

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS GESTANTES
ADOLESCENTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ACHARTE IPUSHIMA ANAIR

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

ICA-PERÚ

2022

Asesor:

Dr. Joseph Pinto Oblitas

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento está dirigido hacia al servicio de estadística del Hospital Santa María del Socorro por la ayuda en facilitarme las historias clínicas para su revisión y a mi asesor de tesis el Dr Joseph Pinto, con el fin de poder desarrollar mi investigación.

DEDICATORIA

Con todo mi amor y afecto dedico este estudio, a los seres que más amo, mis progenitores Benedicto y Lilia por brindarme su amor, soporte, confianza y sacrificios en todos estos años, a mi hermana menor Marysienka quien sus palabras de aliento hicieron que siga esforzándome. Gracias a ustedes logré llegar hasta aquí.

RESUMEN

Objetivo: Estimar las características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María de Socorro durante el periodo 2018.

Metodología. Estudio de tipo observacional, transversal, retrospectiva, descriptiva, en una población de 125 gestantes anémicas de donde se obtuvo una muestra de 94 gestantes. **Resultados:** La edad media de las gestantes era de 17,09 (IC95%= 17,39-16,78) la mayoría tenía grado de instrucción secundaria (69,1%), el 73,4% eran estudiantes, el 44,7% eran solteras, la mayoría proceden de la ciudad de Ica (42,6%), y el 9,6% consumen tabaco y el 17% consume alcohol. La sofocación y el cansancio son los síntomas más frecuentes (62,8% y 53,2% respectivamente) el peso tuvo una media de 70,5 kilos (IC:95% 72,32 - 68,72), la talla tuvo una media de 1,69 metros con (IC:95 1,70 – 1,69), y el Índice de Masa Corporal tuvo una media de 24,63 con (IC95%: 25,33 - 22,67) siendo el normo peso el más frecuente (53,2%), la hemoglobina tuvo una media de 10,1330 con (IC95%: 10,0 – 10,27) y el hematocrito tuvo una media de 30,1170 con (IC95%: 29,75 – 30,49). La mayoría se encontraban en el tercer trimestre (74,5%), 59,6% tenían menos de 6 controles prenatales, 98,9% eran embarazos únicos, el 50% eran primigestas, y el 12,8% presentó aborto.

Conclusión: Las características más relevantes de las gestantes con anemia es que son mayormente, con frecuente consumo de alcohol y tabaco, con normo peso, y controles prenatales incompletos.

Palabras clave: Características clínico-epidemiológicas, gestantes adolescentes, anemia.

ABSTRACT

Objective: To estimate the clinical-epidemiological characteristics of anemia in pregnant adolescents treated at the Santa María de Socorro Hospital during the 2018 period.

Methodology. Observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study in a population of 125 anemic pregnant women from which a sample of 94 pregnant women was obtained. **Results:** The mean age of the pregnant women was 17.09 (95% CI= 17.39-16.78), the majority had a secondary education degree (69.1%), 73.4% were students, 44.7% they were single, the majority came from the city of Ica (42.6%), and 9.6% consumed tobacco and 17% consumed alcohol. Suffocation and fatigue are the most frequent symptoms (62.8% and 53.2% respectively), weight had a mean of 70.5 kilos (95% CI 72.32 - 68.72), height had a mean of 1.69 meters with (CI:95 1.70 - 1.69), and the Body Mass Index had a mean of 24.63 with (CI95%: 25.33 - 22.67) being the normal weight the most frequent (53.2%), hemoglobin had a mean of 10.1330 with (95% CI: 10.0 - 10.27) and hematocrit had a mean of 30.1170 with (95% CI: 29.75 – 30.49). Most were in the third trimester (74.5%), 59.6% had less than 6 prenatal check-ups, 98.9% were singleton pregnancies, 50% were primigravidas, and 12.8% had miscarriage.

Conclusion: The most relevant characteristics of pregnant women with anemia is that they are mostly, with frequent consumption of alcohol and tobacco, with normal weight, and incomplete prenatal controls.

Keywords: Clinical-epidemiological characteristics, pregnant adolescents, anemia.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres embarazadas requieren buenos niveles de hierro para una buena evolución del embarazo, bienestar materno, desarrollo fetal normal y madurez neonatal. La deficiencia de hierro puede afectar negativamente a las mujeres en edad reproductiva, causando deficiencias cognitivas y físicas.

En las mujeres que dan a luz (mujeres posparto), la anemia por deficiencia de hierro se asocia con inestabilidad emocional, depresión, tensión (estrés) y desempeño deficiente en las pruebas para evaluar la función cognitiva.

Además, la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo (anemia prenatal) generalmente se asocia con bajo peso al nacer debido a un desarrollo cerebral deficiente, parto prematuro, bajo peso al nacer y baja edad gestacional de los recién nacidos. Además, la anemia ferropénica preparto predispone al desarrollo de anemia posparto (anemia posparto).

En las regiones en desarrollo del mundo, la anemia por deficiencia de hierro antes del parto es la regla, con una prevalencia promedio de alrededor del 52%, pero en las sociedades occidentales ricas, la prevalencia es baja.

Es por ello que el estudio tiene el objetivo de Estimar las características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María de Socorro durante el periodo 2018.

Desarrollándose bajo la estructura de la Universidad San Juan Bautista: En el capítulo I se trata del problema, se formula los objetivos, se justifica la investigación, en el capítulo II se aborda el marco teórico en la que se revisa la bibliografía de estudios anteriores, se desarrolla las bases teóricas que sustentan el estudio, y se presentan las hipótesis y variables, en el capítulo III se indica la metodología donde se indica el tipo, nivel y población y muestra del estudio, las técnicas de recolección de datos, el diseño de análisis de los datos y la ética en la investigación, en el capítulo IV se presentan los resultados discutiendo los resultados y en el capítulo V se muestran las conclusiones y recomendaciones, además las referencias bibliográficas y anexos.

INDICE

ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XI
CAPÍTULO I : PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problema específico	3
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitaciones	4
1.5. Limitaciones	4
1.6. Objetivos	4
1.6.1 Objetivo General	4
1.6.2 Objetivos Específicos	5
1.7. Propósito	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	7
2.1.2 Antecedente Locales	9
2.2. Bases Teóricas	9
2.3. Marco conceptual	21
2.4. Hipótesis	21

2.4.1 Hipótesis General	21
2.4.1 Hipótesis específicas	21
2.5. Variables	21
2.6. Definición de concepto operacionales	22
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	
3.1. Diseño metodológico	24
3.1.1 tipo de investigación	24
3.1.2. nivel de investigación	24
3.2. Población y Muestra	24
3.3. Medios de recolección de información	26
3.3.1. Técnicas	26
3.3.2 Instrumento	26
3.2.3 Fuentes	26
3.4. Técnicas de procesamiento de datos	26
3.5. Diseño y esquema de análisis estadístico	26
3.6. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV RESULTADOS	
4.1. Resultados	27
4.2. Discusión	29
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1. Conclusiones	36
5.2. Recomendaciones	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXO 1 CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	44
ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	46
ANEXO 3 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
ANEXO 4 JUICIO DE EXPERTOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Características sociodemográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018	28
Tabla N° 2. Características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018	30
Tabla N° 3. Características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018	32

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	44
Anexo 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	46
Anexo 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
Anexo 4. JUICIO DE EXPERTOS	51
Anexos 5. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	58

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La menstruación, el embarazo y el desarrollo, así como la lactancia son eventos donde se incrementa la necesidad de hierro, que, si la persona no tiene las reservas necesarias, se pueden traducir en un déficit de este elemento con las consecuencias negativas sobre el organismo del paciente. Por lo que es necesario incrementar la disponibilidad de este elemento proveyendo que en dichas circunstancias se producirán necesidades adicionales, las que se debe administrar en forma de sulfato ferroso y de manera simultánea se debe incrementar el ingreso al organismo de este elemento en los alimentos ricos en hierro como son los vegetales, vísceras, proteínas que favorecen su transporte en la sangre, así como de cítricos que favorecen su absorción.⁽¹⁾

En países pobres esta condición de deficiencia de este elemento es prevalente construyendo un problema de salud pública pues afecta la salud de la madre y del feto y también del posterior neonato, todo ello debido a que en la gestación las necesidades de todos los elementos constitutivos para el crecimiento están con un incremento en su disponibilidad que en casos en que la gestante no lo disponga se hará más manifiesta luego del parto por la pérdida sanguínea que este proceso trae.⁽¹⁾

A esfera mundial se estima que el 47% de las mujeres que no están embarazadas y el 60% de las que están embarazadas presentan algún grado de anemia por déficit de hierro, ello atribuido a que muchas de ellas tienen trastornos de la menstruación que le genera pérdidas sanguíneas adicionales.⁽²⁾

El Perú no es ajeno a esta problemática pues según el INEI en el país el 25% de las adolescentes menores de 15 años se encuentran embarazadas y según ENDES aproximadamente el 14% de las mujeres de 15 a 19 años

ya son madres en el año 2017 habiéndose incrementado un 1% respecto al año anterior.⁽²⁾

