

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL
DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

QUISPE HUAMÁN, Diana
YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta

HUANCAMELICA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL
DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD PÚBLICA**

ASESOR:
LEYVA YATACO, Leonardo

HUANCAMELICA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL
DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD PÚBLICA**

JURADOS:

Mg. GUERRA OLIVARES, Tula Susana (Presidente)
Mg. CARDENAS PINEDA, Lina Yubana (Secretario)
Mg. MENDOZA VILCAHUAMAN, Jenny (Vocal)

HUANCABELICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a su divinidad, sabiduría y bondad he logrado concluir mi carrera profesional. A mis padres y hermanos, por ser mi fuente de inspiración y porque con ellos aprendí que la familia es la base de nuestro desarrollo, por todo su apoyo y confianza. A mis maestros quienes guiaron en el arduo camino que recorrí en mi formación profesional, a ellos que han depositado su esperanza en mí.

Diana.

A mis padres y hermanos (as) quienes me guiaron incondicionalmente , depositaron su confianza en mi formación profesional a mi hija Selene quien es el motor y motivo para seguir adelante y alcanzar mis metas, A mi esposo por su apoyo que me brinda día a día. A las obstetras quienes nos guiaron en nuestra formación profesional.

Roberta.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por representar la perseverancia y la constancia que nos impulsa a salir adelante, gracias a su confianza vamos cumpliendo nuestros objetivos.

A todos los docentes de la Escuela profesional de Obstetricia, quienes fueron los personajes principales en nuestra formación profesional, por todo el conocimiento y apoyo brindado.

A todo el personal de la Microred de Ascensión, por habernos permitido desarrollar esta investigación de la mejor forma posible, por la paciencia y tiempo brindado.

Al Mg. LEYVA YATACO, Leonardo, Asesor de Tesis, por su valiosa guía, por la paciencia y por su grandioso apoyo durante todo el desarrollo de esta investigación.

A las obstetras Ivette Pizarro Yarango, Marilyn Huamán Vélchez y a la Dra. Isabel Jáuregui Rojas por habernos apoyado con la validación y juicio de expertos.

Por último, agradecer a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta investigación.

Diana / Roberta.

ÍNDICE

PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE	IV
INDICE DE TABLAS:	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCION.....	IX
CAPÍTULO I: Problema	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación	18
1.5. Factibilidad del estudio:	20
CAPÍTULO II: Marco Teórico	21
2.1. Antecedentes.....	21
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos	28
2.3.1. Perfil epidemiológico.....	28
2.3.2. Anemia gestacional.	43
2.4. Identificación de Variables	58
CAPÍTULO III: Metodología de la Investigación	60
3.1. Ámbito de estudio	60
3.1.1. Ubicación geográfica:	60
3.2. Tipo de investigación	63
3.3. Nivel de investigación	63

3.4. Método de investigación	63
3.5. Diseño de investigación	64
3.6. Población, muestra y muestreo	64
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64
3.8. Procedimiento de recolección de datos:	65
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	65
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	67
4.1. Presentación de resultados	68
4.2. Discusión:.....	81
Conclusiones:	86
Recomendaciones	88
Referencia bibliográfica:	90
Anexos	95

INDICE DE TABLAS:

Tabla N° 01	Grupo etáreo de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	65
Tabla N° 02	Nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	66
Tabla N° 03	Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	67
Tabla N° 04	Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	68
Tabla N° 05	Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	69
Tabla N° 06	Paridad de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.	70
Tabla N° 07	Periodo intergenésico de la gestante con en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	71
Tabla N° 08	Índice de masa corporal pregestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	72
Tabla N° 09	Suplementación o complementación nutricional de hierro según edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	73
Tabla N° 10	Suplementación o complementación nutricional de hierro según nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	74
Tabla N° 11	Paridad según la Edad gestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	75
Tabla N° 12	Suplementación o complementación nutricional de hierro según Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.	76
Tabla N° 13	Ocupación de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	Anexo D
Tabla N° 14	Consumo de alcohol de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	Anexo D
Tabla N° 15	Idioma predominante según residencia de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	Anexo D
Tabla N° 16	Seguro de salud según programa social del que se beneficia de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	Anexo D
Tabla N° 17	Servicio de agua y servicio de desagüe en el domicilio con el que cuenta la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, enero-junio 2017.	Anexo D
Tabla N° 18	Incremento de hemoglobina y hematocrito según altitud.	Anexo D

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio, 2017. **Método:** La investigación fue el tipo descriptivo, observacional y transversal. De nivel descriptivo. El método general de esta investigación fue la investigación de campo y método inductivo. Se encuestaron a 107 gestantes con hemoglobina menor de 11g/dl que se encontraban registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión. **Resultados:** En cuanto las características sociales de las gestantes; se encontró que el 84.1% (90) se encuentran en el grupo etéreo de 16 a 35 años y el 60.7% (65) de ellas son convivientes; así mismo el 38% (40) del total alcanzo la educación superior, también se observó que de las gestantes que iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas el 79.7% (51) si consume algún suplemento o complemento de hierro comparado con los demás grupos, a diferencia de las que inician sus controles prenatales después de las 27 semanas el 40% (4) de gestantes no consume ningún suplemento o complemento de hierro. Al analizar las características biológicas de las gestantes; el Índice de masa corporal pregestacional normal fue el de mayor proporción con un 63.6% (68) y más de la mitad (54) de la población no ha tenido partos anteriores (50.5%). **Conclusión:** Sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión encontramos que la mayor proporción de ellas en sus características sociales tienen entre 16 y 35 años, son convivientes, tienen educación superior, consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de hierro (74.8%), y dentro de las características biológicas encontramos que, no han tenido partos anteriores e iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación con un IMC pregestacional normal.

Palabras Clave: perfil epidemiológico, características sociales, características sociales, características biológicas

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of pregnant women suffering from anemia in Ascensión district, from January to June 2017. **Method:** The research was descriptive, observational and transversal. It has a descriptive level. The general method of this research was to conduct a field research and apply the inductive method. A total of 107 pregnant women with less hemoglobin than 11 g / dl and enrolled in the nominal register of pregnant women in the health centers belonging to Ascension district were surveyed.

Results: Regarding the social characteristics of pregnant women, it was found out that 84.1% (90) is in the ethereal group from 16 to 35 years, and 60.7% (65) of them are domestic partners. In addition, 38% (40) of the total respondents reached higher education. It was also observed that in the case of pregnant women who started their prenatal check-ups before 12 weeks, 79.7% (51), they do take any iron supplement or complement. In contrast, women who started their prenatal check-ups after 27 weeks 40% (4) do not take any iron supplement or complement. Moreover, after analyzing the biological characteristics of pregnant women; it revealed that the normal pregestational body-mass index (BMI) has the highest rate of 63.6% (68), and more than half of the population (54) did not have previous childbirths (50.5%). **Conclusions:** About the epidemiological profile of pregnant women with anemia in Ascension district, it was found out that relating to their social characteristics, the largest ratio of them are between 16 and 35 years, are domestic partners with higher education and take any type of nutritional or iron supplement (74.8%). And relating to the biological characteristics, they did not have previous childbirths and began their prenatal check-ups before 12 weeks of gestation with a normal pregestational BMI.

Key Words: epidemiological profile, social characteristics, biological characteristics

INTRODUCCION

La presente investigación se refiere al tema del perfil epidemiológico de las gestantes con anemia; el perfil epidemiológico es definido como el conjunto de características e indicadores que se refieren a sus condiciones de salud mientras que, la anemia se define como un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. La deficiencia de hierro es la deficiencia de micronutrientes más extendida del mundo a menudo resulta en deficiencia crónica de hierro o anemia por deficiencia de hierro como los niveles de hemoglobina de $\leq 11\text{g/dl}$). Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo¹.

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud publicó el informe de la prevalencia mundial de la anemia en 2011; donde la prevalencia mundial de la anemia para las gestantes fue del 38.2%. Las concentraciones medias de hemoglobina en sangre y las prevalencias de anemia variaron sustancialmente entre regiones y Países. Las regiones de Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y África tuvieron las concentraciones más bajas de hemoglobina en sangre y las mayores prevalencias de anemia en la población². Así mismo esta institución menciona que no hay países donde la anemia no sea al menos un leve problema de salud pública; para las mujeres embarazadas más del 80% de los países tienen un problema de salud pública moderado o severo.

A nivel nacional el Instituto Nacional de Salud (INS) para el 2016 encontró que el total de casos de anemia en gestantes fue de 78453 con un 23.7% del total⁵. Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) presentado el 2015; en nuestro país para el año 2014 la anemia en el embarazo aun representaba un problema de salud que se encontró en un (28,9%) del total de las embarazadas.⁶

En nuestra región, según el INS en el año 2016 se reportaron un total 2623 casos de gestantes con anemia en sus diferentes niveles lo cual represento un 41.0%⁵. Mientras que el sistema de información del estado nutricional (SIEN), de la Dirección regional de salud

Huancavelica presentado el 2015, el porcentaje de gestantes con anemia ha disminuido de un 55.90% en el 2010, a un 49.88% en el 2014.⁹

Según el Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, en el 2016 la anemia en gestantes en el distrito de Ascensión, alcanzo un total de 117 casos que represento un 44.3%.

Es así que en nuestra región la anemia representa una de las patologías que afecta a un gran porcentaje de gestantes; asociando a esta patología factorías de riesgo que las predisponen a la enfermedad y más aún no se ha identificado el perfil epidemiológico de esta población; por lo cual surgió la motivación de investigar el perfil epidemiológico de la anemia en gestantes, con la finalidad de poder identificar los factores sociales y biológicos para así poder plantear acciones estratégicas que permitan intervenir en la promoción de la salud y prevención primaria; con la finalidad de contribuir a la salud materna perinatal. Una vez conocido el perfil epidemiológico de estas gestantes y realizando un análisis contextual se pueden tomar decisiones para operativizar las acciones sanitarias que mejoren la salud materna y esta a su vez mejore la salud perinatal.

El presente informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el capítulo I describe el problema, el capítulo II detalla el marco teórico, mientras que en el capítulo III se plasma el marco metodológico; y por último el capítulo IV que es sobre el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I: Problema

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. La deficiencia de hierro es la deficiencia de micronutrientes más extendida del mundo a menudo resulta en deficiencia crónica de hierro o anemia por deficiencia de hierro como los niveles de hemoglobina de $\leq 11\text{g/dl}$). Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo.¹

La Organización Mundial de la Salud en el año 2015 publicó el informe de la Prevalencia mundial de la anemia en 2011; donde la prevalencia mundial de la anemia para las gestantes fue del 38.2%. Las concentraciones medias de hemoglobina en sangre y las prevalencias de anemia variaron sustancialmente entre regiones y Países. Las regiones de Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y

África tuvieron las concentraciones más bajas de hemoglobina en sangre y las mayores prevalencias de anemia en la población.²

Los informes de la OMS mencionan que no hay países donde la anemia no sea al menos un leve problema de salud pública; para las mujeres embarazadas más del 80% de los países tienen un problema de salud pública moderado o severo³. En el año 2008, los datos sobre anemia en los países de América Latina y El Caribe (ALC), la prevalencia de anemia en gestantes de 15-24 años tiene un rango que va del 7% en El Salvador al 47% en Haití. Según este informe las personas que viven en el área rural y que tienen menor nivel educativo, tienen mayores niveles de deficiencias nutricionales, incluyendo la deficiencia de hierro y anemia, debido a que no tienen los medios para lograr una dieta saludable, no tienen acceso a servicios médicos o de nutrición para prevenir o tratar estas condiciones; de cinco países, que disponen de datos representativos para el nivel nacional, en dos la prevalencia de anemia parece ser mayor entre las mujeres que viven en el área rural (Bolivia y Honduras). En los restantes tres países, Perú, El Salvador y Haití, la prevalencia de la anemia en mujeres del área urbana es levemente superior o casi similar a la prevalencia de anemia que se encuentra en las mujeres del área rural. En tres países (Bolivia, El Salvador y Honduras), la prevalencia de la anemia disminuye con el mayor nivel educativo alcanzado, mientras que en los otros países (Perú y Haití), se observa un patrón opuesto, las mujeres con mayor nivel educativo tienden a tener mayores niveles de anemia. Estos países, que no siguen el patrón ‘esperado’, en relación con la prevalencia de la anemia, merecen una particular atención con el fin de poder determinar cuáles son los factores de riesgo que no están siendo identificados de manera adecuada y que están presentes en las adolescentes del área urbana, que tienen mayor nivel educativo.⁴

El Instituto Nacional de Salud (INS) a nivel nacional para el 2016 encontró que el total de casos de anemia en gestantes fue de 78453 con un 23.7% del total⁵. Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) presentado el 2015; en nuestro país para el año 2014 la anemia en el embarazo aun representaba un problema de salud que se encontró en un (28.9%) del total de las embarazadas.⁶

Según la Dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional (DEVAN-INS) en el informe del 2015; presento que durante los años 2013-2014 la anemia en las gestantes fue 37.2%, asimismo, se observó que la anemia fue predominante en las gestantes jóvenes que alcanzo un 43.0% y algo menor en las adolescentes que fue de un 11.5%. La anemia fue similar en las gestantes que residieron en la zona rural que en la urbana; por otra parte, fue mayor en las gestantes con pobreza extrema y no pobres.⁷

La DEVAN realizo un estudio en el 2012, donde logro determinar qué; la anemia en gestantes del Perú fue del 28.0% y de las provincias con comunidades nativas de 20.1%, es decir, menor a la prevalencia nacional. Del mismo modo al realizar las comparaciones por clasificación de anemia, se puede determinar que tanto para la anemia leve y moderada las cifras nacionales son mayores a la de provincias con comunidades nativas, no siendo así para la anemia severa. Conforme aumenta el rango de edad, disminuye la anemia mientras que la prevalencia de anemia aumenta conforme aumenta el rango de edad gestacional, esto es más marcado para la anemia leve y moderada, pero no así para la anemia severa. Del mismo modo la prevalencia de anemia en gestantes aumenta conforme aumenta la altitud a nivel del mar, siendo menor a menos de 1000 msnm y mayor a más de 3500 msnm. Las Regiones de la Sierra, Puno y Huancavelica son los que tienen mayor prevalencia de anemia leve.⁸

En nuestra región, según el INS en el año 2016 se reportaron un total 2623 casos de gestantes con anemia en sus diferentes niveles lo cual represento un 41.0% (5). Mientras que el Sistema de información del estado nutricional (SIEN), de la Dirección Regional de Salud Huancavelica presentado el 2015, el porcentaje de gestantes con anemia ha disminuido de un 55.90% en el 2010, a un 49.88% en el 2014, lo que significa una disminución del 10.76%; esta tendencia se mantiene en la mayoría de las provincias a excepto de la provincia de Angaraes cuya tendencia es positiva y ha registrado un crecimiento de 17.31%.⁹

A nivel provincial la anemia ha ido disminuyendo en 2.33 puntos porcentuales; ya que en el 2010 se tenía un 50% de anemia en gestantes y para el 2014 se alcanzó un 47.67%.⁹

Según el Instituto nacional de salud - Centro nacional de alimentación y nutrición, en el 2016 la anemia en gestantes en el distrito de Ascensión, alcanzo un total de 117 casos que represento un 44.3 % .

Es así que en nuestra región la anemia representa una de las patologías que afecta a un gran porcentaje de gestantes; asociando a esta patología factorías de riesgo que las predisponen a la enfermedad y más aún no se ha identificado el perfil epidemiológico de esta población; por lo cual surgió la motivación de investigar el perfil epidemiológico de la anemia en gestantes, con la finalidad de poder identificar los factores sociales y biológicos probablemente asociados para así poder plantear acciones estratégicas que permitan intervenir en la prevención primaria; con la finalidad de contribuir a la salud materna perinatal.

Una vez conocido el perfil epidemiológico de estas gestantes y realizando un análisis contextual se pueden tomar decisiones, implementar estrategias que mejoren la salud materna y esta a su vez mejore la salud perinatal y monitorear las acciones que aporten a la reducción de la anemia en el nivel comunitario, distrital, provincial y regional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero – junio 2017?

- ¿Cuáles son las características biológicas de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar cuáles son las características sociales de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017.
- Determinar cuáles son las características biológicas de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017.

1.4. Justificación

La anemia es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo, ya que en esta etapa, el volumen corporal total materno presenta un cambio al expandirse para lograr la adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto¹⁰; el aumento del volumen plasmático llega a un promedio de 1000 ml, necesario para llenar la vascularización expandida de los tejidos maternos hipertrofiados y la circulación feto-placentaria. El grado de aumento del volumen plasmático se correlaciona con el tamaño del feto¹¹, sin embargo, alrededor de las seis semanas postparto la Hemoglobina (Hb) y el hematocrito regresan a sus niveles previos, en ausencia de una pérdida sanguínea excesiva durante el parto y puerperio, siempre y cuando se tengan adecuadas reservas de hierro.¹²

La anemia es un problema mundial; constituye uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la

mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo. La anemia empeorara el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (2011) menciona que la anemia tiene numerosos efectos sobre la salud para el bebé incluyendo un mayor riesgo de retraso en el crecimiento, ceguera, enfermedades graves, disminución del rendimiento cognitivo, defectos espinales y cerebrales; también aumenta el riesgo de aborto involuntario, mortinato y bajo peso al nacer aumentando así el riesgo de mortalidad infantil, así como complicaciones en el parto causando hemorragias que corresponden a un aumento del riesgo de depresión y mortalidad materna. La anemia ferropénica contribuye a un estimado de 115000 muertes maternas / año en todo el mundo; por lo que es considerado un problema de salud pública no solo por su impacto social sino también por las complicaciones a corto y largo plazo que ya se han mencionado.¹³

Consideramos importante realizar esta investigación ya que los resultados nos permitirán conocer y establecer el perfil epidemiológico mediante los factores sociales y biológicos, que son las partes de las determinantes de la salud en el contexto Huancavelicano.

El determinar y establecer el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en nuestra población se obtendrá información propia del distrito de Ascensión ya que no se cuenta con información similar previa para así poder brindar una mejor atención a dichos pacientes y posterior a esto nos permitirá desarrollar e implementar estrategias sanitarias en promoción de la salud, prevención, atención prenatal y manejo óptimo y oportuno de la patología.

Los resultados generaran nuevos conocimientos con evidencias existentes, que pueden ser utilizados en los procesos de enseñanza aprendizaje y prevención de riesgos.

1.5. Factibilidad del estudio:

Este estudio es factible ya que el personal de la Microred Ascensión; en especial el personal de obstetricia que está dispuesto a colaborar con la investigación y brindar las facilidades necesarias a las investigadoras; al igual que se tendrán a disposición los datos necesarios de la población a investigar.

Se dispondrá la revisión de la base de datos y el registro de las gestantes en el horario de tarde ya que las atenciones en ese horario son en menor proporción por ende es cuando están más disponibles.

Respecto a la parte económica, se cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos necesarios y con el tiempo disponible de las investigadoras. En este sentido se tiene la capacidad y conocimiento necesario de las investigadoras.

También se ha considerado la autorización bajo consentimiento informado, lo cual nos permitirá acceder a toda la información necesaria para desarrollar nuestro proyecto.

CAPÍTULO II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes

Gómez I, Rosales S, Agreda L, Castillo A, Alarcón E, Gutiérrez C.¹⁴ en su investigación Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales en el 2014. Cuyo objetivo fue Determinar el nivel de hemoglobina (Hb) en gestantes y prevalencia de anemia y su asociación con características socio-demográficas y prenatales. Métodos: Análisis secundario de la encuesta ENDES 2013. Se aplicaron como criterios de inclusión que la participante estuviera gestando y que contara con determinación de Hb. Los niveles de Hb se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, según corresponda, y la presencia de anemia mediante prueba chi cuadrado, para las características socio-demográficas y prenatales seleccionadas. Resultados: La mediana del nivel de hemoglobina fue 11.70 g/dl (RIQ 10.90 – 12.60), y la prevalencia de anemia 27.2% (IC95% 24.2% a 30.2%). Las gestantes que inician sus controles prenatales en el primer o segundo mes de gestación presentan medianas superiores de Hb frente a las que inician a partir del tercer mes (11.96, 11.80 y 11.40 g/dl respectivamente, $p < 0.001$), también las que presentan una menor paridad (11.80 vs 11.60 g/dl, $p = 0.003$), a mayor edad gestacional las medianas de Hb son inferiores

($p < 0.001$) y si el embarazo fue planificado la mediana de Hb fue superior (11.90 vs 11.60 g/dl, $p = 0.16$). Cuando se analizó la anemia, resultaron significativos la edad gestacional (a mayor edad gestacional mayor prevalencia de anemia, $p < 0.001$), el momento de inicio de los controles prenatales (un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia, $p < 0.001$) y la planificación del embarazo (23.6% vs 29.9%, $p = 0.041$). Conclusiones: El inicio temprano del control prenatal y la planificación del embarazo se asocia a una menor prevalencia de anemia, mientras que al avanzar la gestación este problema se hace más frecuente.

Marín MA y Vasquez W.¹⁵ en su investigación Principales Factores Sociales Que Influyen En Las Variaciones De Hemoglobina. Gestantes Atendidas En El Hospital Pacasmayo, realizada el 2012. Cuyo objetivo fue establecer los principales factores socioculturales que influyen en los niveles de hemoglobina (Hb) de las gestantes atendidas en el Hospital Pacasmayo, 2012. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, teniendo como muestra a 63 de las 63 madres gestantes atendidas en el Hospital Pacasmayo entre el 1° de enero y el 30 de junio del 2012, aplicando una encuesta en el referido hospital. Para comprobar si existía una asociación significativa entre los factores sociales y los niveles de hemoglobina que las gestantes presentaban al momento de la encuesta, se usó la prueba del Chi Cuadrado (X^2), fijando el nivel de significancia en 0.05. Haciendo uso del paquete estadístico SPSS 19. Y posteriormente se trabajó con la hoja de cálculo Excel 2013 para el manejo e interpretación de los datos, donde hallamos que. Resultados: Entre los factores más frecuentes que influyen en los niveles de hemoglobina hallamos que el nivel de Hb más frecuente fue el > 11.0 g/dl con un 75 %, el mayor porcentaje de pacientes está influenciada por la ocupación y el nivel educativo, seguido por el estado civil y con menor porcentaje encontramos la edad y la procedencia. Conclusión: El grupo de estudio tuvo como principales características: madres jóvenes y adultas, cuyas edades eran mayores de 20 años, convivientes en su mayoría, con estudios secundarios o superiores, amas de casa, y de procedencia urbana.

