UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN 2019

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:
OBSTA. ALDANA ARREDONDO, LOLA MARGARET

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

HUANCAVELICA, PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 17:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a): ALDANA ARREDONDO LOLA MARGARET

Siendo los Jurados Evaluadores:
Presidente : Dr. Leonardo Leyva Yataco
Secretario : Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
Vocal : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN 2019.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 568-2019 concluyendo a las 17:30 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de octubre 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESIDENTE
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. OBSTETRICIA
SECRETARIO
Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VOCAL
Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
V°B°. DECANA
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
V°B°. SECRETARIA DOC.
C.O.P. N°36759

TÍTULO

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN 2019

AUTOR

OBSTA. ALDANA ARREDONDO, LOLA MARGARET

ASESOR

Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos, por darme fortaleza y familiares por ser mi soporte incondicional en este camino.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por ser mi guía.

A mi familia por ser mi soporte fundamental.

Al Director del Centro de Salud Concepción, por darme las facilidades para concluir el trabajo.

A la asesora Mg. Larico López, Ada Lizbeth por sus aportes en este trabajo.

ÍNDICE

Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice vii
Índice de tablas ix
Resumen x
Abstract.....xi
Introducción…..... xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripcion del problema..... 13
1.2. Formulación del problema..... 14
1.3. Objetivos de la investigación..... 14
1.3.1. Objetivo general..... 14
1.3.2. Objetivos especificos 14
1.4. Justificacion..... 15
1.5Limitaciones… 15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación: 16
2.2. Bases teóricas 18
2.3. Bases conceptuales 24
2.4. Definicion de terminos 24
2.5. Hipotesis 25
2.6. Variables..... 25
2.7. Operacionalización de variables..... 25

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ambito temporal y espacial..... 30
3.2. Tipo de investigación 30

3.3. Nivel de investigación 31
3.4. Población, muestra y muestreo 31
3.4.1. Población 31
3.4.2. Muestra 31
3.5. Tecnicas e instrumentos de recoleccion de datos. 32
3.6. Tecnica y procesamiento de análisis de datos 33

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Analisis de informacion 34
4.2. Discusion 39
CONCLUSIONES 41
RECOMENDACIONES 42
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 43
APENDICE Nº 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
APENDICE Nª 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA
APENDICE N° 3: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción, 2019	35
Tabla 2.	Características de las gestantes según edad, trimestre de embarazo y paridad.	36
Tabla 3.	Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según su edad	37
Tabla 4.	Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según su paridad	38

RESUMEN

Objetivo. Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción 2019. **Método**. La investigación fue de tipo observacional, prospectivo, de corte transversal, de nivel descriptivo. **Resultados.** El nivel de conocimiento de las gestantes sobre anemia fue: el 56,3% medio, el 32,5% bajo y el 11,3% alto. Para las características de las gestantes se encontró según la edad el 62,5% jóvenes, el 22,5% adultas y el 15% adolescentes. Según el trimestre el 45% cursaban el I trimestre, el 40% el II trimestre y el 15% el III trimestre. Según la paridad el 43,8% eran nulíparas, el 35% primíparas y el 21,3% eran multíparas. Para el nivel de conocimiento alto según edad fue adolescente el 2,5% joven 5% y adulta 3,8%; el nivel de conocimiento medio fue adolescente 12,5% joven 32,5% adulta 11,3% y el nivel de conocimiento bajo fue joven 25% y adulta el 7,5%. Para el nivel de conocimiento alto según paridad fue nulípara 2,5%, primípara 6,3% y multípara 2,5%%; el nivel de conocimiento medio fue nulípara 25%, primípara 20% y multípara 11,3% y el nivel de conocimiento bajo fue nulípara 16,3%, primípara 8,8% y multípara 7,5%. **Conclusiones.** El nivel de conocimiento sobre anemia fue medio, las características de las gestantes fueron jóvenes, cursaban el I trimestre de embarazo y nulíparas, el conocimiento medio y bajo según edad fue más frecuente en jóvenes y el conocimiento medio fue más frecuente según paridad en nulíparas y primíparas.

Palabras clave: Conocimiento, anemia, gestante.

ABSTRACT

Objective. Determine the level of knowledge about anemia in pregnant women treated at the health center conception 2019. Method. The research was observational, prospective, cross-sectional, descriptive. Results The level of knowledge of pregnant women about anemia was: 56.3% average, 32.5% low and 11.3% high. For the characteristics of pregnant women, 62.5% young, 22.5% adults and 15% adolescents were found according to age. According to the quarter, 45% were in the first quarter, 40% in the second quarter and 15% in the third quarter. According to parity, 43.8% were nulliparous, 35% primiparous and 21.3% were multiparous. For the high level of knowledge according to age, 2.5% were young, 5% young and 3.8% adult; the average level of knowledge was adolescent 12.5% young 32.5% adult 11.3% and the low level of knowledge was 25% young and 7.5% adult. For the high level of knowledge according to parity it was nulliparous 2.5%, primiparous 6.3% and multiparous 2.5 %%; The average level of knowledge was nulliparous for 25%, primiparous for 20% and multiparous for 11.3% and the low level of knowledge was nulliparous for 16.3%, primiparous for 8.8% and multiparous for 7.5%. Conclusions The level of knowledge about anemia was medium, the characteristics of the pregnant women were young, they were in the I trimester of pregnancy and nulliparous, the average and low knowledge according to age was more frequent in young people and the average knowledge was more frequent according to parity in nulliparous and Primiparous

Keywords: Knowledge, anemia, pregnant woman

INTRODUCCIÓN

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Se cree que, la carencia de hierro es la causa más común de anemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anemia en el embarazo como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/100 ml; asi mismo informa que más de 40% de las embarazadas del mundo sufren anemia y la mitad de esta patología se atribuye a la carencia de hierro.[1,2,3]

La prevalencia de anemia en embrazadas para el 2016 en Bolivia y Brasil fue el 37% respectivamente, Paraguay 33%, Uruguay 31%, Chile 27% y Perú 26%; demostrando que es un problema de salud pública a nivel mundial y en las Regiones del Perú que tuvieron las mayores prevalencias de anemia gestacional para el 2015 fueron: Huancavelica 45,5, Puno 42,8%, Pasco 38,5%, Cusco 36,0% y Apurímac 32,0%. [4,5]

Frente a este problema la OMS, ha propuesto que las embarazadas deban consumir cantidades extras de hierro y ácido fólico para satisfacer necesidades de la madre y del feto. [3,6]