Por ello se establece que ser adolescente embarazada vulnera a la mujer a presentar anemia por déficit de hierro, pues la mayoría de las adolescentes tienen una alimentación deficiente en este elemento por los estilos alimentarios que acostumbran tener.⁽³⁾

Al prever que esta situación traerá consecuencias negativas para la madre y el niño es que el Ministerio de Salud del Perú en el año 2017 difundió el Plan Nacional para controlar y prevenir la deficiencia de hierro en las mujeres embarazadas y reducir la incidencia en los próximos años, ofertando controles y tratamientos oportunos que disminuyan la anemia ferropénica en las gestantes.⁽⁴⁾

Existen varios reportes globales y a nivel nacional de anemia y sus complicaciones en adolescentes embarazadas, pero nuestro departamento no divulga información sobre esta entidad. Por ello, nos proponemos realizar un estudio descriptivo que nos permita identificar su prevalencia y lograr un conocimiento más profundo de esta entidad en nuestra área, así como determinar su incidencia. y trabajar juntos para reducir la alta prevalencia y mortalidad de mujeres embarazadas por una situación que es prevenible.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María de socorro durante el periodo 2018?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018?
2. ¿Cuáles son las características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018?
3. ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica:

Este estudio aborda una situación de tal gravedad que involucra la vida. Debido a la gran cantidad de pacientes adolescentes embarazadas con diagnóstico de anemia que pueda llegar a diferentes estados de descompensación tanto como del producto como de la madre.

Justificación práctica:

Este estudio contribuirá a ampliar conocimiento con más detalle de las características clínico-epidemiológico principales en pacientes GA con diagnóstico de anemia. Se sugiere considerar, desde la perspectiva del manejo a todo caso de anemia como una emergencia médica, considerando en la probabilidad de presentar mortalidad materna y neonatal.

Justificación metodológica:

Para conseguir el propósito del estudio presente se obtendrán los datos a través de los registros de las HC de aquellas usuarias sometidas al tratamiento de anemia del año 2018, describiendo las características de variables clínico y epidemiológicas.

Justificación económico social:

Tratar de brindar como benéfico la búsqueda de características más frecuentes, lograr identificar los principales factores determinantes de anemia en un grupo de población susceptible como es el caso de adolescentes. Y de esa forma ejecutándose medidas preventivas.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación temporal: Este estudio se realizó durante el periodo 2018.

Delimitación espacial: Se realizó en el Hospital Santa María del Socorro.

Delimitación social: Usuarias adolescentes gestantes.

Delimitación conceptual: características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes con anemia.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Los datos obtenidos no representan a toda la población del departamento de Ica, debido a que los resultados se obtuvieron en base a usuarias que acuden en dicho Hospital de estudio por lo tanto no puede ser extrapolado.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar las características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María de Socorro durante el periodo 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018
2. Describir las características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018.
3. Describir las características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018.

1.7 PROPÓSITO

El propósito de este estudio es contribuir científicamente al estudio mediante la identificación de los factores de riesgo más frecuentemente asociados con las características clínico-epidemiológicas que conducen a la anemia en pacientes adolescentes con gestación. Podemos reconocer las áreas que tiene nuestro país actualmente que pueden ser intervenidas para reducir la incidencia y altas tasas de morbilidad y mortalidad materna.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gomez S. desarrolló su estudio sobre: factores de riesgo que estarían asociadas a la anemia en adolescentes gestantes de 13-19 años en el 2017 en Guayaquil-Ecuador. Se realizó un trabajo de investigación en una muestra de 73 adolescentes embarazadas diagnosticadas con anemia. El grado 1 tuvo la tasa más alta de anemia, con un 71% de los casos. En cuanto a la edad, las embarazadas adolescentes tenían una mayor incidencia de anemia. El 86% de las adolescentes embarazadas con anemia tiene un nivel socioeconómico moderada. La causa más común de anemia es la menstruación de inicio temprano, con una alta tasa de alrededor de 56%. Los embarazos previos como riesgo se presentaron en el 21% de los casos. ⁽⁵⁾

Blacio *et al*, En un estudio realizado en un Hospital Gineco-obstétrico de Ecuador, en el 2019, identificaron 2907 gestantes. Donde la prevalencia de anemia fue 69% de la población; el 38% presentaban anemia moderada y ser adolescente es un riesgo que influye al desarrollo de dicha enfermedad, así como tener periodo intergenésico menos de 2 años. ⁽⁶⁾

Restrepo *et al*, Se realizó un estudio con 294 adolescentes embarazadas en la ciudad de Medellín 2015. Donde se evaluaron diferentes características sociodemográficas según el estado nutricional materno y neonatal; donde destacó mujeres de bajo peso gestacional ($p=0,029$) con un bajo ingreso económico, el bajo peso en recién nacidos tenía relación con el IMC bajo en el tercer trimestre de la madre, así mismo tuvo una mayor prevalencia de anemia en dicha edad gestacional. ⁽⁷⁾

Arana *et al*, En un estudio realizado en un nosocomio de la ciudad de

Guayaquil con 73 casos de anemia en Gestante adolescente entre edades de 13 a 19 años en el 2017. Identificaron diferentes factores de riesgo y tipos de anemia. En este trabajo los factores de riesgo fueron edades entre 17 a 19 años, con un nivel socioeconómico medio y con un mayor porcentaje de anemia leve. ⁽⁸⁾

Ochoa M. en un estudio desarrollado sobre: anemia durante el III trimestre de gestación de la Cuenca–Ecuador en el 2020. Metodología: El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, transversal analítica en 354 participantes embarazadas, lo resultados fueron: La incidencia de anemia es del 25,70% (IC95%: 21%-30,4%), siendo 40,7% para adultos jóvenes, 51,6% para residentes rurales, 62,6% para educación secundaria, 46,2% para ocupaciones de amas de casa, soltero y casado el 40%. El 74,7% de las embarazadas tuvo 5 o más exámenes prenatales, el 62,6% multigesta y el 86,8% tuvo embarazos a término. Conclusión, se determinó que existe una relación significativa ($p < 0.05$) del sobrepeso u obesidad como factor protector. ⁽⁹⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Vega *et al*, En un estudio realizado en un centro de salud de Tacna en el 2016. Identificó la anemia en relación con el estado nutricional en adolescentes y mujeres jóvenes y adultas. A través de la valoración del IMC presentaron mucho más caso de anemia tipo leve, en el segundo trimestre del periodo del embarazo con sobrepeso seguido de las que tenían obesidad y eran usuarias convivientes, de escolaridad secundaria y multíparas. ⁽¹⁰⁾

Silva K. Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca-2019. Método: El estudio tiene enfoque cuantitativo no experimental, transversal, analítica y retrospectiva. Todas las mujeres embarazadas que dieron a luz al centro de salud conformaron la muestra que estuvo conformada por 170 gestantes los resultados fueron: La frecuencia de anemia fue del 36,40%, el 95,30% fueron anemia leve y el 4,70%

fueron de grado moderado. La regresión muestra que el origen urbano (RP = 0,58), grados de estudios primario (RP = 0,52), estudio de nivel secundario (RP = 0,29), educación superior (RP = 0,13) y consumo de suplementos de hierro (RP = 0,62) demostraron que existe una relevancia entre ellos. Conclusiones: Acceder a la educación es un factor protector para el desarrollo de anemia. Proceder de zona rural, no consumir sulfato ferroso y una disminución en el número de atenciones prenatales están asociadas con la anemia.⁽¹¹⁾

Bazán M. en el estudio titulado factores asociadas a anemia ferropénica en gestantes a término del Hospital Goyeneche en el 2017. Método: Investigación de tipo transversal, retrospectiva cuantitativa cuyos resultados fueron: De las 124 mujeres embarazadas, la incidencia de anemia ferropénica al final del embarazo es del 35,5%. El 86,40% tiene anemia leve, el 13,60% tiene anemia moderada no hubo anemia grave. El índice de masa corporal se asocia a anemia por deficiencia de hierro en la gestación tardía. El 25,8% son de zonas urbanas, el 25,8% tienen educación secundaria con valor de $p=0,00$. El 17,7% tenía 4-6 controles prenatales con valor de $p=0,00$. El 16,1% fueron multigestas, y el 28,2% mostró una relación estadística significativa con menos de 2 abortos espontáneos.⁽¹²⁾

Delgado D. desarrollo un estudio titulado. Embarazo en adolescentes como riesgo asociada a anemia en el hospital Belén de Trujillo en el 2015. Los resultados obtenidos fueron: Tanto en el embarazo en la adolescencia o en etapa adultez, las gestantes sufrieron un 25% y un 15% de anemia gestacional, correlativamente. La media de la hemoglobina en las adolescentes fue de 11,5 mientras que en las adultas fue 12,7 con $p < 0,05$. Conclusión: la gestación en adolescentes son un factor de riesgo asociado a la anemia en el embarazo y la hemoglobina materna promedio de las adolescentes embarazadas es significativamente inferior que el promedio de hemoglobina en las embarazadas adultas.⁽¹³⁾