San Gil CI, Villazán C y Ortega Y.¹⁶ en su estudio titulado caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio Regla. En el año 2012 con el objetivo: caracterizar la anemia durante la gestación y su relación con posibles factores asociados. Metodología: se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 68 gestantes entre 28 y 32 semanas del policlínico Lidia y Clodomiro, en el período de octubre a noviembre de 2010. Se aplicó una encuesta con datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y del embarazo actual y se determinó la hemoglobina. Resultados: se observó una disminución de los valores medios de hemoglobina entre el primer trimestre (112 g/l) y el tercero (108 g/l). También se constató una alta frecuencia de anemia tanto en el primer trimestre (35.3 %) como en el tercer trimestre del embarazo (56.0%), con una anemia moderada más alta. La anemia al inicio del embarazo resultó un factor de riesgo ($p=0.02$) de la existencia de anemia al tercer trimestre. Conclusiones: existió una alta frecuencia de anemia, siendo la anemia moderada la más frecuente, tanto en el primer trimestre como en el tercer trimestre de las embarazadas estudiadas. La anemia al inicio del embarazo resultó ser el factor de riesgo más importante encontrado en nuestro estudio a la existencia de anemia en el tercer trimestre, con independencia de otros posibles factores involucrados.

Munares O et al.⁸ En la investigación titulada anemia en gestantes del Perú y provincias con comunidades nativas 2011. En el año 2012 con el objetivo de determinar la prevalencia de anemia en gestantes a nivel nacional y en provincias con comunidades nativas durante el año 2011. Metodología. Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, en gestantes atendidas en el Ministerio de Salud del Perú, siendo un total de 318436 para el año 2011, de ellas se tomaron 287691 (90.3%) y 19918 gestantes de provincias con comunidad nativa, de la base de datos del Sistema de información del estado nutricional del niño menor de 5 años y de la gestante (SIEN) del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud del Perú (INS), este sistema recoge los análisis de hemoglobina de gestantes durante todo el año en todo el territorio nacional, se incluyeron registros de gestantes con hemoglobina corregida a la altura y registros completos, excluyéndose datos inconsistentes. Resultados. La prevalencia de

anemia en gestantes del Perú para el año 2011 fue de 28.0% y la prevalencia de anemia en provincias con comunidad nativa fue de 20.1%. En general la prevalencia de anemia disminuye conforme aumenta el rango de edad y aumenta conforme aumenta la edad gestacional y altitud a nivel del mar. Las Regiones de la Sierra, Puno y Huancavelica son las que tienen mayor prevalencia de anemia leve. Las provincias de Sucre (Ancash) es la que tiene mayor prevalencia de anemia leve (72.3%), se sigue la provincia de Espinar (Cusco) con 64.6%. La provincia de Purús (Ucayali) no presentó casos de anemia. En las comunidades nativas, la mayor prevalencia está en la anemia leve, esta presenta una tendencia decreciente conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23.7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18.7% para el rango entre 36 a 45 años. Con respecto a la edad gestacional, la tendencia de la anemia leve es de aumentar la prevalencia conforme aumenta el rango de edad gestacional, del mismo modo ocurre con la altitud a nivel del mar. Las regiones de Pasco y Amazonas son las que presentaron mayor prevalencia de anemia leve. Conclusiones. La prevalencia de anemia en gestantes en general es mayor al de provincias con comunidad nativa, la prevalencia de anemia disminuye con la edad materna, pero aumenta con la edad gestacional y altitud a nivel del mar.

Huanco D, Ticona M, Aguilar J, Gomez JL.¹⁷ En el estudio titulado incidencia y factores de riesgo de la anemia en el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2001-2010. Realizado en el año 2012 con el objetivo de conocer la incidencia y factores de riesgo de la anemia durante el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Metodología: Estudio retrospectivo, epidemiológico, de casos controles. Se analizó 8645 gestantes con hemoglobina menor de 11 g/dl, de embarazo único, cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 a 2010, comparado con 22851 gestantes con Hb entre 11 y 14.5 g/dl. Se realizó análisis bivariado, utilizando OR como intervalo de confianza al 95%. Se utilizó la base de datos del sistema informático perinatal. Resultados: La tasa incidencia de anemia durante el embarazo fue de 27.1 x 100 nacimientos, con tendencia descendente en el decenio. Los factores de riesgo fueron: adolescencia (OR-1.3), soltería (OR-1.2), analfabetismo o primaria (OR-1.1), peso pregestacional menor de 45 kg. (OR-1.4), talla materna menor de 1.45 metros (OR-1.2), desnutrición materna

(OR-1.2), gran multiparidad (OR-1.5), ausencia o inadecuado control prenatal (OR-1.5) e infección urinaria (OR-1.1). Conclusión: La incidencia de anemia durante el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna desciende en la última década y se asocia a malas condiciones socioeconómicas, biológicas y obstétricas.

Ugwuja EI, Akubugwo EI, Ibiam UA y Obidoa O.¹⁸ En la investigación maternal sociodemographic parameters: impact on trace element status and pregnancy outcomes in nigerian women en el año 2011 cuyo objetivo fue determinar el impacto del estatus socioeconómico sobre el estado de los elementos traza del plasma y el embarazo. Metodología: Estudio retrospectivo, epidemiológico, descriptivo; donde se utilizaron conjuntos de cuestionarios estructurados para los datos sociodemográficos de los participantes. Resultados: De 349 mujeres embarazadas, de 15-40 años de edad (media de 27.04 ± 2.75 años), reclutadas a ≤ 25 semanas (media 21.76 ± 3.12 semanas) de edad gestacional, fueron seguidos hasta el parto durante los cuales los resultados maternos y fetales fueron grabados. El plasma de cobre, hierro y zinc se determinó mediante espectrofotómetro de absorción atómica. Mientras que los datos sociodemográficos maternos se obtuvieron mediante un cuestionario. Excepto para el cobre, Menor plasmática de hierro y de zinc fueron significativamente ($p < 0.05$) mayor en las mujeres de los grupos desfavorecidos socioeconómicamente. Tanto la salud materna adversa como los resultados fetales también parecían ser más socioeconómicamente desfavorecidas, aunque sin una tendencia definida. Conclusión: Este estudio ha demostrado que, en situación de desventaja económica de los países en desarrollo, el impacto socioeconómico de la el estado de los oligoelementos maternos (cobre, hierro y zinc) y la salud y los resultados fetales.

Escudero LS, Parra BE, Restrepo SL.¹⁹ En su estudio factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín en el año 2011 cuyo objetivo fue explorar la asociación de factores sociodemográficos y gestacionales con la concentración de hemoglobina. Metodología: Estudio descriptivo transversal en 336 embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín, 2007; se obtuvieron datos socio-demográficos, gestacionales y hemoglobina. Para el análisis se utilizó T de Student, ANOVA y

correlación de Pearson. Resultados: el promedio de edad fue 24 ± 6 años, 67.6% había cursado secundaria, 62.2% tenía un compañero estable, la asistencia a los controles prenatales fue 6 ± 1 , peso pregestacional: 54.4 ± 8.2 kg, hemoglobina: 13.0 ± 1.0 g/dl en el primer trimestre, 11.9 ± 1.1 g/dl en segundo y 12.2 ± 1.1 g/dl en tercero. Se encontró una diferencia significativa entre la hemoglobina por IMC pregestacional ($p=0.035$). La hemoglobina del primer trimestre correlacionó con el IMC pregestacional ($r=0.178$ y $p=0.028$) y con la hemoglobina del tercer trimestre ($r=0.356$ y $p=0.000$). Conclusión: El IMC pregestacional, se asoció con la concentración de hemoglobina del primer trimestre y correlacionó con la hemoglobina final de la gestación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría 1: Modelo multinivel de determinantes de la salud.

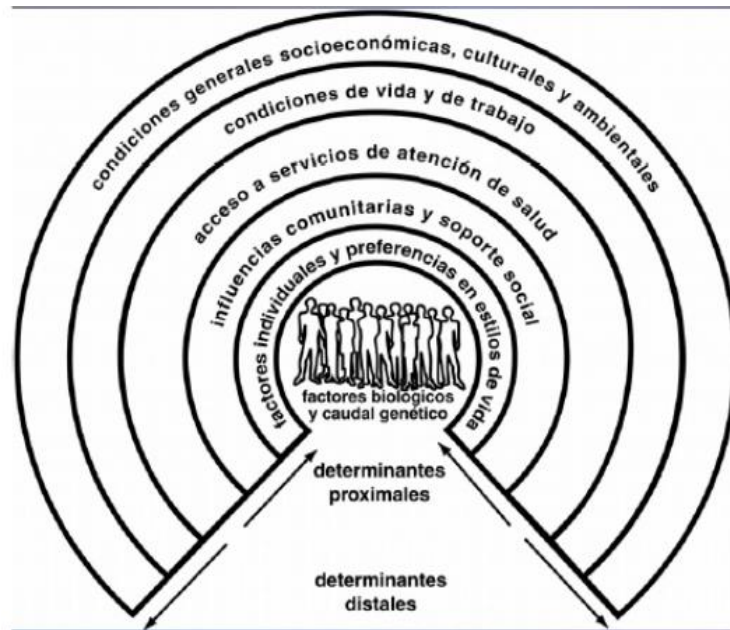
Dahlgren²⁰ y el modelo frecuentemente citado de Whitehead en 1991, explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades. Según este modelo los individuos están dotados de factores de riesgo como: la edad, el sexo, genética, conductas personales, estilos de vida e influencias sociales que actúan en el comportamiento personal ya sea de forma positiva o negativa sobre la salud.

De acuerdo con Diez-Roux²¹, el estudio de las causas de la enfermedad ha pasado de considerar el ambiente como un todo a estudiar factores específicos. Se ha perpetuado la idea de que el riesgo está determinado de forma “natural” más que “social”. Además el estilo de vida y el comportamiento se consideran problemas de “libre Acción”, separados de un contexto social, y se deja de lado el hecho de que muchas variables medidas a nivel individual se encuentran condicionadas por un proceso colectivo y operan dentro del marco del grupo social o dentro de la sociedad. Por lo anterior se puede afirmar que la enfermedad en los humanos esta

socialmente determinada-no es natural- y eso se expresa tanto en los individuos como en las colectividades.

2.2.1.1. Esquema 01

Modelo Multinivel de los determinantes de la salud. (Dahlgren & whitehead, 1991.)



2.2.2. Modelo determinista modificado:

Rothman en 1987²², estableció un modelo de causación que incorpora conceptos del modelo determinista, así como del multicausal, pretendiendo conceptualizar de forma coherente diversos problemas epidemiológicos y dar respuesta a las preguntas que la multiplicidad de causas y efectos presentan, para con ello aclarar diversos hechos de la historia natural de las enfermedades. Este modelo propone que no hay una causa única que sea suficiente para producir una enfermedad, sino un conjunto de causas complementarias, llamadas factores de riesgo, que en conjunto pueden formar una causa suficiente para producir una enfermedad; además, una misma enfermedad puede estar producida por distintas causas suficientes, y cada una de ellas estar compuesta por distintas causas complementarias.

2.3. Definición de términos

2.3.1. Perfil epidemiológico

2.3.1.1. Definición

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

Según Francisco A y Aurelia A. (2009), el perfil epidemiológico de una comunidad, es el conjunto de características e indicadores que se refieren a sus condiciones de salud. Responde las preguntas como ¿de qué se enferma la comunidad? ¿De qué se muere? ¿Cómo está compuesta su población con respecto a la edad y género de los individuos?, se apoya en el perfil demográfico.²³

En conclusión; el perfil epidemiológico es el estudio del estado del proceso salud-enfermedad en la población en un momento dado. Es primordial para el desarrollo de los planes de salud el conocimiento de cuantas y de que mueren y se enferman las personas por diferentes causas. Esto se establece por medio de indicadores de morbo-mortalidad e indicadores positivos de salud. Esta medición de carácter epidemiológico precisa cualificar y cuantificar los eventos, es decir, se debe conocer ampliamente todas las características de dicho evento y definirlo objetivamente para identificarlo claramente entre eventos similares. De tal forma que posteriormente se determine la cantidad de individuos que presentan el evento estudiado.²⁴

Los eventos epidemiológicos son el producto de la conjunción de los elementos de carácter biológico, físico o químico, en un ambiente apropiado; que para Marc Lalonde (1974) son determinantes de la salud.²⁵

2.3.1.2. Determinantes de la salud:

Para entender mejor el concepto de salud es necesario referirnos a los condicionantes o determinantes que definen su ausencia o presencia. Los determinantes de la salud han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, variando a lo largo del tiempo la contribución de cada uno de ellos al proceso de salud-enfermedad.

Dichos determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales, y por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.²⁶

Lalonde, en 1974, enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos tiempos, y que establece que la salud de una comunidad viene condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores o variables.

El modelo de Lalonde, basado en una idea de Laframboise, generó el análisis epidemiológico de Dever para la evaluación de las políticas de salud, que en el estudio de la mortalidad en Canadá estimó que el sistema sanitario contribuye al 11% de la disminución de la mortalidad, mientras que la intervención sobre el entorno la disminuiría en un 19% y la mejora de los estilos de vida en un 43%, manteniendo invariable los determinantes genéticos, que no eran modificables.

Este modelo teórico que engloba en cuatro grandes apartados los determinantes de salud puede considerarse aceptable, pero no así el corolario que propone el modelo epidemiológico de Dever por presentar importantes inexactitudes, pues con esas asignaciones en la reducción de la mortalidad imputables al sistema sanitario, éste contribuye aparentemente de manera poco eficiente a la salud de la población en función de sus asignaciones económicas. De dicha interpretación pueden sacarse consecuencias perversas en relación a la eficiencia de los servicios sanitarios, pues estos, con una asignación del 90% de los gastos de salud solo aportan un 11% a la salud, de la población, por lo que se puede postular que deberían reducirse las asignaciones económicas a los mismos, conclusión que resultaría desastrosa para el desarrollo de las intervenciones específicas en salud.

Por otra parte, esta propuesta no considera otra serie de factores sociales y políticos, pues la salud humana no es ajena a los modelos de organización política de la sociedad, ya que como se ha dicho, los riesgos, y por tanto las enfermedades, se distribuyen entre los individuos en función también de las condiciones de vida, los entornos socioeconómicos y culturales en las que están inmersos. Esta distribución está supeditada en gran parte a factores sociales en las sociedades modernas sobre todo en aquellas con sistemas sanitarios no redistributivos, donde se están creando serias desigualdades de salud entre colectivos sociales, con entornos cada vez más marginales, sin capacidad de acceder a las prestaciones sanitarias y con tasas de morbilidad y mortalidad significativamente más altas que las del resto de la población.

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:
 - Aquellos relacionados con los estilos de vida.
 - Los llamados factores ambientales.
 - Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población
 - Por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

Factores sociales:

Entorno social es aquel lugar donde los individuos se desarrollan en determinadas condiciones de vida, trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo y está determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece.

Los análisis de situación representan un importante paso para el establecimiento de prioridades de intervención en el campo sanitario porque permiten establecer cuáles son los problemas prioritarios y quiénes lo tienen. Estudiar la situación de salud de una población requiere de la definición de un conjunto de indicadores que servirán como variables dependientes, éstas se analizan y buscan explicar a partir de otras variables que se les denomina independientes y que usualmente, se comprenden como pertenecientes a otros diversos campos o dimensiones en que se divide la vida natural y social, respecto a salud. A estas variables independientes. Un carácter o cualidad del estado de salud de un grupo poblacional puede ser comprendido sólo en referencia al sistema del cual es parte y a las interacciones que procesa con los otros grupos sociales.

Diversos estudios han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes clave que influyen sobre la salud de la población (Wilkinson y Marmot, 1998). Entre éstos se encuentran el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados.²⁷

- A. Grupo etéreo:** grupo objetivo diferenciado por cada etapa de vida.

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) el mayor riesgo representan aquellas gestantes que tengan la edad menor de 15 años o mayor de 35.

La edad de la madre es un factor de riesgo importante en el embarazo, se han identificado dos grupos etéreos de riesgo, las madres adolescentes y las mayores de 35 años. A las más jóvenes se las asocia fundamentalmente con una mayor incidencia de bajo peso al nacer.²⁸

En el segundo grupo, mayores de 35 años, se asocian principalmente patologías como la diabetes, hipertensión arterial, placenta previa, etc. La observación demostró que la edad adulta es un factor de riesgo importante para el embarazo.

- B. Ocupación:** Empleo, profesión u oficio al que se dedica una determinada persona, sea por conocimientos, certificados o estudios adquiridos mediante la experiencia cotidiana realizando alguna actividad, sea esta productiva o no.

- C. Nivel de instrucción:** Caudal de conocimientos adquiridos. Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.

Cruz y Carbajal²⁹ al igual que Romero²⁸ refieren que la educación materna muestra una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad. Según algunos investigadores esto explica, porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el

control del embarazo y parto, por lo que esta variable era íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres.

- D. Estado civil:** Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Esta variable se asocia sobre todo a un riesgo aumentado de bajo peso del neonato, y guarda estrecha relación con otros factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, consumo de alcohol y tabaquismo.²⁸

Condición civil de una persona, según las leyes y costumbres del estado. En nuestro país se consideran los estados civiles: soltero, casado, divorciado, viudo y conviviente. Determinados ordenamientos jurídicos pueden hacer distinciones del estado civil diferente. Por ejemplo, determinadas culturas no reconocen el derecho de divorcio. El estado civil está integrado por una serie de hechos y actos de tal manera importantes y trascendentales en la vida de las personas que la ley la toma.

- E. Lengua materna:** Lengua primera que una persona aprende a hablar.

- F. Residencia:** Lugar en que se reside.(Urbano o Rural)

La procedencia de las personas suele despertar mitos, tanto positivos como negativos, acerca de sus habilidades y talentos naturales, o bien relacionados con ciertas sociales un tanto despreciables.

- G. Seguro de salud:** El seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos) es un contrato entre usted y una compañía de seguros.
- H. Beneficio de programa social:** Puede decirse que un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas.
- I. Consumo de alcohol:** Acción y efecto de consumir bebidas que contengan alcohol.
- J. Saneamiento básico:** es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de:
Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano. Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños. Manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura.
- **Agua:** Sustancia líquida sin olor, color ni sabor que se encuentra en la naturaleza en estado más o menos puro formando ríos, lagos y mares, ocupa las tres cuartas partes del planeta Tierra y forma parte de los seres vivos; está constituida por hidrógeno y oxígeno. Fuentes de abastecimiento de agua para uso y consumo.
 - **Desagüe:** Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños.
- K. Suplementos alimenticios:**

Con un suplemento se suple aquello que no está en el cuerpo. Están dirigidos a corregir limitaciones nutricionales de los alimentos que se nos abastecen. La suplementación es necesaria para ayudar a personas que sufren deficiencias nutricionales o enfermedades y situaciones especiales en que se necesita apoyo, como práctica de un deporte profesional, época de gestación, edad muy avanzada, etc. en las cuáles la propia situación provoca dicha carencia.

Según el Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA) en Estados Unidos se define un suplemento dietético como “producto que se fabrica para suplementar la dieta y que aporta alguna vitamina, hierba, mineral, aminoácido, sustancia dietética o sustancias botánicas para uso humano y que se presenta en la forma de comprimido, cápsula, líquido, polvo, gelatina ligera, cápsulas de gelatina o si no, en cualquier formato que no represente un alimento convencional”.

- **Complementos alimenticios:** La complementación nutricional, aunque es similar a la suplementación y de hecho se confunde, tiene unas pequeñas diferencias:
- El complemento podría ser un alimento convencional. El suplemento no.
- El complemento no se elabora necesariamente para cubrir deficiencias nutricionales. Puede ser ideado para incrementar los nutrientes de la dieta. Es decir, es un aporte extra de energía o nutrientes, o ambas cosas que refuerza a la dieta.

a) Necesidades alimentarias nutricionales durante la gestación

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer.³⁰

La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo complicaciones diversas del parto.

Necesidades de energía en el embarazo

El costo total de energía durante el embarazo es aproximadamente entre 70000 y 80000 kcal que resume las necesidades de este sustrato durante la gestación y también para el período de la lactancia ya que se transformará en el depósito de grasa (de energía) materno de reserva para esta etapa.

No resulta difícil cubrir las recomendaciones energéticas en esta etapa, ya que existen mecanismos fisiológicos que facilitan su incorporación y utilización, entre ellas:

- Aumento del apetito
- Disminución de la tasa metabólica en reposo
- Disminución de la termogénesis inducida por los alimentos

- Disminución de la actividad física espontánea

Se hace más eficiente el gasto energético producido por las actividades cotidianas.

La restricción energética durante el embarazo puede ser peligrosa, ya que si el ayuno o el insuficiente aporte de calorías se prolongan en el tiempo el organismo recurre a sus reservas grasas haciendo más susceptible a la embarazada a la cetosis.

Los cuerpos cetónicos atraviesan la barrera placentaria, y en exceso pueden ocasionar daño neurológico severo al embrión-feto.

El aporte energético a partir del cual el riesgo de cetosis se eleva se ha estimado en alrededor 1600 kcal diarias, siempre acorde a peso, talla, contextura y actividad que realice la mujer.

Hierro (Fe): El incremento en la volemia, en la irrigación materna que se produce durante la gestación aumenta las necesidades de hierro. Las necesidades de la mujer están muy ligadas a cómo llegan sus depósitos a esta etapa, un gran porcentaje llega con niveles de hemoglobina por debajo de lo deseable, motivo por el cual podemos observar que se recomienda la suplementación medicamentosa, sin embargo se sugiere realizar una adecuada evaluación alimentaria antes de proceder a incorporar suplementos. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

y la OMS recomiendan la suplementación de Fe a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental.

Aquí se pueden observar factores facilitadores de la absorción como el factor carneo, la vitamina C y el pH ácido gástrico y como inhibidores los fitatos, taninos, proteínas vegetales y el calcio.

Factores biológicos:

La biología humana, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas²⁵; condicionada por las características de la especie humana, la carga genética y los factores hereditarios y que hasta nuestros días constituían el conjunto; de factores determinantes con menos capacidad de modificación a partir de mediados de los años noventa los avances en ingeniería genética hacen vislumbrar cambios radicales en este campo. La capacidad futura de intervenir sobre la biología humana, a partir de la modificación de genes, abre unas perspectivas no conocidas hasta ahora, que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente condicionadas, pero plantean problemas e interrogantes en el terreno de la bioética, el control científico y tecnológico de estas prácticas, y las potenciales desigualdades en salud.

A. Paridad: clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación o de un peso mayor a 500g. El embarazo múltiple se considera como paridad:

- Nulíparas: mujer que no ha parido nunca.
- Multípara: mujer que ha parido 2 o más veces.

- Gran múltipara: mujer que ha parido 6 veces a más.

Megert³⁰ menciona que la anemia por déficit de hierro es la más frecuente durante el embarazo y su prevalencia es mayor en grupos con alta paridad.