La educación para la salud es un proceso de generación de aprendizajes, en donde aprendemos para vivir mejor y fomentar la toma de decisiones favorables a la salud[7]. La Organización mundial de la salud señalo que la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades.[9]

La investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capitulo describe los resultados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Se cree que, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos.[1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anemia en el embarazo como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 11g/100 ml.[2]

La organización mundial de la salud (OMS) en un artículo del 2019 informa que más de 40% de las embarazadas del mundo sufren anemia y la mitad de esta patología se atribuye a la carencia de hierro.[3]

El Banco Mundial para el 2019 informo que la prevalencia de anemia en embrazadas para el 2016 en Bolivia y Brasil fue el 37% respectivamente, Paraguay 33%, Uruguay 31%, Chile 27% y Perú 26%; demostrando que es un problema de salud pública a nivel mundial.[4]

Hernández et al[5]; en una investigación describe que las Regiones del Perú que tuvieron las mayores prevalencias de anemia gestacional para el 2015 fueron: Huancavelica 45,5, Puno 42,8%, Pasco 38,5%, Cusco 36,0% y Apurímac 32,0%. Frente a este problema la OMS, ha propuesto que las embarazadas deban consumir cantidades extras de hierro y ácido fólico para satisfacer necesidades de la madre y del feto, pues la carencia de hierro y de ácido fólico afecta negativamente a la salud de la madre, a la gestación y al desarrollo del feto. Una revision sistemática del 2013 llego a la conclusion que el uso prenatal diario de hierro mejoro el peso al nacer del producto en madres gestantes. [3,6]

La Organizacion panamericana de la salud (OPS) y la organización mundial de la salud (OMS) en un artículo del 2017 mencionan que la educación para la salud es un proceso de generación de aprendizajes, en donde aprendemos para vivir mejor y fomentar la toma de decisiones favorables a la salud[7]; en la India se menciona que la educación materna, el estado nutricional y la atención prenatal recibida son determinantes claves que deben abordarse para reducir la prevalencia de bajo peso y otras complicaciones.[8]

La Organización mundial de la salud en un comunicado de prensa del 2016 señalo que la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades.[9]

Por lo expuesto queda claro que la anemia en la gestación sigue siendo un problema de salud pública, el mismo que puede ser abordado desde las atenciones prenatales con el propósito de promover educación en salud a través de la consejería, charlas, sesiones educativas y otras actividades que tengan el propósito de mejorar la nutrición y alimentación en la gestación y prevenir enfermedades que con lleven a complicaciones maternas y perinatales. Por lo que surge la necesidad de plantear la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción 2019

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las gestantes según edad, trimestre de embarazo y paridad.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según su edad

- Identificar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según la paridad

1.4. JUSTIFICACION

La anemia durante el embarazo para el personal de salud sigue siendo una alteración fisiológica que se supera después del parto, olvidando que es una patología que acarrea complicaciones en la madre y feto, y que está muchas veces asociada a diversos factores entre los que destacan los socioeconómicos, demográficos y principalmente por factores de una mala nutrición.

Por ser un problema de salud pública mundial y nacional es de magnitud identificar el conocimiento que posee la gestante sobre esta patología, para que en base a los resultados podamos plantear estrategias de intervención en que encaminen la consejería integral en la atención prenatal, visita a nutrición, sesiones de preparación de alimentos ricos en hierro, recomendaciones de la administración del suplemento de hierro y consejería en prevención de complicaciones materno fetales.

Es importante considerar que desde la atencion preconcepcional la consejeria nutricional ayuda para prevenir la anemia en muejeres en edad fertil poblacion vulnerable a embarazos.

El control prenatal adecuado y el seguimiento constante del profesional de salud podra ayudar a reducir la prevalencia de esta patologia y de sus complicaciones.

1.5. LIMITACIONES

Por el diseño prospectivo del estudio, la fuente de información primaria fue el cuestionario aplicado a las gestantes, por lo tanto, la limitación para el estudio fue la sinceridad de las respuestas dadas en el cuestionario respecto a si contiene toda la información requerida con honestidad.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Loor y Ochoa[10], en su investigación Anemia en mujeres gestantes atendidas en la maternidad Santa María Teresa. Provincia santo domingo de los Tsáchilas. Abril a septiembre 2011. Tipo de estudio exploratoria y descriptiva con una muestra de 200 gestantes. Los resultados alcanzados que se encontró fueron las mujeres gestantes buscan ayuda médica en el tercer trimestre del embarazo 80%, lo cual no permite tomar medidas que erradiquen la anemia, el 51% de las mujeres de gestantes son adolescentes y, no poseen profesión u ocupación laboral y un gran porcentaje de mujeres gestantes no conocen las dietas alimentarias que deben consumir para evitar el problema de la anemia. El conocimiento que demostraron tener sobre la anemia en las mujeres gestantes atendidas y entrevistadas en la Maternidad Santa María Teresa fueron 161 madres, lo que representa el 81% de los casos y; no tiene conocimiento de la enfermedad se dio en 39 casos, lo que representa el 19% de las mismas.

Soto J[11], en su investigación Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital "San José" Callao - Lima. 2016, tuvo como objetivo identificar si los factores en estudio están asociados a la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital "San José" Callao-Lima, 2016. El tipo de estudio desarrollado fue observacional, analítico, transversal con recolección de datos en forma retrospectiva. Los resultados que se encontraron fueron: el 21,1% no presentaron anemia y el 78,9% si presentaron anemia. Del total de las gestantes anémicas se encontró que en el 1er trimestre tuvieron mayor porcentaje de anemia (38,6%); las gestantes que tuvieron menos de 30 años son las que

presentaron mayor anemia (54,6%) las gestantes con IMC de 25 a 29,9 fueron las que presentaron mayor porcentaje de anemia (36,3%); las gestantes multíparas fueron las que presentaron mayor anemia (61,7%); las gestantes que no presentaron CPN son las de mayor porcentaje de anemia (64,9%) las gestantes que no presentaron preeclampsia y eclapmsia obtuvieron un mayor porcentaje de anemia , 59,1% y 71,4% respectivamente, las gestantes que si presentaron periodo intergenesico son las que tuvieron mayor anemia (56,3%). Conclusiones: Los factores que se asociaron significativamente a la anemia fueron la edad materna, la v edad gestacional, la paridad, los controles prenatales y el periodo intergenesico. Por el contrario, los factores que no se asociaron significativamente fueron la preeclampsia, la eclampsia y el índice de masa corporal.