Villalva J. en su estudio sobre: relación entre anemia en gestantes de edad de riesgo y peso bajo al nacer hospital de la seguridad social del Perú en el 2021. 312 gestantes formaron parte del estudio, 72 de las cuales presentaban anemia (hb <11 g / dl) y controles fueron 142 gestantes sin anemia. Resultados: Las gestantes con anemia presentaron mayor frecuencia de ser nulíparas y sus partos fueron mayoritariamente vaginales, y menos frecuentemente tenían antecedentes de aborto y manejo prenatal adecuado. Las embarazadas adolescentes con anemia no se asociaron con un mayor riesgo de peso bajo al nacer con $p = 0,05$. Las gestantes mayores en edad con anemia tenían un riesgo 6 veces más de tener niños con peso bajo al nacimiento (IC del 95%: 2,22 a 18,02; $p < 0,001$). Conclusión: las mujeres mayores embarazadas tienen más riesgo de presentar niños de peso bajo al nacimiento.⁽¹⁴⁾

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Bendezú *et al*, En un estudio realizado en un Hospital de Ica en el 2016. Identificó diferentes riesgos y la incidencia de adolescentes embarazadas en 177 usuarias adolescentes gestantes con un grupo control de embarazadas de 20 a 34 años. En este trabajo los principales riesgos fueron anemia con un ($p < 0,05$) 18% fueron madres solteras, el 56% eran ama de casa.⁽¹⁵⁾

2.2. BASES TEÓRICAS:

Definición y epidemiología de anemia en gestantes adolescentes. Según los criterios de la OMS, la adolescencia varía de 10 a 19 años y se divide en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). Es un periodo donde los individuos experimentan una variedad de cambios biopsicológicos y sociales, así como de tipos físicos e intelectuales complejos.⁽¹⁶⁾

Se considera que la anemia en adolescentes embarazadas se da cuando la concentración de Hb es inferior a 11 g / dl. Y dependiendo de su gravedad, las concentraciones de hemoglobina en el rango de 10-0,9 son considerados

anemias leves, 7-9,9 son anemias moderadas, 7-4 son anemias graves y menos de 4 g / dl son anemias muy graves..⁽¹⁷⁾

Según ENDES en Perú, la incidencia de anemia en embarazadas adolescentes de 15 y 19 años aumentó de 37% a casi 39%, respectivamente entre los años 2015 y 2016. En la región de Ica, el 2,9% (7 598/265 788) presentaron anemia en embarazadas adolescentes que fueron atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud entre 2009 y 2012.⁽²⁾

Señala además que la prevalencia de embarazos diagnosticados con anemia se debe a una alimentación inadecuada en hierro que se encuentran por debajo de los requerimientos nutricionales de la madre que es de 27 mg / día.⁽¹⁸⁾

Etiología. La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia en mujeres embarazadas, generalmente se debe al resultado de una ingesta inadecuada alimentación en el embarazo, aunque también puede ser debido a hemorragias o infecciones por parásitos.⁽¹⁹⁾

La deficiencia de ácido fólico es otro motivo de anemia en este grupo de población debido a la ingesta dietética inadecuada de ácido fólico. Durante el embarazo, el requerimiento de este componente vitamínico aumenta de 5 a 10 veces debido al aumento de la formación de glóbulos rojos en la madre, alcanzando del 20% al 30% de la cantidad total de glóbulos rojos en el segundo y tercer trimestre del embarazo.⁽²⁰⁾

La mayoría de los casos de deficiencia de vitamina B12 se presentan en madres cuya dieta suele ser vegetariana muy estricta por motivos éticos, religiosos y de salud, o que básicamente aumentan de peso después del embarazo o también puede ser en alguien que teme subir de peso y se limita en estos ingredientes dietéticos.⁽²¹⁾

La anemia puede ser causado también por uso de Fármacos durante en el embarazo como:

- Antibiótico: Sufa-trimetropim, nitrofurantoinas.
- Anticonvulsivante: fenitoínas, fenobarbital, primidonas, carbamazepinas, ácido valproico.
- Antiácido: cimetidinas, ranitidinas.
- Antiparasitarios: pirimetaminas, pentamidinas.

Otros tipos de fármacos tenemos: omepraxoles, metildopas, metotrexates, litios, etc. ⁽²²⁾

Es fundamental tener en cuenta que las mujeres embarazadas suelen presentar anemia por dilución debido a diversos cambios propios del embarazo: disminución de glóbulos rojos, aumento del volumen plasmático, de hecho, esto se asocia con un aumento de líquido amniótico y un aumento de la hipervolemia con desarrollo de edema fisiológico al final del embarazo. ⁽²³⁾

Fisiopatología. Durante el embarazo, los requerimientos de Fe aumentan como efecto de la pérdida basal y debido al aumento de la eritropoyesis fetal, y al crecimiento de varios tejidos maternos asociados a ella, en respuesta a los diversos cambios hematológicos que ocurren, produciéndose la necesidad de aumentar la circulación y la necesidad de Fe por la producción de expansión del volumen plasmático en un 50% y un 25% de la masa de glóbulos rojos, este último evento no es suplementada por el aumento del volumen plasmático que reduce el hematocrito y los niveles de Hb, provocando un aumento de hasta tres veces en los requerimientos de Fe, esto corresponde a 15-30 mg por día. ⁽²⁴⁾

Cuadro clínico. Generalmente los casos clínicos ocurren de manera insidiosa y pueden estar detectados por métodos de laboratorio accidentales o tomados por otros motivos o por análisis rutinarios. Entre los signos y síntomas más comunes que tenemos se encuentran fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza, sensación de falta de aire o cansancio a medianos esfuerzos, mareos, palpitaciones, alteraciones nutricionales de la piel y mucosas,

alteraciones neurológicas, fragilidad y caída excesiva del cabello, o hay cabellos blancos de presentación precoz. Puede observarse disfagia (síndrome de Plummer-Vinson o síndrome de Patterson -Kelly), además pueden aparecer imágenes de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes con hemoglobina <4 g / dl. ^(25,26)

Otro síntoma de deficiencia es producto de un trastorno conocido como "PICA" que se caracteriza por la ingestión de sustancias no nutritivas como la pagofagia que le pone frente a un proceso prolongado de déficit de Fe, así como la presencia de síndrome de piernas inquietas. ⁽²⁶⁾

Complicaciones. La edad ideal para la reproducción en todas las mujeres es entre 20 y 30 años. Pero si la embarazada es joven p adolescente sus complicaciones son mucho mayores porque su fisiología anatómica no está completamente desarrollada. Una de las principales complicaciones es el sangrado, que provoca anemia por pérdida de sangre y afecta negativamente a la salud de la madre y a la del feto. ⁽²⁷⁾

Las mujeres embarazadas con anemia tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones ginecológicas y obstétricas como infecciones, depresión posparto, trastornos hipertensivos, dehiscencia de heridas, partos prematuros, oligohidramnio y peso bajo al nacimiento. ⁽²⁴⁾

Si el ácido fólico es deficiente durante el embarazo, provoca alteraciones del tubo neural, deformidades cráneo faciales, labio leporino, paladar hendido, irritabilidad, alteraciones neurológicas y anemia materna de tipo megaloblástica. Porque esta vitamina tiene la propiedad de intervenir en el desarrollo normal del sistema nervioso central fetal durante el primer trimestre del embarazo. ⁽²⁰⁾

Medidas preventivas. La presencia de anemia en adolescentes embarazadas es un caso de interés a nivel sanitario y social, por lo que se

han propuesto estrategias para abordar los desafíos de la reducción de la anemia, y así contribuir a mejorar la salud de la madre y el desarrollo fetal, estas medidas son: ⁽²⁸⁾

Controles prenatales

- Vigilancia de la nutrición
- Mediciones periódicas de la Hb⁽²⁸⁾
- Ingestión de suplementos de Fe⁽²⁸⁾

Consejerías integrales

- En relación a la salud física: Dieta saludable con adecuada alimentación.
- Evitar posibles complicaciones en el embarazo.
- Suplementación de micronutrientes.
- Promover la salud reproductiva y sexual.
- Lavados de mano y consumos de agua seguras. ⁽²⁸⁾

Visitas domiciliarias

- Sobre todo, en aquella que dejan de acudir al centro de salud se debe realizar un seguimiento, para tratamiento de algún problema o daño relevante. ⁽²⁸⁾

Otras intervenciones preventivas

- Detección de conductas riesgosas como: consumo de alcohol, consumo de tabaco consumo de drogas. ⁽²⁸⁾

Las necesidades por día de hierro son mucho más bajos que el hierro circulante, y su ingreso es por la comida, el almacenamiento es interno en el hígado, sin embargo, por la actividad eritropoyética aumentada y la cantidad y tipo de hierro presente las necesidades son mayores.

Hay 2 tipos de hierro contenidos en los alimentos. La 1° forma libre que se encuentra es en las verduras, la carne magra, mientras que el segundo tipo

de hierro que se encuentra en el hígado muestran una absorción diferente a nivel duodenal.