Según Vite Gutierrez³¹ en su estudio “incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes de Rapayan, Ancash 33.33% presentaron anemia leve y son primigestas en el cual concluye que no existe significancia estadística de la anemia ferropenia”

- B. Periodo intergenésico:** Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.

Según Cruz y Crabajal²⁹, el periodo intergenésico es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente. Se considera embarazo de riesgo medio a una gestación conseguida con menos de 12 meses de intervalo al anterior parto. Los estudios científicos sobre este tema suelen aconsejar esperar al menos 24 meses entre un embarazo y otro para minimizar los riesgos maternos y fetales, pero tampoco más de 48 meses (entre 2 y 4 años, sería lo ideal).

- C. Edad gestacional:** tiempo desde la fecha de última menstruación (FUM) al presente.

- D. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional:** es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2) obtenido antes del embarazo.

Según Romero²⁸, el peso pregestacional o el tomado al inicio de la gestación, es el primer elemento a incluir en la evaluación nutricional y es de utilidad para realizar las recomendaciones dietéticas, así como para iniciar intervenciones nutricionales desde etapas tempranas. Cuando éste se relaciona con la estatura, a través del índice de masa corporal, proporciona información sobre el nivel de reservas energéticas y sobre los componentes de la masa corporal total. Así mismo se ha descrito que el IMC tiene una alta correlación con la grasa corporal y parece estar muy relacionado con los niveles de consumo de alimentos.

Según la DEVAN⁷, la anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con peso bajo para la talla, cuyas reservas suelen estar exhaustas, entre las que tiene poca ganancia de peso durante el embarazo, y entre las adolescentes.

El peso de la embarazada es el resultado del peso previo y el conocimiento alcanzado hasta el momento. Durante esta etapa, los aportes nutricionales deben cubrir, además de sus propias necesidades, las correspondientes al feto en desarrollo y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos. Una ingesta nutricional adecuada durante el embarazo permite potenciar la salud de la mujer y prevenir enfermedades gestacionales.

La anemia es conocida como la complicación del embarazo y se ha estudiado su relación con la antropometría materna. Algunos estudios han demostrado que la anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con bajo peso para la talla, cuyas reservas suelen estar exhaustas y entre las que tiene poca ganancia

de peso durante el embarazo, mientras otros han encontrado que la disminución de anemia fue mayor en las obesas.

2.3.1.3. La Epidemiología como herramienta para la garantía de calidad en salud pública:

Con la implementación de la epidemiología en la medición de la calidad de las intervenciones médicas y sanitarias se propone una perspectiva de los usos de la epidemiología, sobre todo cuando por medio de ella se realizan análisis sobre operaciones de salud pública.

Los indicadores de efectividad son necesarios para la evaluación financier, porque cualquiera de los métodos desarrollados para administrar salud, eficiencia (costo vs. calidad) o rentabilidad económica vs. Rentabilidad social obliga a una medida del impacto que puede tener estas medidas en la población.

Además el aporte de la epidemiología a la gestión de salud pública tiene un espectro más amplio, pues los procesos administrativos, la programación de la oferta de los servicios, el presupuesto financiero, la planeación estratégica, la gerencia corporativa, etc. Requieren de una información cuantitativa y cualitativa de los eventos, su distribución, frecuencia y desarrollo, la posibilidad de las intervenciones, eficacia y efectividad, la conveniencia de proponer prioridades y el efecto de dichas actividades.

Rodríguez Artalejo define el diseño de políticas de salud como “la producción de cambios en los servicios sanitarios, en nuestros hábitos de vida o en las relaciones con el medio ambiente que den lugar a mejoras en el nivel de salud de la población”.

Definitivamente el aporte de la epidemiología se traduce en la conjunción del estudio de los problemas de salud de la población y la racionalización de las políticas de salud encaminadas a la solución de dichos problemas.²⁴

2.3.2. Anemia gestacional.

2.3.2.1. Definición

La anemia es la reducción de la masa total de hematíes por debajo de los límites normales o disminución de la concentración de Hemoglobina por debajo de 11.0g/dl según la OMS.³²

Los estudios han demostrado que la anemia ferro priva que ocurre tempranamente en el embarazo se asocia a un riesgo relativo 2.6 veces mayor de parto prematuro y 3.1 veces de bajo peso de nacimiento parto prematuro, muerte perinatal.

Durante el puerperio la anemia genera pobre capacidad para resistir efectos adversos ante sangrado, mayor Tasa de infecciones y éstas duran más por disminución de Linfocitos T y Linfocitos B (menos de Hb: 8g/dl) se presenta fatiga, disnea, aumentando la morbilidad materna perinatal

Mortalidad materna en mujeres con Hb 10g/dl 70/10000 NV VS 19.7/10000 NV en mujeres no anémicas).

2.3.2.2. Fisiopatología

El aumento del volumen sanguíneo se produce precozmente entre el segundo y tercer mes de embarazo alcanzando su máximo a las 32-34 semanas, con un incremento promedio del 40-45% sobre el nivel de las mujeres no embarazadas. Esta hipervolemia inducida se produce para satisfacer las demandas de un útero hipertrofiado, proteger a la madre y al feto de los efectos contraproducentes debidos al retorno venoso disminuido

en decúbito supino y en posición erecta, proteger a la madre de los efectos de la importante pérdida de volemia del parto. El volumen sanguíneo empieza a aumentar en el primer trimestre, expandiéndose, sobre todo, durante el 2do y alcanzando un crecimiento lento durante el 3er trimestre, en el que se estanca.

La volemia aumenta a expensas del volumen plasmático (75%) y de la masa eritrocitaria (25%), lo que supone un aumento aproximado de 450 ml de esta última.

Este incremento de eritrocitos se produce por un aumento de los niveles de eritropoyetina en el embarazo que se dan, principalmente, a partir de la semana 20, momento en el que empieza a aumentar la concentración de glóbulos rojos.³³

En el embarazo normal están descendidos el valor del hematocrito (de 40-42% hasta el 34%), de la hemoglobina (de 13.7-14 g/100 ml hasta 11-12 g/100 ml) y el número de hematíes (hasta 3200000 mm^3). Como consecuencia, se ha creado el término de anemia fisiológica del embarazo, estableciendo el límite inferior de la normalidad en 11 g/100 ml de hemoglobina, 3200000 de hematíes/ mm^3 y 34% de hematocrito.

Todos estos valores se ven aún más aumentados en las pacientes multigestas y en aquellas gestaciones múltiples.

A. Metabolismo del hierro

El contenido de hierro en una mujer joven no embarazada es de 2-2.5 g que se encuentra distribuido en los eritrocitos (60-70%), en hígado, bazo y médula ósea, y sólo un 3-4% se encuentra en la mioglobina y otros sistemas enzimáticos.

El requerimiento férrico durante la gestación aumenta de 2 a 4 mg/día, siendo más importante en la 2da mitad del embarazo, en la que se dispara la masa eritrocitaria y el crecimiento fetal, alcanzando una capacidad de absorción de hierro al final del embarazo de 6 mg/día.

Durante el embarazo, el hierro sérico y la ferritina disminuyen, esta última, índice de los depósitos de hierro. Mientras, aumenta la capacidad de conjugación férrica debido al aumento de la transferrina.³³

Los eritrocitos tienen una vida media de 120 días, por ende, cada día, debido a la senectud de los eritrocitos, se liberan de 15 a 25 mg de hierro, que deben reponerse diariamente para mantener la masa eritrocitaria.³⁴

Gran parte del hierro liberado a partir de la hemoglobina degradada es reciclado para su reutilización por la médula ósea en la síntesis de nueva hemoglobina. Normalmente se pierde 1 mg de hierro a través del tracto intestinal, la piel, el pelo, la orina y sudación.

Cuando el individuo dispone de suficiente hierro tiene una absorción intestinal de aproximadamente 10 % del hierro de la dieta y de hasta 20 % en caso de tener deficiencia de hierro.

El contenido de hierro de la dieta de la mayoría de las mujeres en todo el mundo es bajo. Además, sólo una pequeña fracción del hierro de los alimentos (más o menos, 10 %) es absorbida por el intestino, aunque la absorción del hierro de los alimentos animales es mejor que la de los alimentos vegetales. La absorción aumenta cuando hay necesidades de hierro.³⁴

2.3.2.3. Clasificación

Según Schwarcz (2003), durante la gestación las anemias que acompañan al embarazo pueden ser agrupadas en 2 categorías por su etiología³⁵:

A. Anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro (Ferropénica)
- Anemia por déficit de vitaminas: folatos y vitamina B_{12} .

B. Otras anemias:

- Anemias hemolíticas: congénitas y adquiridas.
- Anemias aplásicas.
- Anemias asociadas a enfermedades crónicas y a enfermedades de la médula ósea.

Estas ocurren con similares prevalencias que en la población general de mujeres en edad fértil.

En los niños y las mujeres la causa más común de anemia es la deficiencia de hierro. Cuando los depósitos de hierro del organismo están bajos, siendo la hemoglobina aún normal, se denomina deficiencia de hierro sin anemia.

La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia según el valor de la Hemoglobina (Hb):

- Anemia moderada: Hb. < 110 g/l y > 70 g/l.
- Anemia severa: Hb. < 70 g/l y > 40 g/l.

- Anemia muy severa: Hb. <40 g/l.

Los valores normales de la anemia, hemoglobina y hematocrito: según OMS (1989) (Ver Anexo D)

2.3.2.4. Factores de riesgo asociados

Según Netter³⁶, los factores asociados a la Anemia gestacional son:

- Pérdida excesiva de sangre (menorragia)
- Dieta pobre.
- Pica.
- Malabsorción.
- Enfermedad crónica.
- Endocrinopatía (tiroides)

Según Schwarcz³⁵, los factores que aumentan el riesgo de la patología son:

- Multíparas.
- Intervalos intergenesicos cortos (<de 2 años).
- Antecedentes de menstruaciones abundantes (usuarias del dispositivo intrauterino)
- Dieta de baja biodisponibilidad de hierro.
- Adolescentes.
- Parasitosis anemizantes (unciriasis).

2.3.2.5. Laboratorio

- Hematíes menor a $4 \times 10^6/l$ en mujeres
- Hematocrito menor a 37 %
- Hemoglobina por debajo de 11 g/dl según la OMS mientras que el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) lo define por debajo de 11 g/dl en el I trimestre, 10 g/dl en el II trimestre y 11g/dl en el III trimestre en el puerperio es el valor de hemoglobina menor de 11 g/dl encontrado 24 hrs post parto.
- Extendido de sangre se podrá ver en anemia ferropénica: Microcitosis e hipocromía.
- Poiquilosis, Anisocitosis, Anulocitosis.
- Imagenología.

Exámenes especiales.

- Ferritina sérica menor de 12 ng/ml (N 30 a 300 ng/ml).
- Ferritina eritrocitaria menor de 5atogramos/hematíe.
- Sideremia menor a 60 $\mu g/dl$ (N 75 a 150 $\mu g/dl$)
- Trásferrina (N 400 $\mu g/100 ml$)
- Reticulopenia
- Leucocitos hipersegmentados
- Dosaje de vitamina B_{12} .
- Biopsia de médula.
- Hierro (Fe) medular ausente
- Médula hiperplásica con retraso de la hemoglobinización

- Exámenes de materia fecal

2.3.2.6. Anemia ferropénica

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más prevalente en todo el mundo, se estima que afecta a más de 500 millones de personas. Durante el embarazo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que entre 35% y 75% de las mujeres en los países en desarrollo y el 18% de las mujeres en los países desarrollados presentan anemia.

La prevalencia de deficiencia de hierro sin anemia es mayor y aparece con frecuencia en las últimas etapas del embarazo, aun en mujeres que inician su embarazo con adecuados depósitos de hierro. Datos epidemiológicos de la anemia en embarazadas en América Latina. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992) estima una prevalencia de anemia en mujeres embarazadas de 37% para Sudamérica, 42% para Centroamérica y 52% para los países del Caribe, los datos más recientes provenientes de estudios locales en algunos países del área demuestran que el problema sigue siendo preocupante. La proporción entre mujeres embarazadas y no embarazadas sería entre 2 y 3 a 1 y permite suponer que, en las comunidades de bajo nivel económico de muchos países, la prevalencia de anemia en embarazadas no sería inferior a 30%, nivel considerado por la OMS como umbral para indicar la suplementación universal de todas las embarazadas, independientemente de su nivel de hemoglobina.

A. Clínica:

Se basa en el comienzo insidioso de sintomatología como astenia, cefalea y malestar. En los casos graves puede haber palidez, glositis, estomatitis, coiloniquia (en la que la

superficie externa de las uñas es cóncava), pica, esplenomegalia, respiración entrecortada o fracaso cardíaco por alto gasto.³⁷

B. Diagnóstico:

El primer estadio de la deficiencia de hierro es la depleción de los depósitos de este mineral.

Se evalúa determinando la concentración de ferritina sérica. Un valor por debajo de 12 mg/l es indicativo de ausencia de depósitos de hierro. Dado que la ferritina sérica es, además, un reactante de fase aguda puede encontrarse valores normales o elevados aun con ausencia de hierro en depósito si coexiste con enfermedades inflamatorias o infecciosas.

La segunda etapa, llamada de eritropoyesis deficiente, es caracterizada por un aumento en la concentración de receptores de transferrina y en la protoporfirina eritrocitaria libre. Los valores de hemoglobina aún son normales.

La tercera etapa es la anemia por deficiencia de hierro. El diagnóstico de anemia se realiza determinando la concentración de hemoglobina en sangre. Un valor por debajo de 11 g/dl en mujeres embarazadas es indicativo de anemia. El hematocrito es una medición alternativa a la hemoglobina cuando ésta no puede realizarse, pero es menos preciso. Los índices hematimétricos pueden obtenerse con facilidad con contadores electrónicos. Permiten caracterizar las anemias según el tamaño de los glóbulos rojos (volumen corpuscular medio o VCM) en micro, norma y macrocíticas, y según la concentración

corpuscular de hemoglobina (CMH y CMHC) en hipo o normocrómicas.³⁵

C. Tratamiento:

El manejo dependerá de la Hemoglobina si es de 10.9 a 9 g/dl será leve; 8.9 a 7g/dl será moderada y <7g/dl será anemia severa.

Si la Ferritina <30ug/l bajo depósito de Fe; <15ug/l depleción severa de Fe; <12ug/l anemia ferropénica

La anemia está en relación con el número de embarazos, a más embarazos la anemia se agrava⁷⁻⁸.

I. Medidas generales

El tratamiento de la anemia ferropénica es básicamente preventivo mediante dieta rica en alimentos con hierro.

Realizar una adecuada historia clínica buscando otras patologías diferentes o añadidas a la anemia por pérdida sanguínea.

Administración profiláctica

Se debe administrar en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental. Recuerde que puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse. Existe experiencia en niños que la ingesta interdiaria es una buena alternativa de administración, aunque no se recomienda en gestantes.³⁸

El MINSA cuenta con suplementos de 60 mg. Fe y 400 mg. de ácido fólico.

Existen otros sales Ferrosas se puede administrar³⁴

- Sulfato ferroso: tableta de 300 mg = 60 mg de Fe elemental.
- Gluconato ferroso: tableta de 300 mg = 36 mg de Fe elemental.
- Fumarato ferroso: tableta de 200 mg = 65 mg de Fe elemental.
- **Administración para tratamiento de anemia:**
Iniciar una vez confirmado el diagnóstico, con el doble de la dosis indicada para la administración profiláctica y reevaluar la hemoglobina en 4 semanas; si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar el puerperio. Se debe promover una dieta que tenga alimentos con un alto contenido de hierro (carne, vísceras, huevos, leche, menestras, espinacas, alcachofas) y realizar las siguientes acciones simples y efectivas.³⁸

II. Medidas específicas

La anemia Durante la gestación implica la administración de Fe por vía oral a partir de las 16 semanas a razón de 100 mg diarios dividida en dos tomas entre comidas, luego cuando la Hb es de 10.5 g/dl bajar a dosis de mantenimiento de 60 a 80 mg/dl y ácido fólico 400 g.

Anemias severas o crónica, Hb < 7g/dl, Hto < 21% en tercer trimestre o en puerperio por 2 meses: Esta Indicado Hierro parenteral como:

- Hierro sacarato 100 mg (1 amp de 5 ml) en 100 cc de suero fisiológico por vía exclusiva endovenosa en 30 o 60 minutos por día por tres dosis en una semana.
- Hierro carboximaltosa 1000 mg endovenoso en 15 minutos una vez por semana no en hemocromatosis. Hemoglobinopatías o hipersensibilidad al hierro, en caso de sobredosis antídoto deferoxamina.
- Otras indicaciones de hierro parenteral
- Insuficiente o no respuesta al hierro oral.
- Absorción insuficiente del hierro oral debido a patología gastrointestinal.
- Necesidad de corrección rápida (preparto, pre quirúrgicos).
- Intolerancia a hierro oral.
- Pobre cumplimiento del tratamiento.
- Anemia aguda y hemorragia seguir indicaciones de guía para administración de hemoderivados

2.3.2.7. Anemia megaloblástica:

Durante el embarazo existe un aumento de las necesidades de ácido fólico y vitamina B_{12} , para la síntesis del ácido desoxirribonucleico y del ácido ribonucleico, debida al rápido crecimiento celular del embrión y del feto en desarrollo. La anemia

megaloblástica del embarazo es causada por deficiencia de ácido fólico, no de vitamina B_{12} .

La gestante también puede sufrir una deficiencia de ácido ascórbico, que se asocia con la de ácido fólico.

A. Diagnóstico.

En la lámina periférica se encuentra macrocitosis (hematíes mayores que 7ug/l), punteado basófilo (policromatofilia), leucocitos de Pitaluga y macroplaquetas.

La determinación de ácido fólico sérico ofrece cifras por debajo de 4 ug/L. La médula ósea es megaloblástica. La deficiencia de ácido fólico y de ácido ascórbico determina un aumento de las complicaciones infecciosas de la madre, abortos, partos prematuros, rotura prematura de las membranas y otras.

B. Tratamiento

Tratamiento Profiláctico:

- Ácido fólico: 1 mg/día (tabletas).
- Ácido ascórbico: 200 mg/día (tabletas).

Tratamiento Específico:

Se administrará ácido fólico: 5 a 10 mg/día (tabletas).

Además del ácido fólico, debe administrarse hierro en dosis terapéutica, ya que la transformación de la médula ósea megaloblástica en normal, requiere gran cantidad de hierro.

Antes de iniciar el tratamiento debe buscarse la existencia de una infección que condicione la anemia (la infección

urinaria es la más frecuente) y pueda hacerla refractaria al tratamiento.

Aunque la anemia megaloblástica es refractaria a la vitamina B_{12} , eventualmente puede ser necesaria su administración. Una característica de esta anemia es su remisión espontánea después del parto.

En casos severos o en fecha próxima al parto, puede requerirse hemoterapia.

2.3.2.8. Anemia hipoplasica.

Se le relaciona con el embarazo, y se considera por algunos como una manifestación de toxemia. Es rara y de gravedad variable. Puede tener remisiones parciales o completas, y en algunas ocasiones, desaparecer espontáneamente después del parto. Puede provocar muerte fetal y parto pretérmino.

A. Diagnostico

La anemia es de desarrollo rápido, con palidez, fatiga y taquicardia. Las manifestaciones clínicas dependen de los grados de la anemia, la granulocitopenia y la trombocitopenia. Puede haber formas globales, con caída de los 3 sistemas, o formas parciales con la afectación de 1 solo de ellos.

Exámenes De Laboratorio:

- Hemoglobina (muy baja).
- Hematócrito (reducido).
- Trombocitopenia.
- Hierro sérico (elevado).

- Médula ósea hipocelular con depresión selectiva o de los 3 sistemas (pancitopenia).

B. Tratamiento

Para tratar la anemia hipoplásica se dispone de recursos muy limitados. El tratamiento con hierro, ácido fólico y vitamina B_{12} ha resultado ineficaz.

En el aspecto médico, se aconseja: una serie de medidas para prolongar la vida de la paciente, como son:

- Transfusiones de concentrados de glóbulos rojos, si la anemia fuera lo fundamental.
- Transfusión de plaquetas.
- Administración de antibióticos (no profilácticos y con antibiograma).
- Administración de anabólicos: nerobol: 1 a 3 mg/kg por vía oral, diariamente.

Desde el punto de vista obstétrico se deben tomar las medidas siguientes:

- Gestación del primer trimestre: interrupción del embarazo.
- Si la gestación está próxima al término, se interrumpirá por cesárea cuando el feto sea viable.

2.3.2.9. Anemia falciforme o drepanocitemia

Es la más común de las hemoglobinopatías. La hemoglobina causante de la anemia drepanocítica es frecuente en los países de América Latina, que tienen un porcentaje elevado de población negra, como ocurre en los países del Caribe. Se considera que la

incidencia del rasgo falciforme en Cuba es de 6.2 %; en Panamá 8 %, y en República Dominicana 10 % en las poblaciones negras y mestizas.

Aunque de acuerdo con los síntomas clínicos de la Hb.S parece transmitirse por medio autosómicos recesivo (sólo están afectados los homocigotos SS), se considera más bien el resultado de herencia autosómica codominante, puesto que el genotipo heterocigoto AS (rasgo de células falciformes) puede, bajo ciertas circunstancias, producir morbilidad grave e incluso la muerte.

Las gestantes homocigóticas pueden sufrir crisis de gran severidad durante la gestación y casi 100 % de las gestantes SS presentan crisis dolorosas durante el embarazo, aun aquellas que no las habían tenido antes.

Las pacientes están expuestas a complicaciones respiratorias y renales, tromboflebitis, endometritis, accidentes encefálicos e insuficiencia cardíaca. En ellas son frecuentes los abortos, las defunciones fetales y el parto pretérmino. La toxemia gravídica se presenta en la tercera parte del total de los casos.

A. Diagnostico

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico típico y en el estudio hematológico, fundamentalmente la prueba de falciformación in vitro en lámina sellada (prueba de Huck), la prueba de solubilidad y la electroforesis de la hemoglobina.

B. Tratamiento

El seguimiento de estas gestantes ha de hacerse desde el inicio en consultas especializadas, por un equipo que incluya al clínico y al hematólogo junto con el obstetra.

El tratamiento de la crisis debe ser orientado a:

- Evitar la falciformación.
- Reducir la viscosidad de la sangre.
- Interrumpir el círculo vicioso.
- Aumentar los hematíes.
- Aumentar la oxigenación hística.
- Reducir la acidosis asociada con la crisis

2.4. Identificación de Variables

2.4.1. Variable 1: Perfil Epidemiológico de las Gestantes con anemia: Es el estudio del estado del Proceso de la Anemia en la Gestante en un momento dado; esta medición de carácter epidemiológico busca conocer ampliamente todas las características sociales y biológicas; para así definirlo objetivamente.