Torres, W[12] en su tesis Creencias y conocimientos sobre anemia y su relación con el nivel de hemoglobina en gestantes de un Centro de Salud de Chorrillos – 2017, tuvo por objetivo determinar la relación de las creencias y conocimientos sobre anemia con el nivel de hemoglobina en gestantes de un Centro de Salud de Chorrillos – 2017; los materiales y métodos que se aplicó un cuestionario de 12 preguntas sobre creencias en la anemia con respuestas cerradas y 18 preguntas de conocimientos sobre anemia con opción múltiple. Los datos de hemoglobina se recogieron de las historias clínicas y que hayan sido valoradas en el último mes. Los resultados que se obtuvo fueron que hay mayor presencia de gestantes jóvenes que están comprendidos en el rango de edad de 18 a 25 años (45.6%). El nivel de educación que tiene la mayoría es de escuela secundaria o menos (57.9%) Se encontró que aquellos que su rango de edad está entre 26 y 35 años, son los que tienen el más alto conocimiento (18). En tanto los que están en rango de edad de 18 y 25 años, aún mantienen se mantiene la media, bajo (13) y alto (13). Al separar según el número de gestaciones se notó que aquellas gestantes que van a tener su primer hijo, son los que tienen más alto conocimiento sobre la anemia, 54.3% (19). En tanto las segundigesta son las que aún tienen un bajo conocimiento sobre la anemia, 45.5% (10). Las gestantes que están cursando en el último trimestre de gestación son los que tienen el más alto conocimiento, 51.4% (18). En tanto los de primero y segundo trimestre no hay mucha diferencia, ya que prevalece más conocimientos adecuados (alto) sobre lo

inadecuado (bajo). Con respecto al estado civil mayor parte es conviviente (70.2%) y la ocupación es ama de casa (66.7%).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento es el resultado del proceso de aprendizaje. Justamente es aquel producto final que queda guardado en el sistema cognitivo, principalmente en la memoria, después de ser ingresado por medio de la percepción, acomodado y asimilado a las estructuras cognitivas y a los conocimientos previos con los que el sujeto cuenta.[13] Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto.[14]

TIPOS DE CONOCIMIENTOS

- **a.** Conocimiento cotidiano es también conocido como empírico espontáneo, y es obtenido por la experiencia de las prácticas diarias que realiza el ser humano. Este conocimiento permite acumular experiencias a lo largo de la vida y es transmitido de generación en generación.
- **b.** El conocimiento técnico, se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.
- **c.** El conocimiento empírico es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es a metódico y asistemático.
- **d.** El conocimiento científico es otro tipo de conocimiento y es el más certero. Va más allá de lo empírico. [13]

NIVELES DE CONOCIMIENTO

Conocimiento Alto: existe una adecuada función cognoscitiva las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son

coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además. Identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos, Identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.

Conocimiento Bajo: hay una idea desorganizada, deficiente e inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, no estructura, ni utiliza la información. [14]

2.2.2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO EN EL EMBARAZO

Durante el estado de gravidez, los requerimientos de hierro son mayores, debido a un incremento del volumen sanguíneo 50 % y del conteo total de glóbulos rojos 25 % aproximadamente. Los niveles de hierro en el organismo están condicionados por el equilibrio entre la ingesta, pérdida y almacenamiento de este elemento. Durante el embarazo, reservas adicionales cercanas a 1 g de hierro son suficientes para satisfacer el incremento en las demandas para la síntesis de Hb y para compensar la pérdida de sangre durante un parto por vía vaginal.

De igual forma, entre las 6-12 semanas de gestación, se produce una expansión del volumen plasmático, de aproximadamente 10-15 %, hasta alcanzar un aumento de 40-50 % para las semanas 30-34 de gestación. La ganancia en promedio es de aproximadamente 1,2 - 1,6 L, esto resulta en un volumen total de 4700 a 5200 ml. Este incremento del volumen plasmático se relaciona inversamente con los niveles de Hb y Hto, condición denominada anemia dilucional. Generalmente, la desproporción más grande entre la tasa de aumento de plasma y glóbulos rojos se produce durante el segundo al tercer trimestre, tiempo durante el cual se hallan los niveles más bajos de hemoglobina. Cuando se aproxima al parto, los niveles de hemoglobina tienden a estabilizarse dado que los volúmenes de plasma dejan de aumentar, pero la cantidad de eritrocitos continúan incrementando. Sin embargo, toda anemia en el embarazo debe ser evaluada para ser diferenciada de una anemia patológica dado que anemias severas con hemoglobina por debajo de 6 g/dL se han asociado con un volumen reducido de líquido amniótico, vasodilatación cerebral fetal, patrones de

frecuencia cardíaca anormales, prematuridad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte fetal. [15]

2.2.3. ANEMIA

Anemia es la disminución en su concentración de eritrocitos, hemoglobina, y hematocrito componentes de la sangre periférica del 1 al 10% que varían según la edad, sexo, raza, embarazo, la actividad física y región. La anemia, es un problema de salud pública, común en los embarazos, ya que el feto requiere del consumo de hierro.[16]

ETIOLOGÍA

Es una disminución de la cantidad de eritrocitos, del hematocrito o del contenido de hemoglobina. Puede presentarse a causa de hemorragias, falta de nutrientes, ya que en la gestación aumenta la absorción intestinal y el incremento de la necesidad de la unidad feto placentaria.[17]

CAUSAS DE LA ANEMIA

La mayoría, un 75 a un 80% de las mujeres gestantes con anemia, tiene anemia por deficiencia de hierro. En una fracción más pequeña de las mujeres, se encuentra otras causas de anemia, principalmente por deficiencia de folato y/o de la vitamina B12, así como por la presencia de enfermedades inflamatorias o infecciosas.[18]

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

La clasificación de la anemia es:[19]

- Anemia leve (Hb de 10 - 10,5 g/dl)
- Anemia moderada (Hb de 7 - 9 g/dl)
- Anemia severa (Hb menor de 7 g/dl)

SÍNTOMAS DE LA ANEMIA

Es posible que las mujeres con anemia durante el embarazo no manifiesten síntomas claros, a no ser que la cantidad de glóbulos rojos sea muy baja. Los síntomas pueden incluir [17,19]

- Palidez en la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos o la parte inferior de los párpados.
- Fatiga.
- Vértigo o mareo.