El hierro (Fe^{2+}) se absorbe más fácilmente y constituye una pequeña proporción de la dieta. Se absorbe hasta un 30% del hierro ingerido, lo que lo hace menos susceptible a la necesidad de ingredientes alimentarios. ⁽²⁸⁾

En el enterocito, el hierro tiene dos caminos. El hierro se almacena en los enterocitos o unidos a la ferritina se transporta al plasma a través del translocador de proteínas llamada ferroportina.

Si la hemoglobina es menor de 11 g / dl en el primer y tercer trimestre y menor de 10.5 g / dl en el segundo trimestre, el tratamiento profiláctico es de 30 mg / día por un mínimo de 2 meses.

Diagnóstico. Las pruebas iniciales para la anemia gestacional incluyen hemograma completo, análisis de ferritina y frotis de sangre periférica.

Teniendo en cuenta los criterios de la OMS, la anemia en mujeres embarazadas se determina por una concentración de Hb <11 g / dl o Hct <33% en el primer y tercer trimestre del embarazo y una concentración de Hb <10,5 g / dl en el segundo trimestre del embarazo o Hto <32%. Al mismo tiempo, los niveles de Hb se clasifican según la gravedad de la anemia leve con niveles de Hb de 10-10,9, moderada de 7-9,9, anemia grave de menos de 7 g / dl y muy grave de menos de 4 g / dl, este último se asocia a riesgo de presentar insuficiencia cardíaca congestiva. ⁽⁸⁾

Debe tenerse en cuenta que, si hay cuadro clínico de anemia, o si los niveles de ferritina <15 mg / L o están dentro de los niveles normales, pero se ha demostrado anemia hipocrómica, microcitosis o niveles de MCV <79 fL. Entonces la anemia es por falta de Fe. ⁽²⁴⁾

En relación a las anemias megaloblásticas por déficit de ácido fólico y vitamina B12, estas se caracterizan por un VCM >100 fL y el CHCM por lo general está incrementado, presentándose en forma de dacriocistos, ovalositos, folatos

séricos intraeritrocitarios (howell-jolly y anillos de cabot), los glóbulos rojos de varios tamaños y los neutrófilos están hipersegmentados que es un signo precoz, y en casos muy graves se pueden presentar leucopenias. ⁽²⁹⁾

Los efectos de la anemia en la madre y el feto. Cuando la Hb está por debajo de 6-7 g / dL, la madre tiene un gasto cardíaco reducido, lo que puede afectar negativamente a la madre y al producto de la concepción. La anemia menos grave (8-10 g / dL) presenta un riesgo mínimo para la madre, pero existe un riesgo significativo para el bebé. Varios estudios demostraron que la anemia está asociada con la muerte del feto, el peso bajo al nacer y las anomalías fetales. ⁽¹⁹⁾

Las gestantes con Hemoglobina inferior a 9 g / dL o más de 13 g / dL tienen un mayor riesgo de retraso del crecimiento fetal. El Hto elevado está asociada con hipertensión arterial materna, así como con parto prematuro, bajo peso fetal o mayor mortalidad perinatal. La disminución del volumen del plasma posiblemente induzca un aumento del hematocrito en muchos pacientes. ⁽¹⁹⁾

Efectos de la anemia en la madre. Las cantidades de hierro en la dieta y la cantidad para movilizar reservas no son suficientes para cumplir con las necesidades impuestos por el embarazo y la presencia de anemia en la gestación se sabe que están asociadas con el desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional. ⁽²¹⁾

Esta situación se considera un factor de riesgo importante para la salud del recién nacido pues el hierro interviene en una serie de procesos metabólicos en el desarrollo del feto incluyendo las del sistema nervioso, de allí la gravedad de tener unos niveles de hemoglobina bajos en la gestación, pues condiciona retrasos en el desarrollo mental del niño con repercusiones en su edad adulta. ⁽²¹⁾

Muchos nacimientos pos maduros han perdido la normalidad fisiológica del útero, reduciendo la elasticidad y contractilidad de las fibras musculares. Esto hace que el útero no se contraiga reduciendo la resistencia y posterior

sangrado. La anemia provoca complicaciones en el trabajo de parto como desgarros de tejidos vulvoperineales y sangrado posterior al parto debido a las contracciones uterinas débiles.⁽²¹⁾

Existe evidencia sobre los efectos nocivos en el parto y sobre la salud materna la presencia de anemia, considerándose un riesgo para la madre y el feto. Los niveles reducidos de hierro en suero son un importante problema de salud pública que debe abordarse, especialmente en los países en desarrollo. Las mujeres en edad fértil en riesgo deben normalizar los niveles de hemoglobina antes de la concepción.⁽²³⁾

Transferencia de hierro de madre al recién nacido

La incidencia de anemia al comienzo del embarazo varía del 3,50% al 7,50% y se incrementa hasta 15,60 al 55,0% al término de la gestación. 80% a más de las necesidades de hierro durante el embarazo se gastan en el crecimiento exponencial del producto y de la placenta, sobre todo en el último semestre.⁽²⁶⁾

Cabe señalar que, durante el primer semestre de embarazo, el requerimiento es relativamente bajo y, por lo tanto, la absorción por parte del feto es poca. Esta situación aumenta la necesidad de la absorción de hierro en la dieta en un 50% a partir de la semana 24 de la gestación. El aumento del volumen de sangre en el último trimestre de la madre requiere hierro adicional, pues el fenómeno de la fetación también almacena hierro suficiente para usarse en los primeros meses de la vida.⁽²⁶⁾

El feto y la madre tienen circulación sanguínea independiente, además la eritropoyesis es individual, existiendo diferentes sitios de eritropoyesis y producción de eritropoyetina, e independencia de la regulación de la eritropoyesis especialmente en presencia de anemia e hipoxia. Hay ajustes realizados.⁽²⁶⁾

El incremento de la transferencia de hierro al producto de la gestación se debe al aumento de la síntesis de ferritina placentaria. Aunque este mecanismo

homeostático del hierro en la interfaz feto-placentaria son siempre débiles debido a la deficiencia de hierro materno.⁽²⁶⁾

La transferencia de hierro de la madre al producto está respaldada por un aumento en la absorción de hierro por la madre durante la gestación, que es producto de la regulación desarrollada por la placenta. La ferritina sérica por lo general desciende fuertemente entre las semanas 12 y 25 de gestación. Ello es debido al resultado del uso de hierro para aumentar la cantidad de eritrocitos de la madre. La transferencia más intensa de hierro se da posterior a las 30 semanas de gestación.⁽²⁹⁾

Las transferrinas séricas transportan el hierro de la circulación de la madre a los receptores de transferrina en el ápice de la membrana placentaria sincitiotrofóbica, donde se introduce la holotransferrina en las células, se libera hierro y la apotransferrina es devuelta a la circulación materna. El hierro libre es unida a la ferritina en las células de la placenta, donde migra a la apotransferrina. La apotransferrina entra en el lado fetal placentaria e ingresa a la circulación fetal como halotransferrina. Este mecanismo de transferencias de hierro placentarios es regulado por la transferencia de hierro al producto.⁽²⁹⁾

A medida que baja el depósito materno de hierro, se incrementa el número de receptores para las transferrinas placentarias y la placenta absorbe más hierro. La síntesis de ferritina por la placenta puede prevenir el excesivo transporte de hierro al feto.⁽²⁹⁾

Efectos de la deficiencia de hierro en el feto.

El hierro es transportado activamente al feto por la placenta. Así, la madre detecta que tiene deficiencia de hierro y la gestación se puede prolongar. Los hijos de madres sin déficit de hierro y los hijos de madres con déficit, la sangre del cordón umbilical tiene niveles más bajos de ferritina y puede estar en riesgo de desarrollar déficit de hierro más adelante en la niñez.⁽³⁰⁾

Manejo médico

La Organización Mundial de la Salud permite que se administren de 30 a 60 mg de ácido fólico diariamente desde el diagnóstico del embarazo hasta el final del embarazo y la lactancia. El treinta por ciento de las embarazadas no tiene niveles adecuados de reservas de hierro para afrontar todo el proceso del embarazo.⁽²⁸⁾

Hay que tener en cuenta que el requerimiento diario de hierro durante el embarazo es de 0,8 mg hasta por 20 semanas. La absorción gastro-intestinal de hierro se incrementa de 1 a 3 mg al día en los 2 últimos meses de la gestación. Aunque por este sistema se proporciona solo el 33% del hierro total necesario durante la gestación.⁽²⁸⁾

"Las mujeres embarazadas deben tener al menos 500 mg de depósitos de hierro al comienzo del embarazo para cubrir sus necesidades nutricionales, y si no reciben suplementos, las reservas de hierro estarán disponibles al final del embarazo o se pueden agotar".⁽²¹⁾

Es de señalar que las necesidades de hierro de los órganos que lo almacenan comienza en etapa temprana en el embarazo y el aumento de la absorción gastrointestinal ocurre en la 2° mitad de la gestación. El estado nutricional de las mujeres embarazadas afecta el resultado final de la gestación.⁽²¹⁾

Los datos de muchos estudios de suplementación de hierro sugieren que un estado nutricional deficiente en las mujeres al comienzo del embarazo con una suplementación puede ayudar a mejorar las reservas de hierro junto a una dieta prenatal adecuada.⁽²¹⁾