Definición operacional: Aplicación de cuestionario que constara de 16 preguntas a las gestantes con anemia del distrito de ascensión para la identificación del perfil epidemiológico.

2.4.1.1. Dimensiones

A. Características Sociales:

Indicadores:

- Grupo Étnico de la gestante con anemia:
- Ocupación de la gestante con anemia:

- Nivel de Instrucción de la gestante con anemia:
- Estado civil de la gestante con anemia:
- Idioma predominante de la gestante con anemia:
- Residencia de la gestante con anemia:
- Seguro de Salud de la gestante con anemia:
- Programa Social del que se beneficia la gestante con anemia:
- Consumo de Alcohol de la gestante con anemia.
- Servicio de Agua con el que cuenta la gestante con anemia
- Servicio de desagüe en el domicilio de la gestante con anemia.
- Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia.

2.4.1.2. Características biológicas de la gestante con anemia:

- Paridad de la gestante con anemia
- Periodo intergenesico de la gestante con anemia
- Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia
- Índice de masa corporal (IMC) pregestacional.

CAPÍTULO III: Metodología de la Investigación

3.1. Ámbito de estudio

3.1.1. Ubicación geográfica:

El distrito de ascensión es uno de los diecinueve distritos de la provincia de Huancavelica, ubicada en el departamento de Huancavelica, en la zona de los andes centrales de la sierra del Perú; y sus anexos son Pucarumi, Callqui grande, alto andino, pastales huando, Cachimayo, Yauricocha, Ranracancha, Ascensión y Totoral Chico.³⁹

3.1.2. Extensión y límites.

Extensión: El distrito de ascensión cuenta con una superficie territorial de 43224 km^2 y de 148100km lineales; su territorio abarca de 1.92% en relación al espacio del departamento de Huancavelica, siendo accidentado y heterogéneo, con desniveles que van de 3680 (distrito de ascensión) hasta los 5328 m,s.n.m. (Nevado de citaq- anexo de Yauricocha). La topografía es accidentada, con elevaciones rocosas y pequeñas

Mesetas muy diversificadas, como suele presentarse en el ámbito del departamento de Huancavelica.

Límites: El distrito de Ascensión está ubicado en la longitud oeste 74°56'47", altitud sur 12° 36' 10", con una mínima de 3680 m,s.n.m. (capital-distrito), y a una altitud máxima de 5328 m,s.n.m. (Nevado de Citaq-Yauricocha); y sus límites son:

- POR EL NORTE : con los distritos de san Jose de Acobambilla, Nuevo Occoro, Huando y Palca de la provincia de Huancavelica
- POR EL SUR: con el Distrito de Arma y Santa Ana de la provincia de Castrovirreyna.
- POR EL ESTE: con el distrito de Huancavelica.
- POR EL OESTE: con el distrito de Chupamarca y Aurahua de la provincia de Castrovirreyna.

3.1.3. Superficie territorial

La superficie territorial del distrito de ascensión es de 43224 km^2 y de 148100km lineales; su territorio abarca de 1.92% en relación al espacio del departamento de Huancavelica, siendo accidentado y heterogéneo, con desniveles que van de 3680 (distrito de ascensión) hasta los 5328 m,s.n.m. (nevado de citaq- anexo de Yauricocha). La topografía es accidentada, con elevaciones rocosas y pequeñas mesetas muy diversificadas, como suele presentarse en el ámbito del departamento de Huancavelica.

La altitud mínima del distrito corresponde a la zona de Pucarumi, que se encuentra a 3693 m.s.n.m., y la ciudad capital del distrito de ascensión, está a 3712 m.s.n.m., siendo su topografía llana y con declive muy suave debido a que se encuentra en el margen izquierdo del valle del río Ichu; sin embargo, se encuentra al pie de elevaciones fuertes como por ejemplo, el cerro Potocchi.

La altitud máxima del distrito corresponde a los 4200 y accidentada con pendientes bastante empinadas de 45° y 60° de declive sobre la horizontal.

3.1.4. Accesibilidad geográfica

El distrito de Ascensión por encontrarse ubicado dentro del perímetro urbano provincial, cuenta con una articulación vial interna y también con sistemas de vías interdistritales, interprovinciales e interdepartamental. Existe un terminal terrestre, ubicado en el distrito de ascensión. La mayoría de las empresas de transporte para la ciudad de Huancayo (Junin), con salidas las 24 horas, se concentra en la misma Y el distrito es accesible con:

- La capital del departamento de Huancavelica, a través de la pista asfaltada. Huancayo, Izcuchaca, Huando, Palca, Huancavelica, Ascensión por carretera afirmada.
- Huancayo, Izcuchaca, Huancavelica- por vía férrea.
- Huancayo, Izcuchaca, Huando, Palca (Ñuñungayocc) y Ascensión por vía afirmada.
- Castrovirreyna, Huaytara, Pisco e Ica por carretera afirmada.
- La capital del distrito se intercomunica con sus comunidades campesinas a través de la vía Ascensión- Arma

3.1.5. Características socioeconómicas.

A. Población total

En concordancia con los datos de estadística recabadas por la Micro-Red de Salud Ascensión y la Red de Salud HVCA, la población estimada para 2016 es de 12252 Habitantes, donde 6058 son varones, y 6194 son mujeres, de las cuales 392 se espera que sean gestantes.

B. Densidad poblacional

La densidad de habitantes por kilómetro cuadrado ($\text{hab} \times \text{km}^2$) para el año 2016 es de 29.35, según los datos estimados recabados por la MicroRed de Salud Ascensión y la Red de Salud Huancavelica.

3.2. Tipo de investigación

Según Londoño, el tipo de nuestra investigación es descriptivo, observacional y transversal.⁴⁰

Es descriptivo ya que solo se utilizó una variable, observacional porque no hubo manipulación de la variable (perfil epidemiológico) pues nos limitamos a observar y reconocer las características propias de las gestantes con anemia.

De acuerdo con la presentación del evento (perfil epidemiológico de las gestantes con anemia) en el tiempo fue un estudio de corte o transversales que estudian eventos actuales.

3.3. Nivel de investigación

Según la clasificación de Dankhe⁴¹ el nivel de nuestro estudio es Descriptivo porque buscamos especificar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia, evaluamos las dimensiones de la misma; seleccionamos una serie de preguntas y se midieron cada una de ellas independientemente (características sociales y características biológicas), para así describirlas.

3.4. Método de investigación

Según Pimienta y De la Orden⁴² el método general de esta investigación fue el método de investigación de campo. Ya que se realizó en el distrito de Ascensión a todas las gestantes con anemia, para la obtención de los datos sobre el perfil epidemiológico y sus dimensiones (características sociales y biológicas).

El método específico de nuestra investigación fue el método inductivo; ya que se basó en la observación directa de los hechos y va de lo simple a complejo; que en esta

investigación buscamos determinar las características sociales y biológicas de las gestantes con anemia (individual) para llegar a la construcción del perfil epidemiológico (colectivo).

3.5. Diseño de investigación

Según Sampieri esta investigación tuvo un diseño transeccional descriptivos; ya que indagó características de una o más variables (perfil epidemiológico) en una población (gestantes con anemia), son estudios puramente descriptivos.⁴⁴

M O

Donde M represento las gestantes con anemia, donde se realizó el estudio y O representa la información (perfil epidemiológico) de interés que se recogió de esa muestra, es decir la medición de la variable de estudio.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población:

La población estuvo compuesta por 107 gestantes con hemoglobina menor de 11g/dl con factor de corrección que se encontraban registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión.

3.6.2. Muestra:

Se usó el de tipo censal, la muestra estuvo compuesta por 107 gestantes con Hemoglobina menor de 11g/dl con factor de corrección que se encontraban registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- La técnica de recolección de datos basándonos en Pimienta fue la Encuesta.
- Mientras que el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario.

3.8. Procedimiento de recolección de datos:

1. Se realizaron las gestiones con el jefe de la microred de salud de Ascensión para realizar el estudio con las gestantes pertenecientes al distrito de Ascensión.
2. Se solicitaron a los jefes de los EE.SS. los registros de sus gestantes.
3. Se coordinaron los horarios para la revisión de los datos de las gestantes.
4. Se identificaron a las gestantes con anemia según el registro de las historias clínicas.
5. Se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud.
6. Se obtuvo la validez y confiabilidad del instrumento de investigación validado a través de juicio de expertos.
7. Se aplicó el instrumento a las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión; previa firma del consentimiento informado.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

1. Se cuantificaron el total de instrumentos correctamente aplicados.
2. Se elaboró una base de datos en el programa Excel-2013 de los instrumentos aplicados.
3. Se realizó la codificación y tabulación a una matriz de datos en el programa SPSS 21,0.
4. Para el análisis de datos se emplearon técnicas cuantitativas, las que se detallan:
 - a) Estadística descriptiva: Se utilizaron tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales. Así mismo se empleó un gráfico de histograma.

b) Programas estadísticos: Se emplearon los programas SPSS versión 21,0.,
y Microsoft Excel 2013.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Luego de la aplicación del instrumento, se elaboró la respectiva base de datos (matriz de información univariable, distribuida en los dieciséis ítems) obtenidas en el transcurso de la investigación.

A partir del cual se realizó el análisis de la información con la técnica de la estadística descriptiva para la interpretación de los datos encontrados se usaron tablas de entrada simple para las variables más importantes; mientras que para el análisis numérico se usaron tablas de doble entrada para la identificación y asociación de los datos más relevantes, además de algunos gráficos para el mayor énfasis de los resultados.

4.1. Presentación de resultados

El presente trabajo de investigación incluyó a 107 participantes y a continuación se muestran los resultados del perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N° 01: Grupo etáreo de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor de 15 Años	3	2.8%	2.8%
16 a 35 Años	90	84.1%	86.9%
Mayor de 35 Años	14	13.1%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

En la Tabla N° 01. Para el grupo etáreo de las gestantes con anemia se observa que la gran mayoría de las gestantes se encuentran en el grupo etáreo de 16 a 35 años (90 gestantes) lo cual representa un 84.1% del total; mientras que las mayores de 35 años fueron 14 con un 13.1% y el menor porcentaje fue para las menores de 15 años que fue un 2.8% con tan solo 3 gestantes en este grupo.

Tabla N° 02: Nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	13	12.1%	12.1%
Primaria completa	9	8.4%	20.6%
Secundaria incompleta	16	15.0%	35.5%
Secundaria completa	29	27.1%	62.6%
Superior universitario	16	15.0%	77.6%
Superior técnico	24	22.4%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

En la tabla N° 02, sobre el nivel de instrucción de las gestantes con anemia encuestadas se encontró que la mayoría (40 gestantes) alcanzo la educación superior con un 38% del total, este dividido en Superior Universitario con un 15% y superior técnico con un 23%: seguido de 29 gestantes con educación secundaria completa representando un 27.1%; mientras que 13 gestantes obtuvieron el nivel educativo de primaria incompleta con un 12.1%.

Tabla N° 03: Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	28	26.2%	26.2%
Conviviente	65	60.7%	86.9%
Casada	14	13.1%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N° 03: Estado civil, esta tabla nos muestra la distribución de las gestantes según su estado civil; los datos obtenidos por la encuesta realizada nos muestra que la mayor proporción de gestantes conviven con su pareja con un total de 65 que representa un 60.7% del total mientras que solo 14 gestantes son casadas, con un 13.1%; observamos también que un 26.2% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas es decir que 28 de ellas son solteras.

Tabla N° 04: Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Suplementación o complementación nutricional de Fe.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	80	74.8%	74.8%
No	27	25.2%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°04. Suplementación o complementación nutricional de hierro. La tabla nos muestra que 80 gestantes con anemia Si consume un suplemento o complemento nutricional que contenga Hierro durante su embarazo siendo un 74.8% del total, mientras que 27 de ellas no consumen ningún tipo de suplemento ni complemento nutricional de hierro representando un 25.2%.

Tabla N° 05. Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017

Edad gestacional del primero control	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ de 12 semanas	64	59.8%	59.8%
De 13 a 26 Semanas	33	30.8%	90.7%
≥ de 27 semanas	10	9.3%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°5. Edad gestacional. Según la encuesta realizada el 59.8% de las gestantes realizaron su primer control ≤ de 12 semanas es decir durante el Primer trimestre de embarazo, el 30.8% se encuentra entre 13 a 26 Semanas, mientras que un mínimo porcentaje (9.3%) que fueron 10 gestantes que realizaron su Primer control después de las 27 semanas de Edad gestacional.

Tabla N° 06: Paridad de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 partos	54	50.5%	50.5
1 Parto	25	23.4%	73.8
2-5 Partos	23	21.5%	95.3
≥6 Partos	5	4.7%	100.0
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N° 06: Paridad. La tabla revela que 54 gestantes encuestadas no ha tenido partos anteriores lo cual representa un 50.5% del total de gestantes, mientras que 23.4% solo tuvo 1 parto anterior, y un 21.5% de gestantes con anemia tuvo entre 2 a 5 partos anteriores al embarazo actual, y por ultimo solo un 4.7% de gestantes con anemia tuvieron 6 Partos o más.

Tabla N° 07: Periodo intergenésico de la gestante con anemia en el distrito de ascensión, enero-junio 2017.

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
menor de 2 años	14	13.1%	13.1%
2 a 5 Años	19	17.8%	30.8%
Mayor de 5 años	20	18.7%	49.5%
No Aplica	54	50.5%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°7. Periodo intergenésico, según la encuesta realizada 54 gestantes manifiestan que son primerizas lo cual representa un 50.5% del total, mientras que el 18.7% se volvieron a embarazar con un rango mayor de 5 años, mientras que 19 gestantes quedaron embarazadas en el tiempo recomendado entre 2 y 5 años representando un 17.8% y solo algunas encuestadas refieren que su embarazo fue en un tiempo menor de 2 años.

Tabla N° 08: Índice de masa corporal pregestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017

IMC Pregestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 18,5 kg/m²	3	2.8%	2.8%
18.5 a 24.9 kg/m²	68	63.6%	66.4%
25 a 30 kg/m²	34	31.8%	98.1%
> 30 kg/m²	2	1.9%	100.0%
Total	107	100.0	

Fuente: Elaboración propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°08. Índice de masa corporal pregestacional. La tabla nos muestra que 68 gestantes con anemia encuestadas tiene un IMC pregestacional entre 18.5 a 24.9 kg/m², representando un 63.6% del total, lo cual nutricionalmente hablando es normal, 34 gestantes que vienen a ser el 31.8% de la población tienen un IMC pregestacional entre 25 a 30 kg/m² lo que nos indica que iniciaron el embarazo con sobrepeso y solamente 03 gestantes iniciaron su embarazo en delgadez, y por último se encontró que 1.9% de las gestantes inicio su embarazo con Obesidad con IMC > 30 kg/m².

Tabla N° 09: Suplementación o complementación nutricional de hierro según edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

		Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia					
		Si		No		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia	≤ de 12 semanas	51	79.7	13	20.3	64	100
	De 13 a 26 Semanas	23	69.7	10	30.3	33	100
	≥ de 27 semanas	6	60.0	4	40.0	10	100

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

La Tabla N° 09. Podemos observar en la tabla que 51 de las gestantes que iniciaron su atención prenatal (APN) antes de las 12 semanas Si consumen algún suplemento o complemento de Hierro (Fe) representando un 79.7% contra un 20.3% que no consumen algún suplemento o complemento de Fe, mientras que el 69.7% de gestantes que iniciaron su atención prenatal entre las 13 y 26 semanas de embarazo si se suplementan con Fe, a diferencia de 30.3% que no consumen ningún tipo de suplemento ni complemento de Fe, por último se encontró que de las gestantes iniciaron sus atenciones en el último trimestre de embarazo un 60% consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de Fe, frente a un 40% que no consume ningún suplemento nutricional.

Tabla N° 10: Suplementación o complementación nutricional de hierro según nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

		SUPLEMENTACION O COMPLEMENTACION NUTRICIONAL DE HIERRO DE LA GESTANTE CON ANEMIA			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
NIVEL DE INSTRUCCION OBTENIDO POR LA GESTANTE CON ANEMIA	Sin Instrucción	0	0.0%	0	0.0%
	Primaria Incompleta	5	4.7%	8	7.5%
	Primaria Completa	6	5.6%	3	2.8%
	Secundaria Incompleta	10	9.3%	6	5.6%
	Secundaria Completa	20	18.7%	9	8.4%
	Superior Universitario	16	15.0%	0	0.0%
	Superior Técnico	23	21.5%	1	0.9%
Total		80	74.8%	27	25.2%

Fuente: Elaboración propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

En la tabla N°10 sobre suplementación o complementación nutricional de hierro en relación al nivel de instrucción, se encuentra que del 74.8% de las gestantes que se suplementan 21.5 % tienen educación superior técnica y un 18.7% del total culminó la secundaria contra un

8.4% de gestantes que no consume ningún suplemento; así mismo se encontró que un 15% de las gestantes cuentan con educación superior universitaria y el total de ellas consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional a diferencia de que solo un 4.7 % de las gestantes que cursaron la primaria incompleta se suplementa esto en contraposición a un 7.5% de ellas que no consume ningún tipo de suplemento nutricional de Hierro.

Tabla N° 11: Paridad según la Edad gestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017

		EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL DE LA GESTANTE CON ANEMIA							
		≤ de 12 semanas		De 13 a 26 Semanas		≥ de 27 semanas		Total	
		Rec uen to	%	Recue nto	%	Recue nto	%	Recue nto	%
PARIDAD DE LA GESTANTE CON ANEMIA	0 partos	33	61.1	17	31.5%	4	7.4%	54	100%
	1 Parto	15	60.0	7	28.0%	3	12.0%	25	100%
	2-5 Partos	15	65.2	6	26.1%	2	8.7%	23	100%
	≥6 Partos	1	20.0%	3	60.0%	1	20.0%	5	100%

Fuente: Elaboración propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°11. La tabla nos muestra que del total de encuestadas, 33 gestantes no tuvieron ningún parto e iniciaron su control prenatal antes las 12 semanas siendo un 61.1%, mientras que 31.5% de las que no tuvieron ningún parto iniciaron sus APN entre las 13 y 26 semanas y solo 7.4% iniciaron tardíamente dichos controles prenatales.

Se observó también que el porcentaje entre las gestantes que tuvieron 1 parto y 2-5 partos fue de un 60% y 65.2% respectivamente, dichos grupos iniciaron sus controles en el primer trimestre de embarazo, pero aun así se encontró que la proporción de gestantes que iniciaron sus controles a partir de las 13 a las 26 semanas fue similar; 7 gestantes (28%) para el primer grupo y 6 gestantes (26.1%) para el segundo grupo, además se observó que solo una gestante (20%) encuestada con más de 6 partos inicio su control antes de las 12 semanas de embarazo mientras que la mayor proporción de este grupo el 60% iniciaron su primer control entre las 13 y 26 semanas.

Tabla N° 12: Suplementación o complementación nutricional de hierro según Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

		SUPLEMENTACION O COMPLEMENTACION NUTRICIONAL DE HIERRO DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
		Si		No		Total	
		Recue nto	%	Recue nto	%	Recue nto	%
ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON ANEMIA	Soltera	24	86%	4	14%	28	100%
	Conviviente	48	74%	17	26%	65	100%
	Casada	8	57%	6	43%	14	100%
	Viuda	0	0%	0	0%	0	0%
	Divorciada	0	0%	0	0%	0	0%
Total		80	75%	27	25%	107	100%

Fuente: Elaboración propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

Tabla N°12. Con relación al estado civil y suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia, la tabla nos muestra que 48 gestantes encuestadas mencionan que son convivientes y si se suplementa o complementa con hierro representando un 74% y 17 gestantes que viene hacer un 26% no consume ningún suplemento o complemento; 24 gestantes es decir un 86% refieren ser solteras y consumir algún tipo de suplemento o complemento nutricional que contenga hierro a pesar del estado civil que obtiene, mientras que solo 4 gestantes solteras (14%) no consume

ningún suplemento. Siendo más relevante en las casadas donde solo 8 gestantes (57%) si se suplementan y no habiendo mucha diferencia de las 6 de las gestantes encuestadas que no se suplementan siendo un 43%.

4.2. Discusión:

El presente estudio se realizó en el distrito de ascensión, provincia y región de Huancavelica. Se estudió el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en 107 gestantes, que cumplieron los criterios de inclusión, los mismos que están adscritos a la microrred de Ascensión, entre los meses de enero y junio del año 2017.

Referente a las características sociales; dentro de los grupos etáreos; se observó que la gran mayoría de las gestantes se encuentran entre 16 y 35 años lo cual representa un 84.1% del total; estos hallazgos difieren de lo hallado por Munares O et al.⁸; Quienes encontraron que la mayor prevalencia de anemia presenta una tendencia decreciente conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23.7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18.7% para el rango entre 36 a 45 años. Probablemente esta diferencia se deba a que el contexto sociocultural de cada ámbito influye sobre la anemia en gestantes; así mismo la estructura demográfica de la población tiene que ver mucho con los patrones socioculturales andinos. Mientras que la teoría menciona que el mayor riesgo representa aquellas gestantes que tengan la edad menor de 15 o mayor de 35 años y que la observación demostró que la edad adulta es un factor de riesgo importante para el embarazo, según el Centro Latinoamericano de Perinatología²⁸; pero en nuestra investigación encontramos que la mayor proporción de gestantes con anemia pertenecen al grupo que aparentemente tiene menor riesgo de padecer dicha patología; esta diferencia quizás se deba al hecho de

que el acceso a los productos que contengan Fe no es el óptimo en dicho distrito; es decir que la seguridad alimentaria es inadecuada.

Al continuar analizando las características sociales de las gestantes se encontró que el 38% del total alcanzo la educación superior, seguido de un 27.1% con educación secundaria completa y un 15% con secundaria incompleta; dichos resultados concuerdan con lo encontrado por Escudero L.S., Parra B.E., Restrepo S.L.¹⁹ quienes encontraron que 67.6% de las gestantes que estudio habían cursado la secundaria; la teoría nos dice que la educación materna muestra una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad general. Según algunos investigadores como Cruz y Carbajal²⁹ que coinciden con Romero²⁸; esto se explica, porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo, por lo que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; pero en este perfil encontramos que la mayor proporción de gestantes con anemia resultaron ser las que mayor nivel de instrucción obtuvieron, quizá esto deba a que la educación ha tomado mayor importancia en todas las sociedades a pesar de sus diferencias culturales, esto asociado a ciertos factores limitantes al acceso de alimentos que contengan hierro como la responsabilidad educacional, el desinterés nutricional y factores socioeconómicos.

