridad y anemia infantil leve.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°12 nos muestra los datos obtenidos en un total de 94 pacientes atendidos en el área de pediatría del HSJCH, de los cuales 32 (34%) niños presentan anemia infantil leve y son producto de un parto pretérmino, mientras que 2 (2,1%) tienen anemia leve y son productos de parto a término y el grafico N°3 observamos la población que tiene anemia infantil leve y prematuridad y también nos muestra la prueba de hipótesis del χ^2 que da como resultado 0,473 y se obtuvo $p=0,492$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de la variable de prematuridad y anemia infantil leve.

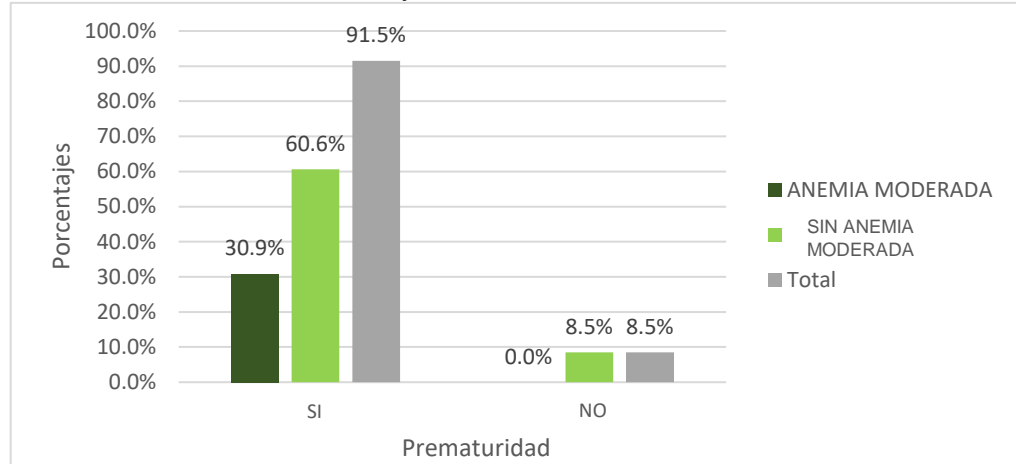
4.1.3.2 Asociación de anemia infantil moderada y prematuridad en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°12: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil moderada.

	ANEMIA INFANTIL MODERADA			χ^2	Significación asintótica
Prematuridad	SI	NO	Total	3,901	0,048
Si	29	57	46		
Porcentaje %	30.9	60.6	91.5		
No	0	8	8		
Porcentaje %	0	8.5	8.5		
Total	29	65	94		
Porcentaje %	30.9	69.1	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 5: Prematuridad y anemia infantil moderada.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°14 nos muestra los datos obtenidos en un total de 94 pacientes atendidos en el área de pediatría del HSJCH, de los cuales 29 (30.9%) niños presentan anemia infantil moderada y son producto de un parto pretérmino, y no se hallaron niños con anemia infantil moderada y que hayan sido producto de parto a término y el gráfico N°4 observamos la población que tiene anemia infantil moderada y prematuridad y nos muestra la prueba de hipótesis del X^2 que da como resultado 3,901 y se obtuvo $p=0,048$ siendo este menor a $p=0,05$ ($< 5\%$); por lo que la asociación se considera estadísticamente significativa entre prematuridad y anemia infantil moderada.

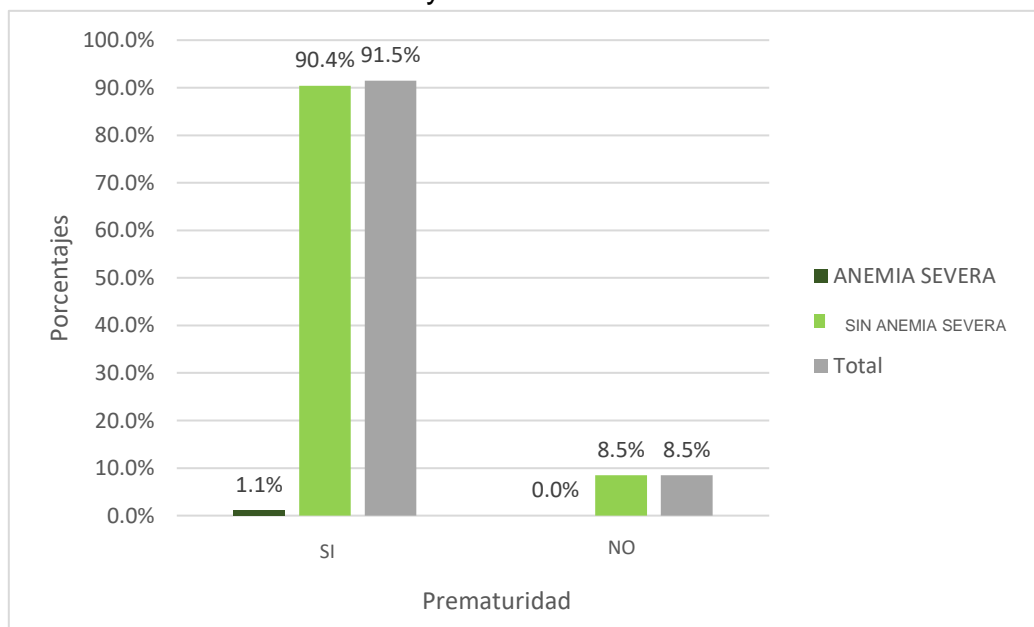
4.1.3.3 Asociación de anemia infantil severa en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°13: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil severa.

	ANEMIA INFANTIL SEVERA			χ^2	Significación asintótica
PREMATURIDAD	SI	NO	Total	0,094	0,759
SI	1	85	46		
PORCENTAJE %	1.1	90.4	91.5		
NO	0	8	8		
PORCENTAJE %	0	8.5	8.5		
Total	1	93	94		
PORCENTAJE %	1.1	98.9	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 6: Prematuridad y anemia infantil severa.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°16 nos muestra los datos obtenidos en un total de 94 pacientes atendidos en el área de pediatría del HSJCH, de los cuales 1 (1,1%) niños presentan anemia infantil severa y son producto de un parto pretérmino, y no se hallaron niños con anemia severa y que hayan sido producto de parto a término; y el grafico N°5 observamos la población que tiene anemia infantil severa y prematuridad; también nos muestra la prueba de hipótesis del χ^2 que da como resultado 0,094 y se obtuvo $p=0,759$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de la variable de prematuridad y anemia infantil severa.