Tratamiento de la anemia ferropénica

1) Tratamiento de las causas

2) Reemplazo de hierro

Una dieta adecuada puede favorecer la mejora nutricional, la suplementación profiláctica de hierro medicinal y la higiene ambiental para controlar los

parásitos intestinales que de alguna manera absorben la sangre y producen diarrea mejoran las reservas de hierro.⁽²¹⁾

Reemplazo de hierro

La cantidad de hierro necesaria en cada etapa de la vida está determinada por los cambios fisiológicos que enfrenta el cuerpo durante el desarrollo. La ingesta de hierro reduce la prevalencia de anemia en las madres al nacer. El déficit de hierro se encuentra asociada con peso bajo al nacer, parto precoz y un mayor riesgo de muerte perinatal. también, tiene un fuerte impacto en el desarrollo psicológico y motor y de las funciones cognitivas de los niños que puede mejorarse con suplementos dietéticos de hierro. La administración de suplementos de hierro a las mujeres durante su gestación incrementa la hemoglobina, el recuento de eritrocitos, la ferritina el hierro plasmático y los niveles de saturación de transferrinas.⁽²⁴⁾

Los suplementos al final del embarazo mejoran los niveles de hemoglobina y ferritina posterior al parto. Aunque la evidencia de los efectos clínicos de los suplementos de hierro en mujeres embarazadas no es concluyente debido a la baja cantidad y calidad de los estudios de investigación. Sin embargo, se reconocen claramente los beneficios de tener niveles elevados de hemoglobina y ferritina en estas madres.⁽²⁴⁾

Las mujeres durante la gestación consumen suplementos de hierro para evitar la anemia y toman 30-60 mg / día porque la mayoría de las dietas en la población latinoamericana dificultan el cumplimiento de los altos requerimientos fisiológicos de hierro durante el embarazo. Si le diagnostican una dosis promedio de hierro o anemia, entonces hay que administrar un tratamiento estándar de hierro. En los momentos en las que es necesario administrar 60-120 mg / día de hierro elemental una vez diariamente o en 2-3 dosis divididas se pueden lograr más fácilmente con formulaciones bebibles. Los estudios de la posología de hierro oral se realizaron a diferentes dosis

para evitar efectos secundarios con el fin de lograr la dosis efectiva más baja.⁽²⁴⁾

Estos estudios concluyen que 30-40 mg de hierro oral por día son apropiados para prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Dosis inferiores: 20-27 mg es mejor que sin suplementos. Los consumos de suplementos multivitamínicos proporcionan 14 a 18 mg de hierro en estado ferroso y no afecta la absorción de hierro. La mayoría de las mujeres embarazadas eventualmente se vuelven anémicas, por lo que complementar a todas las mujeres con hierro medicinal al final del embarazo tiene sentido como medida de precaución.⁽²⁵⁾

Los principales efectos secundarios de la sal ferrosa son de tipo gastrointestinal: ardor de estómago, náusea, dolor epigástrico, diarrea o estreñimiento, y a veces manchas dentales, por ello con la finalidad de disminuir los efectos secundarios, primero se debe administrar una dosis baja para tener la seguridad de que no haya efectos adversos, luego se aumenta la dosis cada 1-2 semanas hasta alcanzar la dosis deseada. Una dosis de 200 mg de sal de hierro provoca efectos secundarios hasta en un 25% de los pacientes, pero al duplicar la dosis, este porcentaje aumenta al 40%.⁽²⁵⁾

La dosis oral de hierro con Hb <11 g / dl en la 1° y 3° trimestre de la gestación y Hb <10,5 g / dl en el 2° trimestre, los requerimientos de hierro elemental es de 60-120 mg / día con lo que se tienen las reservas óptimas hasta por 6 meses. La capacidad de absorción del gluconato ferroso 600 mg es del 10%, la absorción del sulfato ferroso 300 mg es del 20% y la capacidad de absorción del sulfato ferroso 200 mg es del 30%. El hierro sacarosa se usa para la anemia severa. Es aconsejable calcular la proporción de hierro parenteral basándose en el hecho de que se necesitan 200-250 mg de hierro para aumentar la hemoglobina en 1 g / dl.⁽²⁵⁾

Terapia parenteral durante el embarazo.

Las necesidades más comunes son para la anemia ferropénica moderada o grave, cambios en el tracto gastrointestinal que afectan la absorción, presencia de efectos adversos no tolerables al usar hierro oral, contraindicaciones de transfusiones de sangre y combinación de tratamiento por vía oral y eritropoyetina. ⁽²⁶⁾

Las reacciones adversas ocurren en menos del 1% de los pacientes. Para la anemia grave, se pueden combinar sacarosa, hierro y eritropoyetina para obtener efectos sinérgicos. ^(28,30)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

-Anemia: Es considerada como tal cuando la concentración de hemoglobina es menos de 11g/dl.

-Gestación: Proceso que se desarrolla en el útero desde la concepción hasta el parto y donde se produce el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción.

-Adolescencia: Etapa de la vida caracterizada por intensos cambios físicos y psíquicos y que comprende desde los 10 años hasta antes de los 20 años.

-Características clínicas: Presencia de signos y síntomas en relación con la anemia, tanto en la madre como en el niño.

-Características epidemiológicas: Cualidades de la población relacionadas con el nivel social, económico, educativo, tiempo y lugar donde se vive la persona.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general

Debido al diseño de estudio de tipo descriptivo, transversal, de análisis retrospectivo observacional no presenta hipótesis general.

2.4.2 Hipótesis específicas

Debido al diseño de estudio de tipo descriptivo, transversal, de análisis retrospectivo observacional no presenta hipótesis específicas.

2.5. Variables

2.5.1 Variable independiente

Presencia de anemia

2.5.2 variable dependiente

- Sociodemográficas
 - Edad
 - Grado de instrucción.
 - Ocupación
 - Estado civil.
 - Lugar de procedencia
 - Hábitos nocivos.
- Clínicas
 - Signos.
 - Síntomas.
 - Peso
 - Talla
 - IMC
 - Nivel de Hb y Hto
- Antecedentes Gineco-obstétrico
 - Edad gestacional
 - Paridad
 - Control prenatal
 - Número de embarazos
 - Aborto

2.6. Definición de conceptos operacionales

-Edad: Tiempo transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento.

-Grado de instrucción: El límite de estudio que ha llegado a alcanzar un individuo

-Ocupación: Actividad que realiza el individuo

-Estado civil: Estado de un individuo ante la sociedad en relación familiar, y en lo cual posee derechos y deberes.

-Lugar de procedencia: Origen donde proviene el individuo, puede ser un país, ciudad, distrito, entre otros.

-Grado de instrucción: es el grado máximo de estudios que realizó un individuo.

-Hábitos nocivos. Es el consumo de sustancias consideradas tóxicas para el organismo como el tabaco y el alcohol

-Signos: Son manifestaciones clínicas observadas mediante la exploración por el médico o personal de salud.

-Síntomas: Son manifestaciones clínicas que son percibidas únicamente por el paciente.

-Peso: Masa del cuerpo de un individuo que se mide en kilogramos.

-Talla: Es la longitud de un individuo considerando desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza medida en cm.

-IMC: Es el estado ponderal de un individuo en referencia a la talla y peso.

-Hematocrito: Mide el volumen de eritrocitos según el total de la sangre expresándose de manera porcentual. El valor normal depende de la edad y sexo del individuo.

-Hemoglobina: Proteína muy compleja, contiene una porción proteínica y hierro se encarga de transportar oxígeno a toda la célula de nuestro cuerpo

-Edad gestacional: Es el tiempo que viene desarrollándose el feto.

-Paridad: Es el número total de embarazos una mujer ya sea vivo o muerto.

-Control prenatal: Es la vigilancia del cuidado de morbilidad materna y perinatal, a través de procedimientos en jerarquía, periódico y completo.

Número de embarazos. Referidos a la presencia de embarazos únicos o múltiples

-Aborto: Interrupción de un embrión de su madre antes de las 22 semanas del embarazo con un peso ≤ 500 g.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

-De acuerdo al número de variable: Descriptivo

-Según el número de mediciones a la variable de estudio: Transversal

-Por el tiempo en que se capta la información: Retrospectivo

-Por el tipo de manipulación de variable: Observacionales

3.1.2. Nivel de investigación

Nivel descriptivo debido a que se recopiló información a través de las fichas clínicas sin modificar las variables. Con el propósito de obtener datos para la realización del estudio

3.2. Población y muestra

3.2.1 Población

Este estudio comprende por usuarias adolescentes gestantes con diagnóstico de anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2018 siendo la población encontrada un total de 125

3.2.2. Selección de muestra

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

N=Población 125

p= 0.5 = proporción estimada para incrementar al máximo el tamaño de la muestra

q= (1 – p) = 1 – 0.5 = 0.5

Z= 1.96 = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95%

d= 5% = 0.05 = margen de error

$$n = \frac{125 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (125 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 94 gestantes adolescentes

Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes con diagnóstico de anemia durante su embarazo atendidas en el Hospital Santa María de Socorro durante el periodo 2018
- Anemia confirmada por los siguientes criterios: manifestaciones clínicas, concentración de hemoglobina inferior a 11g/dl y un Hto <33%, registrados en la historia clínica.

Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas o sin información.

3.2.3. Muestra

La muestra de estudio será de 94 gestantes según el tamaño de muestra representativa de la población.

3.2.4. Muestreo

El muestreo fue aleatorio donde hasta completar el tamaño de muestra.

3.3. Medios de recolección de información

Se elaboró la ficha de recolección de datos que nos permitió recolectar la información sobre las características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de anemia. Esta ficha de recolección fue elaborada tomando en cuenta literaturas, artículos científicos y estudios previos.

3.3.1. Técnicas

La información fue recopilada mediante la exploración y revisión de H.C

3.3.2. Instrumentos

Se utilizó la ficha de recolección de datos donde se procedió al llenado de la información obtenidas del Hospital de dicho estudio.

3.3.3. Fuentes

Serán fuentes de información (historias clínicas)

3.4. Técnicas de procesamiento de datos

Se procedió a solicitar un permiso al Director del Hospital para el desarrollo del estudio, pidiendo información de pacientes con dicha enfermedad en el área de estadística, luego se solicitarán las H.C en el área de archivo para la

recopilación de los datos de información necesaria para ser plasmadas en nuestra ficha de recolección de datos.

3.5. Diseño y esquema de análisis estadístico

Estudio cuyo diseño es descriptivo.

Para las variables cualitativas se determinó porcentajes y frecuencias absolutas y para las variables cuantitativas se determinó la media, Mediana y desviación estándar. Con un grado de seguridad del 95%.

3.6. Aspectos éticos

La investigación se rigió bajo las normas éticas para las investigaciones establecidas en el Reporte de Belmont y las Normas de Helsinki, pues tratarse de un estudio que se desarrollará en las historias clínicas no ocasionará daño a los participantes (No maleficencia). La investigación se propone mejorar la calidad de vida de las personas, en tal sentido los beneficiarios serán las gestantes (Beneficencia). El estudio respetó la identidad de los participantes al identificar a cada registro con un número (Anonimato), por tratarse de un estudio en registros clínicos no es necesario solicitar el consentimiento informado. Los resultados de la investigación serán de utilidad solo para la ciencia (Justicia).

Dicho estudio fue llevada a cabo previa aprobación por el comité de ética de la UPSJB-ICA. Se guardará confidencialidad de los datos personales de los pacientes encuestados

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla N° 1. Características sociodemográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018

	N	Media		
	Estadístico	Estadístico	Error estándar	
Edad	94	17,09	0,153	(IC _{95%} :16,78 - 17,39)
Grado de instrucción		Frecuencia		Porcentaje
Primaria		23		24,5%
Secundaria		65		69,1%
Superior		6		6,4%
Ocupación		Frecuencia		Porcentaje
Su casa		20		21,3%
Estudiante		69		73,4%
Independiente		5		5,3%
Estado civil		Frecuencia		Porcentaje
Soltera		42		44,7%

Casada	11	11,7%
Conviviente	41	43,6%
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Ica	40	42,6%
Pisco	13	13,8%
Nazca	26	27,7%
Chincha	3	3,2%
Palpa	12	12,8%
Hábitos nocivos	Frecuencia	Porcentaje
Consume Tabaco	9	9,6%
Consume Alcohol	16	17,0%
Ninguno	69	73,4%
Total	94	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la edad media de las gestantes era de 17,09 (IC95%= 17,39-16,78) y las características de la muestra desde el punto de vista sociodemográfico la mayoría de las gestantes tenía grado de instrucción secundaria (69,1%), respecto a la ocupación el (73,4%) eran estudiantes, su estado civil el (44,7%) eran solteras siendo la mayoría de ellas, respecto a la procedencia mayormente proceden de la ciudad de Ica (42,6%), y el 73,4% no consumen ni alcohol ni tabaco.

Tabla N° 2. Características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018

Signos	Frecuencia		Porcentaje
Sofocación	59		62,8%
Irritabilidad	35		37,2%
Síntomas	Frecuencia		Porcentaje
Cansancio	50		53,2%
Cefalea	33		35,1%
Mareos	11		11,7%
Total	94		100,0%
	N	Media	
	Estadístico	Estadístico	Error estándar
			IC: 95%
Peso	94	70,521	0,9184
			72,32 - 68,72
	N	Media	
	Estadístico	Estadístico	Error estándar
			IC: 95%
Talla	94	1,6939	0,00424
			1,70 – 1,69

	N	Media		IC: 95%
	Estadístico	Estadístico	Error estándar	
IMC	94	4,6291	0,35628	25,33 - 22,67
Estado nutricional		Frecuencia		Porcentaje
Bajo peso		6		6,4%
Normo peso		50		53,2%
Sobrepeso		32		34,0%
Obesa		6		6,4%
Total		94		100,0
	N	Media		IC: 95%
	Estadístico	Estadístico	Error estándar	
Hemoglobina	94	10,1330	0,06942	10,0 – 10,27
	N	Media		IC: 95%
	Estadístico	Estadístico	Error estándar	
Hematocrito	94	30,1170	0,18822	29,75 – 30,49

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se muestra las características clínicas de las gestantes, siendo la sofocación el signo más frecuente (62,8%) presente en las gestantes, y como síntoma el cansancio estuvo presente en el 53,2% de las gestantes, el peso tuvo una media de 70,5 kilos (IC:95% 72,32 - 68,72), la talla tuvo una media de 1,69 metros con (IC:95 1,70 – 1,69), y el Índice de Masa Corporal tuvo una media de 24,63 con (IC95%: 25,33 - 22,67) siendo el normo peso el más frecuente (53,2%), la hemoglobina tuvo una media de 10,1330 con (IC95%: 10,0 – 10,27) y el hematocrito tuvo una media de 30,1170 con (IC95%: 29,75 – 30,49).

Tabla N° 3. Características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018

Trimestre de gestación	Frecuencia	Porcentaje
Segundo trimestre	24	25,5%
Tercer trimestre	70	74,5%
Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6	56	59,6%
6 a más	38	40,4%
N° de Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Único	93	98,9%
Múltiple	1	1,1%
Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	47	50,0%
Multigesta	47	50,0%

Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	82	87,2%
Un aborto	12	12,8%
Total	94	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que respecto a las características gineco-obtétricas la mayoría se encontraban en el tercer trimestre (74,5%), 59,6% tenían menos de 6 controles prenatales, y según el número de productos por gestación el 98,9% eran embarazos únicos, la cantidad de embarazos que presentaron el 50% fueron primigestas, y el 87,2% nunca presentó algún aborto.

4.2. Discusión

Las investigaciones sobre las características de las gestantes adolescentes con anemia demuestran que la mayoría tienen un grado de instrucción secundaria a primaria siendo un aspecto que favorece al desarrollo de la anemia debido a que se trata de una población de gestantes con bajo nivel cultural cuya información sobre la importancia de llevar una gestación saludable no es percibida por ellas por lo que descuidan la incidencia de anemia es mayor en las gestantes adolescentes. Además, que la mayoría son gestantes estudiantes que por sus actividades estudiantiles les dificulta tener una alimentación óptima por las responsabilidades que tienen que cumplir con respecto a su educación.

La soltería presente en la mayoría de los casos también es un factor que favorece el desarrollo de anemia por encontrarse con condición de madre soltera con una mayor responsabilidad en la crianza y educación de su hijo.

Respecto a la procedencia encontramos que la mayoría procede de Ica sin embargo los porcentajes de los que proceden de Nazca es también elevado lo que indica que las condiciones que favorecen el desarrollo de anemia en las gestantes en esta ciudad son influyentes por las costumbres y condiciones de vida que en esta ciudad se dan. Observándose también una alta incidencia de hábitos nocivos en las gestantes adolescentes lo que es un poderoso factor que favorece que la gestante tenga anemia.

El estudio de Restrepo⁽⁷⁾ en Medellín encuentra una alta proporción de gestantes con peso bajo lo que sería la causante de la anemia en este grupo de gestantes. Ochoa⁽⁹⁾ en su estudio en Ecuador determina que la anemia en las gestantes se presenta con alta frecuencia en aquellas que tienen grado de instrucción secundaria concordante con los resultados del estudio. De igual modo esta relación entre el grado de instrucción secundaria y anemia es encontrada en el estudio de Vega⁽¹⁰⁾. El grado de anemia en su mayoría era leve como es el caso de los hallazgos de la investigación concordante con los resultados de Silva⁽¹¹⁾. La relación de la anemia en gestantes solteras es observada en el estudio de Bendezú⁽¹⁵⁾, concordantes con los resultados de la investigación.

En relación a las características clínicas generalmente la sofocación es el síntoma más frecuente, así como el cansancio, explicado por los quehaceres que la gestante tiene que cubrir, teniendo en consideración que la mayor carga de responsabilidad de llevar una gestación está en ella, considerando que el peso promedio es de 70,5 existiendo una alta incidencia de gestantes con sobrepeso y obesidad lo que aun acentúa los síntomas propios de la gestación y de la anemia. Arana⁽⁸⁾ en su estudio encuentra alta frecuencia de anemia en las gestantes de 17 a 19 años de edad que le atribuye al bajo nivel socioeconómico de dichas gestantes.