En cuanto a la suplementación o complementación nutricional con hierro, se encontró que el 74.8% de las gestantes mencionan que si consumen algún suplemento o complemento que contenga hierro (Fe) por lo que Grande MDC, Roman MD, Vudagna C.³⁰ mencionan que las necesidades de la mujer están muy ligadas a cómo llegan sus depósitos a esta etapa, un gran porcentaje llega con niveles de hemoglobina por debajo de lo deseable, motivo por el cual podemos observar que se recomienda la suplementación medicamentosa. Pero

lo extraño de tal situación es que a pesar de la suplementación y complementación que consumen las gestantes aún presentan anemia gestacional; tal vez esto se deba a que la información recibida por las gestantes es insuficiente, de tal forma que el consumo de dichos suplementos es inadecuado y por consiguiente no cumple el objetivo establecido, que en este caso es mejorar la hemoglobina materna; también podemos mencionar que las características culturales (mitos y cuentos) limitan el consumo normal de los suplementos nutricionales necesarios durante el embarazo.

Al asociar esta variable con la edad gestacional se observó que; el 79.7% de las gestantes que inician sus controles prenatales antes de las 12 semanas mencionan que si consumen algún suplemento nutricional, esto obedece a lo establecido por la teoría que se recomienda la suplementación de Fe a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental; ya que el incremento en la volemia, en la irrigación materna que se produce durante la gestación aumenta las necesidades de hierro³⁸. Estos datos pueden ser producto del trabajo realizado por los obstetras quienes cumplen con indicar el SOFe como profilaxis a todas las gestantes, pero no se asegura el consumo adecuado de dichos suplementos.

La suplementación agrupada al nivel de instrucción nos mostró lo que ya se conoce por la teoría; que mientras más alto el nivel de instrucción mayor la preocupación de la salud por las gestantes; mientras que al relacionarlo con el estado civil se encontró una distribución proporcional entre las solteras (86%) y convivientes (74%) quienes en su gran mayoría si consumen algún suplemento o complemento nutricional; es decir que en nuestra población estudiada el estado civil no es una característica relevante como otras para el consumo de dichos suplementos aunque la teoría lo relaciona estrechamente con algunas patologías²⁸. Esto puede estar inmerso a la llegada de un

nuevo ser, la satisfacción personal y familiar al realizarse como madre, por lo cual las gestantes toman mayor interés a su salud.

Dentro el análisis de las características biológicas; para la edad gestacional del primer control observamos que la mayor proporción de gestantes (59.8%) inicio su control de forma óptima es decir durante el primer trimestre de embarazo pero a pesar de eso la anemia gestacional continuo siendo un problema de salud en el distrito; datos que se contraponen a lo encontrado por Gómez I., Rosales S., Agreda L., Castillo A., Alarcón E., Gutiérrez¹⁴, quienes encontraron que solo el 24% de su población que inicio sus APN durante el primer trimestre cursaron con anemia gestacional, por lo cual, refieren que un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia; esta diferencia puede ser debido a que las características socio-demográficas y el acceso a los servicios de salud de ambas poblaciones difieren. Al asociar la edad gestacional del primer control con la paridad encontramos que la mayor proporción de las gestantes primerizas y multíparas iniciaron sus atenciones en el primer trimestre, lo cual es respaldado por la teoría que nos dice que el inicio temprano de las atenciones prenatales permite la detección precoz y manejo o referencia de complicaciones durante el embarazo²⁹. Esto puede ser debido a que la mayoría de las gestantes le da mayor importancia al embarazo y por ende buscan mantener una buena salud materno-perinatal.

Los hallazgos sobre la paridad revelan que más de la mitad de la población no ha tenido partos anteriores (50.5%) del total de gestantes, lo cual nos lleva a decir que a pesar de no haber tenido partos anteriores las gestantes cursan con anemia durante su embarazo; resultados que difieren delo encontrado por Huanco D, Ticona M, Aguilar J, Gómez JL¹⁷ quienes mencionan que solo la gran multiparidad (48.3%) está asociada a la anemia gestacional datos que son avalados por el autor

Schwarcz³⁶, quien también considera a la multiparidad como factor que aumentan el riesgo de la patología; estos datos quizá se deban al hecho de que la nutrición según a los estilos de vida de cada sociedad aumentan o disminuyen el curso normal del embarazo y su asociación con la anemia gestacional.

Continuando con el análisis de las características biológicas de las gestantes se encontraron resultados interesantes sobre el índice de masa corporal pregestacional, la mayor proporción el 63.6% tiene un IMC normal, lo que nos indicaría que nuestras gestantes inician su embarazo con un peso adecuado para la talla; datos que difieren con lo hallado por Escudero LS, Parra BE, Restrepo SL.¹⁹ quienes encontraron que la mayor proporción de sus gestantes (55.4%) iniciaron con un IMC pregestacional normal y concluyeron que las gestantes con IMC pregestacional normal, terminaron la gestación con mejor valor de hb, que las comparadas con las enflaquecidas y con las de exceso de peso. Lo observado en nuestra investigación también se contrapone a lo descrito por la DEVAN, quien menciona que la anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con peso bajo para la talla y que disminuye si las gestantes inician siendo obesas⁷. Esto puede ser producto de la inaccesibilidad y disposición a ciertos alimentos que contengan hierro, así mismo puede ser debido al nivel económico que limita la compra de dichos alimentos.

CONCLUSIONES:

1. Sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión encontramos que la mayor proporción de ellas en sus características sociales tienen entre 16 y 35 años, son convivientes, tienen educación superior, consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de hierro, y dentro de las características biológicas encontramos que, no han tenido partos anteriores e iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación con un IMC pregestacional normal.
2. Las características sociales de las gestantes con anemia fueron (84.1%) tienen edades entre 16 y 35 años; el nivel de instrucción superior fue de 37.4%; son convivientes 60.7%; son desocupadas 60.7%, el idioma predominante fue el español en un 86%; la residencia de las gestantes fue en su mayoría (74.8%) urbano.
3. Las características biológicas la edad gestacional del primer control fue antes de las 12 semanas con un 59.8%; el 50.5% fueron nulíparas y no tuvieron periodo intergenésico, y por ultimo un 63.6% iniciaron con un IMC pregestacional normal.
4. Sobre Nivel de instrucción podemos deducir que a pesar de tener un alto grado de instrucción, la proporción de anemia gestacional se ha mantenido elevada; y al agrupar esta variable a la suplementación se demostró que, mientras mayor es el nivel de instrucción de la gestante el interés y responsabilidad sobre la suplementación o complementación nutricional de hierro incrementa.
5. La gran mayoría gestantes el 74.8% mencionan que, si consumen algún suplemento o complemento nutricional de hierro, lo cual no contribuye a la disminución de la anemia gestacional para la cual está establecido; es alarmante como esta gran proporción de gestantes al igual que las que no consumen ningún suplemento continúan con dicha patología durante su embarazo. Aunque no se ha verificado el consumo óptimo de dichos suplementos.
6. El inicio de los controles prenatales es el óptimo en el distrito de Ascensión para cumplir con los objetivos establecidos por el ministerio de salud, encontramos que durante el primer trimestre de embarazo se reportaron más casos de anemia pero que al mismo

tiempo la mayoría de ellas está consumiendo un suplemento nutricional para tratar de corregir dicha patología.

7. Más de la mitad de las gestantes durante su primer embarazo ya cursan con anemia, y aunque según la teoría la multiparidad predispone a las gestantes para la patología; nuestro estudio encontró que la mayoría de las gestantes con anemia son nulíparas. El hecho de haber o no haber tenido partos previos no disminuye la posibilidad de cursar con la enfermedad.
8. A pesar de iniciar con un IMC pregestacional normal, es decir encontrarse nutricionalmente normales, la gran mayoría de gestantes (63.6%) cursa con anemia durante su embarazo. Aunque no se estudiaron las probables patologías que se asocien con la anemia.
9. El estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia encontró que independientemente de las características sociales y biológicas la anemia gestacional se presenta en la mayoría de la población gestante; la suplementación nutricional con hierro y el IMC pregestacional normal no fueron indicativos de disminución de la patología.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud; realizar atenciones extramurales, visitas domiciliarias a todas las gestantes dando mayor énfasis al consumo supervisado del sulfato ferroso y la educación nutricional en la gestación; así mismo realizar evaluaciones médicas para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la anemia gestacional y otras patologías asociadas a la misma.
2. Se debe tener mucho más énfasis en el control nutricional de las gestantes, para así lograr disminuir la proporción de gestantes con anemia.
3. Es pertinente que el gobierno local, regional y demás instituciones que intervienen en la salud Materna-perinatal implemente otras acciones que permitan prevenir y mejorar la anemia gestacional, ya que la suplementación profiláctica con sulfato ferroso no cumple con los objetivos establecidos.
4. Es necesario impulsar acciones que permitan la participación de las familias comunidad, sociedad civil, organizaciones de base y otros; ante la prevalencia de la anemia gestacional.
5. Es necesario fortalecer estrategias de prevención de la deficiencia de hierro y ampliar las acciones de detección temprana de anemia en las mujeres en edad reproductiva, captar e iniciar las atenciones prenatales dentro del primer trimestre de embarazo, para tratar oportunamente esta deficiencia y así evitar que las mujeres con anemia tengan hijos con esta deficiencia.
6. El control continuo de las gestantes y su registro a través de la historia clínica perinatal permite llevar la evolución subsecuente de la paciente y de esta manera atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo, y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación; gracias a la atención prenatal reenfocada se realizan como mínimo dos tamizajes obligatorios de hemoglobina durante el embarazo, gracias a esos datos se ha podido identificar a las gestantes con anemia y realizar esta investigación y se puede continuar realizando investigaciones a futuro.

7. Es necesario realizar una investigación a profundidad sobre las características más relevantes encontradas por la investigación, de igual forma estudiar los distintos estilos de vida para complementar este trabajo.

Referencia bibliográfica:

1. Organización Mundial De La Salud. Concentraciones De Hemoglobina Para Diagnosticar La Anemia Y Evaluar Su Gravedad. In Sistema De Información Nutricional Sobre Vitaminas Y Minerales.; 2011; Ginebra. P. 7.
2. World Health Organization. The Global Prevalence Of Anaemia In 2011. Geneva: World Health Organization; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 156496 0.
3. Organización Panamericana De La Salud. Portalinvestigacion/OMS/OPS. [Online].; 2011 [Cited 2017 Mayo 10. Available From: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&Lang=Es.
4. Organización Panamericana De La Salud. La Anemia Entre Adolescentes Y Mujeres Adultas Jóvenes En América Latina Y El Caribe. Washington DC: Organización Mundial De La Salud; 2008. Report No.: ISBN 202 942-3519.
5. Instituto Nacional De Salud. Sistema De Información Del Estado Nutricional De Gestantes Que Acceden Al Establecimiento De Salud 2016. Lima: INS, Centro Nacional De Alimentación Y Nutrición; 2016.
6. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar-ENDES Lima; 2015.
7. Dirección Ejecutiva De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional. ESTADO NUTRICIONAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA POBLACIÓN PERUANA; 2013-2014. Informe Técnico. Lima: Instituto Nacional De Salud, Centro Nacional De Alimentacion Y Nutrición; 2015.
8. Munares Abanto O, Sanchez Abanto J, Gomez Guizado G, De La Cruz Egoavil L, Jordan Lechuga T, Espinoza Oriundo PI, Et Al. Anemia En Gestantes Del Perú Y Provincias Con Comunidades Nativas 2011. Informe. Lima: Instituto

Nacional De Salud, Dirección Ejecutiva De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional; 2012.

9. Dirección Regional De Salud Huancavelica. Análisis Situacional De Salud De La Región Huancavelica; 2015.
10. Hill CC, Pickinpaugh J. Physiologic Changes In Pregnancy. Surgical Clinics Of North America. 2008; 88(2): P. 391-401.
11. Rigol Ricardo O. Obstetricia Y Ginecología Sánchez Ferran T, Editor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
12. Lange. Diagnóstico Clínico Y Tratamiento. Cuarenta Y Seis Ed. Mcphee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, Editors. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2007.
13. Organización Mundial De La Salud. Anemia Ferropénica: Investigación Para Soluciones Eficientes Y Viabiles [Documento].; 2015 [Cited 2017 Mayo 19 Available From: [Http://Www.Paho.Org](http://www.paho.org).
14. Gómez Sánchez I, Rosales S, Agreda Lucia, Castillo A, Alarcón Matuti E, Gutiérrez C. Nivel De Hemoglobina Y Prevalencia De Anemia En Gestantes Según Características Socio-Demográficas Y Prenatales. Revista Peruana De Epidemiología. 2014 Agosto; 18(2).
15. Marín Guanilo Ma, Vásquez Tapia W. Principales Factores Sociales Que Influyen En Las Variaciones De Hemoglobina. Gestantes Atendidas En El Hospital Pacasmayo. 2012". Tesis De Grado. Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca, Facultad De Ciencias De La Salud; 2014.
16. San Gil Suarez CI, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización De La Anemia Durante El Embarazo Y Algunos Factores Asociados, En Gestantes Del Municipio Regla. Revista Cubana De Medicina General Integral. 2013 Enero; 30(1).
17. Huanco Apaza D, Ticona Rendón M, Aguilar Vilca J, Gómez Molina JL. Incidencia Y Factores De Riesgo De La Anemia En El Embarazo En El Hospital

Hipólito Unanue De Tacna. 2001-2010. Revista Médica Basadriana. 2012 Junio; VI(1).

18. Ugwuja EI, Akubugwo EI, Ibiam UA, Obidoa O. Maternal Sociodemographic Parameters: Impact On Trace Element Status And Pregnancy Outcomes In Nigerian Women. J HEALTH POPUL NUTR. 2011 Abril; XXIX(2).
19. Escudero V LS, Parra S BE, Restrepo M L. Factores Sociodemográficos Y Gestacionales Asociados A La Concentración De Hemoglobina En Embarazadas De La Red Hospitalaria Pública De Medellín. Revista Chilena De Nutrición. 2011 Diciembre; 38(4).
20. Caballero González, Moreno Gelis M, Sosa Cruz ME, Mitchell Figueroa E, Vega Hernández M, Columbe Pérez Lda. Los Determinantes Sociales De La Salud Y Sus Diferentes Modelos Explicativos. Revista Medigraphic. 2012 Abril; Octava (15).
21. Villa Romero AR, Moreno Altamirano L, García De La Torre GS. Epidemiología Y estadística En Salud Publica Bernal Pérez M, Editor. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2012.
22. Arango MA. Concepto De Causa, Medición De riesgo Y Su Aplicación. In Blanco Restrepo H, Maya Mejía JM. Epidemiología Básica Y Principios De Investigación. Medellín: Corporación Para Investigaciones Biológicas; 2006. P. 50-61.
23. Álvarez Heredia F, Álvarez Heredia A. Auditoría Médica Y Epidemiología Bogotá: Ecoe Ediciones; 2009.
24. Malagon Londono G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía De Calidad En Salud. Segunda Ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.
25. Villar Aguirre M. Factores Determinantes De La Salud: Importancia De La Prevención. Acta Medica Peruana. 2011; XXVIII(4).

26. Jover Ibarra J, Rodriguez Artalejo F, García García, JF, Saria Santamera A, Royo Borsonada MA, Et Al. Salud Pública Y Epidemiología Madrid: Ediciones Diaz De Santos; 2006.
27. Salud Md. Determinantes Sociales De La Salud En Perú Lip Licham C, Rocabado Quevedo F, Editors. Lima: Sinco Editores S.A.C.; 2005.
28. Romero F. Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes y mujeres embarazadas en un área de salud. Redalyc. 2011 Octubre; VII (1).
29. E. Cruz R, Crabajal E. Conocimientos y prácticas dealimentación y nutrición sobre consumo de hierro durante el embarazo engestantes atendidas en establecimientos de salud de primer nivel de ladirección de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012 Marzo; II (2).
30. Grande MdC, Román MD, Vaudagna C. Nutrición y Alimentación durante el Embarazo. In Grande MdC, Román MD. Nutrición y salud materna infantil. Córdoba: Editorial Brujas; 2014. p. 41-66.
31. Lescay Merget O. Anemia por Deficiencia de Hierro. Revista Redalyc. 2013 Noviembre; IV (2).
32. Vite Gutierrez FY. Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: Periodo mayo 2010 – marzo 2011. Acta Medica Peruana. 2011 Diciembre; XXVIII (4).
33. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía clínica y de procedimientos de obstetricia y Perinatología Mascaro Sánchez P, Ayala Peralta FD, Sánchez Góngora A, Gamboa Barrantes JH, Ingar Pinedo HJ, Callahui Ortiz IT, et al., editors. Lima; 2014.
34. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos Jc, Mercé LT, editors. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Madrid: Grafica Marte S.L.; 2007.
35. Rigol Ricardo O. Obstetricia Y ginecología Sánchez Ferrán T, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

36. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta ed.: Editorial el Ateneo; 2003.
37. Smith RP, Netter F. NETTER. Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer Barcelona: MASSON S.A.; 2005.
38. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. Johns Hopkins. Obstetricia y ginecología.: Marban; 2004.
39. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva Lima|: Grafica Ñañez S.A.; 2004.
40. Centro de Salud Ascensión. Análisis Situacional de Salud del distrito de Ascensión, 2013. Huancavelica:, Oficina De estadística del Centro de Salud de Ascensión; 2013.
41. Londoño F JL. Metodología de la investigación Epidemiológica. Quinta ed. Baquero Castellanos C, editor. Bogotá: El Manual Moderno; 2014.
42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Pimeri ed. México: Mc Graw Hill; 1991.
43. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la Investigación. Primera ed. México: Pearson ; 2012.
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

Anexos

ANEXO “A”
ARTÍCULO CIENTÍFICO

REVISTA CIENTIFICA

"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017"

"EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTANTS WITH ANEMIA IN THE ASCENSION DISTRICT, JANUARY-JUNE 2017"

Bach. Diana Quispe Huamán¹, Bach. Roberta Yrrazabal Ñahui¹.

¹ Universidad Nacional de Huancavelica-Facultad de Ciencias de la Salud- Escuela Profesional de Obstetricia.

Recibido: / Aceptado

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio, 2017.

Método: La investigación fue el tipo descriptivo, observacional y transversal. De nivel descriptivo. El método general de esta investigación fue la investigación de campo y método inductivo. Se encuestaron a 107 gestantes con hemoglobina menor de 11g/dl que se encontraban registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión.

Resultados: En cuanto las características sociales de las gestantes; se encontró que el 84.1% (90) se encuentran en el grupo etéreo de 16 a 35 años y el 60.7% (65) de ellas son convivientes; así mismo el 38% (40) del total alcanza la educación superior, también se observó que de las gestantes que iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas el 79.7% (51) si consume algún suplemento o complemento de hierro comparado con los demás grupos, a diferencia de las que inician sus controles prenatales después de las 27 semanas el 40% (4) de gestantes no consume ningún suplemento o complemento de hierro. Al analizar las características biológicas de las gestantes; el Índice de masa corporal pregestacional normal fue el de mayor proporción con un 63.6% (68) y más de la mitad (54) de la población no ha tenido partos anteriores (50.5%).

Conclusión: Sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión encontramos que la mayor proporción de ellas en sus características sociales tienen entre 16 y 35 años, son convivientes, tienen educación superior, consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de hierro (74.8%), y dentro de las características biológicas

encontramos que, no han tenido partos anteriores e iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación con un IMC pregestacional normal.

Palabras Clave: perfil epidemiológico, características sociales, características sociales, características biológicas.

ABSTRACT:

Objective: To determine the epidemiological profile of pregnant women suffering from anemia in Ascension district, from January to June 2017.

Method: The research was descriptive, observational and transversal. It has a descriptive level. The general method of this research was to conduct a field research and apply the inductive method. A total of 107 pregnant women with less hemoglobin than 11 g / dl and enrolled in the nominal register of pregnant women in the health centers belonging to Ascension district were surveyed.

Results: Regarding the social characteristics of pregnant women, it was found out that 84.1% (90) is in the ethereal group from 16 to 35 years, and 60.7% (65) of them are domestic partners. In addition, 38% (40) of the total respondents reached higher education. It was also observed that in the case of pregnant women who started their prenatal check-ups before 12 weeks, 79.7% (51), they do take any iron supplement or complement. In contrast, women who started their prenatal check-ups after 27 weeks 40% (4) do not take any iron supplement or complement. Moreover, after analyzing the biological characteristics of pregnant women; it revealed that the normal pregestational body-mass index (BMI) has the highest rate of 63.6% (68), and more than half of the population (54) did not have previous childbirths (50.5%).

Conclusions: About the epidemiological profile of pregnant women with anemia in Ascension district, it was found out that relating to their social characteristics, the largest ratio of them are between 16 and 35 years, are domestic partners with higher education and take any type of nutritional or iron supplement (74.8%). And relating to the biological characteristics, they did not have previous childbirths and began their prenatal check-ups before 12 weeks of gestation with a normal pregestational BMI.

Key Words: epidemiological profile, social characteristics, biological characteristics

INTRODUCCIÓN

La anemia se define como un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. La deficiencia de hierro es la deficiencia de micronutrientes más extendida del mundo a menudo resulta en deficiencia crónica de hierro o anemia por deficiencia de hierro como los niveles de hemoglobina de $\leq 11\text{g/dl}$. (1)

La Organización Mundial de la Salud en el año 2015 publicó el informe de la prevalencia mundial de la anemia en 2011; donde la prevalencia mundial de la anemia para las gestantes fue del 38.2%. Las concentraciones medias de hemoglobina en sangre y las prevalencias de anemia variaron sustancialmente entre regiones y Países. Las regiones de Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y África tuvieron las concentraciones más bajas de hemoglobina en sangre y las mayores prevalencias de anemia en la población (2). Así mismo esta institución menciona que no hay países donde la anemia no sea al menos un leve problema de salud pública; para las mujeres embarazadas más del 80% de los países tienen un problema de salud pública moderado o severo.

El Instituto Nacional de Salud (INS) a nivel nacional para el 2016 encontró que el total de Casos de Anemia en gestantes fue de 78453 con un 23.7% del total (5). Según La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) presentado el 2015; en nuestro país para el año 2014 la anemia en el embarazo aun representaba un problema de salud que se encontró en un (28,9%) del total de las embarazadas. (6)

En nuestra Región, según el INS en el año 2016 se reportaron un total 2623 casos de gestantes con anemia en sus diferentes niveles lo cual represento un 41.0% (5). Mientras que el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), de la Dirección Regional de Salud Huancavelica presentado el 2015, el porcentaje de gestantes con

anemia ha disminuido de un 55.90% en el 2010, a un 49.88% en el 2014. (9)

Según el Instituto Nacional De Salud - Centro Nacional De Alimentación Y Nutrición, en el 2016 la anemia en gestantes en el distrito de Ascensión, alcanzo un total de 117 casos que represento un 44.3%.