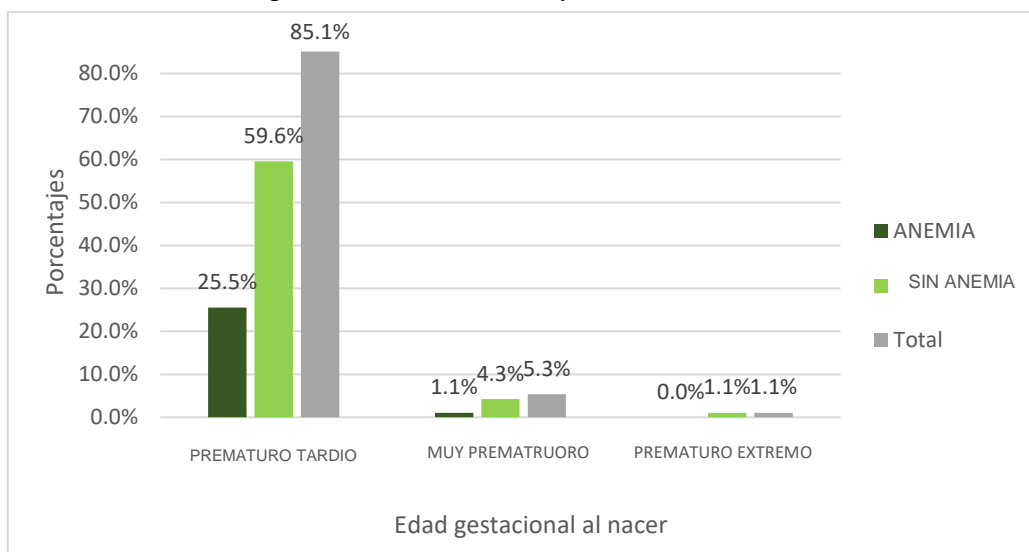
4.1.4 Asociación entre edad gestacional al nacer y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°14: Tabla cruzada entre prematuridad y anemia infantil según a edad gestacional al nacer.

	ANEMIA INFANTIL			χ^2	Significación asintótica
Edad Gestacional (EG) Del Parto	No	Si	Total	7,585	0,55
Nacido A Término	6	2	8		
Porcentaje %	6.4	2.1	8.5		
Prematuro Moderado A Tardío	24	56	80		
Porcentaje %	25.5	59.6	85.1		
Muy Prematuro	1	4	5		
Porcentaje %	1.1	4.3	5.4		
Prematuro Extremo	0	1	1		
Porcentaje %	0	1.1	1.1		
Total	31	63	94		
Porcentaje %	33	67	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 7: Edad gestacional al nacer y anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: en la tabla N°18 muestra los siguientes datos obtenidos de la muestra de los pacientes atendidos en el área de pediatría, teniendo como resultados del total de niños nacidos por parto pretérmino, considerando la clasificación por la edad gestacional al nacer; tenemos que 56 (59,6%) niños tienen anemia infantil y son prematuros tardíos (EG: 32-37 SS), 4 (4,3%) niños tienen anemia infantil y son muy prematuros (EG: 28-32 SS) y 1 (1,1%) niño tiene anemia infantil y es prematuro extremo (EG: 22-28 SS). De los niños que han nacido por parto a término el 2,1% tiene anemia infantil; y en el gráfico N°6 observamos que la población de niños prematuros tardíos es mayor y también nos muestra la prueba de hipótesis del X^2 que da como resultado 7,585 y se obtuvo $p=0,55$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de las variables de prematuridad y anemia infantil con la edad gestacional al nacer de los niños atendidos en el HSJCH.

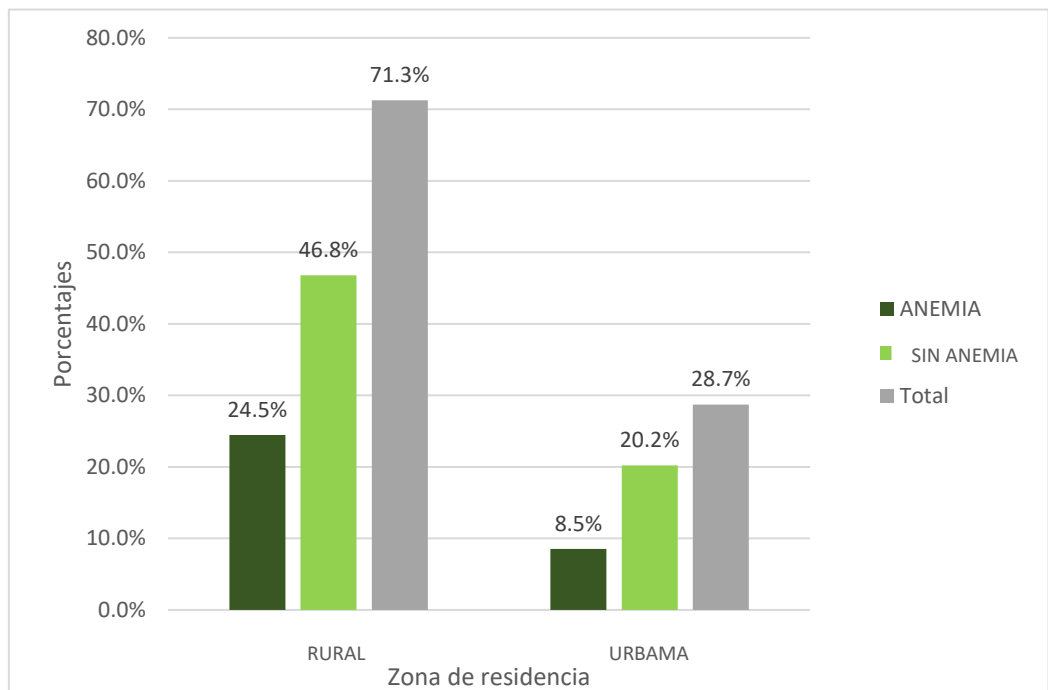
4.1.5 Asociación entre zona de residencia y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°15: Tabla cruzada entre zona de residencia y anemia infantil.