- Dificultad al respirar
- Latidos cardíacos acelerados (taquicardia)
- Cansancio y debilidad.
- Dolores de cabeza, Náuseas, Palpitaciones

El paciente puede quejarse de sentimientos de debilidad, agotamiento y lasitud, indigestión y pérdida del apetito. Palpitaciones, disnea, vértigo, edema y, en raras ocasiones, anasarca generalizada e incluso insuficiencia cardiaca congestiva pueden ocurrir en casos severos. Los signos que puede haber son: palidez, glositis y estomatitis. Los pacientes pueden presentar edema por hipoproteinemia. Se puede oír un soplo sistólico suave en el área mitral debido a la circulación hiperdinámica.[20]

EFECTOS DE LA ANEMIA EN GESTANTES

a. **EFECTOS MATERNOS** La anemia puede no tener ningún efecto sobre el embarazo y el trabajo de parto, excepto que la madre tenga bajas reservas de hierro y puede llegar a ser moderada a severamente anémica en posteriores embarazos. La anemia moderada puede causar mayor debilidad, falta de energía, fatiga y mal desempeño laboral. La anemia severa, sin embargo, se asocia con un mal resultado. La mujer puede tener palpitaciones, taquicardia, falta de aliento, aumento del gasto cardíaco que conduce al estrés cardíaco que puede causar de-compensación e insuficiencia cardiaca que puede ser fatal y puede aumentar la incidencia de parto prematuro (28,2%), preeclampsia (31,2%) y sepsis[20.]
b. **EFECTOS FETALES:** Independientemente de las reservas maternas de hierro, el feto todavía obtiene hierro de la transferrina materna, que está atrapada en la placenta y que, a su vez, elimina y transporta activamente el hierro al feto. Poco a poco, sin embargo, estos fetos tienden a disminuir las reservas de hierro debido al agotamiento de las reservas maternas. En los recién nacidos de madres anémicas se han observado resultados perinatales adversos en forma de bebés prematuros y de niños pequeños para la edad gestacional, y un aumento de las tasas de mortalidad perinatal. El suplemento de hierro a la madre durante el embarazo mejora el resultado perinatal.[20]

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO

La OMS define anemia en mujeres gestantes como una concentración de Hb < 110g/L (11g/dL) o un Hto < 33 % en el primer trimestre o < 32 % en el segundo trimestre.La anemia severa en el embarazo se define como una hemoglobina <70 g/L (7 g/dl) y que requiera tratamiento médico y la anemia muy severa se define como hemoglobina <40 g/L (4 g/dl) y representa una emergencia médica debido al riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva. Una concentración de Hb por debajo de 11 g/dL, especialmente al final del embarazo debe considerarse anormal y generalmente se debe a deficiencia de hierro en lugar de la anemia dilucional del embarazo[21]

Para el diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro es esencial la caracterización morfológica clásica de los eritrocitos: microcitosis (Volumen corpuscular medio, VCM <80 fL) e hipocromía (Hb corpuscular media, HCM <27 pg), lo cual indica un desorden en la maduración eritrocitaria; además, se caracteriza por ser una anemia hipoproliferativa con un índice de producción reticulocitario < 2,5.[22]

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO

El tratamiento de elección varía según la causa de la anemia. En la anemia por deficiencia de hierro, las opciones terapéuticas incluyen hierro en presentaciones tanto orales como parenterales. La primera línea de tratamiento en la mayoría de las pacientes es la reposición con hierro oral debido a su eficacia, seguridad y bajo costo. En estos casos, según American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), menciona que se debe proveer un aporte diario de hierro elemental de 160-200 mg/día. De esta manera casi siempre se logra una rápida respuesta, con un incremento promedio de la Hb de 1 g/dL después de 14 días de tratamiento efectivo. Esta recomendación también aplica para los casos de deficiencia de hierro sin anemia (niveles de Hb normales), frecuentes al inicio del embarazo.[23]

2.2.4. HIERRO

El hierro es un mineral que el cuerpo usa para producir hemoglobina. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y ayuda a transportar el oxígeno

a todas las partes del cuerpo. Si el cuerpo no tiene suficiente hierro, tampoco tendrá suficiente hemoglobina, lo que puede causar una anemia ferropénica.[24]

ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL HIERRO

El hierro que ingerimos con los alimentos se presenta en dos formas químicas que difieren en su absorción por el organismo:

- Hierro hemo, llamado así por la molécula a la que está unido, presente en tejidos animales, sobre todo en el músculo. Se absorbe el 40 % aproximadamente.
- Hierro no hemo, también está presente en la carne, los huevos y la leche, así como en verduras, cereales y otros alimentos de origen vegetal se absorbe un 2% o algo más.[25]

ALIMENTOS CON PRINCIPALES FUENTES DE HIERRO

- Pescados y mariscos: mejillones, almejas, berberechos, ostras, sardinas, boquerones, calamares, pulpo, rape, cigalas, langostinos, gambas, vieiras, pescadilla y lubina.
- Legumbres y cereales: garbanzos, lentejas, frijoles, habas, judías, guisantes, galletas, arroz integral y pan integral y soja. Los cereales en el desayuno son una excelente opción, hay algunos que contienen hierro añadido.
- Verduras, hortalizas, frutas: espinacas, acelgas, escarola, ajo, brócoli, perejil, coles, alcachofas, remolacha, rábanos, puerros y fresas.
- Carnes: buey, caballo, cerdo, cordero, conejo, pato, pollo, pavo, ternera e hígado, especialmente de ternera y de cordero.
- También embutidos, salchichas, codorniz y perdiz.
- Lácteos: huevos, yogurt, leche y queso.
- Frutos secos: almendras, pistachos, pipas avellanas, nueces, piñones, así como frutas deshidratadas como ciruelas y dátiles. [25]

FACTORES QUE AUMENTAN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO

- Vitamina C, un vaso de zumo de naranja puede triplicar la absorción. [25]

FACTORES QUE DISMINUYEN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO

- Polifenoles en el té y el café, en especial si se toman después de las comidas. El café puede reducir hasta un 39% la absorción del hierro y los taninos de hasta un 60%.