Es así que en nuestra región la anemia representa una de las patologías que afecta a un gran porcentaje de gestantes; asociando a esta patología factorías de riesgo que las predisponen a la enfermedad y más aún no se ha identificado el perfil epidemiológico de esta población; por lo cual surgió la motivación de investigar el perfil epidemiológico de la anemia en gestantes, con la finalidad de poder identificar los factores sociales y biológicos para así poder plantear acciones estratégicas que permitan intervenir en la promoción de la salud y prevención primaria; con la finalidad de contribuir a la salud materna perinatal. Una vez conocido el perfil epidemiológico de estas gestantes y realizando un análisis contextual se pueden tomar decisiones para operativizar las acciones sanitarias que mejoren la salud materna y esta a su vez mejore la salud perinatal.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio se desarrolló en distrito de Ascensión de la provincia y región de Huancavelica, enero-junio, 2017. La investigación fue el tipo descriptivo, observacional y transversal. De nivel descriptivo. El método general de esta investigación fue el de investigación de campo. Se encuestaron a 107 gestantes con Hemoglobina menor de 11g/dl que se encontraban registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión. Criterios de Inclusión: Gestante que realice sus atenciones prenatales en uno de los EE.SS. que pertenecen a la Microred de Ascensión. Criterios de exclusión, gestante que curse con un Embarazo doble, gestantes que haya viaje al momento de la investigación, gestantes que hayan emigrado. La técnica de recolección de datos basándonos en Pimienta será la Encuesta. Mientras que el instrumento de recolección de datos será el cuestionario.

RESULTADOS:

En la Tabla N° 01. Para el Grupo Etáreo de las gestantes con anemia se observa que la gran mayoría de las gestantes se encuentran en el grupo etáreo de 16 a 35 años (90 gestantes) lo cual representa un 84.1% del total; mientras que las mayores de 35 años fueron 14 con un 13.1% y el menor porcentaje fue para las menores de 15 años que fue un 2.8% con tan solo 3 gestantes en este grupo.

Tabla N° 01: Grupo etáreo de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor de 15 Años	3	2.8%	2.8%
16 a 35 Años	90	84.1%	86.9%
Mayor de 35 Años	14	13.1%	100.0%
Total	107	100.0%	

En la tabla N° 02, sobre el nivel de instrucción de las gestantes con anemia encuestadas se encontró que la mayoría (40 gestantes) alcanzo la educación superior con un 38% del total, este dividido en Superior Universitario con un 15% y superior técnico con un 23%; seguido de 29 gestantes con educación secundaria completa representando un 27.1%; mientras que 13 gestantes obtuvieron el nivel educativo de primaria incompleta con un 12.1%.

Tabla N° 02: Nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	13	12.1%	12.1%
Primaria completa	9	8.4%	20.6%
Secundaria incompleta	16	15.0%	35.5%
Secundaria completa	29	27.1%	62.6%
Superior universitario	16	15.0%	77.6%
Superior técnico	24	22.4%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N° 03: Estado civil, esta tabla nos muestra la distribución de las gestantes según su estado civil; los datos obtenidos por la encuesta realizada nos muestra que la mayor proporción de gestantes conviven con su pareja con un total de 65 que representa un 60.7% del total mientras que solo 14 gestantes son casadas, con un 13.1%; observamos también que un 26.2% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas es decir que 28 de ellas son solteras.

Tabla N° 03: Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio, 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	28	26.2%	26.2%
Conviviente	65	60.7%	86.9%
Casada	14	13.1%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N°04. Suplementación o complementación nutricional de hierro. La tabla nos muestra que 80 gestantes con anemia Si consume un suplemento o complemento nutricional que contenga Hierro durante su embarazo siendo un 74.8% del total, mientras que 27 de ellas no consumen ningún tipo de suplemento ni complemento nutricional de hierro representando un 25.2%.

Tabla N° 04: Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017.

Suplementación o complementación nutricional de Fe.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	80	74.8%	74.8%
No	27	25.2%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N°5. Edad gestacional. Según la encuesta realizada el 59.8% de las gestantes realizaron su primer control ≤ de 12 semanas es decir durante el Primer trimestre de embarazo, el 30.8% se encuentra entre 13 a 26 Semanas, mientras que un mínimo porcentaje (9.3%) que fueron 10 gestantes que realizaron su Primer control después de las 27 semanas de Edad gestacional.

Tabla N° 05. Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Edad gestacional del primer control	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ de 12 semanas	64	59.8%	59.8%
De 13 a 26 Semanas	33	30.8%	90.7%
≥ de 27 semanas	10	9.3%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N° 06: Paridad. La tabla revela que 54 gestantes encuestadas no ha tenido partos anteriores lo cual representa un 50.5% del total de gestantes, mientras que 23.4% solo tuvo 1 parto anterior, y un 21.5% de gestantes con anemia tuvo entre 2 a 5 partos anteriores al embarazo actual, y por ultimo solo un 4.7% de gestantes con anemia tuvieron 6 Partos o más.

Tabla N° 06: Paridad de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 partos	54	50.5%	50.5
1 Parto	25	23.4%	73.8
2-5 Partos	23	21.5%	95.3
≥6 Partos	5	4.7%	100.0
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N°7. Periodo intergenésico, según la encuesta realizada 54 gestantes manifiestan que son primerizas lo cual representa un 50.5% del total, mientras que el 18.7% se volvieron a embarazar con un rango mayor de 5 años, mientras que 19 gestantes quedaron embarazadas en el tiempo recomendado entre 2 y 5 años representando un 17.8% y solo algunas encuestadas refieren que su embarazo fue en un tiempo menor de 2 años.

Tabla N°07: Periodo intergenésico de la gestante con anemia en el distrito de ascensión, enero-junio, 2017.

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
menor de 2 años	14	13.1%	13.1%
2 a 5 Años	19	17.8%	30.8%
Mayor de 5 años	20	18.7%	49.5%
No Aplica	54	50.5%	100.0%
Total	107	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N°08. Índice de masa corporal pregestacional. La tabla nos muestra que 68 gestantes con anemia encuestadas tiene un IMC pregestacional entre 18.5 a 24.9 kg/m², representando un 63.6% del total, lo cual nutricionalmente hablando es normal, 34 gestantes que vienen a ser el 31.8% de la población tienen un IMC pregestacional entre 25 a 30 kg/m² lo que nos indica que iniciaron el embarazo con sobrepeso y solamente 03 gestantes iniciaron su embarazo en delgadez, y por último se encontró que 1.9% de las gestantes inicio su embarazo con Obesidad con IMC > 30 kg/m².

Tabla N° 08: Índice de masa corporal pregestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017

IMC Pregestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 18,5 kg/m ²	3	2.8%	2.8%
18.5 a 24.9 kg/m ²	68	63.6%	66.4%
25 a 30 kg/m ²	34	31.8%	98.1%
> 30 kg/m ²	2	1.9%	100.0%
Total	107	100.0	

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

La Tabla N° 09. Podemos observar en la tabla que 51 de las gestantes que iniciaron su atención prenatal (APN) antes de las 12 semanas Si consumen algún suplemento o complemento de Hierro (Fe) representando un 79.7% contra un 20.3% que no consumen algún suplemento o complemento de Fe, mientras que el 69.7% de gestantes que iniciaron su atención prenatal entre las 13 y 26 semanas de embarazo si se suplementan con Fe, a diferencia de 30.3% que no consumen ningún tipo de suplemento ni complemento de Fe, por último se encontró que de las gestantes iniciaron sus atenciones en el último trimestre de embarazo un 60% consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de Fe, frente a un 40% que no consume ningún suplemento nutricional.

Tabla N° 09: Suplementación o complementación nutricional de hierro según edad gestacional del primer control de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

		Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
EG 1° con control	≤ de 12 sem	51	79.7	13	20.3	64	100
	De 13 a 26 sem	23	69.7	10	30.3	33	100
	≥ de 27 sem	6	60	4	40	10	100

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

En la tabla N°10 sobre suplementación o complementación nutricional de hierro en relación al nivel de instrucción, se encuentra que del 74.8% de las gestantes que se suplementan 21.5 % tienen educación superior técnica y un 18.7% del total culminó la secundaria contra un 8.4% de gestantes que no consume ningún suplemento; así mismo se encontró que un 15% de las gestantes cuentan con educación superior universitaria y el total de ellas consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional a diferencia de que solo un 4.7 % de las gestantes que cursaron la primaria incompleta se suplementa esto en contraposición a un 7.5% de ellas que no consume ningún tipo de suplemento nutricional de Hierro.

Tabla N°10 Suplementación o complementación nutricional de hierro en relación al nivel de instrucción de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

		SUPLEMENTACION O COMPLEMENTACION NUTRICIONAL DE HIERRO DE LA GESTANTE CON ANEMIA			
		Si		No	
		N°	%	N°	%
NIVEL DE INSTRUCCION OBTENIDO POR LA GESTANTE CON ANEMIA	Sin Instrucción	0	0.0%	0	0.0%
	Primaria Incompleta	5	4.7%	8	7.5%
	Primaria Completa	6	5.6%	3	2.8%
	Secundaria Incompleta	10	9.3%	6	5.6%
	Secundaria Completa	20	18.7%	9	8.4%
	Superior Universitario	16	15.0%	0	0.0%
	Superior Técnico	23	21.5%	1	0.9%
Total		80	74.8%	27	25.2%

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

Tabla N°11. La tabla nos muestra que del total de encuestadas, 33 gestantes no tuvieron ningún parto e iniciaron su control prenatal antes las 12 semanas siendo un 61.1%, mientras que 31.5% de las que no tuvieron ningún parto iniciaron sus APN entre las 13 y 26 semanas y solo 7.4% iniciaron tardíamente dichos controles prenatales.

Se observó también que el porcentaje entre las gestantes que tuvieron 1 parto y 2-5 partos fue de un 60% y 65.2% respectivamente, dichos grupos iniciaron sus controles en el primer trimestre de embarazo, pero aun así se encontró que la proporción de gestantes que iniciaron sus controles a partir de las 13 a las 26 semanas fue similar; 7 gestantes (28%) para el primer grupo y 6 gestantes (26.1%) para el segundo grupo, además se observó que solo una gestante (20%) encuestada con más de 6 partos inicio su control antes de las 12 semanas de embarazo mientras que la mayor proporción de este grupo el 60% iniciaron su primer control entre las 13 y 26 semanas.

Tabla N° 11: Paridad según la Edad gestacional de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

		EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL DE LA GESTANTE CON ANEMIA							
		≤ de 12 semanas		De 13 a 26 Semanas		≥ de 27 semanas		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PARIDAD DE LA GESTANTE CON ANEMIA	0 Partos	3	61.1	1	31.5%	4	7.4%	5	100
		3		7				4	%
	1 Parto	1	60.0	7	28.0%	3	12.0%	2	100
		5				5		5	%
	2-5 Partos	1	65.2	6	26.1%	2	8.7%	2	100
		5				3		3	%
	≥6 Partos	1	20.0	3	60.0%	1	20.0%	5	100
			%						%

Tabla N°12. Con relación al estado civil y suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia, la tabla nos muestra que 48 gestantes encuestadas mencionan que son convivientes y si se suplementa o complementa con hierro representando un 74% y 17 gestantes que viene hacer un 26% no consume ningún suplemento o complemento; 24 gestantes es decir un 86% refieren ser solteras y consumir algún tipo de suplemento o complemento nutricional que contenga hierro a pesar del estado civil que obtiene, mientras que solo 4 gestantes solteras (14%) no consume ningún suplemento. Siendo más relevante en las casadas donde solo 8 gestantes (57%) si se suplementan y no habiendo mucha diferencia de las 6 de las gestantes encuestadas que no se suplementan siendo un 43%.

Tabla N°12: Suplementación o complementación nutricional de hierro según Estado civil de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017

		SUPLEMENTACION O COMPLEMENTACION NUTRICIONAL DE HIERRO DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON ANEMIA	Soltera	24	86%	4	14%	28	100%
	Conviviente	48	74%	17	26%	65	100%
	Casada	8	57%	6	43%	14	100%
	Viuda	0	0%	0	0%	0	0%
	Divorciada	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	80	75%	27	25%	107	100%

Fuente: Elaboración Propia. Investigación, perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio, 2017.

DISCUSIÓN:

El presente estudio se realizó en el distrito de ascensión, provincia y región de Huancavelica. Se estudió el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en 107 gestantes, que cumplieron los criterios de inclusión, los mismos que están adscritos a la microrred de Ascensión, entre los meses de enero y junio del año 2017.

Referente a las características sociales; dentro de los grupos etáreos; se observó que la gran mayoría de las gestantes se encuentran entre 16 y 35 años lo cual representa un 84.1% del total; estos hallazgos difieren de lo hallado por Munares O et al.8; Quienes encontraron que la mayor prevalencia de anemia presenta una tendencia decreciente conforme aumenta el rango de edad, siendo de 23.7% para el rango entre 10 a 15 años y de 18.7% para el rango entre 36 a 45 años. Probablemente esta diferencia se deba a que el contexto sociocultural de cada ámbito influye sobre la anemia en gestantes; así mismo la estructura demográfica de la población tiene que ver mucho con los patrones socioculturales andinos. Mientras que la teoría menciona que el mayor riesgo representa aquellas gestantes que tengan la edad menor de 15 o mayor de 35 años y que la observación demostró que la edad adulta es un factor de riesgo importante para el embarazo, según el Centro Latinoamericano de Perinatología28; pero en nuestra investigación encontramos que la mayor proporción de gestantes con anemia pertenecen al grupo que aparentemente tiene menor riesgo de padecer dicha patología; esta diferencia quizás se deba al hecho de que el acceso a los productos que

contengan Fe no es el óptimo en dicho distrito; es decir que la seguridad alimentaria es inadecuada.

Al continuar analizando las características sociales de las gestantes se encontró que el 38% del total alcanza la educación superior, seguido de un 27.1% con educación secundaria completa y un 15% con secundaria incompleta; dichos resultados concuerdan con lo encontrado por Escudero L.S., Parra B.E., Restrepo S.L.¹⁹ quienes encontraron que 67.6% de las gestantes que estudio habían cursado la secundaria; la teoría nos dice que la educación materna muestra una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad general. Según algunos investigadores como Cruz y Carbajal²⁹ que coinciden con Romero²⁸; esto se explica, porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo, por lo que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; pero en este perfil encontramos que la mayor proporción de gestantes con anemia resultaron ser las que mayor nivel de instrucción obtuvieron, quizá esto deba a que la educación ha tomado mayor importancia en todas las sociedades a pesar de sus diferencias culturales, esto asociado a ciertos factores limitantes al acceso de alimentos que contengan hierro como la responsabilidad educacional, el desinterés nutricional y factores socioeconómicos.

En cuanto a la suplementación o complementación nutricional con hierro, se encontró que el 74.8% de las gestantes mencionan que si consumen algún suplemento o complemento que contenga hierro (Fe) por lo que Grande MDC, Roman MD, Vudagna C.³⁰ mencionan que las necesidades de la mujer están muy ligadas a cómo llegan sus depósitos a esta etapa, un gran porcentaje llega con niveles de hemoglobina por debajo de lo deseable, motivo por el cual podemos observar que se recomienda la suplementación medicamentosa. Pero lo extraño de tal situación es que a pesar de la suplementación y complementación que consumen las gestantes aún presentan anemia gestacional; tal vez esto se deba a que la información recibida por las gestantes es insuficiente, de tal forma que el consumo de dichos suplementos es inadecuado y por consiguiente no cumple el objetivo establecido, que en este caso es mejorar la hemoglobina materna; también podemos mencionar que las características culturales (mitos y cuentos) limitan el consumo normal de los suplementos nutricionales necesarios durante el embarazo.

Al asociar esta variable con la edad gestacional se observó que; el 79.7% de las gestantes que inician sus controles prenatales antes de las 12 semanas mencionan que si consumen algún suplemento

nutricional, esto obedece a lo establecido por la teoría que se recomienda la suplementación de Fe a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental; ya que el incremento en la volemia, en la irrigación materna que se produce durante la gestación aumenta las necesidades de hierro³⁸. Estos datos pueden ser producto del trabajo realizado por los obstetras quienes cumplen con indicar el SOFe como profilaxis a todas las gestantes, pero no se asegura el consumo adecuado de dichos suplementos.

La suplementación agrupada al nivel de instrucción nos mostró lo que ya se conoce por la teoría; que mientras más alto el nivel de instrucción mayor la preocupación de la salud por las gestantes; mientras que al relacionarlo con el estado civil se encontró una distribución proporcional entre las solteras (86%) y convivientes (74%) quienes en su gran mayoría si consumen algún suplemento o complemento nutricional; es decir que en nuestra población estudiada el estado civil no es una característica relevante como otras para el consumo de dichos suplementos aunque la teoría lo relaciona estrechamente con algunas patologías²⁸. Esto puede estar inmerso a la llegada de un nuevo ser, la satisfacción personal y familiar al realizarse como madre, por lo cual las gestantes toman mayor interés a su salud.

Dentro el análisis de las características biológicas; para la edad gestacional del primer control observamos que la mayor proporción de gestantes (59.8%) inicio su control de forma óptima es decir durante el primer trimestre de embarazo pero a pesar de eso la anemia gestacional continuo siendo un problema de salud en el distrito; datos que se contraponen a lo encontrado por Gómez I., Rosales S., Agreda L., Castillo A., Alarcón E., Gutiérrez¹⁴, quienes encontraron que solo el 24% de su población que inicio sus APN durante el primer trimestre cursaron con anemia gestacional, por lo cual, refieren que un inicio más temprano se asocia a una menor prevalencia de anemia; esta diferencia puede ser debido a que las características socio-demográficas y el acceso a los servicios de salud de ambas poblaciones difieren. Al asociar la edad gestacional del primer control con la paridad encontramos que la mayor proporción de las gestantes primerizas y multíparas iniciaron sus atenciones en el primer trimestre, lo cual es respaldado por la teoría que nos dice que el inicio temprano de las atenciones prenatales permite la detección precoz y manejo o referencia de complicaciones durante el embarazo²⁹. Esto puede ser debido a que la mayoría de las gestantes le da mayor importancia al embarazo y por ende buscan mantener una buena salud materno-perinatal.

Los hallazgos sobre la paridad revelan que más de la mitad de la población no ha tenido partos anteriores (50.5%) del total de gestantes, lo cual nos lleva a decir que a pesar de no haber tenido partos anteriores las gestantes cursan con anemia durante su embarazo; resultados que difieren del encontrado por Huanco D, Ticona M, Aguilar J, Gómez JL¹⁷ quienes mencionan que solo la gran multiparidad (48.3%) está asociada a la anemia gestacional datos que son avalados por el autor Schwarcz³⁶, quien también considera a la multiparidad como factor que aumentan el riesgo de la patología; estos datos quizá se deban al hecho de que la nutrición según a los estilos de vida de cada sociedad aumentan o disminuyen el curso normal del embarazo y su asociación con la anemia gestacional.

Continuando con el análisis de las características biológicas de las gestantes se encontraron resultados interesantes sobre el índice de masa corporal pregestacional, la mayor proporción el 63.6% tiene un IMC normal, lo que nos indicaría que nuestras gestantes inician su embarazo con un peso adecuado para la talla; datos que difieren con lo hallado por Escudero LS, Parra BE, Restrepo SL¹⁹ quienes encontraron que la mayor proporción de sus gestantes (55.4%) iniciaron con un IMC pregestacional normal y concluyeron que las gestantes con IMC pregestacional normal, terminaron la gestación con mejor valor de hb, que las comparadas con las enflaquecidas y con las de exceso de peso. Lo observado en nuestra investigación también se contrapone a lo descrito por la DEVAN, quien menciona que la anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con peso bajo para la talla y que disminuye si las gestantes inician siendo obesas⁷. Esto puede ser producto de la inaccesibilidad y disposición a ciertos alimentos que contengan hierro, así mismo puede ser debido al nivel económico que limita la compra de dichos alimentos.

CONCLUSIONES:

1. Sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión encontramos que la mayor proporción de ellas en sus características sociales tienen entre 16 y 35 años, son convivientes, tienen educación superior, consumen algún tipo de suplemento o complemento nutricional de hierro, y dentro de las características biológicas encontramos que, no han tenido partos anteriores e iniciaron sus controles prenatales antes de las 12 semanas de gestación con un IMC pregestacional normal.

2. Las características sociales de las gestantes con anemia fueron (84.1%) tienen edades entre 16 y 35 años; el nivel de instrucción superior fue de 37.4%;

son convivientes 60.7%; son desocupadas 60.7%, el idioma predominante fue el español en un 86%; la residencia de las gestantes fue en su mayoría (74.8%) urbano.

3. Las características biológicas la edad gestacional del primer control fue antes de las 12 semanas con un 59.8%; el 50.5% fueron nulíparas y no tuvieron periodo intergenésico, y por último un 63.6% iniciaron con un IMC pregestacional normal.

4. Sobre Nivel de instrucción podemos deducir que a pesar de tener un alto grado de instrucción, la proporción de anemia gestacional se ha mantenido elevada; y al agrupar esta variable a la suplementación se demostró que, mientras mayor es el nivel de instrucción de la gestante el interés y responsabilidad sobre la suplementación o complementación nutricional de hierro incrementa.

5. La gran mayoría gestantes el 74.8% mencionan que, si consumen algún suplemento o complemento nutricional de hierro, lo cual no contribuye a la disminución de la anemia gestacional para la cual está establecido; es alarmante como esta gran proporción de gestantes al igual que las que no consumen ningún suplemento continúan con dicha patología durante su embarazo. Aunque no se ha verificado el consumo óptimo de dichos suplementos.

6. El inicio de los controles prenatales es el óptimo en el distrito de Ascensión para cumplir con los objetivos establecidos por el ministerio de salud, encontramos que durante el primer trimestre de embarazo se reportaron más casos de anemia pero que al mismo tiempo la mayoría de ellas está consumiendo un suplemento nutricional para tratar de corregir dicha patología.

7. Más de la mitad de las gestantes durante su primer embarazo ya cursan con anemia, y aunque según la teoría la multiparidad predispone a las gestantes para la patología; nuestro estudio encontró que la mayoría de las gestantes con anemia son nulíparas. El hecho de haber o no haber tenido partos previos no disminuye la posibilidad de cursar con la enfermedad.

8. A pesar de iniciar con un IMC pregestacional normal, es decir encontrarse nutricionalmente normales, la gran mayoría de gestantes (63.6%) cursa con anemia durante su embarazo. Aunque no se estudiaron las probables patologías que se asocian con la anemia.

9. El estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia encontró que independientemente de las características sociales y biológicas la anemia gestacional se presenta en la mayoría de la población gestante; la suplementación nutricional con hierro y el IMC

pregestacional normal no fueron indicativos de disminución de la patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial De La Salud. Concentraciones De Hemoglobina Para Diagnosticar La Anemia Y Evaluar Su Gravedad. In Sistema De Información Nutricional Sobre Vitaminas Y Minerales.; 2011; Ginebra. P. 7.
2. World Health Organization. The Global Prevalence Of Anaemia In 2011. Geneva: World Health Organization; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 156496 0.
3. Organización Panamericana De La Salud. Portalinvestigacion/OMS/OPS. [Online].; 2011 [Cited 2017 Mayo 10. Available From: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-Deficiency-Anemia-Research-On-Iron-Fortification-For-Efficient-Feasible-Solutions&catid=6601%3Acase-Studies&Itemid=40275&Lang=Es.
4. Organización Panamericana De La Salud. La Anemia Entre Adolescentes Y Mujeres Adultas Jóvenes En América Latina Y El Caribe. Washington DC: Organización Mundial De La Salud; 2008. Report No.: ISBN 202 942-3519.
5. Instituto Nacional De Salud. Sistema De Información Del Estado Nutricional De Gestantes Que Acceden Al Establecimiento De Salud 2016. Lima: INS, Centro Nacional De Alimentación Y Nutrición; 2016.
6. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar-ENDES Lima; 2015.
7. Dirección Ejecutiva De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional. ESTADO NUTRICIONAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA POBLACIÓN PERUANA; 2013-2014. Informe Técnico. Lima: Instituto Nacional De Salud, Centro Nacional De Alimentación Y Nutrición; 2015.
8. Munares Abanto O, Sanchez Abanto J, Gomez Guizado G, De La Cruz Egoavil L, Jordan Lechuga T, Espinoza Oriundo PI, Et Al. Anemia En Gestantes Del Perú Y Provincias Con Comunidades Nativas 2011. Informe. Lima: Instituto Nacional De Salud, Dirección Ejecutiva De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional; 2012.
9. Dirección Regional De Salud Huancavelica. Análisis Situacional De Salud De La Región Huancavelica; 2015.
10. Hill CC, Pickinpaugh J. Physiologic Changes In Pregnancy. Surgical Clinics Of North America. 2008; 88(2): P. 391-401.
11. Rigol Ricardo O. Obstetricia Y Ginecología Sánchez Ferran T, Editor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
12. Lange. Diagnóstico Clínico Y Tratamiento. Cuarenta Y Seis Ed. Mcphee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, Editors. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2007.
13. Organización Mundial De La Salud. Anemia Ferropénica: Investigación Para Soluciones Eficientes Y Viables [Documento].; 2015 [Cited 2017 Mayo 19 Available From: <http://www.paho.org>.
14. Gómez Sánchez I, Rosales S, Agreda Lucia, Castillo A, Alarcón Matuti E, Gutiérrez C. Nivel De Hemoglobina Y Prevalencia De Anemia En Gestantes Según Características Socio-Demográficas Y Prenatales. Revista Peruana De Epidemiología. 2014 Agosto; 18(2).
15. Marín Guanilo Ma, Vásquez Tapia W. Principales Factores Sociales Que Influyen En Las Variaciones De Hemoglobina. Gestantes Atendidas En El Hospital Pacasmayo. 2012". Tesis De Grado. Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca, Facultad De Ciencias De La Salud; 2014.
16. San Gil Suarez CI, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización De La Anemia Durante El Embarazo Y Algunos Factores Asociados, En Gestantes Del Municipio Regla. Revista Cubana De Medicina General Integral. 2013 Enero; 30(1).
17. Huanco Apaza D, Ticona Rendón M, Aguilar Vilca J, Gómez Molina JL. Incidencia Y Factores De Riesgo De La Anemia En El Embarazo En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna. 2001-2010. Revista Médica Basadrina. 2012 Junio; VI(1).
18. Ugwuja EI, Akubugwo EI, Ibiam UA, Obidoa O. Maternal Sociodemographic Parameters: Impact On Trace Element Status And Pregnancy Outcomes In Nigerian Women. J HEALTH POPUL NUTR. 2011 Abril; XXIX(2).
19. Escudero V LS, Parra S BE, Restrepo M L. Factores Sociodemográficos Y Gestacionales Asociados A La Concentración De Hemoglobina En Embarazadas De La Red Hospitalaria

- Pública De Medellín. *Revista Chilena De Nutrición*. 2011 Diciembre; 38(4).
20. Caballero González, Moreno Gelis M, Sosa Cruz ME, Mitchell Figueroa E, Vega Hernández M, Columbe Pérez Lda. Los Determinantes Sociales De La Salud Y Sus Diferentes Modelos Explicativos. *Revista Medigraphic*. 2012 Abril; Octava (15).
 21. Villa Romero AR, Moreno Altamirano L, García De La Torre GS. *Epidemiología Y estadística En Salud Publica Bernal Pérez M, Editor*. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2012.
 22. Arango MA. Concepto De Causa, Medición De riesgo Y Su Aplicación. In Blanco Restrepo H, Maya Mejía JM. *Epidemiología Básica Y Principios De Investigación*. Medellín: Corporación Para Investigaciones Biológicas; 2006. P. 50-61.
 23. Álvarez Heredia F, Álvarez Heredia A. *Auditoría Médica Y Epidemiología* Bogotá: Ecoe Ediciones; 2009.
 24. Malagon Londono G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. *Garantía De Calidad En Salud*. Segunda Ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.
 25. Villar Aguirre M. Factores Determinantes De La Salud: Importancia De La Prevención. *Acta Medica Peruana*. 2011; XXVIII(4).
 26. Jover Ibarra J, Rodríguez Artalejo F, García García, JF, Saria Santamera A, Royo Borsonada MA, Et Al. *Salud Pública Y Epidemiología* Madrid: Ediciones Díaz De Santos; 2006.
 27. Salud Md. *Determinantes Sociales De La Salud En Perú* Lip Licham C, Rocabado Quevedo F, Editores. Lima: Sinco Editores S.A.C.; 2005.
 28. Romero F. Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes y mujeres embarazadas en un área de salud. *Redalyc*. 2011 Octubre; VII (1).
 29. E. Cruz R, Crabajal E. Conocimientos y prácticas dealimentación y nutrición sobre consumo de hierro durante el embarazo engestantes atendidas en establecimientos de salud de primer nivel de ladirección de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012 Marzo; II (2).
 30. Grande MdC, Román MD, Vaudagna C. *Nutrición y Alimentación durante el Embarazo*. In Grande MdC, Román MD. *Nutrición y salud materna infantil*. Córdoba: Editorial Brujas; 2014. p. 41-66.
 31. Lescay Merget O. Anemia por Deficiencia de Hierro. *Revista Redalyc*. 2013 Noviembre; IV (2).
 32. Vite Gutierrez FY. Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: Periodo mayo 2010 – marzo 2011. *Acta Medica Peruana*. 2011 Diciembre; XXVIII (4).
 33. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guía clínica y de procedimientos de obstetricia y Perinatología* Mascaro Sánchez P, Ayala Peralta FD, Sánchez Góngora A, Gamboa Barrantes JH, Ingar Pinedo HJ, Callahui Ortiz IT, et al., editors. Lima; 2014.
 34. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos Jc, Mercé LT, editors. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* Madrid: Grafica Marte S.L.; 2007.
 35. Rigol Ricardo O. *Obstetricia Y ginecología* Sánchez Ferrán T, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
 36. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. Sexta ed.: Editorial el Ateneo; 2003.
 37. Smith RP, Netter F. *NETTER. Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer* Barcelona: MASSON S.A.; 2005.
 38. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. *Jhons Hopkins. Obstetricia y ginecología*.: Marban; 2004.
 39. Ministerio de Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva* Lima; Grafica Ñañez S.A.; 2004.
 40. Centro de Salud Ascensión. *Análisis Situacional de Salud del distrito de Ascensión*, 2013. Huancavelica.; Oficina De estadística del Centro de Salud de Ascensión; 2013.
 41. Londoño F JL. *Metodología de la investigación Epidemiológica*. Quinta ed. Baquero Castellanos C, editor. Bogotá: El Manual Moderno; 2014.
 42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. Pimeri ed. México: Mc Graw Hill; 1991.
 43. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. *Metodología de la Investigación*. Primera ed. México: Pearson ; 2012.
 44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. *Metodología de la Investigación*. Sexta ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

Correo Electrónico:

ghdana@gmail.com
roberta_yrrazabal14@hotmail.com

ANEXO “B”
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de Consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACION: Perfil epidemiológico de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017.

INVESTIGADORAS: Bach. QUISPE HUAMÁN, Diana. / Bach. YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Ítem	Valor	METODOLOGÍA	MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Problema General: ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017? Problemas Específicos: -¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017?	Objetivo General: Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017. Objetivos Específicos: Determinar cuáles las características sociales de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017. - Determinar cuáles son las	Variables: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	Características sociales de la gestante con anemia.	Grupo etáreo de la gestante con anemia	¿A qué grupo etáreo pertenece?	<de 15 años (1) 16 a 35 años (2) > 35 años (3)	Tipo de Investigación Investigación descriptiva, observacional y transversal. Nivel de Investigación Descriptivo. Método: El Método General es el Método de Investigación de Campo. Y el método básico será el inductivo. Diseño:	Población: La población estará compuesta por 117 gestantes con Hemoglobina menor de 11g/dl con factor de corrección que se encuentran registradas en el padrón nominal de gestantes de los EE.SS que pertenecen al distrito Ascensión; tomando de referencia lo datos obtenidos por la Microred de Ascensión en el año 2016. Muestra: Será de tipo censal, La población estará compuesta por 117 gestantes con Hemoglobina	Técnicas: La técnica de recolección de datos basándonos en Pimienta será la Encuesta. Instrumentos: El instrumento de recolección de datos será el cuestionario.
				Ocupación de la gestante con anemia.	¿Cuál su ocupación actual?	Estudiante (1) Ocupado (2) Desocupado (3)			
				Nivel de instrucción obtenido por la gestante con anemia	¿Cuál es su nivel de instrucción?	Sin Instrucción (1) Primaria Incompleta (2) Primaria Completa (3) Secundaria Incompleta (4) Secundaria Completa (5) Superior Universitario (6) Superior Técnico (7)			
				Estado civil de la gestante con anemia.	¿Cuál es su estado civil actual?	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)			
				Idioma predominante de la gestante con anemia	¿Cuál es el idioma con el que se comunica más?	Idioma Español (1) Idioma Quechua. (2)			
				Residencia de la gestante con anemia:	¿Cuál es su lugar de residencia?	Urbano (1) Rural (2)			
				Seguro de salud de la gestante con anemia.	¿Cuál es el tipo de seguro con el	SIS (1) ESSALUD (2) Sin Seguro (3)			

-¿Cuáles son las características biológicas de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, enero- junio 2017?	características biológicas de las gestantes con anemia del distrito de Ascensión, enero- junio 2017.				que cuenta actualmente?		Diseño transeccional descriptivos; ya que indagará características de una o más variables (Perfil epidemiológico) en una población (Gestantes con anemia). M O Donde M representa las gestantes con anemia, donde se va a realizar el estudio y O representa la información (Perfil epidemiológico) de interés que se recoge	menor de 11g/dl con factor de corrección que se encuentran registradas en el padrón nominal de gestantes de los establecimientos de salud que pertenecen al distrito Ascensión; tomando de referencia lo datos obtenidos por la microrred de Ascensión en el año 2016.	
				Programa social del que se beneficia la gestante con anemia	¿Es beneficiaria de algún programa social como: Juntos, Vaso de leche u otros?	SI (1) NO (2)			
				Consumo de alcohol de la gestante con anemia	¿Consume algún tipo de Alcohol?	SI (1) NO (2)			
				Servicio de Agua con el que cuenta la gestante con anemia	¿De dónde consume el agua?	Conexión domiciliaria. (1) Pileta pública. (2) Agua de Manantial (3)			
				Servicio de desagüe en el domicilio de la gestante con anemia	¿Cuenta con desagüe en su domicilio?	SI (1) NO (2)			
				Suplementación o complementación nutricional de hierro de la gestante con anemia	¿Consume algún suplemento o complemento nutricional que contenga hierro como: Maddre, Sulfato Ferroso, u otros?	SI (1) NO (2)			
		Características biológicas de		Paridad de la gestante con anemia	¿Cuántos partos tuvo antes de este embarazo?	0 partos. (1) 1 parto. (2) 2-5 partos. (3) ≥6 partos (4)			

			la gestante con anemia	Periodo intergenesico de la gestante con anemia Edad gestacional del primer control de la gestante con anemia Índice de masa corporal (IMC) pregestacional: $IMC = \frac{Peso (kg)}{Talla^2}$	¿ después de cuantos años se volvió a embazar ¿ Cuántas semanas o meses tenías cuando te hiciste tu primer control? ¿Cuál era tu peso normal antes del embarazo y cuál es tu talla?	< de 2 años (1) 2 a 5 años (2) > de 5 años (3) No Aplica (4) ≤de 12 semanas (1) De 13 a 26 semanas (2) ≥de 27 semanas (3) IMC < 18,5 kg/m² (1) IMC = 18.5 a 24.9 kg/m² (2) IMC=25 a 30 kg/m² (3) IMC > 30 kg/m² (4)	de esa muestra, es decir la medición de la variable de estudio.	•Gestantes que hayan viajado al momento de la investigación. •Gestantes que hayan emigrado del distrito de Ascensión, •Gestantes con enfermedades crónicas como: diabetes, trastornos sanguíneos, VIH-SIDA, TBC, cáncer. Poblacion Muestral: La población estará compuesta por 117 gestantes con Hemoglobina menor de 11g/dl con factor de corrección que se encuentran registradas en el padrón nominal de gestantes de los EE.SS que pertenecen al distrito Ascensión.	
--	--	--	------------------------	--	--	--	---	---	--

ANEXO “C”

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ESTUDIO “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO- JUNIO 2017”.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a las gestantes que son atendidas en la Microred de Ascensión y que se les invita a participar en la investigación **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017**.

Somos Bachilleres en obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos investigando sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia, la anemia es muy común en este país y queremos saber qué tipo de gestantes la padecen. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarnos.

Esta investigación incluirá una encuesta de 16 preguntas sobre su persona y domicilio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____



CUESTIONARIO N°

CUESTIONARIO SOBRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017.

Estimada Señora:

Estamos realizando un trabajo de investigación, por parte de la E.A.P. OBSTETRICIA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCavelica, con la finalidad de conocer el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia por lo que le pedimos la mayor sinceridad posible. Por favor contestar según sea su caso.

INSTRUCCIONES: Marque con un X según sea su caso:

1. ¿a qué Grupo etáreo perteneces?

- | | | |
|------------------|--------------------------|-----|
| Menos de 15 años | ☐ | (1) |
| De 16 a 35 años | ☐ | (2) |
| Más de 35 años | ☐ | (3) |

2. ¿Cuál es su ocupación actual?

- | | | |
|------------|--------------------------|-----|
| Estudiante | ☐ | (1) |
| Ocupado | ☐ | (2) |
| Desocupado | ☐ | (3) |

3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-----|
| Sin Instrucción | ☐ | (1) |
| Primaria Incompleta | ☐ | (2) |
| Primaria Completa | ☐ | (3) |
| Secundaria Incompleta | ☐ | (4) |
| Secundaria Completa | ☐ | (5) |
| Superior Universitario | ☐ | (6) |
| Superior Técnico | ☐ | (7) |

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltera	☐	(1)
Conviviente	☐	(2)
Casada	☐	(3)
Viuda	☐	(4)
Divorciada	☐	(5)

5. ¿Cuál es el idioma con el que se comunica más?

Idioma Español	☐	(1)
Idioma Quechua.	☐	(2)

6. ¿Cuál es su lugar de Residencia?

Urbano	☐	(1)
Rural	☐	(2)

7. ¿Qué tipo de seguro tiene?

SIS	☐	(1)
ESSALUD	☐	(2)
Sin Seguro	☐	(3)

8. ¿Es beneficiaria de algún programa social como: Juntos, Vaso de leche?

SI	☐	(1)
NO	☐	(2)

9. ¿Consume algún tipo de drogas o Alcohol?

SI	☐	(1)
NO	☐	(2)

10. ¿De dónde consume el agua?

Conexión domiciliaria.	☐	(1)
Pileta pública.	☐	(2)
Agua de Manantial	☐	(3)

11. ¿Cuenta con desagüe en su domicilio?

SI	☐	(1)
NO	☐	(2)

12. ¿Consume algún suplemento nutricional que contenga hierro como: Maddre, Sulfato Ferroso, u otros?

SI	☐	(1)
NO	☐	(2)

13. ¿Cuántos partos tuvo antes de este embarazo?

- 0 partos. ☐ (1)
 1 parto. ☐ (2)
 De 2 a 5 partos. ☐ (3)
 De 6 partos a más ☐ (4)

14. ¿Después de cuantos años se volvió a embazar

- Menor de 2 años ☐ (1)
 De 2 a 5 años ☐ (2)
 Mayor de 5 años ☐ (3)
 No Aplica ☐ (4)

15. ¿Cuántas semanas o meses tenías cuando te hiciste tu primer control?

- Antes de las 12 semanas ☐ (1)
 De 13 a 26 semanas ☐ (2)
 Después de las 27 semanas ☐ (3)

16. ¿Cuál era tu peso normal antes del embarazo y cuál es tu talla?

PESO:

TALLA:

IMC < 18,5 kg/m ²	Delgadez	1
IMC = 18.5 a 24.9 kg/m ²	Normal	2
IMC=25 a 30 kg/m ²	Sobrepeso	3
IMC > 30 kg/m ²	Obesidad	4

Gracias por su colaboración.



FICHA DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTGACION POR EL CRITERIO DE EXPERTO O JUEZ:

INSTRUMENTO: Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

INVESTIGACIÓN: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017"

1. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres del Experto:

JAUWESUI RODAS, ANTIA ISABEL

1.2. Grado Académico:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

1.3. Mención:

23550009 / 958831459

1.4. DNI / Celular:

1.5. Cargo e Institución Donde Labora:

MÉDICO CIRUJANO DEL HOSPITAL REGIONAL HUANCATELICO.

1.6. Lugar y Fecha:

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACION	Presentación ordenada					X
5. SUFICIENCIA	Presenta aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. APLICACION	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

CONTEO TOTAL DE MARCAS	A	B	C	D	E
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)				1	9

CALIFICACION GLOBAL: *Coefficiente de Validez* = $\frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{49}{50} = 0.98$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORIA	INTERVALO
No valido, reformular	[0.20 – 0.40]
No valido, modificar	<0.41 – 0.60]
Valido, mejorar	<0.61 – 0.80]
Valido, aplicar	<0.81 – 1.00]

4. RECOMENDACIONES.

Dra. Antia Isabel Jauwesui Rojas
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
C.M.P. 39032

Firma del Experto



VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION
JUICIO DE EXPERTO

INVESTIGACIÓN:

Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

Investigador: Bach. QUISPE HUAMÁN, Diana / Bach. YRRABAL ÑAHUI, Roberta.

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio/ ITEMS	1	2	3	4	5
CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
1 Grupo Etereo de la Gestante con Anemia					X
2 Ocupación de la Gestante con anemia.					X
3 Nivel de Instrucción obtenido por la gestante con anemia					X
4 Estado civil de la gestante con anemia.					X
5 Idioma predominante de la gestante con anemia				X	X
6 Residencia de la Gestante con anemia:				X	X
7 Seguro de Salud de la gestante con anemia.				X	X
8 Programa Social del que se beneficia la gestante con anemia				X	X
9 Consumo de Alcohol de la gestante con anemia				X	X
10 Servicio de Agua con el que cuenta la gestante con anemia				X	X
11 Servicio de desagüe en el domicilio de la gestante con anemia				X	X
12 Suplementación o Complementación Nutricional de Hierro de la gestante con anemia				X	X
CARACTERISTICAS BIOLOGICAS DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
13 Paridad de la gestante con anemia					X
14 Periodo Intergenesico de la gestante con anemia					X
15 Edad Gestacional del primer control de la gestante con anemia					X
16 Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional					X

Recomendaciones:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar ☒ e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	Antia Isabel Jauregui Rojas	DNI N° 215	21550009.
Dirección:	Av. Los gladiolos N°305-San Isidro	Teléfono/Celular:	958831459
Título Profesional	Medico Cirujano Especialidad Ginecología-Obstetricia		
Grado Académico:			
Mención:			

Dra. Antia Isabel Jauregui Rojas
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
C.M.P. 39032
Firma

Lugar y Fecha



FICHA DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTGACION POR EL CRITERIO DE EXPERTO O JUEZ:

INSTRUMENTO: Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

INVESTIGACIÓN: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017"

1. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres del Experto:

Huamán Vilchez Marylin Jane

1.2. Grado Académico:

Obstetricia

1.3. Mención:

Especialista en Emergencias Obstetricas.

1.4. DNI / Celular:

40168044 / #988998740

1.5. Cargo e Institución Donde Labora:

Obstetricia Centro de Salud Ascensión

1.6. Lugar y Fecha:

02 de Julio del 2017

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICI ENTE	BAJA	REGU LAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1.CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible				X	
2.OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				X	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4.ORGANIZACION	Presentación ordenada				X	
5.SUFICIENCIA	Presenta aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6.PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
7.CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.			X	.	
8.COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.				X	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				X	
10.APLICACION	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.				X	

CONTEO TOTAL DE MARCAS	A	B	C	D	E
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)			1	9	

CALIFICACION GLOBAL: $\text{Coeficiente de Validez} = \frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{39}{50}$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORIA		INTERVALO
No valido, reformular	☐	[0.20 – 0.40]
No valido, modificar	☐	<0.41 – 0.60]
Valido, mejorar	☒	<0.61 – 0.80]
Valido, aplicar	☐	<0.81 – 1.00]

4. RECOMENDACIONES.

mejorar el problema, definir mejor el espacio de intervención y el tiempo de aplicación.

Marylin Huamán Vilchez
C.O.P.N.º 22149

Firma del Experto



VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION
JUICIO DE EXPERTO

INVESTIGACIÓN:

Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

Investigador: Bach. QUISPE HUAMÁN, Diana / Bach. YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta.

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio/ ITEMS		1	2	3	4	5
CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA GESTANTE CON ANEMIA						
1	Grupo Etnico de la Gestante con Anemia					
2	Ocupación de la Gestante con anemia.				X	
3	Nivel de Instrucción obtenido por la gestante con anemia				X	
4	Estado civil de la gestante con anemia.				X	
5	Idioma predominante de la gestante con anemia				X	
6	Residencia de la Gestante con anemia:				X	
7	Seguro de Salud de la gestante con anemia.				X	
8	Programa Social del que se beneficia la gestante con anemia				X	
9	Consumo de Alcohol de la gestante con anemia		X			
10	Servicio de Agua con el que cuenta la gestante con anemia			X		
11	Servicio de desagüe en el domicilio de la gestante con anemia			X		
12	Suplementación o Complementación Nutricional de Hierro de la gestante con anemia			X		
CARACTERISTICAS BIOLOGICAS DE LA GESTANTE CON ANEMIA						
13	Paridad de la gestante con anemia				X	
14	Periodo Intergenesico de la gestante con anemia				X	
15	Edad Gestacional del primer control de la gestante con anemia				X	
16	Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional			X		

Recomendaciones:

Incrementar la variable Estilos de Vida, mejorar las interrogantes sobre los ítems 9, 10, 11 y 12.

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	Marilyn Jane Huamán Vilchez	DNI N°	4068044
Dirección:	Jr. Vique Toledo N° 865	Teléfono/Celular:	#988998740
Título Profesional	Obstetrica.		
Grado Académico:			
Mención:	Especialista en Emergencias Obstetricas.		

Marilyn J. Huamán Vilchez

Firma

Lugar y Fecha Ascensión 02 de Julio del 2017



FICHA DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTGACION POR EL CRITERIO DE EXPERTO O JUEZ:

INSTRUMENTO: Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

INVESTIGACIÓN: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017"

1. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres del Experto:

Pizarro Yarango Flora Ivette

1.2. Grado Académico:

Obstetrica

1.3. Mención:

Especialista en Emergencias obstetricas

1.4. DNI / Celular:

41358642 / 949480948

1.5. Cargo e Institución Donde Labora:

Obstetra / Hospital Regional de Huancavelica.

1.6. Lugar y Fecha:

03 de Julio del 2017

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICI ENTE	BAJA	REGU LAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1.CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible					X
2.OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					X
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4.ORGANIZACION	Presentación ordenada				X	
5.SUFICIENCIA	Presenta aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6.PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7.CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.				X	
8.COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10.APLICACION	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

CONTEO TOTAL DE MARCAS	A	B	C	D	E
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)				2	8

CALIFICACION GLOBAL: *Coficiente de Validez* = $\frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{48}{50} = 0.96$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORIA		INTERVALO
No valido, reformular	☐	[0.20 – 0.40]
No valido, modificar	☐	<0.41 – 0.60]
Valido, mejorar	☐	<0.61 – 0.80]
Valido, aplicar	☒	<0.81 – 1.00]

4. RECOMENDACIONES.

F. Ivette Pizarro Yarango

OBSTETRIZ

COP 22704

Firma del Experto



VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION
JUICIO DE EXPERTO

INVESTIGACIÓN:

Cuestionario Sobre el Perfil Epidemiológico De Gestantes Con Anemia En El Distrito De Ascensión, Enero-Junio, 2017.

Investigador: Bach. QUISPE HUAMÁN, Diana / Bach. YRAZABAL ÑAHUI, Roberta.

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO, 2017" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente

2.- Deficiente

3.- Regular

4.- Buena

5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio/ ITEMS		1	2	3	4	5
CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA GESTANTE CON ANEMIA						
1	Grupo Etnico de la Gestante con Anemia					X
2	Ocupación de la Gestante con anemia.					X
3	Nivel de Instrucción obtenido por la gestante con anemia					X
4	Estado civil de la gestante con anemia.					X
5	Idioma predominante de la gestante con anemia					X
6	Residencia de la Gestante con anemia:					X
7	Seguro de Salud de la gestante con anemia.					X
8	Programa Social del que se beneficia la gestante con anemia					X
9	Consumo de Alcohol de la gestante con anemia				X	
10	Servicio de Agua con el que cuenta la gestante con anemia				X	
11	Servicio de desagüe en el domicilio de la gestante con anemia				X	
12	Suplementación o Complementación Nutricional de Hierro de la gestante con anemia				X	
CARACTERISTICAS BIOLOGICAS DE LA GESTANTE CON ANEMIA						
13	Paridad de la gestante con anemia					X
14	Periodo Intergenesico de la gestante con anemia					X
15	Edad Gestacional del primer control de la gestante con anemia					X
16	Índice de Masa Corporal (IMC) Pregestacional					X

Recomendaciones:

- Incrementar la variable Estilos de vida

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) ☒ Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	Ivette Pizarro Yarango	DNI N°	41358642
Dirección:	Jr. Inca Roca S/N	Teléfono/Celular:	949480948
Título Profesional	OBSTETRA		
Grado Académico:	OBSTETRA TITULADA		
Mención:	ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS		

F. Ivette Pizarro Yarango

OBSTETRIZ
COP 22704

Lugar y Fecha

ANEXO “D”
DOCUMENTACION PERTINENTE



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HVCA
CENTRO DE SALUD ASCENSIÓN

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO»

CARTA DE ACEPTACION

Yo LUCY RIVERA ANCCASI en mi condición de director(a) del Centro de Salud Ascensión autorizo para que, puedan revisar y recabar información de las Historias Clínicas y así les pueda facilitar datos en relación a su proyecto de investigación titulada: **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017”**, en la población de gestantes de su jurisdicción (Micro red de Ascensión), que tiene como objetivo general determinar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia en el distrito de Ascensión; para lo cual deberán de coordinar con el responsable de MATERNO PERINATAL.



LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 30690



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUYA
CENTRO DE SALUD ASCENSIÓN

"Año del buen servicio al ciudadano"

CONSTANCIA:

La que suscribe, Lic. RIVERA ANCCASI, Lucy, otorga la presente constancia de ejecución de la investigación a:

QUISPE HUAMÁN, Diana e YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta

Bachilleres en obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica.

Quienes han realizado la ejecución de su investigación (TESIS) titulada "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017" tendientes a la obtención del título profesional, en las gestantes con anemia de la población a cargo de la Microrred Ascensión.

Las tesisas QUISPE HUAMAN, Diana e YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta; realizaron la ejecución de dicha investigación a completa satisfacción y mostraron en todo momento eficiencia, responsabilidad y buena formación académica.

Se otorga la presente constancia para fines que las interesadas consideren conveniente.

Huancavelica, Julio del 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 187-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 16 de mayo del 2017.

VISTOS:

El Oficio N° 153-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, con hoja de trámite N° 567 (10.05.2017), mediante el cual la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia solicita emisión de resolución de designación de Asesor y Coasesor para el Proyecto de Tesis, titulado: **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017”**, presentado por las estudiantes **QUISPE HUAMAN, Diana** y **YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia al Artículo 22° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia y al Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación será presentado por duplicado a la Dirección de la E. P. de Obstetricia, solicitando designación del Docente Asesor. El Director de la Escuela designará al docente asesor en un plazo no menos de cinco días hábiles, y comunicará al Coordinador para que este emita la resolución de designación de Asesor.

El Oficio N°153 -2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, con hoja de trámite N° 567(10.05.2017), mediante el cual la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia solicita emisión de resolución de designación de Asesor y Coasesor para el Proyecto de Tesis, titulado: **““PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017”**, presentado por las estudiantes; **QUISPE HUAMAN, Diana** y **YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta** siendo designados como docente asesor, al Mg. Leonardo **LEYVA YATACO** y coasesor Obsta. Gabriela **ORDOÑEZ CCORA**.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo correspondiente;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- DESIGNAR, al Mg. Leonardo **LEYVA YATACO** como docente asesor y Obsta. Gabriela **ORDOÑEZ CCORA** como coasesor, del Proyecto de Tesis **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION,**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 187-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 16 de mayo del 2017.

ENERO-JUNIO 2017", presentado por las estudiantes **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta.

ARTÍCULO SEGUNDO.- REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, interesadas y docente asesor, para su conocimiento y fines correspondientes.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese-----"



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana



Obsta. Marleny Elizabeth CCENTE CONDORI
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente

Cc.

FCS
EPO
Asesor
Interesados
Archivo
TSGO/mcc



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N°272-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 14 de junio del 2017.

VISTOS:

El Oficio N° 208-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 14 de junio del 2017, remitido por la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, en la que solicita la emisión de resolución sobre la designación de Jurados de proyectos de tesis, **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 16° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 215-2010-FCS-VRAC-UNH y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 260-2011-R-UNH de fecha 04 de abril del 2011; y el Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos vigente, de la Universidad Nacional de Huancavelica, el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia a los Artículos 30°, 31° y 32° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a los Artículos 25° y 31° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el proyecto de investigación, aprobado por el Asesor, será presentado en triplicado por el o los interesados a la Dirección de la Escuela, con una solicitud de designación del Jurado Calificador del Proyecto. El Director de Escuela designa a tres docentes ordinarios afines con el tema de investigación, como Jurado Calificador, siendo presidido por el docente de mayor categoría y/o mayor antigüedad; debiendo remitir esta designación a la Coordinadora de la Facultad, para que emita la Resolución correspondiente. Así mismo, el jurado designado, después de revisar el trabajo de investigación emitirá el informe respectivo de aprobación o desaprobación, adjuntando el acta correspondiente en un plazo no mayor de 10 días hábiles, el trabajo de investigación aprobado será remitido a la coordinación de Facultad para que éste emita la Resolución de aprobación e inscripción, previa ratificación de Consejo de Facultad, caso contrario será devuelto para su corrección. Una vez aprobado el graduando procederá a desarrollar el trabajo de investigación con la orientación del docente Asesor.

El Oficio N° 208-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 14 de junio del 2017, remitido por la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, en la que solicita la emisión de resolución sobre la designación de Jurados de proyectos de tesis, **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- DESIGNAR, como Jurados del Proyecto de investigación para su revisión y aprobación, conforme al siguiente detalle:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	EGRESADOS A CARGO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	JURADOS
"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"	• QUISPE HUAMAN, Diana • YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta.	PRESIDENTA: Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES SECRETARIA: Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA VOCAL: Mg. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN ACCESITARIA: Obsta. Marleny Elizabeth CCENTE CONDORI.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N°272-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 14 de junio del 2017.

ARTÍCULO SEGUNDO.- REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, a los miembros del Jurado Calificador y a las interesados, para su conocimiento y fines correspondientes.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese-----"




Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana

Cc.

FCS
EPO
Jurados
Interesadas
Archivo

TSGO/MCCC




Obsta. Marleny Elizabeth CCENTE CONDORI
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(CREADA POR LEY N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 298-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 13 julio de 2017.

VISTOS:

El Oficio N° 225-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 28 de junio del 2017, con hoja de trámite N° 846, emitida por la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica, en la que solicita emisión de resolución de aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis, titulado: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana y YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**; donde el Consejo de Facultad acuerda aprobar e inscribir el proyecto, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia al Artículo 22° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y al Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación será presentado por duplicado a la Dirección de la E.A.P. de Obstetricia, solicitando designación del Docente Asesor. El Director de la Escuela designará al docente asesor en un plazo no menos de cinco días hábiles, y comunicará al Coordinador para que este emita la resolución de designación de Asesor.

Que, de conformidad al Artículo 14°, del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 002-2009-FCS-VRAC-UNH (21.08.2009) y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 0836-2009-R-UNH (14.10.2009) y Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 500-2005-R-UNH (30.09.2005), el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, según el Artículo 26° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, concordante al Artículo 27° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el Proyecto de Investigación aprobado por el asesor, será remitido a la Dirección de Escuela y ésta remitirá a Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud, para la emisión de Resolución de aprobación e inscripción del proyecto. Posterior a ello el graduando recién procederá a ejecutar el trabajo de investigación con la orientación del docente asesor. El asesor es responsable del cumplimiento, ejecución y evaluación.

Que, con Resolución N° 187-2017-CFCS-VRAC-UNH, (16.05.2017). **DESIGNA** al Mg. Leonardo LEYVA YATACO como docente asesor del Proyecto de tesis: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"** presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana y YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**.

Que, con Resolución N° 272-2017-CFCS-VRAC-UNH, (14.06.2017). **DESIGNA** como **JURADOS**: PRESIDENTA: Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES, SECRETARIA: Mg. Lina Yubana CARDENAS





UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 298-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 13 julio de 2017.

PINEDA, VOCAL: Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN y ACCECITARIA: Obsta. Marleny Elizabeth CCENTE CONDORI.; presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta.

El Oficio N° 225-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 28 de junio del 2017, con hoja de trámite N° 846, emitida por la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Huancavelica, en la que solicita emisión de resolución de aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis, titulado: "**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017**", presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta; donde el Consejo de Facultad acuerda aprobar e inscribir el proyecto.

Que, en Sesión ordinaria de Consejo de Facultad del día 12.07.2017, tal como consta en el folio 256 del Libro de Actas de Secretaría Docente; se acuerda por unanimidad aprobar e inscribir el Proyecto de Tesis "**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017**". Presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR e INSCRIBIR, el Proyecto de Tesis titulado "**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017**", presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN**, Diana y **YRRAZABAL ÑAHUI**, Roberta.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR al asesor del Proyecto de Tesis, al **Mg. Leonardo LEYVA YATACO**, para velar por su cumplimiento, ejecución y evaluación.

ARTÍCULO TERCERO. - REMITIR la presente Resolución a las interesadas e instancias correspondientes, para su conocimiento y demás fines.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese-----"



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana



Obsta. Magally QUIÑONEZ INCA
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente

Cc.
FCS
EPO
JURADOS
Interesadas
Archivo

TSGO/maj



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 320-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 31 de julio de 2017.

VISTOS:

El Oficio N° 258-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 26 de julio del 2017, con hoja de trámite 905, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana y YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 16° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 215-2010-FCS-VRAC-UNH y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 260-2011-R-UNH de fecha 04 de abril del 2011; y el Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos vigente, de la Universidad Nacional de Huancavelica, el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia a los Artículos 39°, 40° y 42° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a los Artículos 37°, 38° y 39° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, el jurado calificador designado por la Escuela Académico Profesional de Obstetricia estará integrado por docentes ordinarios de la especialidad o afin con el tema de investigación, el cual será presidido por el docente de mayor categoría y/o antigüedad. La Escuela comunicará a la Coordinación de la Facultad, para que ésta emita la Resolución correspondiente. El jurado designado que de preferencia deberá ser el mismo que aprobó el Proyecto, después de revisar el trabajo de investigación dictaminará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, disponiendo su pase a sustentación o devolución para su complementación y/o corrección, con el informe y acta respectiva a Dirección de Escuela. Si el graduado es declarado Apto para sustentación (por unanimidad o mayoría), solicitará al Coordinador de la Facultad, que fije lugar, fecha y hora para la sustentación.

Que con oficio N° 258-2017-EPO-FCS-VRAC/UNH, de fecha 26 de julio del 2017, con hoja de trámite 905, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana y YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**; donde propone a: **PRESIDENTE:** Mg. Tula Susana Guerra Olivares, **SECRETARIA:** Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA, **VOCAL:** Mg. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN y **ACCESITARIO:** Mg. Magally QUIÑONEZ INGA, como miembros de dicho jurado.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;

SE RESUELVE:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 320-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 31 de julio de 2017.

ARTÍCULO PRIMERO.- DESIGNAR, como Jurado para revisión del informe de investigación
Titulado: "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE
ASCENSIÓN, ENERO-JUNIO 2017", presentado por las estudiantes: QUISPE HUAMAN, Diana y
YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta, conforme al siguiente detalle:

- **Presidente** : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES.
- **Secretario** : Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA.
- **Vocal** : Mg. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
- **Accesitario** : Mg. Magally QUIÑONEZ INGA.

ARTÍCULO SEGUNDO.- REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección de la Escuela
Académico Profesional de Obstetricia, a los miembros del Jurado Calificador y a los interesados,
para su conocimiento y fines correspondientes.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese....."



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana



Mg. Magally QUIÑONEZ INGA
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente (e)

Cc

FCS
EPO
Jurados
Interesadas
Archivo
TSGO/mqi



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 342-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 07 de agosto de 2017.

VISTO:

La solicitud de las Bachilleres **QUISPE HUAMAN, Diana** y **YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**, de fecha 07 de agosto del 2017 con hoja de trámite N° 945, solicitando se le programe lugar, fecha y hora para sustentación de Tesis; el Informe N° 001-2017-TSGO-FCS-UNH (31.07.2017) dando conformidad de pase a sustentación de la Tesis titulada: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, de conformidad al Artículo 16° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, aprobado con Resolución N° 215-2010-FCS-VRAC-UNH y ratificado en Consejo Universitario con Resolución N° 260-2011-R-UNH de fecha 04 de abril del 2011; y el Artículo 17° del Reglamento de Grados y Títulos vigente, de la Universidad Nacional de Huancavelica, el interesado puede optar por única vez el Título Profesional por una de las modalidades, entre ellas la presentación y sustentación de un trabajo de investigación científica (tesis).

Que, en concordancia a los Artículos 40°, 41° y 42° del Reglamento Específico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia y a los Artículos 38°, 39° y 40° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, El jurado designado, que de preferencia deberá ser el mismo que aprobó el Proyecto, después de revisar el trabajo de investigación dictaminará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, disponiendo su pase a sustentación o devolución para su complementación y/o corrección, con el informe y acta respectiva a Dirección de Escuela; si algún miembro del Jurado Calificador demora sin justificación alguna en presentar el informe será sancionado con llamada de atención verbal por el Jefe de Departamento o por quien cumpla estas funciones y, en caso de reincidencia se derivará al tribunal de honor; si el graduado es declarado Apto para sustentación (por unanimidad o mayoría), solicitará al Coordinador de la Facultad, que fije lugar, fecha y hora para la sustentación. La Coordinación emitirá la Resolución correspondiente fijando fecha, hora y lugar para la sustentación. Así mismo entregará al Presidente del Jurado Calificador el formato del acta de sustentación.

Que, mediante Resolución N° 298-2017-CFCS-VRAC-UNH, de fecha 12 de julio del 2017, se aprueba e inscribe el Proyecto de Tesis titulado: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana** y **YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**.

Que, mediante Resolución N° 320-2017-CFCS-VRAC-UNH (31.07.2017), se designa a los Jurados para la revisión y aprobación de la Tesis **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017"**, presentado por las estudiantes: **QUISPE HUAMAN, Diana** y **YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta**.

Que, con el Informe N° 001-2017-TSGO-FCS-UNH, el presidente de los Jurados remite el informe de conformidad y acta de apto para sustentación, dando pase a sustentación de la Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 342-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 07 de agosto de 2017.

titulada: "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017".

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - FIJAR, el Acto de Sustentación para el día martes 08 de agosto del 2017 a las 17:00 horas en el auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia.

ARTÍCULO SEGUNDO. - RATIFICAR, a los miembros del Jurado para la evaluación de la Tesis titulada: "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA EN EL DISTRITO DE ASCENSION, ENERO-JUNIO 2017", presentado por las estudiantes: QUISPE HUAMAN, Diana y YRRAZABAL ÑAHUI, Roberta, conforme al siguiente detalle:

- Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
- Secretario : Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA.
- Vocal : Mg. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
- Accesitario : Obsta. Magally QUIÑONEZ INGA.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, al Presidente del Jurado Calificador el cumplimiento de la presente Resolución.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese....."



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana

Cc.
FCS
EPO
jurados
Interesada
Archivo

TSGO/mqi



Obsta. Magally QUIÑONEZ INGA
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente (e)

ANEXO “E”
TABLAS Y CUADROS ADICIONALES

Tabla N° 13: Ocupación de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estudiante	29	27,1%	27,1%
Ocupado	13	12,1%	39,3%
Desocupado	65	60,7%	100,0%
Total	107	100,0%	

Fuente: elaboración Propia, investigación "Perfil Epidemiológico de la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio 2017."

Tabla N° 14: Consumo de alcohol de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	107	100,0%	100,0%
Si	0	0%	

Fuente: elaboración Propia, investigación "Perfil Epidemiológico de la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017."

Tabla N°15: Idioma predominante según residencia de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

		RESIDENCIA DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
		Urbano		Rural		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
IDIOMA PREDOMINANTE DE LA GESTANTE CON ANEMIA	Idioma Español	76	82,6%	16	17,4%	92	100,0%
	Idioma Quechua	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%

Fuente: elaboración Propia, investigación "Perfil Epidemiológico de la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017."

Tabla N° 16: Seguro de salud según programa social del que se beneficia de la gestante con anemia en el distrito de Ascensión, enero-junio 2017.

		PROGRAMA SOCIAL DEL QUE SE BENEFICIA LA GESTANTE CON ANEMIA					
		SI		NO		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
SEGURO DE SALUD DE LA GESTANTE CON ANEMIA	SIS	27	26,7%	74	73,3%	101	100,0%
	ESSALUD	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%
	Sin Seguro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	29	27,1%	78	72,9%	107	100,0%

Fuente: elaboración Propia, investigación "Perfil Epidemiológico de la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017."

Tabla N°17: Servicio de agua y servicio de desagüe en el domicilio con el que cuenta la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017.

		SERVICIO DE DESAGUE EN EL DOMICILIO DE LA GESTANTE CON ANEMIA					
		Si		No		Total	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
SERVICIO DE AGUA CON EL QUE CUENTA LA GESTANTE CON ANEMIA	Conexión Domiciliaria	96	91,4%	9	8,6%	105	100,0%
	Pileta Pública	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Agua de Manantial	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%

Fuente: elaboración Propia, investigación "Perfil Epidemiológico de la gestante con anemia en el Distrito de Ascensión, Enero-Junio, 2017."

Tabla N°18: Incremento de hemoglobina y hematocrito según altitud.

Altitud (metros)	Incremento de Hemoglobina y hematocrito según altitud		Valor de la Hemoglobina y Hematocrito para considerar anemia	
	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)
Menos de 1000	0	0	11.0	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.5	34.4
2000	0.8	2.5	11.8	35.5
2500	1.3	4.0	12.3	37.0
3000	1.9	6.0	12.9	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.0	15.5	47.0

Fuente: Guía nacional de salud sexual y reproductiva, 2004

ANEXO “F”

FOTOS QUE EVIDENCIEEN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO



Descripción: Filtrando los datos de la población de gestantes con anemia en el distrito de Ascensión.



Descripción: Realizando las encuestas a las gestantes con anemia que pertenecen al Puesto de salud de Huachocolpa.



Descripción: Realizando las encuestas a las gestantes con anemia que pertenecen al Puesto de salud de San Gerónimo.



Descripción: Realizando las encuestas a las gestantes con anemia que pertenecen al Puesto de salud de Callqui.



Descripción: Realizando las encuestas a las gestantes con anemia que pertenecen al Centro de salud de Ascensión.



Descripción: Realizando la encuesta a las gestante con anemia que pertenece al Puesto de Salud de Telapaccha.