Zona de residencia	ANEMIA INFANTIL		Total	χ^2	Significación asintótica
	No	Si			
Rural	23	44	67	0,45	0,832
PORCENTAJE %	24.5	46.8	71.3		
Urbana	8	19	27		
PORCENTAJE %	8.5	20.2	28.7		
Total	31	63	94		
PORCENTAJE %	33	67	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 8: Zona de residencia y anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: la tabla N° 20 muestran la relación entre zona de residencia y anemia infantil, obteniendo como resultado que 44 (46,8%) niños que tienen anemia infantil viven en una zona rural y 19 (20,2%) niños con anemia infantil viven en zona urbana y en el gráfico N° 7 observamos que hay un predominio de niños con anemia infantil en la zona rural y también nos muestra la prueba de hipótesis del X^2 que da como resultado 0,45 y se obtuvo $p=0,832$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de las variables con la zona de residencia.

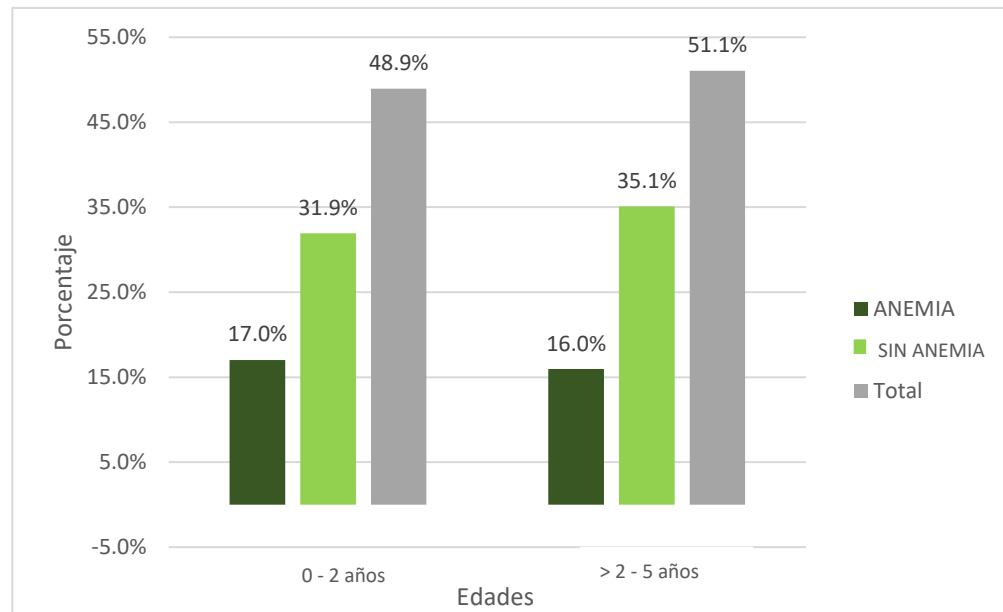
4.1.6 Asociación entre edad y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°16: Tabla cruzada entre edad y anemia infantil.

Edad	ANEMIA INFANTIL		Total	X^2	Significación asintótica
	No	Si			
Niños de 0 a 2 años	16	30	46	0,133	0,716
PORCENTAJE %	17	31.9	48.9		
Niños > de 2 años a 5 años	15	33	48		
PORCENTAJE %	16	35.1	51.1		
Total	31	63	94		
PORCENTAJE %	33	67	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 9: Edad y anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: la tabla N°22 muestran la relación entre edad y anemia infantil, obteniendo como resultado que 30 (31,9%) niños entre 0 a 2 años tienen anemia infantil y 33 (35,1%) niños mayores de 2 a 5 años tienen anemia infantil; y en el gráfico N° 9 observamos que no hay mucha diferencia entre edades la tabla también nos muestra la prueba de hipótesis del X^2 que da como resultado 0,133 y se obtuvo $p=0,716$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de las variables con la edad.

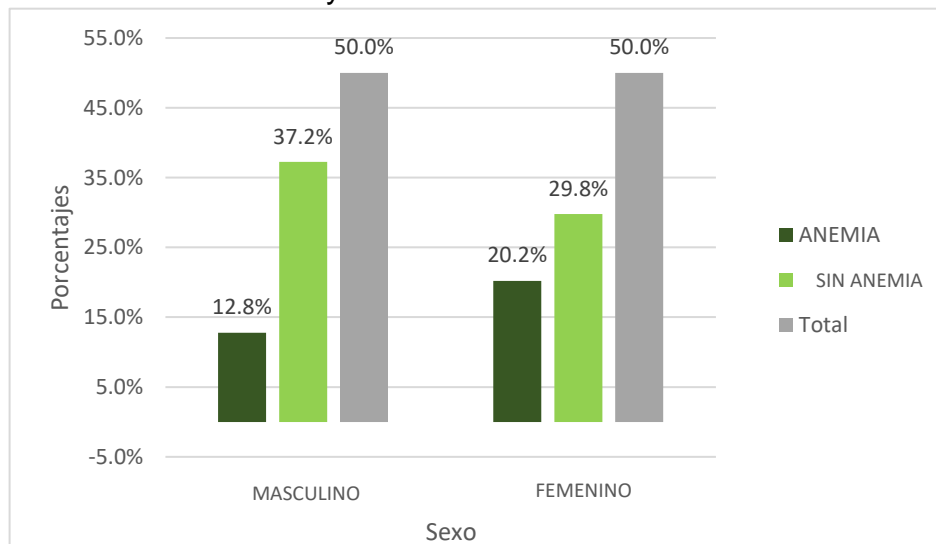
4.1.7 Asociación entre sexo y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del HSJCH 2019.