- Exceso de otros minerales (Zinc, magnesio, calcio, especialmente cuando se consumen en forma de suplemento).
- Algunos antiácidos.
- Fosfatos de algunos refrescos como colas y bebidas gaseosas.
- También es recomendable controlar el consumo de las espinacas, remolachas, espárragos y cacao que por su contenido en ácido oxálico también disminuyen la absorción del hierro. [25]

2.3. BASES CONCEPTUALES

CONOCIMIENTO

El conocimiento es el resultado del proceso de aprendizaje. Justamente es aquel producto final que queda guardado en el sistema cognitivo, principalmente en la memoria, después de ser ingresado por medio de la percepción, acomodado y asimilado a las estructuras cognitivas y a los conocimientos previos con los que el sujeto cuenta.[13]

ANEMIA

Anemia es la disminución en su concentración de eritrocitos, hemoglobina, y hematocrito componentes de la sangre periférica del 1 al 10% que varían según la edad, sexo, raza, embarazo, la actividad física y región. La anemia, es un problema de salud pública, común en los embarazos, ya que el feto requiere del consumo de hierro.[16]

HIERRO

El hierro es un mineral que el cuerpo usa para producir hemoglobina. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y ayuda a transportar el oxígeno a todas las partes del cuerpo. Si el cuerpo no tiene suficiente hierro, tampoco tendrá suficiente hemoglobina, lo que puede causar una anemia ferropénica.[24]

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

GESTACIÓN: Conocido también como embarazo o gravidez, es el periodo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide, la nidación (implantación del embrión), el desarrollo del feto y el parto. Tiene una duración normal de 40 semanas (280 días).[26]

ANEMIA: Es un trastorno caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta niveles por debajo del rango mínimo normal, disminución de la

producción de hematíes, aumento de la destrucción de los mismos o pérdida de sangre.[26]

2.5. HIPOTESIS

El presente estudio realizado por ser de tipo descriptivo no requiere que se plantee hipótesis de investigación.

2.6. VARIABLES

UNIVARIABLE

Conocimiento de anemia en gestantes

2.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEM	VALOR
Conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción 2019	Anemia es la disminución en su concentración de eritrocitos, hemoglobina, y hematocrito componentes de la sangre periférica del 1 al 10% que varían según la edad, sexo, raza, embarazo, la actividad física y región. .	Registro de respuestas al cuestionario sobre el conocimiento de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción.	Características de las gestantes atendidas en el Centro de salud Concepción	Edad de la gestante	¿Qué edad tiene usted?	<18 19-29 >30
				Edad gestacional de la gestante	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?	<14semanas De 14-28semanas >29semanas
				Antecedente de Paridad de la gestante	¿Cuántos hijos tiene usted sin considerar este embarazo?	Nulípara (0hijos) Primípara (1hijo) Multípara (menos de 6hijos) Gran multípara (más de 6 hijos)
			Conocimiento sobre anemia en gestantes	Definición de anemia	¿Qué es la anemia?	a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa. b) Es una enfermedad donde la gestante se pone muy flaca. c) Es una enfermedad en la que baja la hemoglobina de la sangre. d) Es una enfermedad en la que hay poca sangre. e) Desconozco
					¿Qué es el hierro y para qué sirve?	a) Un carbohidrato, para aumentar los niveles de hemoglobina. b) Una proteína, para aumentar los niveles de glucosa en sangre. c) Una vitamina, para aumentar los niveles de hemoglobina d) Un mineral, para aumentar los niveles de hemoglobina e) Desconozco

				Síntomas	¿Qué características presenta en la piel una gestante con anemia?	a) Piel naranja. b) Piel rojiza. c) piel Palidez. d) piel reseca. e) Desconozco
					¿Qué característica presenta en las conjuntivas una gestante con anemia?	a) Conjuntiva rosada. b) Conjuntiva rojiza. c) Conjuntiva Pálida. d) Conjuntiva seca. e) Desconozco
					¿Qué siente una gestante con anemia?	a) Dolor muscular y tos frecuente. b) Insomnio y ansiedad por comer. c) Dolor de estómago y nauseas. d) Cansancio y somnolencia injustificable e) Desconozco
				Causas	¿Qué origina la anemia en las gestantes?	a) Bajo consumo de alimentos ricos en vitaminas. b) Bajo consumo de alimentos ricos en hierro. c) Bajo consumo de alimentos ricos en calcio. d) Bajo consumo de alimentos ricos en proteínas. e) Desconozco
				Prevención	¿Qué puede tomar la gestante para prevenir la anemia?	a) Tomar vit. B12 b) Tomar Calcio c) Tomar sulfato ferroso d) Tomar ácido fólico e) Desconozco

					¿Qué análisis se debe realizar la gestante para detectar la anemia?	a) Hemoglobina b) Grupo sanguíneo c) Prueba de sífilis d) Examen de orina e)Desconozco
					¿Cuál de estos alimentos contiene el hierro más aprovechable?	a) Leche, queso, betarragas b) Huevo, lenteja, verduras c) Sangrecita, bazo, hígado d) Pollo, cuy, rabanito e) Desconozco
					¿Cuál de las siguientes bebidas ayudan a que nuestro cuerpo aproveche mejor el hierro en los alimentos?	a) Agua de manzanilla, agua de hierbas. b) Jugo de naranja, limonada c) Jugo de naranja, Gaseosas d) Infusiones, leche e) Desconozco
					¿Qué alimentos impiden que se aproveche mejor el hierro en los alimentos?	a) Gaseosas, te, café, agua de hierbas b) Jugo de limón, naranja, cebada. c) Jugo de limón, naranja. agua de tiempo. d) Alimentos chatarra e) Desconozco
				Consecuencias	¿Qué complicaciones presenta en el embarazo la gestante con anemia?	a) Malformaciones. b) Estreñimiento. c) Parto prematuro. d) Fiebre y dolor de cabeza. e) Desconozco

					¿Qué ocasiona la anemia durante el embarazo al bebe?	a) Bebes con huesos frágiles. b) Bebes muy flaquitos. c) Bebes con mucho peso. d) Bebes con bajo peso al nacer.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. AMBITO DE ESTUDIO

La Provincia de Concepción es una de las nueve provincias que conforman el Departamento de Junín, está situada en la sierra central del Perú. En el valle del Mantaro, se encuentra entre los 3283m.s.n.m.

Concepción tiene 15 distritos situados en las márgenes del rio Mantaro, en la margen derecha se encuentra los distritos de Mito, Aco, Orcotuna, Manzanares, Chambara, San José de Quero; en la margen izquierda se ubican los distritos de Mathuasi, 9 de Julio, Santa rosa de Ocopa, Concepción, Heroínas Toledo, Comas, Cochas, Mariscal Castila y Andamarca.

El acceso desde la capital de la Republica es atraes de la carretera central, con una pista asfaltada doble vía a una distancia aproximada de 277km y con un tiempo de viaje de 6ª 7 horas en ómnibus.

Desde la Capital de Huancayo a concepción hay 21km, con una autopista asfaltada con un tiempo de viaje de 45minutos en ómnibus.