El estudio de Delgado⁽¹³⁾ determina que el nivel de hemoglobina de las gestantes adolescentes es menor que el de las gestantes adultas lo que

concuerta con la alta incidencia de anemia en el estudio. Y esta condición de anémicas les pone en riesgo de tener niños con bajo peso al nacer tal como lo indica el estudio de Villalva⁽¹⁴⁾.

Respecto a las características gineco-obstétricas las gestantes con anemia sobre todo son del tercer trimestre donde las necesidades energéticas aumentan y las condiciones de las gestantes muchas veces no las permiten cubrir estas necesidades. La mitad fueron primigestas pues se trata de gestantes adolescentes que en su primera gestación no tienen las responsabilidades y conocimientos sobre una adecuada gestación, solo una gestante tuvo embarazo gemelar, con alta frecuencia de gestantes que no tienen controles prenatales completas y muchas de ellas presentaron abortos previos que condiciona la presencia de anemia en estas gestantes.

Esta alta incidencia de anemia en este grupo de gestantes es encontrada en el estudio de Gomez⁽⁵⁾, del mismo modo encuentra en su estudio en el Ecuador Blacio⁽⁶⁾ muchas de ellas con periodos intergenésico cortos que también son condonantes de anemia en las gestantes. Y en el estudio de Bazan⁽¹²⁾ se determina que la anemia en las gestantes tiene una relación con la cantidad de abortos que presentaron las gestantes y con una baja cantidad de controles prenatales observada en estas gestantes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018 son: de edad promedio 17,09 años, de nivel de instrucción secundaria, generalmente estudiantes, en su mayoría solteras, proceden de Ica y muchas de ellas consumen alcohol y tabaco.
2. Las características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018 son: sofocación y cansancio como síntomas predominantes, con normo pesos en su mayoría y niveles de hemoglobina que indican una mayoría de anemias de grado leve.

3. Las características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018 son: Mayormente del tercer trimestre de gestación, la mitad eran primigestas, con mayor frecuencia tienen número de controles prenatales incompletos, la mayoría tenían embarazo único, y el aborto es observada en una alta frecuencia.
4. Las características más relevantes de las gestantes con anemia es que son mayormente, con frecuente consumo de alcohol y tabaco, con normo peso, y controles prenatales incompletos.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Realizar actividades preventivas promocionales tendientes a promover el consumo de alimentos ricos en hierro y suplementos de hierro, evitando consumir sustancias nocivas.
2. Realizar intervenciones educativas en los colegios informando sobre los riesgos de un embarazo adolescente, y orientando a una buena alimentación en base a frutas, pescados y vegetales.
3. Ampliar la cobertura de atenciones prenatales a las gestantes para intervenir de manera oportuna sobre aquellos factores gineco-obstétricos que impiden que la gestante tenga un nivel de hemoglobina adecuada.

4. Coordinar con las autoridades locales a fin de poder tener una intervención integral a la gestante con ayuda socioeconómica a programas de bienestar de la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Larico Y. Estado nutricional, nivel de hemoglobina y consumo de hierro en niños de 6 a 59 meses de edad de los establecimientos de salud de los distritos de Puno y Azángaro 2018. [Tesis para optar el título profesional de: Licenciada en Nutrición Humana] Universidad Nacional del Altiplano - Puno. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9955/Mendoza_Larico_Yudy_Lizeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/cap01.pdf
3. OPS - OMS. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones

eficientes y viables. 2016. Disponible en:
www.paho.org/arteparalainvestigacion

4. FAO, OPS W y U. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. 2018. 2018;132.
5. Gomez S. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años. 2017. Guayaquil Ecuador. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818. Vol. 3, núm. 4, julio, 2017, pp. 431-447
6. Blacio Rivas, Ana et al. Anemia en embarazadas atendidas en el hospital obstétrico Ángela Loayza de Ollague. Enfermería Investiga, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 33 - 38, mayo 2019. ISSN 2550-6692. Disponible en: <<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/480>>. Fecha de acceso: 22 sep. 2021
7. Restrepo-Mesa SL, López NZ, Sosa BEP, Vásquez LEE, Arrovaye LB. Estado nutricional materno y neonatal en un grupo de adolescents de la ciudad de Medellín. Nutr Hosp. 2015;32(3):1300–7.
8. Arana-Terranova AA, Intriago-Rosado AM, Gomez-Vergara SB, De la Torre-Chávez JJ. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años. 2017;3:431–47.
9. Ochoa-Hurtado MC, Cárdenas-Mateus JC, Tapia-Cárdenas JP, Salazar-Torres ZK, Moyano-Brito EG. Anemia durante el tercer trimestre del embarazo, Cuenca – Ecuador. Salud [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];4(4):89-98. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_salud/article/view/755
10. Acosta BV, Acosta BAV. Relación de la anemia con el estado nutricional en gestantes del Centro de Salud Ciudad Nueva -Tacna Enero - Setiembre del 2015. Rev Médica Hosp Hipólito Unanue [Internet]. 2018;9(2):15–9. Available from:

<http://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/20>

11. Silva Márquez K. Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca durante el año 2019. [Tesis para optar el título profesional de: Médico Cirujano] Universidad Nacional de Cajamarca. disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4195/T016_72516593_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Bazán Ramos M. Factores asociados a anemia ferropénica en gestantes tardías a término en el Hospital Goyeneche 2017 Arequipa. [Tesis para optar el título profesional de: Médico Cirujano] San Agustín de Arequipa Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5583/Mdbarame.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Delgado D. Embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el hospital Belén de Trujillo. 2015. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1553>
14. Villalva-Luna J. Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. Rev. Fac. Med. Hum. vol.21 no.1 Lima ene-mar 2021. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3155>
15. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú -quispe G. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2015;62(1):13–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000100002&script=sci_arttext
16. Borrás T. Adolescencia: definición , vulnerabilidad y oportunidad. Correo científico médico de Holguín [revista en Internet] 2013 [acceso 23

julio de 2018]; 18(1): 1 - 7. 2014;18(1):5–7. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tIng=pt

17. Gonzales G. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev. peru. ginecol. obstet. vol.65 no.4 Lima oct./dic. 2019. Disponible en. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2210>
18. Taipe-ruiz BR. Artículo original Anemia en el primer control de gestantes en un centro de salud de Lima , Perú y su relación con el estado nutricional pregestacional Anemia at the first prenatal visit in a health center in Lima , Peru , and its relationship with the pregestational nutritional status. 2019;19(2):6–11.
19. Martínez L Jarmillo L VJALRC. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2018;44(2):1–13.
20. Orane Hutchinson A. TEMA -2016: Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD Año 2016 Vol 6 No VI. Disponible en: <https://www.medigraphic.com › pdfs › ucr-2016>
21. MINSA 2016. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>.
22. OSI. Medicamentos Y Embarazo: Actualización. Infac [Internet]. 2018;21(7):35–9. Available from: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/IINFAC_Vol_21_n_7.pdf?fbclid=IwAR2ampGi8-_2rThYakot814-sPft46LOqp5QWB_A4h6WQvCD_kdhxPkxAl
23. MINISTERIO DE SANIDAD 2020. Cuadernos de Codificación CIE-10-

ES Monográfico de embarazo, parto y puerperio Actualización COVID-19 Preguntas a la Unidad. NÚMERO 10. 2o SEMESTRE 2020 UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es › normalizacion › CIE10>

24. Cabrera Bautista S. Características del diagnóstico y el manejo de la anemia durante el embarazo asociado al área de residencia en mujeres en edad fértil del Perú, 2019. [Tesis para optar el título profesional de: Licenciada en Obstetricia] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16377/Cabrera_bs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Alegría Guerrero R. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el puerperio. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.65 no.4 Lima oct./dic. 2019. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2220>
26. Sociedad Argentina de Hematología. GUÍAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Edición 2019. Disponible en: http://www.sah.org.ar › docs › Guia_2019-completa
27. Arana-Terranova AA, Intriago-Rosado AM, Gomez-Vergara SB, De la Torre-Chávez JJ. Factores de riesgo principal que lleva a anemia en adolescentes 13-19 años Universidad de Guayaquil. 2017;3:431–47. Available from:
<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.4.jul.431-4476>URL:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
28. Ministerio de Salud. Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia. 2017;40. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
29. Anemia megaloblastica: Revisión bibliográfica - PDF [Internet]. [cited

2019 Sep 13]. Available from: <https://docplayer.es/12683844-Anemia-megaloblastica-revision-bibliografica.html>

30. Baldera Tapia E. Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque - 2021. Disponible en: URI. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9262>

ANEXOS

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES


ALUMNA: ACHARTE PUSHIMA, ANAIR**ASESOR:** DR JOSEHPINTO

LOCAL: HOSPITALSANTA MARÍA DELSOCORRO

TEMA:CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL ICA DURANTE EL PERIODO 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	DE RAZON	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ORDINAL	
	OCUPACIÓN	NOMINAL	
	ESTADO CIVIL	NOMINAL	
	LUGAR DE PROCEDENCIA	NOMINAL	
	HABITOS NOCIVOS	NOMINAL	
FACTORES CLÍNICOS	SIGNOS	NOMINAL	
	SINTOMAS	ORDINAL	
	PESO	DE RAZON	
	TALLA	DE RAZON	
	IMC	DE RAZON	
	NIVEL DE HB, HTO.	DE RAZON	
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	EDAD GESTACIONAL	ORDINAL	
	PARIDAD	NOMINAL	
	CONTROL PRENATAL	NOMINAL	
	N° DE EMBARAZOS	NOMINAL	
	ABORTO	ORDINAL	

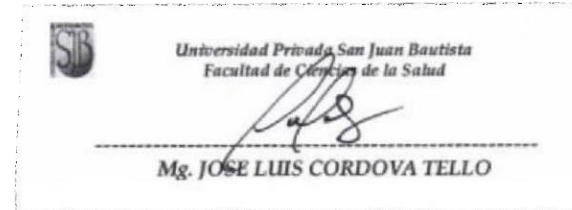
VARIABLE DEPENDIENTE: ANEMIA			
INDICADORES	N° ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
PRESENCIA DE ANEMIA	SÍ, NO	NOMINAL	RECOLECCION DE DATOS



40055154
984322395

Dr. Joseph Pinto Oblitas

ASESOR



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud
Mg. JOSE LUIS CORDOVA TELLO

Dr. José Córdoba Tello

ESTADISTICO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: ANAIR ACHARTE IPUSHIMA

ASESOR: DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

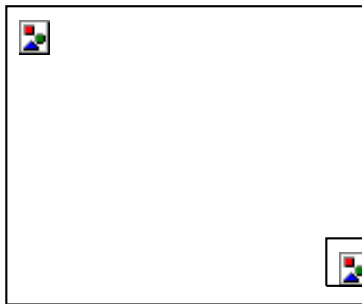
LOCAL: HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

TEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2018.



PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿cuáles son las características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018? Específicos: PE1: ¿Cuáles son las características demográficas de en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante periodo 2018? PE 2: ¿Cuáles son las características clínicas de anemia en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018? PE 3: ¿Cuales son las características de antecedentes gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018?</p>	<p>General: OG: Estimar las características clínico- epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018 Específicos: OE1: Describir las características demográficas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018 OE 2: Describir las características clínicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el periodo 2018? OE 3: Describir las características gineco-obstétricas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018?</p>	<p>General: HG: Debido al diseño de estudio de tipo descriptivo, transversal, de análisis retrospectivo observacional no presenta hipótesis general. Específicas: Debido al diseño de estudio de tipo descriptivo, transversal, de análisis retrospectivo observacional no presenta hipótesis específicas.</p>	<p>Variable Independent e :Características clínico-epidemiológicas Indicadores: *Antecedentes sociodemográficas. *características clínicas. *Antecedentes gineco-obstétricos. Variable Dependiente: Anemia Indicadores: Presencia de anemia</p>

Diseño Metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional: el autor no interviene los datos que están estipulados en las historias clínicas.</p> <p>Transversal: se recopilará información en un momento dado.</p> <p>Retrospectivo: Debido a que se recopilará información de un evento ya ocurrido posteriormente.</p>	<p>Población: N= 125</p> <p>Muestra: Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.</p> $n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$ <p>$q = (1 - p) = 1 - 0.5 = 0.5$</p> <p>Z= 1.96 = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95%</p> <p>d= 5% = 0.05 = margen de error</p> $n = 125 (1.96)^2 (0.5) (0.5)$ <hr/> $\frac{(0.05)^2 (125 - 1) + (1.96)^2 (0.5)}{(0.5)}$ <p>n= 94 gestantes adolescentes</p> <p>p= 0.5 = proporción estimada para incrementar a máximo el tamaño de la muestra.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Revisión de Historias clínicas</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>

	<p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usaria adolescentes con diagnóstico de anemia durante su embarazo atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018. • Anemia confirmado por los siguientes criterios: manifestaciones clínicas, concentración de Hb <11g/dl, Hto < 33 % registrados en las historias clínicas. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con historias clínicas incompletas. 	
--	---	--




Dr. Joseph Pinto Oblitas
ASESOR


 Universidad Privada San Juan Bautista
 Facultad de Ciencias de la Salud


 Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

Dr. José Córdova Tello
ESTADÍSTICO

	<p>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA</p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</p> <p>ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p>
---	--

Título: Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018

Autor: Anair Acharte Ipushima

Fecha:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (Instrumento)

Ficha de recolección de Datos N° _____ FICHA: _____ N°H.C. _____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

- a) Edad: _____
- b) Grado de Instrucción:
 Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()
- c) Ocupación:
 Ama de casa () Estudiante () Independiente () otros ()
- d) Estado civil:
 Soltera () casada () conviviente ()
- e) Lugar de procedencia
 Ica () Pisco () Nasca () Chincha () Palpa ()
 Distrito: _____ otros: _____
- f) Hábitos nocivos.
 Consumo de tabaco () Consumo de alcohol () Ninguno ()

II. DATOS CLINICOS

- a) Cansancio () b) Cefalea () c) Mareo () d) Sofocación ()
 - e) Irritabilidad () f) otros _____
- Peso: _____ talla: _____ IMC: _____

Nivel de Hb : _____ HTO: _____

IV. DATOS GINECEO-OBSTÉTRICOS

Edad gestacional

- a) \geq 37 semanas ()
- b) De 32 a 36 semanas ()
- c) De 28 a 31 semanas ()
- d) < de 28 semanas ()

Nº gestación

- a) Multigesta ()
- b) Primigesta ()

Control prenatal

- a) Más de 6
- b) menos de 6

Nº de embarazo

- a) Único
- b) Múltiple

Aborto

- a) Si
- b) No

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO.

I. DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Joseph Pinto Oblitas
- 1.2 Cargo e Institución Donde Labora: Universidad Privada San Juan Bautista.
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del Instrumento: Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018.
- 1.5 Autor (a) del Instrumento: Acharte Ipushima, Anair.

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.					x
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					x
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre : Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia					x
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					x

SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación: Descriptivo, Transversal Retrospectivo.					X

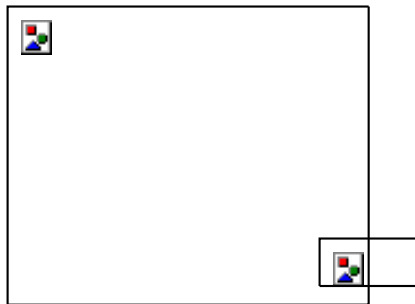
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

95%

Ica, 15 de noviembre de 2021



Dr. Joseph Pinto Oblitas
ASESOR

INFORME DE OPINIÓN DEL EXPERTO.

I. DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. José Córdova Tello
- 1.2 Cargo e Institución Donde Labora: Universidad Privada San Juan Bautista.
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del Instrumento: Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018.
- 1.5 Autor (a) del Instrumento: Acharte Ipushima, Anair.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					x
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					x
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre : Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia					x
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					x

SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las Características clínico-epidemiológicas en las gestantes adolescentes con anemia					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación: Descriptivo, Transversal Retrospectivo.					X

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE.....

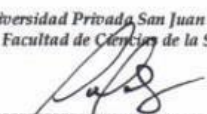
IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90 %

Ica, 15 de noviembre de 2021



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud



Mg. JOSÉ LUIS CORDOVA TELLO

Dr. José Córdova Tello
ESTADÍSTICO

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombre del Experto: YASSETA MEDINA Jorge
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo 2018.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Anair Acharte Ipushima

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.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes.					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínico-epidemiológicas de la anemia en las gestantes adolescentes.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo, transversal, retrospectiva, observacional.					X

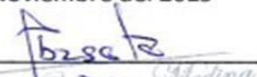
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

94%

Ica 11 Noviembre del 2019


 Firma del Experto
 D.N.I. N° 21433488
 Teléfono: 956747941



DIRECCION REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DICTAMEN DE AUTORIZADO

ACHARTE IPUSHIMA, ANAIR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Tesis titulada:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2018"

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación. Por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2021-100-09

Ica, 20 Enero 2020

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

MAG. DR. RICARDO MANTUA VILLANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA EFICIENCIA
E INVESTIGACION



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 284-2022- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité de Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación ha sido evaluado en la sesión del CIEI:

Código de Registro: **N°284-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DURANTE EL PERIODO 2018"**

Investigador (a) Principal: **ACHARTE IPUSHIMA, ANAIR**

El Comité Institucional de Ética en Investigación ha determinado que este proyecto no califica como una investigación en sujetos humanos y está **EXONERADO** de revisión protocolar. Es preciso mencionar que el estudio cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La vigencia de la constancia es efectiva hasta la conclusión del estudio en mención. No hace falta una solicitud de renovación de vigencia.

Como investigador principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo exonerado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el investigador debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 24 de febrero de 2022.




Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luís 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albillá 108 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888