Tabla N°17: Tabla cruzada entre sexo y anemia infantil.

SEXO	ANEMIA INFANTIL		Total	χ^2	Significación asintótica
	No	Si			
Masculino	12	35	47	2,358	0,125
PORCENTAJE %	12.8	37.2	50		
Femenino	19	28	47		
PORCENTAJE %	20.2	29.8	50		
Total	31	63	94		
PORCENTAJE %	33	67	100		

FUENTE: HC del HSJCH

Gráfico N° 10: Sexo y anemia infantil.



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: la tabla N°24 muestran la relación entre sexo y anemia infantil, obteniendo como resultado que 35 (37,2%) niños de sexo masculino tienen anemia infantil y 28 (29,8%) niños femeninos tienen anemia infantil; y en el gráfico N°10 observamos que hay un leve predominio por el sexo masculino y también nos muestra la prueba de hipótesis del X^2 que da como resultado 2,358 y se obtuvo $p=0,125$ siendo este mayor a $p=0,05$; por lo que la asociación no se considera estadísticamente significativa de las variables con el sexo.

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en el HSJCH dirigido hacia la población pediátrica, buscando asociación entre los niños prematuros y la anemia infantil, esta última siendo una patología muy frecuente y que puede tener consecuencias a largo plazo si no es tratada de forma correcta y el momento indicado, además de otros factores que puedan ser influyentes en el desarrollo de esta patología.

En la cual hemos podido obtener la frecuencia de los niños que nacen producto de un parto pretérmino la cual se muestra en la tabla 8 y el grafico 1, dando como resultado que de los 94 niños tomados para muestra el 91.5% fue producto de parto pretérmino, valor mucho más alto a lo que refiere **Gonzalo O. (2019)** en su estudio de cohorte realizado en niños rusos designados para adopción en España, quien nos dice que el 37.7% de niños son productos de parto pretérmino⁽⁴²⁾, por lo contrario a los resultados dados por **Mendoza L. y Col. (2016)**, quien refiere que en el Perú según la OMS el 7.3% de niños son productos de parto pretérmino⁽³⁰⁾⁽³¹⁾, porcentaje casi similar a lo que reporta **Sánchez I. (2016)** en el boletín estadístico de nacimientos Perú 2015 que da como resultado que el 6.5% de niños nacidos en el años 2015 fueron producto de parto pretérmino⁽⁴³⁾, teniendo en cuenta los resultados nos da a conocer que la frecuencia de prematuridad puede estar elevada en algunos casos.

En la tabla 9 y el grafico 2 nos muestra que la frecuencia de AI en niños menores de 5 años, de los 94 niños tomados para la muestra, que es 67%, resultados mayor a lo que refiere **Gonzáles G. Y Col. (2018)** en su revisión en niños menores de 5 años la cual da como resultado que 47,4 % de niños menores de 5 años tiene anemia infantil⁽⁴⁴⁾, caso similar a lo descrito por **Flores J. y Col. (2015)** en su estudio realizado en hogares de pueblos indígenas que da como resultados que el 43,55% de niños menores de 5 años tiene anemia infantil⁽¹¹⁾, resultado poco mayor a lo que refiere **ENDES** en su boletín del 2016 que da como resultado que el 33,3% de niños menores de 5 años tiene anemia infantil⁽⁸⁾, por otro lado **Lasso R y Col. (2015)** en su estudio realizado en el sub-centro de salud Sinicay del Canton, Ecuador, obtiene

como resultado que el 30.9% de niños entre 6 meses y 5 años tienen anemia infantil⁽¹⁶⁾, dato similar a lo descrito por **Carlos R. y Col. (2018)** en su estudio dirigido a los niños del proyecto EquiDar de la región de Azuay, Ecuador; que nos da como resultado que la frecuencia de anemia en la población estudiada es de 23.98%⁽⁴⁵⁾, dando a conocer que si bien los resultados varían en rango de $\pm 15\%$, siguen siendo elevados.

En las tablas 11,12 y 13 nos muestran los resultados de las frecuencias de anemia infantil leve, moderada y severa respectivamente obteniendo como resultado de los 94 niños tomados como muestra que el 36.2% tiene anemia infantil leve, el 30.9% tiene anemia infantil moderada y el 1.1% tiene anemia infantil severa, datos que no tienen mucha diferencia con lo referido por **Calle N. y Col. (2017)** en ENDES 2016, quienes dan como resultado que el 22.8% tiene anemia infantil leve, el 10.3% tiene anemia infantil moderada y el 0,2% tiene anemia infantil severa⁽⁸⁾, similar también a lo referido por **Flores J y Col. (2015)** en su estudio realizado en hogares indígenas que obtuvo como resultados que el 28% tiene anemia infantil leve, el 14.9% tiene anemia infantil moderada y el 0.6% tiene anemia infantil severa⁽¹¹⁾, muy distinto a lo referido por **Assandri E. y Col. (2018)** en su estudio realizado en niños pertenecientes a hogares vulnerables en Montevideo, quienes dan como resultado que el 71% tiene anemia infantil leve, el 29% tiene anemia infantil moderada y no se encontraron casos de niños con anemia infantil severa⁽⁴⁶⁾, de acuerdo con los resultados en este estudio como en el de los diferentes autores la anemia infantil leve y moderada están elevadas teniendo en cuenta que algunas de las anemias moderadas tratadas pasan a ser anemias leves; por lo que si no se da el adecuado la frecuencia de anemia va a seguir siendo elevada.

En la tabla N°15 y el gráfico N°8 nos muestra la relación entre anemia infantil y zona residencial, la que nos da como resultado que 44(46,8%) niños que viven en zona rural tienen anemia y 19(20,2%) de niños que viven en zona urbana tienen anemia infantil, lo cual muestra un predominio en los niños que viven en zona rural, resultados similares a los descritos por **Velásquez J. y Col. (2016)** en su artículo de

factores asociados con anemia en niños, que nos dice que el 54,7% viven en zona rural y el 44,1% vive en zona urbana con valor de $p > 0,05^{(47)}$, un poco elevado a lo que refiere **Sobrino M. y Col. (2014)** quien dice que el 38,6% de niños vive en zona rural y 26,5% vive en zona urbana con valor de $p > 0,05^{(48)}$, resultados muy alejados a lo que describe **Bendezú y Col. (2015)** en su estudio realizado en hogares indígenas con resultados de 94,2% de niños que viven en zona rural y 5,8% que viven en zona urbana con un valor de $p < 0,05^{(11)}$.

Según la tabla 16 y el grafico 9 muestra los resultados los niños con anemia infantil según la edad divididos en lactantes y preescolares, obteniendo como resultado el 31.9% de niños lactantes y el 35.1% de niños preescolares tienen anemia infantil, datos similares en lactantes, mas no en preescolares, a lo obtenido por **Assandri E. y Col (2018)** quien da como resultado de los niños con anemia infantil el 38.9% son lactantes y el 61.1% son preescolares con valor de $p < 0,05^{(46)}$, lo obtenido por Assandri se asemeja a lo obtenido por **Flores J. y Col. (2015)** en su estudio realizado en hogares indígenas que da como resultado que el 41.6% son lactantes con anemia infantil y el 58.4% son preescolares con anemia infantil con un valor de $p > 0,05^{(11)}$, resultados que se acercan a lo obtenido por **Gonzales E. y Col. (2018)** en su estudio realizado en zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali, obteniendo como resultado que el 63.3% de lactantes y el 37.7% de preescolares tienen anemia infantil con un valor de $p > 0,05^{(49)}$, dando a conocer así que en la mayor parte de estudios la anemia en lactantes, teniendo relación con los resultados obtenidos en el nuestro.

En la tabla 17 y el grafico 10, nos muestra la frecuencia según el sexo teniendo como resultado de los 94 niños tomados para la muestra el 37.2% de niños del sexo masculino y el 29.8% de niños del sexo femenino tienen anemia infantil, caso similar a lo que refiere **Lasso R. y Col. (2015)** en su estudio realizado en el sub-centro de salud Sinicay de Canton, Cuenca, Ecuador; quien obtuvo como resultado que el 52.4% de niños del sexo masculino y el 47.6% de niños de sexo femenino tienen anemia infantil con $p < 0,05^{(16)}$, también al estudio realizado por **Silva R y Col. (2015)**

quien refiere en su estudio realizado en Güines, Mayabeque, Cuba; que el 53.1% de niños de sexo masculino y el 46.9% de niños de sexo femenino, tienen anemia infantil con valor de $p > 0,05^{(50)}$, muy por lo contrario a lo que refiere **Flores J. y Col (2015)** en su estudio realizado en hogares indígenas del Perú quien tiene como resultado que el 43.5% de niños de sexo masculino y el 56.5% de niños del sexo femenino tienen anemia infantil⁽¹¹⁾, datos también dados por Rimachi L y Longa J. (2013) quien da como resultado que 61,5% de niños con anemia infantil son de sexo femenino y el 38,5% son de sexo masculino⁽⁵¹⁾, dado a conocer los datos obtenidos en este estudio y en comparación con los de otros autores, la frecuencia de anemia según el sexo es controversial.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La frecuencia obtenida sobre prematuridad en niños de 0 a 5 años atendidos en el área de pediatría en el HSJCH 2019 fue de 91.5% del total de la muestra estudiada.
- Se obtuvo que la frecuencia de anemia fue de 67% en los niños de 0 a 5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.
- Existe relación estadísticamente significativa entre prematuridad y anemia infantil, ($p \leq 0.05$).
- Se halló que existe una asociación entre prematuridad y anemia infantil leve con ($p > 0.05$), siendo una relación estadísticamente significativa.
- Se halló que existe una asociación entre prematuridad y anemia infantil moderada con $p \leq 0.05$, siendo una relación estadísticamente significativa.
- Se halló que existe una asociación entre prematuridad y anemia infantil severa con ($p > 0.05$), siendo una relación estadísticamente significativa.
- Con respecto a la asociación entre edad gestacional y anemia infantil, nuestros datos no confirman este objetivo ($p > 0.05$).
- La asociación entre lugar de residencia y anemia infantil, nuestros datos no confirman este objetivo ($p > 0.05$).
- Mientras que la asociación entre edad de los niños del estudio y la anemia infantil, nuestros datos no confirman esta relación ($p > 0.05$).
- Con respecto a la asociación entre sexo y anemia infantil, nuestros datos no confirman este objetivo ($p > 0.05$).

5.2 RECOMENDACIONES

- Primero que el Ministerio de Salud (MINSA) mejore los programas de lucha contra la anemia, para que la población sepa identificar los signos y síntomas de la anemia y el problema que esta patología puede causar a largo plazo, más aún si se trata de un niño producto de un parto pretérmino.
- Por otro lado, realizar más programas de promoción y prevención de la anemia infantil, porque como ya se recalcó anteriormente pueden desarrollar problemas a largo plazo.
- Capacitar al personal de salud para que puedan realizar un correcto manejo de los niños que tienen anemia ya que, según las revisiones, el tratamiento varía según edad y otras condiciones, por lo que quizás no se trata adecuadamente y los resultados no son los esperados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, Switz World Heal Organ. 2011;
2. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, De Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr. 2009;
3. OPS/OMS en Perú. Perú pone en marcha plan integral para reducir anemia infantil. Lima, Perú. 2017;
4. Segarra Ortega JX, Lasso Lazo SR, Chacón Abril KL, Segarra Ortega MT, Huiracocha Tutiven L. Estudio Transversal: Desnutrición, Anemia y su Relación con Factores Asociados en Niños de 6 a 59 Meses, Cuenca 2015. Rev Médica del Hosp José Carrasco Arteaga. 2016;
5. Pavo MR, Muñoz M, Baro M. Anemia en la edad pediátrica. Form Act Pediatr Aten Prim. 2016;
6. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Texto completo. Arch Argent Pediatr. 2017;
7. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;
8. Calle NH. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2016. Endes 2016. 2017;
9. Pajuelo J, Miranda M, Zamora R. Prevalencia de deficiencia de vitamina A y anemia en niños menores de cinco años de Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;
10. Dávila-Aliaga CR. Anemia infantil. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2019;

11. Flores Bendezú J, Calderón J, Rojas B, Alarcón Matutti E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. An la Fac Med. 2015;
12. Arroyo Laguna J. Hacia un Perú sin anemia. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;
13. Mansilla J, Whittembury A, Chuquimbalqui R, Laguna M, Guerra V, Agüero Y, et al. Modelo para mejorar la anemia y el cuidado infantil en un ámbito rural del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2017;
14. Armando Peña SM. Epidemiología y Etiología de las Anemias en Niños Menores de 12 años evaluados en la Consulta Externa de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Escuela. Honduras Pediátrica - Vol XXVII - No 3 [Internet]. 2007;3:5. Available from: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2007/pdf/Vol27-3-2007-3.pdf>
15. La visión de médicos pediatras de atención primaria de la salud sobre la anemia infantil y el suplemento con hierro. Arch Argent Pediatr. 2018;
16. Lasso R, Chacónil K, Segarra, J, Huiracocha M. Anemia infantil y entrega de micronutrientes. Cuenca Ecuador 2015. Estudio de prevalencia. Rev An. 2015;
17. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Ensanut-Ecu 2012. 2014.
18. Wang M. Iron deficiency and other types of anemia in infants and children. Am Fam Physician. 2016;
19. BURNS DAR, CAMPOS JÚNIOR D, SILVA LR, BORGES WG, BLANK D. Tratado de pediatría: Sociedade Brasileira de Pediatria. Manole. 2017.
20. Sandoval C. Approach to the child with anemia. UpToDate. 2015;

21. Arca G, Carbonell-Estrany X. Anemia neonatal. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asoc Española Pediatría Protoc Actual al año 2008. 2008;
22. García MRP, Díaz MM, Fernández MB. Anemia en edad pediátrica. Act Pediatr Aten Prim. 2016;
23. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. VMNIS. 2011;
24. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia. Octubre. 2018;
25. Behrman, K SJ. Tratado de pediatría de Nelson. Igarss 2014. 2014;
26. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en Niños ,mujeres, gestantes y puérperas. Inst Nac Salud. 2017;
27. OMS-centro de prensa. Nacimientos prematuros. Centro de prensa notas descriptivas. 2018.
28. Rellan Rodríguez S, García De Ribera C, Paz M, García A. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología El recién nacido prematuro. Asoc Española Pediatría. 2008;
29. PREMATURIDAD: EPIDEMIOLOGÍA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL. PRONÓSTICO Y DESARROLLO A LARGO PLAZO. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2008;
30. Organization. WH. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization. 2012.
31. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet

- Ginecol. 2016;
32. Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol.* 2006;
 33. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;
 34. Barros FC, Papageorghiou AT, Victora CG, Noble JA, Pang R, Iams J, et al. The distribution of clinical phenotypes of preterm birth syndrome implications for prevention. *JAMA Pediatr.* 2015;
 35. Shamah T, Villalpando S, De la Cruz V. Anemia. In: *International Encyclopedia of Public Health.* 2016.
 36. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. *Vitamin and Mineral Nutrition Information System.* Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>), acc. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2018.
 37. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010;
 38. DeLoughery TG. Iron Deficiency Anemia. *Medical Clinics of North America.* 2017.
 39. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;
 40. ONU. Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación. Naciones Unidas. 2010.

41. Stavis R. Edad Gestacional. Manual MSD. 2017.
42. Oliván-Gonzalvo G. Prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacimiento y desnutrición en la infancia temprana en niños rusos asignados para adopción internacional. *An Pediatría*. 2019;
43. Sánchez IG. BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS PERÚ: 2015. Sist Regist del certificado Nacido Vivo en Lima. 2016;
44. Gonzales GF, Olavegoya P, Vasquez-Velasquez C, Alarcon-Yaqueto DE. Anemia en niños menores de cinco años. ¿Estamos usando el criterio diagnóstico correcto? *Rev Peru la Soc Med Interna*. 2018;
45. Prevalencia de anemia en niños del proyecto EquiDar de la región de Azuay-Ecuador. *Rev Cubana Pediatr*. 2018;
46. Anemia, estado nutricional y parasitosis intestinales en niños pertenecientes a hogares vulnerables de Montevideo. *Arch Pediatr Urug*. 2018;
47. Velásquez-Hurtado JE, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete-Robilliard L, Loyola-Romaní J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: Análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar, 2007-2013. *Biomedica*. 2016;
48. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Revista panamericana de salud publica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014.
49. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;
50. Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta*. 2014;

51. Rimachi Nasia L, John. Factores de riesgo asociados a anemia en menores de 5 años usuarios del consultorio de crecimiento y desarrollo- Centro de Salud Mi Perú- Ventanilla, 2013. Rev Científica Alas Peru. 2013;

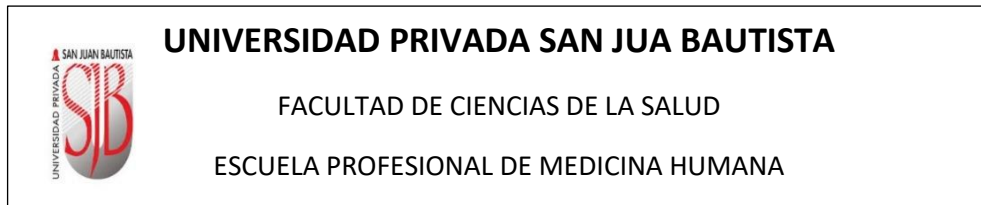
ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables.

OPERACIONALIAZION DE VARIABLES						
Variable	Definición		Valores posibles	Criterios de medición	Tipo de variable	Fuente
	Conceptual	Operacional				
Anemia	La anemia es una afección que actúa disminuyendo la hemoglobina de los glóbulos rojos total o eritrocitos	Anemia infantil	0 = No 1 = Si	No: Hemoglobina \geq 11 gr/dl Si Hemoglobina < de 11 gr/dl Valor de hemoglobina en estudio de hemograma completo registrados en la Historia clínica.	Categórica dicotómica nominal	Historia clínica
Prematuridad	Es la edad gestacional de parto menor a las 38 semanas.	Tiempo de edad gestacional en semanas registrados en la Historia clínica.	1 = prematuro tardío 2 = muy prematuro 3 = prematuro extremo	No: edad gestacional \geq 37 semanas. Si: edad gestacional > 22 semanas o < 37 semanas registrados en la Historia clínica.	Categórica nominal	Historia clínica
Edad gestacional	es el tiempo transcurrido desde el inicio del último período menstrual de la mujer.	Datos registrado en la hoja filiación de la historia clínica.	1 = parto pretérmino 2 = parto a término	Datos registrados en la historia clínica	Categórica nominal	Historia clínica

Lugar de residencia	Es el lugar específico en donde reside la persona.	Datos registrado en la hoja filiación de la historia clínica.	1 = Urbana 2 = Rural	Datos registrados en la historia clínica	Categórica dicotómica	Historia clínica
Edad	El tiempo en años que vive una persona.	Datos registrado en la hoja filiación de la historia clínica.	Si = 1 a 2 años No = 3 a 5 años	Datos de la historia clínica	Categórica	Historia clínica
Sexo	Sexo biológico	Datos registrado en la hoja filiación de la historia clínica.	Si = Masculino No = Femenino	Datos de la historia clínica.	Categórica nominal dicotómica	Historia clínica

Anexo 2: Ficha de recolección de datos.



ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA 2019

N° ficha:

Fecha:

N° Historia clínica:

Autor: Huayta Miñan, Nelson G.

I. VARIABLE DEPENDIENTE

	≥ 11 gr/dl	< 11 gr/dl
HEMOGLOBINA		

SEVERIDAD DE ANEMIA	LEVE (10-10,9 gr/dl)	MODERADA (7-9,9 gr/dl)	SEVERA < 7 gr/dl

	MASCULINO	FEMENINO
SEXO		

	0 a 2 AÑOS	3 a 5 AÑOS
EDAD		

	GRUPO	FACTOR Rh
TIPO DE SANGRE		

	RURAL	URBANA
ZONA RESIDENCIAL		

Fuente: adaptado de Pajuelo J. y Col. (2015) "Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años de Perú"⁽⁹⁾

II. VARIABLE INDEPENDIENTE

	SI	NO
PARTO PRETÉRMINO		

	Prematuros moderados a tardío (EG: 32-37 SS)	Muy prematuros (EG: 28-32 SS)	Prematuros extremos (EG: < 28 SS)
PREMATURIDAD SEGÚN EDAD GESTACIONAL			

Fuente: adaptado de Pajuelo J. y Col. (2015) "Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años de Perú"⁽⁹⁾

Anexo 3: Validez de instrumento – consulta de Expertos.

Informe de Opinión de Experto

I. DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Pachas Ramos Allinson Marina

1.2. Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

1.5. Autor(a) del instrumento: Huayta Miñan, Nelson George

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 -20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					88
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					86
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre.....(variables).					88
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					88
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					86
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación).					88

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Estudio factible y aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

88

Lugar y Fecha: Chíncha , ___ Enero del 2020

Pachas Ramos Allinson Marina

Mg. Allinson M. Pachas S.

Firma del Experto DOCENTE

D.N.I. N° 218871 SAN JUAN BAUTISTA

Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Salvador Carrillo, José Fernando
 1.2 Cargo e institución donde labora: Investigador - Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor del instrumento: Huayta Miñan, Nelson George

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					100%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					100%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apto (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

100

.....
 M^o OF JOSE FERNANDO SALVADOR CARRILLO
 DOCENTE E INVESTIGADOR
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Lugar y Fecha: Chincha, 15 Enero de 2019

[Firma manuscrita]

Firma del Experto
 D.N.I N° 4666631
 Teléfono 943925034

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dra.Fany Verónica Ticona Pérez
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Asesor UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Huayta Miñan Nelson George

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					82
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					88
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ... (tipo de investigación)					84

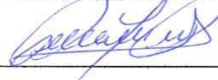
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

83,2

Lugar y Fecha: Lima, 21 Enero 2020



Firma del Experto
D.N.I Nº 40615767
Teléfono 947659025

Anexo 4: Matriz de consistencia.

ALUMNO: HUAYTA MIÑAN NELSON GEORGE

ASESOR: Dra. Ticona Pérez Fany Verónica

LOCAL: FILIAL CHINCHA

TEMA: ASOCIACIÓN ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HSJCH 2019.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL: PG: ¿Existe asociación entre prematuridad y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p> <p>ESPECIFICOS PE1: ¿Cuál es la frecuencia de prematuridad en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la frecuencia de AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>GENERAL OG: Determinar la asociación entre prematuridad y AI en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>ESPECIFICOS OE1: Determinar la frecuencia de prematuridad en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>OE2: Determinar la frecuencia de AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>GENERAL HG: Existe relación significativa entre prematuridad y AI en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>ESPECIFICOS HE1: Existe relación significativa entre prematuridad y AI leve en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>Variable independiente: Prematuridad Indicadores: 1= SI 2= NO</p> <p>Variable dependiente: Anemia infantil Indicadores 1= SI 2= NO</p>

<p>PE3: ¿Existe asociación entre prematuridad y AI leve en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p> <p>PE4: ¿Existe asociación entre prematuridad y AI moderada en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p> <p>PE5: ¿Existe asociación entre prematuridad y AI severa en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p> <p>PE6: ¿Existe asociación entre la edad gestacional al nacer y AI según en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>OE3: Determinar la asociación entre prematuridad y AI en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>OE4: Determinar la asociación entre prematuridad y AI leve en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>OE5: Determinar la asociación entre prematuridad y AI moderada en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>OE6: Determinar la asociación entre prematuridad y AI severa en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>HE2: Existe relación significativa entre prematuridad y AI moderada en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>HE3: Existe relación significativa entre prematuridad y AI severa en niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p> <p>HE4: Existe relación significativa entre edad gestacional al nacer y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	
--	--	--	--

<p>PE7: ¿Existe asociación entre el lugar de residencia y AI según en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>OE7: Determinar la asociación entre la edad gestacional al nacer prematuridad y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>HE5: Existe relación significativa entre lugar de residencia y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	
<p>PE8: ¿Existe asociación entre el lugar de residencia y AI según en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>OE8: Determinar la asociación entre lugar de residencia y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>HE6: Existe relación significativa entre edad y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	
<p>PE9: ¿Existe asociación entre edad y AI según en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>OE9: Determinar la asociación entre edad y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	<p>HE7: Existe relación significativa entre sexo y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>	
<p>PE10: ¿Existe asociación entre sexo y AI según en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019?</p>	<p>OE10: Determinar la asociación entre sexo y AI en los niños de 0-5 años atendidos en el área de pediatría del HSJCH 2019.</p>		

Anexo 5: Solicitud para realizar el trabajo de investigación.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Chincha alta, 14 de enero del 2020

Dr. M.C. Carlos Navea Méndez
Director ejecutivo
Hospital San José de Chincha.

Distinguido Dr.:

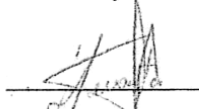
Me dirijo a usted para mostrarle mi interés en ejecutar durante los meses de enero a febrero en su institución, una investigación en el marco de mi tesis de grado que se denominará "Asociación entre prematuridad y anemia infantil en niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital San José de Chincha 2019"

El objetivo central de mi tesis es determinar la asociación entre prematuridad y anemia infantil en El Hospital San José de Chincha 2019, así como identificar cuáles son los factores asociados que aumentan la posibilidad de padecer estas patologías como lo son: edad, sexo, tipo de sangre, lugar de residencia, entre otras. Cabe resaltar que este trabajo de investigación también busca generar conocimiento sobre estas patologías en la población estudiada del hospital por lo que dicha información podría ser de utilidad para futuros trabajos o toma de decisiones.

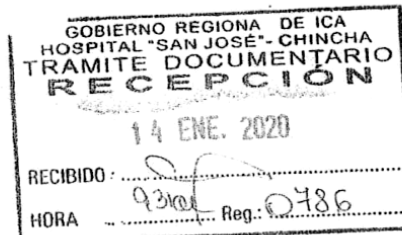
Durante todo el proceso se conservará la privacidad necesaria para proteger la identidad de los participantes.

Por todo ello, solicito su consentimiento para el desarrollo de este estudio, así como el apoyo debido para culminar satisfactoriamente el estudio.

Sin otra petición, le saluda atentamente:


Nelson George
Huayta Miñan

Jefe de servicio
de Pediatría



Anexo 6: Carta de presentación de trabajo de campo.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

ACREDITADA POR SINEACE
RE-ACREDITADA INTERNACIONALMENTE POR RIEV

Chincha, 21 de enero del 2020

OFICIO N° 023-2020-FCS -EPMH-FCH -UPSJB

Señor Doctor

CARLOS NAVEA MENDEZ
DIRECTOR HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA
AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600 – CHINCHA

PRESENTE. -

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. para comunicarle que el egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, se encuentra desarrollando una investigación para optar el título de Médico Cirujano.

En esta oportunidad presentamos al Sr. HUAYTA MIÑAN NELSON GEORGE quién se encuentra ejecutando la tesis titulada "ASOCIACION ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2019"

Concedores de su experiencia y preocupación en el desarrollo de la investigación, solicitamos su valioso apoyo para la autorización del "Trabajo de Campo" de la investigación en mención; para lo cual se adjunta el resumen del proyecto.

Agradeciendo su atención a la presente le reiteramos nuestros sentimientos de consideración y estima.



Mag. Williams Inga López
Director Académico y Administrativo
Universidad Privada San Juan Bautista
Filial Chincha



Mónica Bernal Rondinel
Coordinadora Académica
Escuela Profesional de Medicina Humana
Filial Chincha



upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402

Anexo 7: Proveído de investigación.



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



Chincha Alta, 27 de enero del 2020

OFICIO N° 228-GORE-ICA-DIRESAUADI-DE-HSJCH-2020

Señor : MG .WILLIAMS INGA LÓPEZ
Director General Académico Administrativo de la Universidad San Juan Bautista

Asunto : Aceptación para Desarrollar Trabajo de Tesis.

Atención : M.C Yannira Bernal Rondinel
Coordinador Académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista – Filial Chincha.

Referencia : Expedi.N°786-2020

Mediante la presente me dirijo a usted expresándole mis cordiales saludos, a la vez en atención al documento de Referencia de desarrollo de trabajo de Investigación de la Universidad San Juan Bautista Escuela Profesional de Medicina Humana, ha sido aceptado el alumno **NELSON GEORGE HUAYTA MIÑAN** para realizar su trabajo de Tesis titulado "ASOCIACION ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA 2019" en el Hospital San José de Chincha.

Sin otro particular me despido de Ud. no sin antes expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL SAN JOSÉ CHINCHA


M.C. CARLOS ENRIQUE NAVEA MENDEZ
C.M.P. 159270
DIRECTOR EJECUTIVO

CENM/DE/UE401/HSJCH.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Dirección Ejecutiva
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Av. Abelardo Alva Maurtua N° 600
Ica - Chincha

Anexo 8: Expedito de comité de ética de la UPSJB.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 203-2020

Vista la Solicitud N°34-00050790 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

ASOCIACION ENTRE PREMATURIDAD Y ANEMIA INFANTIL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2019

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS203**

Investigador(a) Principal: HUAYTA MIÑAN NELSON GEORGE

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, cifiéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 24 de febrero de 2020



Dña. Lida Campomanes Moran
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402