Desde el punto de vista jerárquico en salud se ubica dentro de la Micro red de salud Concepción, perteneciente a la Red Valle del Mantaro de la Dirección regional de Salud Junín.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, prospectivo porque los datos para el estudio fueron recogidos en ese momento, y de corte transversal porque la información se obtuvo en un solo momento y en un tiempo determinado. [27]

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de nivel descriptivo porque estuvo dirigido solo a describir información sobre el conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción 2019. Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable en forma independiente. [28]

3.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

Población

La población para el presente estudio estuvo constituida por 80 gestantes atendidas durante los meses de junio y julio del 2019 en el Centro de Salud Concepción.

Muestra

La muestra fue censal porque se trabajó con todas las 80 gestantes atendidas durante los meses de junio y julio en el Centro de Salud Concepción.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Gestantes que acuden a su atención prenatal al Centro de Salud Concepción
- Gestantes que otorgan consentimiento informado a participar en el estudio
- Gestantes que pertenecen al centro de salud de Concepción.

Criterios de exclusión

- Gestantes que no aceptaron responder el cuestionario.
- Gestantes que se ausentaron de asistir a su centro de Salud durante la fecha que se ejecutó el proyecto.

- Gestantes que llenaron el cuestionario de manera incompleta.
- Gestantes que no se realizan las atenciones prenatales en el centro de salud concepción.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Técnica

La técnica que se aplico fue la encuesta.

Instrumento

El instrumento de medición que se utilizo fue el cuestionario el mismo que fue previamente validado por juicio de expertos.

Para el Conocimiento sobre anemia en gestantes se formuló un total de 13 preguntas cada una con sus alternativas de respuestas.

El cuestionario fue construido en base a la variable a estudiar y fue elaborado en base al planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, variables de estudio y los indicadores.

- Para el conocimiento definición de la anemia se formuló las preguntas: 1, 2
- Para el conocimiento síntomas de la anemia se formuló las preguntas: 3,4,5
- Para el conocimiento causas de la anemia se formuló la pregunta: 6
- Para el conocimiento prevención de la anemia se formuló las preguntas: 7,8,9,10,11
- Para el cocimiento consecuencias de la anemia se formuló las preguntas: 12,13

La aplicación del cuestionario fue de forma individual a cada gestante, aproximadamente 30 minutos.

La valoración para el nivel de conocimiento fue en base al siguiente puntaje:

- Bueno (03 puntos)
- Regular (02 puntos)
- Malo (01 punto)

De acuerdo al puntaje que se obtuvo, se clasifico el nivel de conocimiento según el baremo siguiente:

Nivel de Conocimiento: 13 ítems

- Puntaje máximo = 39
- Puntaje mínimo =13
- Rango 39-13 = 26
- Amplitud = rango/ puntaje máximo =26 /3 = 8.66

INTERVALO	NIVEL	DESCRIPCIÓN
39-31	Alto	La gestante tiene conocimiento alto en anemia
30-22	Mediano	La gestante tiene conocimiento mediano en anemia
21-13	Bajo	La gestante tiene conocimiento bajo en anemia

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de los datos se realizó empleando el programa Excel 2013 para elaborar la base de datos, también se empleó el SPSS 23,0 para la tabulación de resultados. Los datos, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En el presente estudio, se investigó el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción, la muestra estuvo conformada por 80 gestantes atendidas durante junio y julio del 2019.

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción, 2019

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	11,3
Medio	45	56,3
Bajo	26	32,5
Total	**80**	**100,0**

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Concepción 2019.

En la tabla N°1: Sobre el nivel de conocimiento de las gestantes de anemia se encontro que el 56,3%(45) tuvo un conocimiento medio, el 32,5% (26) conocimiento bajo y el 11,3% (9) conocimiento alto.

Tabla 2. Características de las gestantes según edad, trimestre de embarazo y paridad.

Características de la gestante	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Adolescente <18años	12	15,0
Joven 19 a 29años	50	62,5
Adulta >30años	18	22,5
Trimestre		
<14sem	36	45,0
14-28	32	40,0
>29sem	12	15,0
Paridad		
Nulípara 0	35	43,8
Primípara 1	28	35,0
Multípara <6	17	21,3
Total	**80**	**100,0**

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Concepción 2019.

En la tabla N°2: Para las características de las gestantes se encontró según la edad el 62,5%(50) jóvenes, el 22,5%(18) adultas y el 15%(12) adolescentes. Según el trimestre el 45% (36) cursaban el I trimestre, el 40% (32) el II trimestre y el 15% (12) el III trimestre. Según la paridad el 43,8% (35) eran nulíparas, el 35% (28) primíparas y el 21,3% (17) eran multíparas.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según su edad

			Cuantos años tiene			
			Adolescente	**Joven**	**Adulta**	**Total**
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	2	4	3	9
		% del total	2,5%	5,0%	3,8%	11,3%
	Medio	Recuento	10	26	9	45
		% del total	12,5%	32,5%	11,3%	56,3%
	Bajo	Recuento	0	20	6	26
		% del total	0,0%	25,0%	7,5%	32,5%
Total		**Recuento**	**12**	**50**	**18**	**80**
		% del total	**15,0%**	**62,5%**	**22,5%**	**100,0%**

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Concepción 2019.

En la tabla N°3: Para el nivel de conocimiento alto según edad fue adolescente 2,5%(2) joven 5% (4) y adulta 3,8% (3); el nivel de conocimiento medio fue adolescente 12,5% (10) joven 32,5% (26) y adulta11,3% (9) y el nivel de conocimiento bajo fue joven 25% (20) y adulta el 7,5% (6).

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas según su paridad

			Cuantos hijos tiene			
			Nulípara	**Primípara**	**Multípara**	**Total**
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	2	5	2	9
		% del total	2,5%	6,3%	2,5%	11,3%
	Medio	Recuento	20	16	9	45
		% del total	25,0%	20,0%	11,3%	56,3%
	Bajo	Recuento	13	7	6	26
		% del total	16,3%	8,8%	7,5%	32,5%
Total		**Recuento**	**35**	**28**	**17**	**80**
		% del total	**43,8%**	**35,0%**	**21,3%**	**100,0%**

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Concepción 2019.

En la tabla N°4: Para el nivel de conocimiento alto según paridad fue nulípara 2,5% (2), primípara 6,3% (5) y multípara 2,5%% (2); el nivel de conocimiento medio fue nulípara 25% (20), primípara 20% (16) y multípara 11,3% (9) y el nivel de conocimiento bajo fue nulípara 16,3% (13), primípara 8,8% (7) y multípara 7,5% (6).

4.2. DISCUSION

En el estudio se encontró que el nivel de conocimiento de las gestantes sobre anemia fue 56,3% nivel medio, 32,5% nivel bajo y 11,3% nivel alto; esto difiere de lo encontrado en el estudio de **Loor y Ochoa**[10] quienes describen que el 81% de las gestantes atendidas tienen conocimiento de la enfermedad y el 19% no tiene conocimiento. Probablemente se deba a aspectos de nivel educativo de las gestantes u otros factores intervinientes del estudio.

Para las características de las gestantes se encontró según la edad 62,5% jóvenes, 22,5% adultas y el 15% adolescentes. Según el trimestre el 45% cursaban el I trimestre, 40% el II trimestre y 15% el III trimestre. Según la paridad 43,8% eran nulíparas, 35% primíparas y 21,3% multíparas; esto coincide con el estudio de **Torres, W**[12] quien obtuvo que hay mayor presencia de gestantes jóvenes que están comprendidos en el rango de edad de 18 a 25 años (45.6%). Probablemente se deba a que en este grupo etario la mayoría de las mujeres se embarazan.

Para el nivel de conocimiento alto según edad fue adolescente 2,5%, joven 5% y adulta 3,8%; el nivel de conocimiento medio fue adolescente 12,5%, joven 32,5% y adulta 11,3% y el nivel de conocimiento bajo fue joven 25% y adulta el 7,5%; esto coincide con el estudio de **Torres, W**[12] quien obtuvo que los que tienen el más alto conocimiento tienen un rango de edad entre 26 y 35 años y los que tienen conocimiento bajo están en rango de edad de 18 y 25 años. Probablemente se deba a que mayor edad permite adquirir más conocimiento en las gestantes porque pudieron tener embarazos previos, gozar de mayor nivel educativo entre otros aspectos.

El nivel de conocimiento alto según paridad fue nulípara 2,5%, primípara 6,3% y multípara 2,5%; el nivel de conocimiento medio fue nulípara 25%, primípara 20% y multípara 11,3% y el nivel de conocimiento bajo fue nulípara 16,3%, primípara 8,8% y multípara 7,5%; esto coincide con el estudio de **Torres, W**[12] quien obtuvo al separar según el número de gestaciones que aquellas gestantes que van a tener su primer hijo, son los que tienen más alto conocimiento sobre la anemia, 54.3%. En tanto las segundigesta son las que aún tienen un bajo

conocimiento sobre la anemia, 45.5%. Probablemente se deba a que la mujer busca información y trata de aprender todo lo nuevo referente a la etapa del embarazo por ser su primera gestación sin embargo la otra gestante considera ya conocer del tema y no considera importante aprender más.

CONCLUSIONES

Primero. El nivel de conocimiento de las gestantes de anemia fue de nivel medio.

Segundo. Las características de las gestantes atendidas en mayor frecuencia fueron jóvenes, cursar el I trimestre de embarazo y ser nulíparas.

Tercero. Los jóvenes son los que tienen el nivel de conocimiento medio con más frecuencia.

Cuarto. Las nulíparas son las que tienen el nivel de conocimiento medio con más frecuencia.

RECOMENDACIONES

- Al personal de salud del establecimiento sesiones, charlas y visitas domiciliarias sobre el tipo de alimentación que debe consumir la gestante rica en Hierro y minerales, visita periódica al establecimiento y la toma del suplemento.
- Al personal de salud del Centro de Salud Concepción realizar campañas de difusión masiva en la comunidad, centros educativos y comedores populares para hacer conocer la importancia de la atención prenatal precoz, lo cual permite garantizar la detección oportuna de problemas de salud como la anemia para tomar las medidas correctivas inmediatas.
- Al personal Obstetra difundir las consecuencias de la anemia en la gestación tanto para la madre y el recién nacido a través de la consejería que se brinda en la atención prenatal priorizando a las gestantes multíparas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob in_es.pdf, consultado el [10 mayo del 2019]
2. Xavier Urquizui Brichs, Mónica Rodriguez Carballeira, Antonio García Fernández, Emilio Perez Picañol. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Medicina Clínica, Volume 146, Issue 10, 20 May 2016, Pages 429-435.
3. Organización Mundial de la Salud. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019. https://www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/es/, consultado el 03 de junio del 2019.
4. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in hemoglobin concentration and prevalence of total and severe anemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. The Lancet Global Health 2013; 1(1): e16-e25.
5. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Antiporta DA, Cortés S. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(1):43-51. doi:10.17843/rpmesp.2017.341.2707
6. Batool A, Anaemia, prenatal iron use , and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013; 346:3443
7. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud Educación para la salud con enfoque integral concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las américas.https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf
8. Kader M, Socio-economic and nutritional determinants of low birth weight in India. N Am J Med Sci. jul-2014; 6(7):302-8.

9. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who
10. Loor Cornejo Gema Matilde y Ochoa Cusco María Fernanda. Anemia en mujeres gestantes atendidas en la maternidad Santa María Teresa Provincia santo domingo de los Tsáchilas. Universidad técnica de Manabí. Facultad ciencias de la salud. Carrera de laboratorio clínico. Tesis de grado previa a la obtención del título de: licenciada en laboratorio clínico; 2011.
11. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital "San José" Callao - Lima. 2016 Tesis para optar el título de Médico cirujano. Universidad Ricardo Palma facultad de medicina humana "Manuel Huamán Guerrero".
12. Torres Estela, Wilson. Creencias y conocimientos sobre anemia y su relación con el nivel de hemoglobina en gestantes de un Centro de Salud de Chorrillos - 2017. Facultad de medicina Hipólito Unanue. Escuela profesional de nutrición. Universidad nacional Federico Villarreal. Para optar el título profesional de Nutricionista.
13. María Estela Raffino. Conocimiento. Argentina; disponible en: https://concepto.de/conocimiento/. Consultado: 07 de junio del 2019.
14. Sindy Cheesman de Rueda. Conceptos básicos en investigación. Disponible:https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf; consultado: 07 de junio del 2019.
15. Martínez Sánchez, L., Jaramillo Jaramillo, L., Villegas Álzate, J., Álvarez Hernández, L., & Ruiz Mejía, C. (2018). La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. *Revista Cubana De Obstetricia Y GinecologíA*, *44*(2).Recuperadode http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356/287
16. Paredes HA. Valores hematológicos, anemia ferropénica y factores de riesgo en gestantes que acuden al Hospital Regional "Manuel Nuñez Butrón" puno – 2016. [tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Altiplano. Perú. 2017

17. Casas LM, Ninahuanca MA. Características clínicas del recién nacido y su relación con la anemia en el segundo y tercer trimestre en el embarazo - Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen 2013 – 2015. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Peruana los Andes. Perú. 2015
18. Milman, Nils. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 58, núm. 4, 2012, pp. 293-312
19. Marín MA, Vásquez TW. actores sociales que influyen en la variación de hemoglobina en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo. [tesis de Licenciatura]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. 2014
20. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLASOG: 2011, GUÍA № 1
21. Azulay CE, Pariente G, Shoham-Vardi I, Kessous R, Sergienko R, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy and subsequent risk for cardiovascular disease. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015;28(15):1762-5. doi: 10.3109/14767058.2014.971743. Epub 2014 Oct 29.
22. Adamson JW, Longo DL. Anemia and Polycythemia. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015 [citado el 29 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1120790231.
23. Breymann C, Honegger C, Hösli I, Surbek D. Diagnosis and treatment of irondeficiency anaemia in pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet. 2017;296(6):1229-1234. doi: 10.1007/s00404-017-4526-2.
24. Nutrition Series. El hierro y su salud. Spanish - Number 68c - March 2018 consulte www.HealthLinkBC.ca/healthfiles
25. Ana Ruiz Díaz*, Mª del Mar Ávila Campos. Ingesta de hierro en el embarazo. Matrona. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Enfermería Docente 2011; 93: 7-10

26. Organización Mundial de la Salud. Definición de términos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
27. Hernández R, Fernández C, y Bautista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.2014.
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.

APENDICE

APENDICE Nº 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TITULO: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCION 2019

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA

INSTRUCCIONES: Estimada Sra. Gestante, reciba un saludo cordial. El presente cuestionario es parte de una investigación realizada por la suscrita que tiene como propósito conocer el conocimiento sobre anemia. La información que proporcione será totalmente confidencial por favor le pedimos que responda con toda sinceridad las preguntas del cuestionario. Toda esta información nos permitirá plantear estrategias de intervención para mejorar.

N° de cuestionario: _____

Fecha____/____/ 2019

I.DATOS GENERALES:

1.1 ¿Qué edad tiene usted? _____

1.2 ¿De qué lugar procede usted? _____

1.3 ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? _____

1.4 ¿Cuántos hijos tiene usted sin considerar este embarazo? _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA

2.1¿Qué es la anemia?

a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
b) Es una enfermedad donde la gestante se pone muy flaca.
c) Es una enfermedad en la que baja la hemoglobina de la sangre.
d) Es una enfermedad en la que hay poca sangre.
e) Desconozco

2.2 ¿Qué es el hierro y para que sirve?

a) Un carbohidrato, para aumentar los niveles de hemoglobina.
b) Una proteína, para aumentar los niveles de glucosa en sangre.
c) Una vitamina, para aumentar los niveles de hemoglobina
d) Un mineral, para aumentar los niveles de hemoglobina
e) Desconozco

2.3 ¿Qué características presenta en la piel una gestante con anemia?

a) Piel naranja.
b) Piel rojiza.
c) piel Palidez.
d) piel reseca.
e) Desconozco

2.4 ¿Qué característica presenta en las conjuntivas una gestante con anemia?

a) Conjuntiva rosada.
b) Conjuntiva rojiza.
c) Conjuntiva Pálida.
d) Conjuntiva seca.
e) Desconozco

2.5¿Qué siente una gestante con anemia?

a) Dolor muscular y tos frecuente.
b) Insomnio y ansiedad por comer.
c) Dolor de estómago y nauseas.
d) Cansancio y somnolencia injustificable
e) Desconozco

2.6 ¿Qué origina la anemia en las gestantes?

a) Bajo consumo de alimentos ricos en vitaminas.
b) Bajo consumo de alimentos ricos en hierro.
c) Bajo consumo de alimentos ricos en calcio.
d) Bajo consumo de alimentos ricos en proteínas.
e) Desconozco

2.7 ¿Qué puede tomar la gestante para prevenir la anemia?

a) Tomar vit. B12
b) Tomar Calcio
c) Tomar sulfato ferroso
d) Tomar ácido fólico
e) Desconozco

2.8¿Qué análisis se debe realizar la gestante para detectar la anemia?

a) Hemoglobina
b) Grupo sanguíneo
c) Prueba de sífilis
d) Examen de orina
e) Desconozco

2.9¿Cuál de estos alimentos contiene el hierro más aprovechable?

a) Leche, queso, betarragas
b) Huevo, lenteja, verduras
c) Sangrecita, bazo, hígado
d) Pollo, cuy, rabanito
e) Desconozco

2.10 ¿Cuál de las siguientes bebidas ayudan a que nuestro cuerpo aproveche mejor el hierro en los alimentos?

a) Agua de manzanilla, agua de hierbas.
b) Jugo de naranja, limonada
c) Jugo de naranja, Gaseosas
d) Infusiones, leche
e) Desconozco

2.11¿Qué alimentos impiden que se aproveche mejor el hierro en los alimentos?

a) Gaseosas, te, café, agua de hierbas
b) Jugo de limón, naranja, cebada.
c) Jugo de limón, naranja. agua de tiempo.
d) Alimentos chatarra
e) Desconozco

2.12¿Qué complicaciones presenta en el embarazo la gestante con anemia?

a) Malformaciones.
b) Estreñimiento.
c) Parto prematuro.
d) Fiebre y dolor de cabeza.
e) Desconozco

2.13 ¿Qué ocasiona la anemia durante el embarazo al bebe?

a) Bebes con huesos frágiles.
b) Bebes muy flaquitos.
c) Bebes con mucho peso.
d) Bebes con bajo peso al nacer.
e) Desconozco

APENDICE Nº 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCION 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción 2019?	**OBJETIVO GENERAL** Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción 2019 **OBJETIVOS ESPECIFICOS** •Caracterizar a las gestantes según edad, lugar de procedencia y trimestre de embarazo. •Analizar el nivel de conocimiento sobre anemia en gestantes atendidas en el centro de salud concepción 2019	Por ser un trabajo tipo descriptivo no necesita hipótesis.	**Univariable** Conocimiento sobre anemia	**Tipo de Investigación** La investigación fue observacional, prospectivo, de corte transversal. **Nivel de investigación** El nivel de investigación fue descriptivo. **Diseño de investigación** El diseño de investigación fue no experimental descriptivo M O Donde: M = Población total de gestantes O = conocimiento sobre anemia	**Población** La población considerada para el presente estudio estuvo constituida por 80 gestantes atendidas en el centro de salud concepción durante los meses de junio y julio del 2019. **Muestra** La muestra del presente estudio son el total de 80 gestantes atendidas en los meses de junio y julio del 2019. **Muestreo** Por conveniencia

APENDICE Nº 3

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS