

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA.
CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS, 2011 - 2021”**

Bach. Flor Elizabeth Cabana Barzolo

Bach. Edith Sacha Torres

ASESORA: Dra. Luisa Alcarraz Curi

AYACUCHO – PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 185-2023-UNSC-FCSA-D

BACHILLERES: FLOR ELIZABETH CABANA BARZOLO
EDITH SACHA TORRES

En la ciudad de Ayacucho siendo las nueve horas y diez minutos del día diecisiete de febrero del año dos mil veintitrés, se reunieron en el auditorium de la Escuela Profesional de Obstetricia los docentes miembros jurados, para el acto de sustentación de tesis titulado: **"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE GESTANTES CON ANEMIA.CENTRO DE SALUD HUANCASANCOS, 2011- 2021"**, presentado por las bachilleres: **FLOR ELIZABETH CABANA BARZOLO y EDITH SACHA TORRES**, para optar el título profesional de Obstetra. Los miembros del jurado de sustentación conformado por:

Presidente: Prof. Noemi Yolanda Quispe Cadenas (delegada por la decana)

Miembros: Prof. Martha Amelia Calderón Franco

Prof. Delia Anaya Anaya

Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila

Asesora: Prof. Luisa Alcarraz Curi

Secretaria docente:

Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentation de tesis; como acto inicial la presidente de la comisión da lectura a la **RESOLUCION DECANAL N° 185-2023-UNSC-FCSA-D**, de fecha 14 de febrero de 2023, así mismo manifiesta que los documentos presentados por las recurrentes no tienen ninguna observacion, dando algunas indicaciones a las sustentantes.

Seguidamente se da inicio a la exposición de los resultados obtenidos a traves de la tesis realizada por la bachiller: **FLOR ELIZABETH CABANA BARZOLO** y luego continua la bachiller: **EDITH SACHA TORRES**. Una vez concluida la exposición de las bachilleres, la presidente de la comisión solicita a los miembros del Jurado Evaluador a realizar las respectivas preguntas, iniciando con la participación el profesor Pavel Antonio Alarcón Vila, continua la profesora Delia Anaya Anaya, y seguidamente realiza las preguntas la profesora Martha Amelia Calderón Franco y finalmente la presidente la profesora Noemi Yolanda Quispe Cadenas. Posteriormente, se da pase a la asesora de tesis, profesora Luisa Alcarraz Curi para que pueda aclarar algunas interrogantes.

La presidente invita a las sustentantes abandonar el auditorium para que se proceda con la calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACION FINAL

Bachiller: FLOR ELIZABETH CABANA BARZOLO

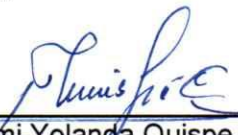
JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Noemi Yolanda Quispe Cadenas	16	16	16	16
Prof. Martha Amelia Calderón Franco	16	16	15	16
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL				17

Bachiller: EDTIH SACHA TORRES

JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Noemi Yolanda Quispe Cadenas	15	15	15	15
Prof. Martha Amelia Calderón Franco	16	15	15	15
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila	17	16	17	17
PROMEDIO FINAL				16

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a la bachiller FLOR ELIZABETH CABANA BARZOLO, quien obtuvo la nota final de diecisiete (17) y aprobar a la bachiller EDTIH SACHA TORRES, quien obtuvo la nota final de diecisiete (16).

En merito a todo lo actuado los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente. Siendo las 13.30 horas, se da por concluido el presente acto académico de sustentación de tesis presencial.


Prof. Noemi Yolanda Quispe Cadenas
Presidente


Prof. Martha Amelia Calderón Franco
Miembro


Prof. Delia Anaya Anaya
Miembro


Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila
Miembro


Prof. Luisa Alcarraz Curi
Asesora

DEDICATORIA

Ofrendo a Dios, por otorgarme fuerza para alcanzar uno de mis sueños más ansiados.

A mis padres con cariño y gratitud Zósimo y Eudosia por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus enseñanzas y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, más que nada por su amor incondicional. A mis hermanos(as) por estar a mi lado cuando los necesité.

A los Obstetras de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga y del Centro de Salud Huanca Sancos por ser nuestras guías y mentores.

Flor Elizabeth

Ofrezco a Dios por permitirme
llegar a culminar este anhelado
estudio.

A mis padres que desde cielo me han guiado, a mi
compañero de la vida Efraín por su amor y sacrificio
quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar
y educación siendo mi apoyo en todo momento.

A mis hermanos(as) por ser apoyo y
sostén en este largo proceso.

Edith

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, artífices de nuestros logros y formación profesional.

Agradecimiento especial a la Dra. Luisa Alcarraz Curi por ser nuestra guía, por su paciencia, por su acertada asesoría, por su valioso apoyo durante todo el desarrollo de nuestra tesis.

Al director del centro de Salud Huanca Sancos, a las obstetras y otras personalidades que laboran en dicha Institución por otorgarnos toda facilidad para recabar la información necesaria y llevar a cabo la presente investigación.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN 11

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	13
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	14
1.4.1. GENERALES.....	14
1.4.2. ESPECIFICOS:	14

CAPITULO II 15

MARCO TEÓRICO 15

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	15
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA.....	19
2.2.1. ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO	19
2.2.2. TIPOS DE ANEMIA	20
2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA.....	21
2.2.4. DIAGNÓSTICO.....	21
2.2.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANEMIA EN GESTANTES:.....	22
2.2.6. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA ANEMIA.....	23
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:	28
2.4. VARIABLES	29

CAPITULO III 31

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 31

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
3.3.1. POBLACION.....	31
3.3.2. MUESTRA	31
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31

3.4.1. INCLUSIÓN	31
3.4.2. EXCLUSIÓN	31
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
3.5.1. TÉCNICA.....	32
3.5.2. INSTRUMENTO.....	32
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
CAPITULO IV	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo la madre además de su alimentación normal necesita incrementar nutrimentos, alimentos energéticos, proteínas, vitaminas y minerales como el hierro, ya que su deficiencia prolongada genera trastornos y conlleva a la anemia, caracterizada por la disminución del número de eritrocitos y, como consecuencia se produce una alteración en el transporte de oxígeno, imposibilitando o complicando las funciones vitales; si se produce durante la gestación afecta a la madre y al feto.

Según Stevens En el mundo, la tasa promedio global de anemia durante el embarazo es 43% y en América Latina y el Caribe la tasa promedio es 37% de la población de gestantes de 15 a 49 años .⁽¹⁾

En todos los países la anemia durante la gestación es un problema de Salud Pública; por ser el resultado de una mala nutrición, deficiencias nutricionales, escaso hierro en los alimentos. En los países con bajo ingreso económicos la prevalencia de la anemia en el embarazo varía entre un 30% a 80%.⁽²⁾

Es importante señalar que la anemia durante la gestación incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal, por lo que, la identificación oportuna de la anemia por deficiencia de hierro es de vital importancia para un tratamiento óptimo. La anemia en general está coligado a variados elementos relacionados a características sociodemográficas, obstétricas y nutricionales.

La anemia durante el embarazo se puede evitar, existen algunos factores que forman esta patología. Estos incluyen falta o retraso en la atención prenatal, nivel de instrucción, lo que implica la impericia en los cuidados antes y durante la gestación; ser madre primeriza y estar en el segundo trimestre del embarazo. En consideración a lo anterior, y teniendo en cuenta que la anemia en la gestante es una de las principales causas de muerte materno-

neonatal, realizamos el estudio sobre el perfil epidémico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos, ubicado en la provincia del mismo nombre, mediante investigación aplicada, observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva, la muestra estuvo constituida por 206 historias clínicas de gestantes con anemia. Los resultados muestran que la prevalencia de gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos durante el periodo de estudio fue (206) 51,5%.

Las gestantes con anemia entre las características sociodemográficas en 69.9% eran jóvenes, tenían de 20 a 35 años y el 64.6% eran convivientes.

Dentro de las características obstétricas se encontró que el 79,1% recibieron una atención prenatal adecuada, el 65,0% no tenían periodo intergenésico, el 51,5% iniciaron su 1ª atención prenatal antes de las 12 semanas, el 33,5% fueron nulíparas.

Entre las características nutricionales de las gestantes con anemia se determinó el 96,1% de gestantes tuvieron suplementación de hierro, 60,7% con ganancia de peso menor de 11,5kg, el 59,7% con IMC con peso dentro del rango normal.

En relación de las características sociodemográficas con los niveles de anemia, se evidencio que el 62,6% presento anemia leve y tenían de 20 a 35 años, el 64,6% eran convivientes, el 48,5% tenían nivel de instrucción secundaria, 67,0% amas de casa, 53,9% de procedencia urbana.

Así mismo, en relación a las características obstétricas, se evidencio que la anemia leve fue alta en gestantes en 29,1% eran nulíparas, el 57,3% eran gestantes sin periodo intergenésico, el 46,6% iniciaron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas, y el 71,4% contaban con una atención prenatal adecuada.

Según las características nutricionales, la anemia leve fue alta en gestantes con IMC de 18.5 a 24,9 kg/m² 59,7% en 52,9%, gestantes con ganancia de peso menor a 11,5 kg en 56,3%, gestantes que recibieron suplementación de hierro 86,9%. ($P>0.05$).

El perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos, muestra que el 90.3 % (186) presentaron anemia leve, 69,9% (144) tenían 20 a 35 años de edad, 69,4% (143) eran convivientes, 53,9% (111) tenían nivel de instrucción secundaria, 74,3% (153) eran amas de casa, 58,7% (121) eran de procedencia urbana. 33,5% (69) eran nulíparas, 65% (134) eran primíparas, 51,5% (106) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas, 79,1% (163) tuvieron atención prenatal adecuada. 59,7% (123) tenían IMC normal, 60,7% (125) ganaron peso menor a 11.5 kg, 96,1% (198) recibieron suplementación con hierro.

Esperamos que los resultados alcanzados permitan contribuir en las decisiones convenientes en las acciones preventivo, promocionales sobre la anemia en gestantes en establecimientos de salud de zonas rurales, y que sirvan de base para otros trabajos de investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia es considerada un problema de salud pública, lo padecen en el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, millones de personas sin distinción de edades.³

Alrededor del 24,8% de la población sufre de anemia, con la mayor prevalencia entre los niños en edad preescolar, seguido de las mujeres embarazadas con un 30,2%. ⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el nivel de hemoglobina (Hb) debe ser inferior a 11 g/dl para estar anémica durante el embarazo. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), por otro lado, tiene diferentes límites inferiores según el trimestre. considerando anemia en el embarazo cuando la Hb es menor a 10,5 g/dL y Hto menor al 32% en el segundo trimestre, y Hb menor a 11 g/dL y/o Hto menor a 33% en el 1er y 3er trimestre . ³

La anemia es una de las patologías más comunes, por lo que con el paso del tiempo se considera uno de los mayores problemas de salud pública que afecta a una parte importante de la población mundial.

La anemia en Perú es un problema muy antiguo considerando que tres de cada diez mujeres embarazadas (29,6%) en el Perú tienen anemia. Por lugar de residencia, Lima metropolitana es la zona con más gestantes anémicas con un 23,1%, seguida de la selva con un 22,9% y la sierra y resto de la costa con un 18,9%. (ENDES, 2017),

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el año 2020 el Instituto Nacional de Salud en la región Ayacucho, reportó 2286 casos de anemia en gestantes que equivale el 1,5%. En el año 2021 en la provincia de Huanca Sancos se encontró 14 casos de anemia leve y 10 casos de anemia moderada, así mismo el porcentaje de gestantes con anemia de 20,2% en el 2019, ha disminuido a un 19,5% en el 2020, representando una disminución del 0.7%; esta propensión es similar en las otras provincias. ⁽⁴⁾ La anemia durante el embarazo genera diferentes consecuencias no deseados en el proceso de gestación ocasionando afecciones diversas en la salud del binomio madre hijo; es de especial consideración que en el feto condiciona riesgos de retardo en el crecimiento, en enfermedades graves, ceguera, deterioros espinales y cerebrales, y en un futuro bajo rendimiento cognitivo.⁵

Se identifican algunos factores asociados a este padecimiento durante el embarazo, tales como: el bajo nivel socioeconómico, índice de masa corporal (IMC), bajo peso pre gestacional, paridad, alimentación deficiente, inadecuada suplementación con hierro, falta de orientación nutricional, están relacionados directa o indirectamente con las reservas de hierro corporal de las pacientes.

Otros factores, como el control prenatal insuficiente y la disfunción familiar, se relacionaron con el nivel de desarrollo social, psicológico y económico de la comunidad .⁶

En este contexto la provincia de Huanca Sancos está ubicada al sur oeste del departamento de Ayacucho, a una altitud de 3422 msnm; sus límites provinciales están representados por el Noreste con Víctor Fajardo, al Sur con Lucanas; al Oeste limita con el departamento de Huancavelica, tiene una población de 8409 habitantes, de los cuales hay 1858 mujeres en edad fértil.⁷

Durante el año 2021 en la provincia de Huanca Sancos, según el informe estadístico del C.S. Huanca Sancos la prevalencia de anemia en gestantes fue el 12,6% en las distintas

localidades de la provincia de Huanca Sancos, donde escasamente se ha documentado sobre la frecuencia de las gestantes con anemia y sus características clínicas, perfil epidemiológico de esta población, que permitan identificar las características sociodemográficas, características obstétricas, características nutricionales, de las gestantes con anemia, todo ello puede contribuir a planificar estrategias que permitan participar en la promoción y prevención primaria de la salud materna perinatal en una zona alto andina con características muy peculiares, con población de mujeres en pobreza y pobreza extrema que demandan atención de parte de las autoridades sanitarias. Por la situación problemática la formulación del problema fue el siguiente.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos, 2011 – 2021?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

¿Cuál fue la prevalencia de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud?

- ¿Cuáles fueron las características sociodemográficas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud?
- ¿Cuáles fueron las características obstétricas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud?
- ¿Cuáles fueron las características nutricionales de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud?
- ¿Cuál fue la relación de las características sociodemográficas, obstétricas y

nutricionales con los niveles de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. GENERALES

- Caracterizar el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos, 2011 – 2021.

1.4.2. ESPECIFICOS:

- Determinar la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud.
- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud.
- Describir las características nutricionales de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud.
- Relacionar las características sociodemográficas, obstétricas y nutricionales con los niveles de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Guapulema N, Belen L. (Ecuador, 2021) en la investigación sobre **“Déficit del autocuidado y su relación con factores sociales, culturales y de salud en gestantes con anemia ferropénica”**, demostró que el 66% tiene anemia ferropénica leve, el 58% tenían entre 20 a 30 años, el 26 % son desocupadas, el 39% están en el primer trimestre de gestación, 53% reportan 1 a 2 controles prenatales; cabe destacar que el 82% afirmaron temor al consumo de suplementos por dogma del efecto dañino en su hijo; concluyen que la disminución del autocuidado está condicionada con la adherencia al suplemento con un 87%.⁽⁸⁾

Lie et al (Cuba, 2020) sobre **“La anemia en gestantes y su relación con factores de riesgo”**, encontraron que el 16.66% de gestantes con anemia tenían edades de 25 a 29 años, 22.22% fueron secundíparas, coincidiendo este porcentaje con las que tuvieron periodo intergenésico corto, 36.11% presentaron bajo peso en el tercer trimestre del embarazo, el 47.22% diagnosticaron anemia ferropénica leve.⁽⁹⁾

Rincón D. et al (Colombia, 2018) acerca de **“prevalencia y factores sociodemográficos asociados a anemia ferropénica en mujeres gestantes de Colombia”**, demostró en cuanto a los factores sociodemográficos que presentaron mayor prevalencia para anemia se encontró que el 19,4% de gestantes no tienen ningún grado de escolaridad, el 12,7% son mujeres con menores ingresos económicos, igualmente se observó que las gestantes que residen en áreas rurales presentan un 12,1% de prevalencia para anemia ferropénica.⁽¹⁰⁾

Chávez y Castillo (Huancayo, 2021) referente al “**Perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo, Junín 2021.** Determinaron la mayor prevalencia de las características epidemiológicas, destacando que 70 (54%) cuentan con educación secundaria, 71 (55) tuvieron estado civil de convivientes, 81 (62.8%) refirieron peso normal y 38 (29.5%) mostraron sobrepeso; también se encontró que 40 (31%) fueron nulíparas, 67 (51.9%) tuvieron periodo intergenésico normal, 24 (18.6%) contaron con periodo intergenésico corto; por otro lado, se encontró que 46 (35.7%) realizaron su primera atención prenatal antes de cumplir 14 semanas de gestación, 65 (50.4%) demostraron menos de 6 APN. Se destaca que 50 (38.8%) diagnosticaron anemia moderada y 79 (61.2%) anemia leve; todas las gestantes (129) tomaron sulfato ferroso + ácido fólico. ⁽¹¹⁾

Sierra E. (La oroya, 2021) acerca de “**prevalencia y factores epidemiológicos asociados a la anemia en gestante del centro de salud la oroya, Yauli 2020**”, mostró la prevalencia de anemia en gestantes fue del 34,81%, de los factores sociodemográficos y gineco obstétricos se encontró que el 36,4% tenían de 20 a 24 años de edad, el 32,7% tenía un nivel de instrucción secundaria, el 80% eran convivientes, el 14,5% eran multíparas y el 12,7% tenían periodo intergenésico corto. ⁽¹²⁾

Silva A. (Cajamarca, 2019) con respecto a los “**factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantiles baños del inca durante el año 2019**” mostró que hay 36.4% de prevalencia de anemia, de ellas 95.3% fue anemia leve y 4.7% moderada. Asimismo, se demostró asociación estadística significativa ($p < 0,05$) entre los factores como: nivel de instrucción, procedencia, suplementación con sulfato ferroso y la cantidad de exámenes prenatales con la anemia en gestantes. La estadística inferencial implicó una prueba de regresión, demostrando asociación entre el nivel educativo primaria ($RP=0,52$), secundaria ($RP=0,29$), superior ($RP=0,13$), procedencia urbana ($RP=0,58$) y el consumo de suplemento con hierro ($RP=0.62$). La regresión múltiple, confirma la correlación con el grado de instrucción. ⁽¹³⁾

Ortiz Y. (Perú, 2017) en su trabajo: **“factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas”**, reportó que las embarazadas que cuentan con nivel de instrucción superior tienen menor probabilidad de padecer anemia, al inicio del control prenatal en el segundo trimestre se eleva la prevalencia de padecer anemia, mientras que las gestantes que tienen más hijos tienen menos posibilidad de presentar anemia durante el embarazo. ⁽¹⁴⁾

Quispe D., Yrrazabal R., (Perú, 2017) investigaron el **“perfil epidemiológico de gestantes con anemia en el distrito de Ascensión, Enero – Junio 2017”** dentro de las características sociales encontraron que el 84.1% de gestantes en estudio tenían de 16 a 35 años, 60.7% de ellas son convivientes, 38% del total alcanzó la educación superior, las embarazadas empezaron sus controles prenatales previas a las 12 semanas, un hallazgo importante fue que el 79.7% de ellas afirmaron consumir suplementos de hierro, contrastando con el 40% que no consumen ningún suplemento que realizaban sus controles prenatales después de las 27 semanas. Respecto a las particularidades biológicas; se encontró que el 63.6% mostraron Índice de masa corporal (IMC) pregestacional normal, también se destaca que más del 50% no tuvieron partos anteriormente. ⁽¹⁵⁾

Abanto M., Salcedo D., Mercedes T. (Chota, 2017) en la tesis titulada, **“Anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes. Centro de Salud Patrona de chota 2017”**. Identificaron los factores de riesgo con una muestra 408 gestantes. Demostraron que las gestantes menores de 19 años tuvieron mayor peligro de mostrar anemia en comparación a las mayores de 20 años, también encontraron que aquellas gestantes con más de 28 semanas exhibieron 3,1 veces más riesgo de tener anemia en relación a las que se encontraban en el primer y segundo trimestre de embarazo; asimismo, las embarazadas con bajo peso tuvieron 1,6 veces más peligro de presentar anemia que

las de peso normal, sobre peso y obesidad. Gestantes con nivel educativo de secundaria y superior mostraron menor riesgo de anemia en relación a las de bajo nivel de educación (analfabeta y primaria); también, se demostró que la zona de residencia rural muestra 2 veces más riesgo para tener anemia en comparación a la zona urbana. ⁽¹⁶⁾

Llacta h, Cortes O, (Huancayo-2020) en la investigación **“factores sociodemográficos relacionados a la anemia en gestantes atendidas en el centro de salud “La Libertad” de Huancayo 2019”**: En relación con los factores sociodemográficos se demostró que el estado civil está asociado a la anemia ($p=0.049$); otros factores como el nivel de instrucción, la edad, ocupación y zona de procedencia no mostraron relación con la anemia ($p>0.05$). El mayor porcentaje (68,92%) presentaron anemia leve, seguido de anemia moderada (28,38%) y anemia severa (2,70%). ⁽¹⁷⁾

Ito C. (Tacna-2019) en la tesis **“factores asociados a la anemia en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue – Tacna, Perú, 2019”** demostró significancia entre los factores sociodemográficos y obstétricos como el lugar de procedencia ($P=0,029$), grado de instrucción ($P=0,032$) y número de CPN ($P=0,015$) con la anemia. Entre los factores sociodemográficos destacan la edad materna de 27 a 59 años (49,5%), grado de instrucción secundaria (66,1%), estado civil conviviente (77,2%), procedencia rural (66,2%). En cuanto a los factores obstétricos fueron, se determinó 41,9% de nuliparidad, 70,3% no tuvieron antecedentes de abortos, 78,7% tuvo 4 a más controles pre natales. La severidad de la anemia fue 58,1% leve, 41,2% moderada y 0,7% severa. ⁽¹⁸⁾

Baldera T. (Lambayeque- 2021) en la tesis **“prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque – 2021”**: Indicó 31,6% de prevalencia de anemia, con severidad de 17,2% leve, 13,4% moderada y 1% severa. También se demostró que el 66,7% tuvieron de 20 a 34 años, 48,5% mostraron sobrepeso, 56,1% nivel de instrucción secundaria, 77,3% estado civil convivientes y amas de casa. Por otro lado, se demostró que el 40,9% fueron madres

primíparas; también se destaca que 51,5% de madres con anemia tuvieron complicaciones maternas, prevaleciendo las infecciones (25,8%) y hemorragias (13,6%). Las complicaciones fetales no mostraron significancia estadística. ⁽¹⁹⁾

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1. ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

La anemia, tiene diferentes definiciones según se trate de mujeres embarazadas o no, en las embarazadas se refiere a la concentración de hemoglobina menor a 11 g/dL, siendo mayor (12 g/dL) en no embarazadas. ⁽²⁰⁾

Este padecimiento, durante el embarazo es ocasionado por:

- a. Acrecentamiento de la demanda del hierro:** por parte de la madre y el feto.
- b. Incremento de la volemia:** durante la gestación, ocurre aumento de líquido en los vasos sanguíneos, en este caso no hay incremento equivalente de los eritrocitos.
- c. Alimentación escasa:** náuseas, fatigas, reflujo gastroesofágico, depresión, indisposición, falta de acceso a los alimentos ricos en hierro de origen animal (hierro hemínico). también se debe a una dieta basada especialmente en leche (leche de vaca y otros ≥ 24 onzas/día) y carbohidratos o una dieta vegetariana que contiene antiadherentes de hierro o antinutrientes como los fitatos.
- d. Pérdidas sanguíneas**
 - Hemorragias: Intrauterinas, perinatales, digestivas, etc.
 - Menorragia (adolescentes)
 - Infecciones parasitarias

- Epistaxis reiteradas, hematuria, hemoptisis, hemorroides sangrantes, pérdida de sangre por heces, etc.
- Uso crónico de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) y Aspirina que condicionan pérdidas patológicas de hierro a nivel digestivo. ⁽²¹⁾

2.2.2. TIPOS DE ANEMIA

Anemia gestacional:

Durante el embarazo, las mujeres tienen mayor cantidad de sangre. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. Esto a menudo se denomina anemia del embarazo y no se considera anormal a menos que el nivel sea muy bajo. ²²

Anemia ferropénica:

Durante el embarazo, el feto utiliza los glóbulos rojos de la madre para crecer y desarrollarse, especialmente durante el último trimestre del embarazo. Si tenía demasiados glóbulos rojos almacenados en su médula ósea antes del embarazo, puede utilizar estos glóbulos rojos almacenados para abastecer a su feto durante el embarazo. Las mujeres que no tienen suficientes reservas de hierro pueden desarrollar anemia por deficiencia de hierro. Es la forma más común de anemia durante el embarazo. La falta de hierro en la sangre, es la que se necesita para producir hemoglobina (la parte de la sangre que transporta oxígeno desde los pulmones a los tejidos del cuerpo). Es importante tener una buena dieta antes del embarazo para ayudar a acumular estas reservas y prevenir la anemia por deficiencia de hierro. ²²

Deficiencia de vitamina B12

La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de proteínas. La deficiencia de vitamina B12 se puede prevenir comiendo alimentos de origen animal como la leche, la carne, los huevos y las aves. Las mujeres que tienen una dieta

vegana tienen más probabilidades de sufrir deficiencia de vitamina B12. Las mujeres veganas estrictas generalmente necesitan inyección de vitamina B12 durante el embarazo.⁽²²⁾

Deficiencia de folato

El folato, también conocido como ácido fólico, es una vitamina B que funciona sinérgicamente con el hierro durante el crecimiento celular. Si no obtuvo suficiente ácido fólico durante el embarazo, es posible que tenga deficiencia de hierro porque el hierro y el ácido fólico se encuentran en el mismo grupo de alimentos. Las investigaciones muestran que el ácido fólico puede ayudar a disminuir el riesgo de tener un bebé con ciertos defectos de nacimiento en el cerebro o la médula espinal si se lo consume antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo.⁽²²⁾

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

Según el Ministerio de Salud (MINSAL-2017), la anemia clasifica en:⁽²⁴⁾

- Anemia leve (Hb de 10.0 - 10,9 g/dl)
- Anemia moderada (Hb de 7.0 – 9.9 g/dl)
- Anemia severa (Hb menor de 7.0 g/dl) (28)

Según el cuadro, cuando se saca la muestra de hemoglobina a la gestante se aplica el ajuste según la altitud ver el anexo: ver el anexo 4: Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altitud.⁽²⁴⁾

2.2.4. DIAGNÓSTICO

Según el MINSAL (2017), en su Norma técnica para medir la hemoglobina, el hematocrito y la ferritina sérica y para diagnosticar anemia, es necesario determinar la concentración de hemoglobina o hematocrito. En las instituciones de salud donde se disponga se podrá solicitar la ferritina sérica, las personas que viven o habitan en zonas altas tienen una

cantidad aumentada de hemoglobina por falta de oxígeno en la sangre, es por ello que se debe revisar el valor de hemoglobina. Dependiendo de la ubicación y la altitud .²⁴

2.2.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANEMIA EN GESTANTES:

La OMS ratifica que la anemia existe en todos los países, aunque sea leve, por lo cual es considerado un problema de salud pública; en cuanto a las gestantes para más del 80% de los países es un problema moderado o grave. ⁽²³⁾

Se estima que más del 40% de las mujeres embarazadas en el mundo sufren de anemia, y al menos en la mitad la causa principal es la deficiencia de hierro. Las mujeres embarazadas necesitan de hierro y ácido fólico para satisfacer sus necesidades dietéticas y desarrollar necesidades nutricionales fetales. La deficiencia durante el embarazo puede tener un impacto negativo en la madre, su embarazo y desarrollo fetal . ⁽²⁴⁾

La prevalencia de la anemia durante el embarazo oscila entre el 5,4 % en los Estados Unidos y más del 80 % en los países en vías de desarrollo. Dado que los requisitos de hierro aumentan significativamente durante el embarazo, la deficiencia de hierro es común durante el embarazo, y oscila entre el 7 % en el primer trimestre y el 30 % en el tercer trimestre .¹⁴

En México, la anemia fue más común entre las mujeres embarazadas (18.1%). La prevalencia entre las mujeres embarazadas urbanas parece llegar al 21,6%. En Bolivia, los indicadores que maneja el Programa Nacional de Desnutrición Cero del Ministerio de Salud muestran que 4 de cada 10 gestantes están anémicas y el 37% de las gestantes a nivel nacional presentan anemia por malos hábitos alimentarios, falta de información nutricional y pobreza . ^{(25) (26)}

En 2016, el Instituto Nacional de Salud (INS) de Perú identificaron un total de 78.453 casos de anemia en gestantes, lo que corresponde al 23,7% del total. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) presentada en 2015; en nuestro país en el año

2014, la anemia durante el embarazo seguía siendo un problema de salud, que representaba el 28,9% del total de gestantes .⁽²⁷⁾

2.2.6. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA ANEMIA

Características sociodemográficas:

- **Edad**

Es uno de los factores asociados con el parto prematuro y es más común en mujeres menores de 20 años y mayores de 34. Cuando hablamos de adolescencia, pensamos en el período de transición entre el final de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad .⁽²⁸⁾

- **Ocupación**

Empleo, carrera u oficio que desarrolla una persona, está relacionada con conocimientos, credenciales o estudios obtenidos a través de la experiencia diaria en una actividad productiva o improductiva.

- **Nivel de instrucción:**

nivel de conocimientos alcanzados. Grado académico que se ha obtenido en la educación formal. Al respecto, Cruz y Carbajal refieren que “la educación materna muestra una relación inversamente proporcional con la mortalidad y morbilidad. Según investigaciones esto explica, porque las madres de un mejor nivel académico posponen la maternidad además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo que esta variable estaba íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres .

- **Estado civil**

Cada persona está relacionada con los derechos y obligaciones de los ciudadanos. Esta variable se relaciona principalmente con el aumento en el riesgo de bajo peso

de los recién nacidos, y está estrechamente relacionado con otros factores de riesgo, como el embarazo adolescente, el tabaquismo y consumo de alcohol. El estado civil de la persona, conforme a las leyes y costumbres del país. En el caso peruano se consideran estados civiles: soltero, casado, divorciado, viudo y conviviente.

- **Procedencia**

Donde vive (rural o urbano). El origen de los individuos a menudo crea leyendas positivas y negativas sobre sus pericias y capacidades naturales o coherentes con ciertos rasgos sociales.

Características obstétricas:

- **Atención prenatal**

Es un conjunto de procedimientos de atención que consisten en entrevistas o visitas periódicas con el equipo de salud y la gestante para manejar el transcurso del embarazo y preparar adecuadamente el parto y la crianza del recién nacido para reducir los riesgos. de este proceso fisiológico .⁽²⁹⁾

- **Paridad**

Clasificación de una mujer según el número de hijos vivos y mortinatos cuya semana de gestación es mayor a 22 semanas o que pesan más de 500 g. Los embarazos múltiples se consideran como paridad:

- **Nulíparas:** mujer que no ha parido nunca.
- **primípara:** mujer que pare por primera vez
- **Multípara:** mujer que ha parido 2 o más veces.
- **Gran multípara:** mujer que ha parido 6 veces a más.

- **Periodo intergenésico**

Número de meses entre el final del último embarazo y el último período del embarazo actual.

- **Período intergenésico largo:** se considera aquellos mayores de 5 años
- **Periodo intergenésico corto:** se considera aquellos menores de 2 años.

- **Edad gestacional**

El embarazo es el período entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla en el útero de la madre.

La edad gestacional es un término general que se usa durante el embarazo para describir qué tan avanzado está el embarazo. Se mide en semanas desde el primer día del último período menstrual de una mujer (FUM) hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede durar entre 38 y 42 semanas .

Complicaciones obstétricas:

Estas complicaciones, aluden a los trastornos y interrupciones ocurridos en el proceso de gestación y todo el proceso hasta la etapa neonatal inicial.

Complicaciones obstétricas en el primer trimestre: las complicaciones más frecuentes son las hemorragias que ocurren en la primera mitad del embarazo y constituyen causas de morbi-mortalidad materna.

- **Aborto:** Se llama así a la separación o extracción del producto concepcional cuando tenga un peso de 500 gramos que ocurre generalmente entre las 22 primeras semanas de embarazo. Se consienten varias formas clínicas, según sus particularidades o etapas de progreso.
- **Embarazo ectópico:** No es normal, pero la implantación se realiza fuera de la cavidad uterina, siendo principalmente en la trompa de Falopio, aunque también se

puede encontrar en la cavidad abdominal, ovario y menos ocasionalmente en el cérvix. Su determinación y cuidado oportuno es importante pues constituye una de las causas más comunes de mortalidad materna del primer trimestre de gestación.

- **Enfermedad gestacional del trofoblasto.** La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) radica en protuberancias procedentes del trofoblasto, por lo que tienen las mismas características que el trofoblasto fisiológico, es decir: elaboración de hormonas inconfundibles de la placenta, como B-HCG entre otras, irrupción tisular y vascular y emigración a otros lugares por vía sanguínea.

Complicaciones en el segundo y tercer trimestre.

En esta sección se describe la placenta previa y el desprendimiento de placenta normo inserta, ambas patologías son causantes de morbilidad y mortalidad materna.

- **Placenta previa:**

Implantación anormal de la placenta en relación con la abertura interna del cuello uterino, cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de las 24 semanas de embarazo. Debido a que se asocia con alta paridad, cesáreas previas y legrado uterino, se propone como factor etiológico el daño endometrial .

- **Desprendimiento de placenta:**

Es la separación de la placenta que se encuentra normalmente inserta, antes del tercer estadio del parto y que ocurra luego de las 20 semanas .⁽³⁰⁾

Características nutricionales

- **Índice de masa corporal pregestacional (IMC)**

Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros, constituye un método de valoración fácil y económico para la condición de peso: bajo peso, peso saludable, sobrepeso, y obesidad.

- **Ganancia de peso:**

Peso ganado desde el inicio hasta el final del embarazo.

- **Suplementación nutricional de hierro:**

Son una serie de formulaciones de hierro que se utilizan para tratar y prevenir la anemia ferropénica. La administración preventiva de suplementos de hierro es gratuita en todos los establecimientos de salud del Perú y debe comenzar después de las 14 semanas de embarazo y en el momento del parto. Dado que las necesidades de hierro aumentan durante el embarazo, la dieta no es suficiente para cubrir estas necesidades, por lo que se recomienda suplementar con sulfato de hierro y así prevenir su deficiencia; el efecto de los suplementos nutricionales pronto se dirige a los grupos de riesgo, incluidas las mujeres embarazadas; Se recomienda un suplemento dietético con sulfato ferroso para mujeres embarazadas .

- A partir de las 14 semanas del embarazo.
- Dosis diaria de 300 mg (60 mg de hierro elemental).
- Hasta dos meses después del parto.

En casos de mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso (120 mg de hierro elemental) . ⁽²²⁾

- **Ácido fólico:**

Es una de las vitaminas del complejo B, de gran importancia antes y durante el embarazo, ya que una ingesta adecuada antes y durante las primeras semanas de gestación reduce el riesgo de defectos del tubo neural (DTN). Prescribir y proporcionar ácido fólico a todas las embarazadas en la primera consulta, durante los primeros 3 meses de embarazo. El requerimiento mínimo es de 500 microgramos por día .²²

- **Hierro y ácido fólico:**

Administración profiláctica: a partir de las 14 semanas de gestación, 60 miligramos de hierro elemental y 500 mcg de ácido fólico. Fraccionar la ingesta para prevenir gastritis y/o estreñimiento, de ser necesario .²²

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

- **Anemia Ferropénica:**

Esta es una enfermedad en la que los eritrocitos se reducen para satisfacer las necesidades del cuerpo. Los eritrocitos contienen hemoglobina, la proteína que se encarga del transporte de oxígeno desde los pulmones a todas las partes del cuerpo a través del sistema circulatorio. Cuando la cantidad de eritrocitos disminuye, la sangre pierde la capacidad de transportar oxígeno, disminuyendo la cantidad de oxígeno en los tejidos, a lo que se denomina anemia.

- **Anemia en gestantes:**

En mujeres embarazadas se define como la concentración de hemoglobina menor a 11 g/dL y para mujeres no embarazadas, menor a 12 g/dL.

- **Perfil Epidemiológico:**

Conjunto de características que causan o están asociados a la enfermedad.

- **Características sociodemográficas:**

Se refiere a aspectos personales que incluyen la edad, la ocupación, el nivel educativo, el estado civil y el origen, así como los que comprenden la estructura psicológica completa de cada persona, incluyendo aspectos fisiológicos e intelectuales, así como aspectos afectivos e impulsivos.

- **Características obstétricas:**

Se refiere a las características inherentes en una embarazada que puede estar presente en cualquier momento del embarazo que incluye la paridad, periodo intergenésico, atenciones prenatales.

- **Características nutricionales:**

El embarazo es un periodo de mayores requerimientos nutricionales, la alimentación de la madre proporciona al niño los nutrientes necesarios para su desarrollo y atiende las demandas de su propio organismo, estas características incluyen índice de masa corporal pregestacional, la ganancia de peso durante el embarazo y la suplementación con hierro y ácido fólico.

2.4. VARIABLES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

- Características sociodemográficas:
 - Edad
 - Ocupación
 - Nivel de instrucción
 - Estado civil

- Procedencia
- Características obstétricas:
 - Paridad
 - Edad gestacional del primer control
 - Periodo intergenésico
 - Atención prenatal
 - Complicaciones obstétricas
- Características nutricionales
 - Suplementación con hierro
 - Índice de masa corporal
 - Ganancia de peso

NIVELES DE ANEMIA

- Leve = 9.0 a 10.9 g/dl
- Moderada = 7.0 a <9.0
- Severa = < 7.0 g

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Aplicada

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

- Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACION

La población estuvo compuesta por 400 Historias Clínicas de gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 al 2021.

3.3.2. MUESTRA

206 historias clínicas de gestantes con diagnostico anemia.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. INCLUSIÓN

- 206 historias clínicas de gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Huanca Sancos, atendidas en el periodo de estudio.
- Historia Clínica materno perinatal completa y datos legibles.
- Historia clínica materno perinatal con diagnóstico de anemia en el embarazo lo cual se encontró en la hoja de control prenatal y confirmado con la hoja del resultado del examen de laboratorio.

3.4.2. EXCLUSIÓN

- Historias perinatales incompletas o datos ilegibles.

- Historia clínica materno perinatal que no evidencia diagnóstico de anemia durante el embarazo.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICA

- La técnica de recolección de datos fue la revisión documental.

3.5.2. INSTRUMENTO

- El instrumento fue la Historia Clínica materno perinatal (**anexo 2**) y la ficha de recolección de datos elaborado por las investigadoras (**anexo1**).

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización (anexo N°3) para realizar el presente trabajo de investigación al director del Centro de Salud de Huanca Sancos, a través de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCS de la UNSCH.
- Lograda la autorización, se procedió a la revisión de historias clínicas de las gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Huanca Sancos.
- La revisión de las Historias clínicas se realizó en los archivos de la oficina de admisión del Centro de Salud.
- Se revisaron 400 historias clínicas correspondientes al periodo 2011 al 2021, de las cuales 206 historias clínicas correspondían a gestantes con diagnóstico de anemia.
- En las Historias clínicas materno perinatales de las gestantes con anemia se determinó las características sociodemográficas, (Edad, Ocupación, Estado civil, Grado de instrucción, Procedencia), características obstétricas (paridad, Periodo Intergenésico, primera atención prenatal, Atención Prenatal), y características nutricionales (Índice de Masa Corporal, Ganancia de Peso, Suplementación de hierro).

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos recolectados y debidamente codificados se procedió a crear la base de datos en la hoja de cálculo Excel, los datos previamente revisados y controlados en calidad fueron analizados con el Software Estadístico IBM SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Science), se estructuraron las tablas de una y doble entrada, se aplicó el análisis numérico porcentual a cada una de las variables de estudio y la prueba estadística de chi cuadrado.

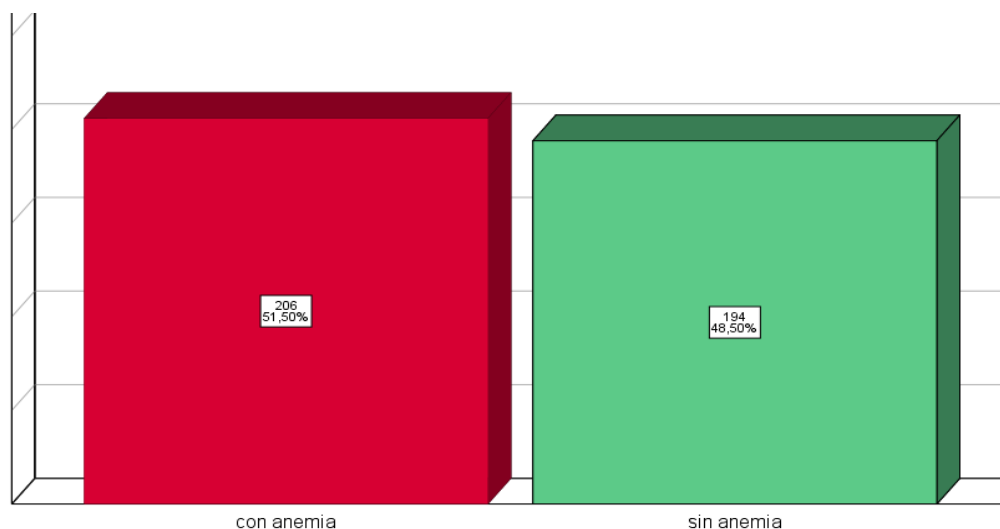
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró y se respetó en todo momento la reserva de las Historias Clínicas de las embarazadas, los datos fueron de uso exclusivo con fines de investigación, se circunscribieron solo datos vinculados al tema de estudio, exceptuando datos personales como nombres, domicilio y otros datos que podrían significar perjuicio a la integridad de las unidades de análisis.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1: Prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 – 2021



Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En el grafico 1: se observa de un total del (400) historias clínicas de gestantes, encontramos una prevalencia de 51,5% (206) de gestantes con anemia durante el embarazo. Con este resultado se concluye que el 51.5% (206) tenían la prevalencia de anemia en gestantes. Comparando nuestros resultados con los hallazgos de Sierra ¹³ quien encontró el 34,81% de prevalencia de anemia en gestantes nuestros resultados son altos. El ministerio de salud del Perú indica que la prevalencia de anemia es crucial en la salud del feto y de la madre ya que impacta negativamente; incrementa la la morbi-mortalidad materna a razón que aumenta la susceptibilidad a padecer de diversas infecciones, asimismo hay un incremento del riesgo de sangrado, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta y de placenta previa, parto pretérmino, pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer e incremento de la muerte fetal, siendo más graves a mayor severidad de la anemia. Los resultados hallados exponen que la prevalencia de anemia debe ser controlada más aún si es mayor a la considerada a nivel nacional.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 - 2021

Características sociodemográficas		N°	%
Edad	14 a 19 años	32	15,5
	20 a 35 años	144	69,9
	≥ 35 años	30	14,6
	Total	206	100,0
Estado civil	Soltera	41	19,9
	Conviviente	143	69,4
	Casada	22	10,7
	Total	206	100,0
Nivel de instrucción	Sin instrucción	1	0,5
	Primaria	41	19,9
	Secundaria	111	53,9
	Superior no universitario	37	18,0
	Superior universitario	16	7,8
	Total	206	100,0
Ocupación	Estudiante	41	19,9
	Ama de casa	153	74,3
	Independiente	7	3,4
	Empleada	5	2,4
	Total	206	100,0
Procedencia	Rural	85	41,3
	Urbana	121	58,7
	Total	206	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 1, se observa las características sociodemográficas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 – 2021. Se determina que el 69,9% (144) de las gestantes con anemia tenían entre 20 a 35 años, el 69,4% (143) gestantes eran de estado civil conviviente, el 53,9% (111) gestantes tenían nivel de instrucción secundaria, en cuanto a ocupación el 74,3% (153) eran amas de casa, el 58,7% (121) eran de procedencia urbana.

Se concluye que, en cuanto a características sociodemográficas de gestantes con anemia, el 74,3% eran amas de casa, el 69, 9% tuvieron de 20 a 35 años de edad, 69, 4% con estado civil conviviente, el 58,7% de procedencia urbana. el 53, 9% nivel de instrucción secundario.

Estos resultados son similares a los hallazgos de Sierra¹³ quien reportó que el 36,4% de gestantes con anemia tenían de 20 a 24 años de edad, el 32,7% tenía un nivel de instrucción secundaria y el 80% eran convivientes.

Ciertas características sociodemográficas influyen en la prevalencia de la anemia, en cuanto a la edad se observa que las cifras más altas corresponde a gestantes jóvenes seguida por gestantes adolescentes que todavía no han terminado su desarrollo en el aspecto físico como en lo psicológico, y no están preparadas para concebir un embarazo, la mayoría de ellas tienen estado civil inestable (convivientes), así mismo son del nivel de instrucción secundaria ya que la falta de información y conocimiento sobre la anemia contribuye al aumento de esta patología por ende, no tienen acceso a buenos servicios de salud materna. En cuanto a ocupación la mayoría son amas de casa no tienen un trabajo e ingreso económico con que sustentarse, y de procedencia urbana, Por lo tanto, son más propensas a una mala nutrición y va influir en las complicaciones del embarazo por lo que es importante conocer estos factores para prevenirla.

Tabla 2

Características obstétricas de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 - 2021

Características obstétricas		N°	%
Paridad	Nulípara	69	33,5
	Primípara	65	31,6
	Múltipara	47	22,8
	Gran múltipara	25	12,1
	Total	206	100,0
Periodo intergenésico	Corto	20	9,7
	Adecuado	23	11,2
	Largo	29	14,1
	No aplica	134	65,0
	Total	206	100,0
Primera Atención prenatal	Antes de las 12 semanas	106	51,5
	13 a 26 semanas	89	43,2
	Después de las 27 semanas	11	5,3
	Total	206	100,0
Atención Prenatal	Inadecuada	43	20,9
	Adecuada	163	79,1
	Total	206	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 2, se observa las características obstétricas de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 – 2021, determinándose que el 33,5% (69) gestantes con anemia fueron nulíparas, seguida del 31,6% (65) de primíparas, el 65.0% (134) gestantes con anemia no tenían periodo intergenésico, el 51,5% (106) gestantes con anemia tuvieron su primera Atención prenatal

antes de las 12 semanas, el 79,1% (163) gestantes con anemia tuvieron atención prenatal adecuada.

De los resultados se concluye que con relación a las características obstétricas el 79,1% recibieron la Atención prenatal adecuada, el 65,0% no tenían periodo intergenésico, el 51,5% iniciaron su 1ªatención prenatal antes de las 12 semanas, el 33,5% fueron nulíparas.

Estos resultados son similares a los hallazgos de Chávez y Castillo¹², quienes reportaron que el 31% (40) fueron nulíparas, hubo 18.6% (24) con periodo intergenésico corto, el 51.9% (67) con periodo intergenésico normal. El 35.7% (46) recibieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas de embarazo, el 50.4% (65) tuvieron menos de 6 APN durante el embarazo. El 38.8% (50) mostraron anemia moderada y el 61.2% (79) anemia leve.

Las características obstétricas de una gestante, tienen un valor significativo para instituir acciones de prevención y plan de cuidado, las gestantes con anemia con los porcentajes más altos fueron nulíparas, seguida por primíparas, gestantes sin periodo intergenésico, y a pesar de iniciar la atención prenatal temprano y mayor de 6 Atención prenatal no tienen conocimiento, no se les ha informado, siendo un factor predisponente en la gestante para que padezca anemia durante la gestación, induciendo a inseguridades elevados de aborto, amenaza de parto prematuro, bajo peso del recién nacido, rotura prematura de membranas, preeclampsia, distocia y otras complicaciones; por estas razones debe considerarse crucial en gestantes de riesgo (adolescentes nulíparas), a fin de advertir dificultades durante la gestación, parto y post parto inmediato.

Las embarazadas con anemia fueron jóvenes, con nivel educativo secundaria, estado civil convivientes, multíparas, de peso normal, con PIG normal, tenían anemia leve y recibieron tratamiento completo con sulfato ferroso.

Tabla 3

Características nutricionales de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 - 2021

Características nutricionales		Nº	%
IMC	< 18,5 kg/m ²	9	4,4
	18.5 a 24.9 kg/m ²	123	59,7
	25 a 30 kg/m ²	60	29,1
	> 30 kg/m ²	14	6,8
	Total	206	100,0
Ganancia de peso	Menor a 11.5 kg	125	60,7
	Entre 11.5 a 16.0 kg	75	36,4
	Mayor a 16.0 kg	6	2,9
	Total	206	100,0
Suplementación con hierro	Si	198	96,1
	No	8	3,9
	Total	206	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se observa las características nutricionales de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 – 2021. Determinándose que el 59,7% (123) gestantes con anemia presentaron un IMC de 18,5 a 24,9, el 60,7% (125) gestantes con anemia tuvieron ganancia de peso menor a 11,5 kg, el 96,1% (198) gestantes con anemia tuvieron suplementación complementaria de hierro.

Con este resultado se concluye en relación a las características nutricionales de las gestantes con anemia el 96,1% con suplementación de hierro, 60,7% con ganancia de peso menor de 11,5kg, el 59,7% con IMC con peso dentro del rango normal.

En relación al IMC la cifra más alta de gestantes con anemia que presentaron IMC pregestacional normal, Los resultados son similares a los hallazgos de Abanto y Salcedo M.²⁵ quienes concluyeron que las embarazadas que tenían un peso bajo tuvieron 1,6 veces más riesgo de padecer anemia en relación a quienes tenían peso normal, sobre peso y obesidad. En lo referente al IMC pre gestacional, se encontró que la mayoría de gestantes tenía un IMC pre gestacional normal.

En cuanto a la ganancia de peso se encontró en altas cifras <11.5kg de incremento de peso lo cual es menor del parámetro adecuado y esto compromete en el desarrollo fetal, y amenazan la salud y la vida de la madre y del recién nacido, es primariamente consecuencia del balance entre los requerimientos, y el consumo de energía alimentaría y otros nutrimentos esenciales, de suma importancia cuando hay procesos fisiológicos que involucran crecimiento y desarrollo; el embarazo es una etapa crítica en la vida, considerando que la salud de la madre influye sobre la de su hijo.

Se evidencia que el estado nutricional de la madre antes del embarazo y el aumento de peso durante el embarazo tienen una gran influencia en el peso del niño al nacer, la alta incidencia de bajo peso al nacer, aumento en la tasa de mortalidad neonatal, retardo del crecimiento y peligro de déficit psicomotor.

Las gestantes sin suplementación de hierro tienen mayor tendencia de padecer anemia. La estrategia del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú 2017, indica administración de sulfato ferroso 600 mg más ácido fólico 400 µg, a partir de las 14 semanas de embarazo y durante el posparto, sin embargo, según este estudio se observa que las gestantes con anemia recibieron la suplementación de hierro está en un alto porcentaje.

Tabla 4

Características sociodemográficas en relación con el nivel de anemia de las gestantes atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011-2021.

Características sociodemográficas		Nivel de anemia								Chi cuadrado
		Leve		Moderada		Severa		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad	14 a 19 años	27	13,1	5	2,4	0	0,0	32	15,5	$X^2c=5.103$ $P > 0.05$
	20 a 35 años	129	62,6	14	6,8	1	0,5	144	69,9	
	≥ 35 años	30	14,6	0	0,0	0	0,0	30	14,6	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Estado civil	Soltera	33	16,0	7	3,4	1	0,5	41	19,9	$X^2c=8.089$ $P > 0.05$
	Conviviente	133	64,6	10	4,9	0	0,0	143	69,4	
	Casada	20	9,7	2	1,0	0	0,0	22	10,7	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Nivel de instrucción	Sin instrucción	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	$X^2c=0.996$ $P > 0.05$
	Primaria	37	18,0	4	1,9	0	0,0	41	19,9	
	Secundaria	100	48,5	10	4,9	1	0,5	111	53,9	
	Superior universitario no	33	16,0	4	1,9	0	0,0	37	18,0	
	Superior universitario	15	7,3	1	0,5	0	0,0	16	7,8	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Ocupación	Estudiante	37	18,0	4	1,9	0	0,0	41	19,9	$X^2c=1.76$ $P > 0.05$
	Ama de casa	138	67,0	14	6,8	1	0,5	153	74,3	
	Independiente	7	3,4	0	0,0	0	0,0	7	3,4	
	Empleada	4	1,9	1	0,5	0	0,0	5	2,4	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Procedencia	Rural	75	36,4	10	4,9	0	0,0	85	41,3	$X^2c=1.784$ $P > 0.05$
	Urbano	111	53,9	9	4,4	1	0,5	121	58,7	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 4, se observa las características sociodemográficas en relación con el nivel de anemia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 – 2021. En la investigación consideramos los valores de la: anemia leve=9.0 a 10.9 g/dl, anemia moderada=7.0 a 9.0 g/dl, anemia severa= $\leq$ 7.0 g/dl. Establecido por (MINSA, 2017) observamos que del 69,9%, (144) de gestantes que tenían entre 20 a 35 años el 62,6% (129) presentaron anemia leve; según el estado civil del 69,4% (143) del total de gestantes con estado civil conviviente el 64,6% (133) presentaron anemia leve; en cuanto al nivel de instrucción del 53,9%(111) del total de gestantes con nivel de instrucción secundaria el 48,5% (100) presentaron anemia leve; en cuanto a la ocupación del 74,3% (153) eran amas de casa el 67,0% (138) presentaron anemia leve; y en cuanto a la procedencia, el 58,7% (121) del total de gestantes con procedencia urbana, el 53,9% presentaron anemia leve y el 4,4% (9) anemia moderada.

De los resultados concluimos que, las características sociodemográficas en relación con los niveles de anemia, presentaron anemia leve 62,6 % de gestantes con edades entre 20 a 35 años, 64,6 % con estado civil conviviente, 48,5 % de nivel de instrucción secundaria, 67,0% (138) amas de casa, 53,9% de procedencia urbana. Sometidos a los resultados chi-cuadrado ninguna de las características sociodemográficas es dependiente o están relacionados con el nivel anemia ($P>0.05$).

Estos resultados encontrados son similares con los hallazgos de Guapulema⁹. En sus resultados reporta en relación a la edad muestran que la edad de las gestantes se encuentra con un 58% entre los 20 a 30 años y el 66% tiene anemia ferropénica leve.

Hallazgos similares encontramos en el estudio de Chávez y Castillo¹² En sus resultados reporta en relación al estado civil que el 55% (71) de gestantes con anemia eran convivientes, Quispe e Yrrazabal¹⁶ en cuanto a las características sociales se encontró que el 84.1% de gestantes, en su estudio el 38% del total alcanzó la educación superior del

mismo modo los resultados encontrados de Chávez y castillo¹² encontró en su estudio la mayor prevalencia de las características epidemiológicas fueron el 54% (70) tuvieron educación secundaria. Así mismo Ortiz ⁽¹⁵⁾ en cuanto a los factores sociodemográficos, las gestantes con un nivel educativo superior tienen menor probabilidad de presentar anemia. Sin embargo, en nuestro estudio se encontró mayor prevalencia de anemia leve en gestantes con nivel de instrucción secundaria.

También encontramos similitud con Llacta³² donde en sus resultados reporta dentro procedencia no tuvieron relación con la anemia gestante obteniendo como resultado un $p > 0.05$. en cambio, Silva¹⁴ en sus resultados reporta dentro de los factores sociodemográficos el 70.59% de gestantes con anemia estudiadas eran de procedencia rural.

En este sentido, la presente investigación nos muestra un alto porcentaje de gestantes con anemia leve que tuvieron edades entre 20 a 35 años, Probablemente esta mayor proporción se deba a la mayor proporción de gestantes jóvenes que habitualmente se atienden en el establecimiento de salud; y también esta patología muchas veces dependerá del tipo de alimentación y hábitos nutricionales que practique la gestante.

Al analizar la prevalencia de anemia en gestantes según su estado civil se puede observar que el mayor porcentaje fueron aquellas que eran conviviente lo que demuestra que la mayoría de gestantes no optan por casarse debido a que hay una inestabilidad de pareja y prefieren la convivencia.

El nivel de instrucción es un factor de influencia positiva para una adecuada comprensión de las acciones en educación para la salud. comúnmente esperamos que las personas con una mejor educación tengan menos problemas de salud ya que adoptan nuevos comportamientos o tienen un mayor autocuidado de la salud; este aspecto no se observa en este estudio, probablemente porque las intervenciones sanitarias desde el punto de vista preventivo son poco efectivas; por lo cual es necesario que el sector salud aproveche

esta oportunidad para adecuar sus estrategias comunicacionales a este grupo etario haciendo más efectivas sus intervenciones en la promoción de la salud, salud familiar, comunitaria y que contribuya al bienestar de la salud materna y los accesos a los servicios de salud.

En cuanto a ocupación nuestros resultados con mayor porcentaje de anemia leve fueron gestantes amas de casa, es debido al embarazo y la oportunidad laboral escasa en Huanca Sancos, y fueron las que se atendieron en mayor población en el periodo de estudio.

En cuanto a la procedencia en nuestros resultados demuestran que el alto porcentaje de anemia leve corresponde a gestantes de procedencia urbana, posiblemente porque la mayoría vive en ella y a pesar de tener esta ventaja presentan anemia leve se puede deber a las costumbres, creencias y hábitos de alimentación de cada gestante, donde predomina la mayor ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, alimentos procesados, pero con poco valor nutricional.

Tabla 5

Características obstétricas en relación con el nivel de anemia en gestantes atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 – 2021

Características obstétricas		Nivel de anemia								Chi cuadrado
		Leve		Moderada		Severa		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Paridad	Nulípara	60	29,1	9	4,4	0	0,0	69	33,5	$X^2c=1.767$ $P > 0.05$
	Primípara	58	28,2	7	3,4	0	0,0	65	31,6	
	Múltipara	44	21,4	2	1,0	1	0,5	47	22,8	
	Gran múltipara	24	11,7	1	0,5	0	0,0	25	12,1	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Periodo intergenésico	Corto	19	9,2	0	0,0	1	0,5	20	9,7	$X^2c=14.742$ $P > 0.05$
	Adecuado	23	11,2	0	0,0	0	0,0	23	11,2	
	Largo	26	12,6	3	1,5	0	0,0	29	14,1	
	No aplica	118	57,3	16	7,8	0	0,0	134	65,0	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Primera Atención Prenatal	Antes de las 12 semanas	96	46,6	9	4,4	1	0,5	106	51,5	$X^2c=2.549$ $P > 0.05$
	13 a 26 semanas	79	38,3	10	4,9	0	0,0	89	43,2	
	Después de las 27 semanas	11	5,3	0	0,0	0	0,0	11	5,3	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Atención Prenatal	< Inadecuado	39	18,9	4	1,9	0	0,0	43	20,9	$X^2c=0.265$ $P > 0.05$
	> Adecuado	147	71,4	15	7,3	1	0,5	163	79,1	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 5, se observa las características obstétricas en relación con el nivel de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos en el periodo 2011 – 2021, según la paridad fueron las gestantes nulíparas que presentaron anemia leve en 29.1% (60), según el periodo intergenésico fueron las gestantes sin periodo intergenésico que presentaron anemia leve en 57,3%(118), en cuanto a la primera atención prenatal fueron las gestantes que iniciaron su APN antes de las 12 semanas que presentaron anemia leve en 46.6% (96), en cuanto a la atención prenatal fueron las gestantes con atención prenatal adecuada que presentaron anemia en 71.4% (147).

De los resultados concluimos que la relación de las características obstétricas con los niveles de anemia muestra que presentaron altos porcentajes de anemia leve gestantes nulíparas en 29.1%, gestantes sin periodo intergenésico en 57,3%, gestantes que iniciaron su APN antes de las 12 semanas en 46.6% (96), y gestantes con atención prenatal adecuada en 71.4% (147). Sin diferencia estadística significativa, ($P>0.05$).

Resultados encontrados son similares con los hallazgos de Lie et al¹⁰ quien reporta dentro de los factores obstétricos que existe una alta frecuencia del 22.22% de anemia en segundigestas y en gestantes con periodo intergenésico corto. Asimismo, se encuentra resultados similares en la investigación de Chávez y Castillo¹² en sus resultados reporta dentro de los factores obstétricos que existe una alta frecuencia del 35.7% (46) que tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. Del mismo modo Silva¹⁴ en su investigación reporta dentro de los factores obstétricos el número de controles prenatales tienen asociación significativamente estadística ($p<0,05$) a la anemia en gestantes. Mientras que Ortiz¹⁵ reportó que el inicio de la atención prenatal en el segundo trimestre tiene asociación significativa con la presencia de anemia en gestantes. Asimismo, Quispe reportó que el 40% de gestantes con anemia inicio su primera atención prenatal después de las 27 semanas.

Entre las variables anemia y paridad de las gestantes, lo que significa que independientemente de la paridad (primípara, multípara, gran multípara) que tenga la embarazada no necesariamente es un factor para presentar algún grado de anemia.

El Ministerio de Salud recomienda el inicio de la atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación para una atención integral que disminuya los riesgos durante el embarazo, como se observa en los resultados la mayor prevalencia de anemia son gestantes que acudieron después de las 27 semanas; esto indica que la mayoría de gestantes no fueron captadas oportunamente y probablemente esta situación tenga relación con la presencia de anemia en este grupo por diferentes circunstancias que merecen ser investigadas en otro estudio.

Como se recomienda en las normas sanitarias peruanas, el número de atenciones prenatales adecuado durante el embarazo es de 6 APN, lo que es un buen indicador a fin de fortalecer las acciones de prevención secundaria, realizando el tamizaje para la detección y tratamiento oportuno de la anemia con el fin de evitar el agravamiento de esta. En la atención prenatal reenfocada es importante incidir una buena orientación y consejería en nutrición saludable y el involucramiento familiar para ayudar a la gestante a tener una nutrición adecuada, cumpliendo las recomendaciones sanitarias que ayudaran a minimizar las complicaciones que pueda ocasionar la anemia.

Tabla 6

Características nutricionales en relación con el nivel de anemia de las gestantes atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 - 2021

Características nutricionales		Nivel de anemia								Chi cuadrado
		Leve		Moderada		Severa		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
IMC	<18.5 kg/m2	8	3,9	1	0,5	0	0,0	9	4,4	$X^2c=1.554$ $P > 0.05$
Pregestacional	18.5 a 24.9 kg/m2	109	52,9	13	6,3	1	0,5	123	59,7	
	25 a 30 kg/m2	56	27,2	4	1,9	0	0,0	60	29,1	
	>30kg/m2	13	6,3	1	0,5	0	0,0	14	6,8	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Ganancia de peso	Menor a 11.5 kg	116	56,3	8	3,9	1	0,5	125	60,7	$X^2c=5,045$ $P > 0.05$
	Entre 11.5 a 16.0 kg	64	31,1	11	5,3	0	0,0	75	36,4	
	Mayor a 16.0 kg	6	2,9	0	0,0	0	0,0	6	2,9	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	
Suplementación con hierro	Si	179	86,9	18	8,7	1	0,5	198	96,1	$X^2c=0,144$ $P > 0.05$
	No	7	3,4	1	0,5	0	0,0	8	3,9	
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0	

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 6, se observa las características nutricionales en relación con el nivel de anemia de las gestantes atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 – 2021, según el IMC fueron las gestantes con peso dentro del rango normal de 18.5 a 24,9 kg/m2 59,7% que

presentaron anemia leve en 52,9% (109), según la ganancia de peso fueron las gestantes con ganancia de peso menor a 11,5 kg que presentaron anemia leve en 56,3% (116), en cuanto a la suplementación de hierro fueron las gestantes que recibieron suplementación con hierro que presentaron anemia leve en 86,9% (179).

De los resultados concluimos que las características nutricionales en relación con el nivel de anemia de las gestantes demostraron que la frecuencia de la anemia leve fue alta en gestantes con IMC de 18.5 a 24,9 kg/m² 59,7% en 52,9%, gestantes con ganancia de peso menor a 11,5 kg en 56,3%, gestantes que recibieron suplementación de hierro 86,9%. Sometidos los resultados a la prueba chi-cuadrado se halló sin diferencia estadística significativa, ($P>0.05$).

Los resultados encontrados son similares con los hallazgos de Quispe¹⁶ sus resultados reporta dentro de los factores nutricionales que 98.1% (34) gestantes con anemia presentaron IMC normal al inicio del embarazo. Del mismo modo los hallazgos encontrados son similares a la investigación de Guapulema⁹, en sus resultados reporta que el 82% de gestantes con anemia tienen miedo de tomar el suplemento; del mismo modo está relacionada a la adherencia al suplemento con un 87%. Por otro lado, Lie et al en Cuba¹⁰ reportó que hubo predominio de gestantes con anemia siendo la prevalencia de 36,11% en aquellas que tenían bajo peso. Igualmente, Silva¹⁴ encontró similares hallazgos, donde reportó que la suplementación con sulfato ferroso tiene asociación significativa con la prevalencia de anemia ($RP = 0.62$). por otro lado, Quispe D¹⁶ reportó que el 40% de gestantes con anemia no consume ningún suplemento de hierro.

Para el diagnóstico del estado nutricional se utiliza el cálculo del índice de masa corporal (IMC), siendo esta un indicador importante de salud fetal donde se evidencia una estrecha relación con el crecimiento del feto y el peso del recién nacido. La evaluación de la ganancia de peso materno es una evaluación que se realizan en el control prenatal en los diferentes niveles de atención, teniendo en cuenta la Norma Técnica de Salud para la

atención integral de salud materna. Sabemos que, si en el curso del embarazo la ganancia de peso es exagerada o insuficiente, se la relaciona con resultados perinatales adversos.

La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario.

Las mujeres que durante el embarazo tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada, presentan una mejor evolución gestacional y del parto.

Las mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de complicaciones maternas.

Se ha evidenciado que las concentraciones bajas de hemoglobina que indican anemia moderada o grave durante el embarazo vienen asociadas a un mayor riesgo de parto prematuro, mortalidad materno infantil y enfermedades infecciosas. La anemia ferropénica puede afectar al crecimiento y el desarrollo, tanto en la etapa intrauterina como a largo plazo.

Tabla 7

Perfil epidemiológico de gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos. 2011 – 2021

		Nivel de anemia							
		Leve		Moderada		Severa		Total	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	20 a 35 años	129	62,6	14	6,8	1	0,5	144	69,9
Estado civil	Conviviente	133	64,6	10	4,9	0	0,0	143	69,4
Nivel de instrucción	Secundaria	100	48,5	10	4,9	1	0,5	111	53,9
Ocupación	Ama de casa	138	67,0	14	6,8	1	0,5	153	74,3
Procedencia	Urbano	111	53,9	9	4,4	1	0,5	121	58,7
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0
CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS									
Paridad	Nulípara	60	29,1	9	4,4	0	0,0	69	33,5
Periodo intergenésico	No aplica	118	57,3	16	7,8	0	0,0	134	65,0
Primera atención prenatal	Antes de las 12 semanas	96	46,6	9	4,4	1	0,5	106	51,5
Atención prenatal	adecuada	147	71,4	15	7,3	1	0,5	163	79,1
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0
CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES									
IMC pregestacional	18.5 a 24.9 kg/m2	109	52,9	13	6,3	1	0,5	123	59,7
Ganancia de peso	Menor a 11.5 kg	116	56,3	8	3,9	1	0,5	125	60,7
Suplementación con hierro	Si	179	86,9	18	8,7	1	0,5	198	96,1
	Total	186	90,3	19	9,2	1	0,5	206	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 7, se observa el perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos, determinándose que el 90.3 % (186) mujeres gestantes presentaron anemia leve, de las cuales 69,9% (144) tenían 20 a 35 años de edad, 69,4% (143) fueron convivientes, 53.9(111) tienen nivel de instrucción secundaria, el 74,3% (153) eran amas de casa, 58,7% (121) son de procedencia urbana. 33,5% (69) eran nulíparas, 65% (134) gestantes sin periodo intergenésico, 51,5% (106) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas, 79,1% (163) tuvieron atención prenatal adecuada, 59,7% (123) tenían IMC pregestacional con peso dentro del rango normal, el 60,7% (125) ganaron peso menor de 11.5 kg 96,1% (198) recibieron suplementación con hierro,

Con este resultado se concluye El perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos, muestra que el 90.3 % (186) presentaron anemia leve, 69,9% (144) tenían 20 a 35 años de edad, 69,4% (143) eran convivientes, 53.9(111) tenían nivel de instrucción secundaria, 74,3% (153) eran ama de casa, 58,7% (121) eran de procedencia urbana. 33,5% (69) eran nulíparas, 65% (134) eran primíparas, 51,5% (106) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas, 79,1% (163) tuvieron atención prenatal adecuada. 59,7% (123) tenían IMC normal, 60,7% (125) ganaron peso menor a 11.5 kg, 96,1% (198) recibieron suplementación con hierro.

Estos resultados confirman que las mujeres de áreas rurales, con bajos niveles de instrucción y escasos recursos económicos padecen de anemia durante el embarazo, es importante señalar que en el estudio los casos de anemia moderada y severa han sido bajos, estos hallazgos están relacionados con el inicio de la atención prenatal antes de las 1 semanas, la atención prenatal completa y la suplementación de hierro, IMC pregestacional con peso dentro del rango normal, gestantes sin periodo intergenésico ya que cuando tienen periodo intergenésico corto pueda que no lleguen a recuperar la hemoglobina y están susceptibles a padecer de anemia

La anemia en Huanca Sancos es un problema de salud que puede acarrear complicaciones tanto en la madre y el feto, por lo cual es importante prevenirlo, y tratarlo lo más oportunamente evitando así las consecuencias negativas en la salud materno fetal, las gestantes presentaron en alto porcentaje la anemia leve, según nuestro resultado está relacionado al aumento de peso menor de 11kg, podría ser que a veces suelen consumir sus alimentos solo dos veces al día muchas de ellas priorizan su dedicación a la ganadería y agricultura a falta de sensibilización, información acerca lo importante que es consumir los alimentos 5 veces al día durante el embarazo. Las principales víctimas son los niños y las mujeres en edad fértil acrecentándose en la etapa del embarazo. Se podría explicar que las gestantes muy independientemente al trabajo que desempeñan podrían cursar con anemia esto quiere decir que la ocupación no determina si una gestante pueda tener o no anemia en comparación de su estudio de Lacta³³ en su investigación. En relación con los factores sociodemográficos relacionados a la anemia después de realizar el test de χ^2 de Pearson; fue el estado civil con un $p=0.049$, los demás factores como la edad, nivel educativo, ocupación y procedencia no tuvieron relación con la anemia gestante obteniendo como resultado un $p>0.05$. Se obtuvo que la anemia leve se presenta en mayor porcentaje en las gestantes con un 68,92% seguido de la moderada 28,38% y un grupo significativo de anemia severa 2,70%.

El perfil epidemiológico de las mujeres juega un rol importante en la mayoría de las gestantes con anemia, se observa que la gran mayoría de gestantes con anemia se encuentra en el grupo etario de 20 a 35 años, Probablemente esta mayor población solo se deba a la mayor proporción de gestantes jóvenes que habitualmente se atienden en el establecimiento de salud; resultados similares a Lie et al, quien reporta en su investigación un predominio de las gestantes con anemia de 25 a 29 años (16.66%), igualmente Chávez y Castillo en su investigación reportó en relación al perfil

sociodemográfico la prevalencia de anemia en gestantes el 54% (70) tuvieron educación secundaria. El 55% (71) fueron convivientes.

La anemia leve en cuanto al estado civil fueron convivientes lo cual indica que la mayoría de parejas optan por la convivencia el cual nos abre para una futura investigación el ver de qué manera influye la pareja en las gestantes para que puedan desarrollar anemia en nuestra localidad.

Así mismo en cuanto a la paridad Ito⁽³⁵⁾ en sus resultados encontró que Los factores obstétricos fueron: nuliparidad (41,9%), lo cual está relacionado con los resultados que hemos encontrado.

En nuestro estudio en cuanto a la ocupación el mayor porcentaje de anemia leve son amas de casa, Baldera⁽³⁶⁾ en su investigación cuanto a la ocupación La prevalencia de anemia en las pacientes evaluadas fue de un 31,6 % siendo anemia leve el 17,2 %, anemia moderada el 13,4 % y anemia severa un 1 %. Se encontró que la población con mayor frecuencia de anemia fue la del grupo de edad de 20 a 34 años con un 66,7 %, las gestantes con sobrepeso (48,5 %), con instrucción secundaria con un 56,1 %, mujeres que convivían con su pareja (77,3 %) y amas de casa.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos durante el periodo de estudio fue 51,5% (206).
2. En cuanto a las características sociodemográficas de gestantes con anemia, el 74,3% eran amas de casa, el 69, 9% tuvieron de 20 a 35 años de edad, 69, 4% con estado civil conviviente, el 58,7% de procedencia urbana. el 53, 9% nivel de instrucción secundario.
3. Con relación a las características obstétricas el 79,1% recibieron la Atención prenatal adecuada, el 65,0% no tenían periodo intergenésico, el 51,5% iniciaron su 1ªatención prenatal antes de las 12 semanas, el 33,5% fueron nulíparas.
4. Entre las características nutricionales de las gestantes con anemia se determinó el 96,1% con suplementación de hierro, 60,7% con ganancia de peso menor de 11,5kg, el 59,7% con IMC con peso dentro del rango normal.
5. La relación de las características sociodemográficas con los niveles de anemia, muestra que presentaron anemia leve 62,6 % de gestantes con edades entre 20 a 35 años, 64,6 % con estado civil conviviente, 48,5 % de nivel de instrucción secundaria, 67,0% amas de casa, 53,9% de procedencia urbana. Sometidos a los resultados chi-cuadrado ninguna de las características sociodemográficas es dependiente o están relacionados con el nivel anemia ($P>0.05$).
6. La relación de las características obstétricas con los niveles de anemia muestra que presentaron altos porcentajes de anemia leve gestantes nulíparas en 29.1%, gestantes sin periodo intergenésico en 57,3%, gestantes que iniciaron su APN antes de las 12 semanas en 46.6%, y gestantes con atención prenatal adecuada en 71.4%. Sin diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

7. Las características nutricionales en relación con el nivel de anemia de las gestantes demostraron que la frecuencia de la anemia leve fue alta en gestantes con IMC de 18.5 a 24,9 kg/m² 59,7% en 52,9%, gestantes con ganancia de peso menor a 11,5 kg en 56,3%, gestantes que recibieron suplementación de hierro 86,9%. Sometidos los resultados a la prueba chi-cuadrado se halló sin diferencia estadística significativa ($P>0.05$).
8. El perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el C.S. Huanca Sancos, muestra que el 90.3 % (186) presentaron anemia leve, 69,9% (144) tenían 20 a 35 años de edad, 69,4% (143) eran convivientes, 53.9(111) tenían nivel de instrucción secundaria, 74,3% (153) eran ama de casa, 58,7% (121) eran de procedencia urbana. 33,5% (69) eran nulíparas, 65% (134) eran primíparas, 51,5% (106) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas, 79,1% (163) tuvieron atención prenatal adecuada. 59,7% (123) tenían IMC normal, 60,7% (125) ganaron peso menor a 11.5 kg, 96,1% (198) recibieron suplementación con hierro.

RECOMENDACIONES

1. Al equipo profesional de obstetricia del Centro de salud Huanca Sancos, brindar una adecuada consejería nutricional a las gestantes que presenten anemia, así misma actualización permanente del profesional en el manejo de la anemia según la norma técnica para prevención y tratamiento de la anemia para así poder disminuir la anemia leve en alto porcentaje.
2. A las gestantes seguir las indicaciones, las consejerías de nutrición, suplementación de hierro, ácido fólico y ante el diagnóstico de anemia para salvaguardar el propio embarazo, parto y el puerperio en buenas condiciones.
3. Realizar investigaciones referidas al tema de anemia en gestantes en los diferentes establecimientos de salud de la micro red de Huanca Sancos con la finalidad de identificar ampliamente el perfil epidemiológico implicados en el nivel de anemia en las gestantes, para que de esta manera se realice un riguroso seguimiento al desarrollo gestacional y brindar información oportuna y relevante con charlas y sesiones acerca de la adecuada alimentación rica en hierro a manera de prevención de la anemia.
4. Optimizar las visitas domiciliarias como estrategia para asegurar que las gestantes cumplan con la suplementación de hierro, del mismo modo incluir hábitos alimenticios saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F. Tendencias mundiales, regionales y nacionales en la concentración de hemoglobina y la prevalencia de anemia total y grave en niños y mujeres embarazadas y no embarazadas para un análisis sistemático de datos representativos de la población. 1995 - 2011. []. ; 2013.
2. Gonzales G, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2011; III(28): p. 484-91.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevalencia mundial de la anemia 1993-2005. [Online]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43894/978924159657_eng.pdf;jsessionid=491769957F27978CB879881F74B2DB35?sequence=1.
4. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud Web site. [Online].; 2022. Available from: <https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-sistema-de-informacion-del-estado-nutricional-en-%20EESS>.
5. Black MM. Integrated strategies needed to prevent iron deficiency and to promote early child development. Journal of Trace Elements in Medicine and Biology. 2012; XXVI(2-3): p. 120-3.
6. Ministerio de Salud. Suplementación y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Gestantes de la Dirección de Salud V Lima Ciudad. Resolución Directorial-Perú 2010/Ministerio de Salud. Lima. 2010; XVII(3-5-8-9).
7. INEI. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar-ENDES Lima; 2018. Publicación Instituto Nacional De Estadística E Informática. 2018.

8. Guapulema Narvaez BL. Déficit del autocuidado y su relación con factores sociales, culturales y de salud en gestantes con anemia ferropénica en el área de consulta externa, Centro de Salud de Sinchal. 2021. [Tesis de licenciatura]. La Libertad-Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021.
9. Lie Concepción E, Pérez Machado J. La anemia en gestantes y su relación con factores de riesgo. Forum Científico Virtual Cienciamayabeque. 2021.
10. Rincón-Pabón D, Gónzales Santamaria J, Uruzán-Hernández Y. Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a anemia ferropénica en mujeres gestantes de Colombia (análisis secundario de la ENSIN 2010). Nutrición Hospitalaria. 2019; XXXVI(1): p. 87-95.
11. Chavez Chino I, Castillo Cahuana C. Perfil epidemiológico de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo, Junín 2021. [Programa de segunda especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Departamento de Ciencias de la Salud; 2021.
12. Sierra Suarez EK. Prevalencia y factores epidemiológicos asociados a la anemia en gestante del centro de salud La Oroya, Yauli–2020. [Programa de seguridad especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica , Departamento de Ciencias de la Salud; 2021.
13. Silva Márquez AK. Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil Baños del Inca durante el año 2019. [Tesis para pregrado]. Cajamarca: Universidad de Cajamarca, Departamento de Medicina Humana; 2021. Report No.: 20.500.14074/4195.
14. Ortiz Montalvo YJ, Ortiz Romaní KJ, Castro Trujillo BS, Nuñez Revilla C, Rengifo Balta L. Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas. Publicación Scielo. 2019 Octubre; XVIII(56): p. 273-290.

15. Quispe Huamán D, Yrrazabal Ñahui R. Perfil epidemiológico de gestantes con anemia en el Distrito de Ascensión, enero-junio 2017. [Tesis de grado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Departamento de Ciencias de la Salud; 2017.
16. Abanto Villar V, Salcedo Vásquez M, Vásquez M. Anemia y Factores de riesgo asociados en mujeres gestantes. Centro de Salud Patrona de chota 2017. Publicación Caxamarca. 2017; XVI(2): p. 91-100.
17. Llacta Huaroc M. Factores sociodemográficos relacionados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Libertad” de Huancayo 2019. [Tesis de grado]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Medicina Humana; 2020. Report No.: 20.500.12848/1918.
18. Ito Calloapaza B. Factores asociados a la anemia en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019. [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Departamento de Ciencias de la Salud; 2019.
19. Baldera Tapia S. Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque - 2021. [Tesis de grado]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Departamento de medicina humana; 2021.
20. OMS. El Uso Clínico de la Sangre en medicina en general, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y anestesia, trauma y Quemaduras, Ginebra, Suiza. Publicación Organización Mundial de Salud. 2001.
21. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud del Perú Web site. [Online].; 2017. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.
22. STANFORD MEDICINE CHILDREN'S HEALTH. Anemia en el embarazo. Publicación stanfordchildrens. 2022.

3. OMS. Organizaciòn Mundial de la Salud. [Online].; 2019. Available from:
https://www.who.int/elena/titles/intermittent_iron_pregnancy_malaria/en/.
24. MINSA. Ministerio de Salud del Perú Web site. [Online].; 2018. Available from:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/17573-tres-de-cada-diez-gestantes-en-el-peru-tienen-anemia>.
25. Cabezas Garcia , Balderrama Cossio , Borda Gonzales , Colque Choque , Jiménez de Sanchez. Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo, en centros de salud Sarcobamba y Solomon Klein Enero 2010 - 2011. Revista Científica Ciencia Médica Scielo. 2012; XV(1): p. 11-13.
26. Moreno Salvador A. prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el hospital de ginecologia y obstetrica del IMIEM. Rev. Cient.. 2013; LXIII(1).
27. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar. Publicación ENDES Lima. 2015.
28. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Web site. [Online].; 2020. Available from:
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,los%2010%20y%2019%20a%C3%B1os>.
29. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. [Online].; s.f.. Available from:
https://www.paho.org/canada/dmdocuments/APS prenatalGuia_1.pdf.
30. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. publicación de guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. 2015.

ANEXOS



ANEXO N°1

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**



Investigación: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA. CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS, 2011-2021”

Instrucciones. El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe de 2011-2021. El llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permiten borrones, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número, datos generales, datos propios de la investigación y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad sus observaciones; en caso que exista alguna limitación para el recojo de la información, como, por ejemplo: falta de dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada o en procesos legales entre otros.

I. Datos generales:

1.1. Ficha N°: _____

1.2. Nombre del investigador de campo: _____

1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2022. Hora del llenado: ____ : ____ horas

1.4 N° de Historia Clínica: _____

II. Características sociodemográficas (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

2.1. Edad:

- a) Menor de 15 años (1)
- b) De 16 a 35 años (2)
- c) Más de 35 años (3)

2.2. Estado Civil de la gestante:

- a) Soltera (1)
- b) Conviviente (2)
- c) Casada (3)

2.3. Nivel de instrucción de la gestante:

- a) Sin instrucción (1)
- b) Primaria (2)
- c) Secundaria (3)
- d) Superior universitario (4)
- e) Superior no universitario (5)

2.4. Ocupación

- a) Ama de casa (1)
- b) Estudiante (2)
- c) Independiente (3)
- d) Empleada (4)

2.5. Procedência

- a) Urbana (1)
- b) Rural (2)

III. Características obstétricas (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

3.1. Paridad de las gestantes: Paridad

- a) Nulípara (1)
- b) Primípara (2)
- c) Multípara (3)
- d) Gran multípara (4)

3.2. Registro del periodo intergenésico de la gestante

- a) < de 2 años(1)
- b) 2 a 5 años (2)
- c) > de 5 años(3)
- d) No Aplica (4)

3.3. Semanas de gestación en la primera atención prenatal:

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

3.4. Número de atenciones prenatales en la gestante:

- a) < 6 (1)
- b) >6 (2)

IV. Estado nutricional durante el embarazo (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

4.1. Índice de masa corporal pregestacional

- a) IMC < 18,5 kg/m² (1)
- b) IMC = 18.5 a 24.9 kg/m² (2)
- c) IMC=25 a 30 kg/m² (3)
- d) IMC > 30 kg/m² (4)

4.2. Ganancia de peso

- a) Menor a 11.5Kg (1)
- b) Entre 11.5 a 16kg (2)
- c) Mayor a 16kg (3)

4.3. Suplementación con hierro y ácido fólico

- a) Si (1)
- b) No (2)

4.4. Valor de la hemoglobina

- a) Leve = 9.0 a 10.9 g/dl (1)
- b) Moderada = 7.0 a <9.0 g/dl (2)
- c) Severa = < 7.0 g/dl (3)

ANEXO: N°2





HISTORIA CLINICA DE GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA - PARTO

NOMBRES Y APELLIDOS: DANITZA CRISOSTOMO
CAHUANA

EESS: C.S. Huancá Saneos

COMUNIDAD: CALVARIO

FORMULA OBSTÉTRICA	GESTA	PARIDAD				
	2	0	0	1	0	0

FF/HCL: TRANS-708

N° AFILIACIÓN: ESSALUD SIS X N° 75369561

HISTORIA CLÍNICA GESTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ HORA: _____

FECHA: _____

ENTREGA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE BATERIA:

Hb, Hto, Factor Rh, Glucosa: (SI) (NO) _____

Consejería post test VIH: (SI) (NO) _____

E.C.Orina: (N) (A) _____

RPR: Reactivo (SI) (NO) _____ CIE-10: _____

Prueba rápida VIH: Reactiva (SI) (NO) _____

INTERCONSULTA A: _____ Firma: _____

N° APN	Fecha	Edad	Talla	Peso	P/A	T	P	F.R.	IMC
2	03/11/2020	23	156	55.160	100/60	36	94	120	22.5

Anamnesis: Aluda con resultados de laboratorio

signos y síntomas: asintomático

Examen físico: N

Mamas: 27-213

Abdomen: Glucosa-80y14

AU: 27-213

Genitales Externos: 6x1

Genitales Internos TV: 6x1

Miembros Inferiores: 6x1

Imp.Dx: Alguna creencia Moderada

CIE-10: 6x1

Dx Ganancia de Peso segun EG: 1x

ENTREGA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE BATERIA:

E.C.Orina: (N) (A) (Anormal) _____

Hb, Hto, Factor Rh, Glucosa: (SI) (NO) _____

RPR: Reactivo (SI) (NO) _____

Consejería post test VIH: (SI) (NO) _____

Prueba rápida VIH: Reactiva (SI) (NO) _____

Consejería nutricional: () N° dosis de SulfFerr: ()

INTERCONSULTA A: _____

CITA: 20.1.14 0354 Miguel Ángel Cruz Flores MD. CO. CIBILIANO CMP-54848 Firma: _____

N° APN	Fecha	Edad	Talla	Peso	P/A	T	P	F.R.	IMC
3	27.5.21	16	156	59	100/60	36	94	120	22.5

Anamnesis: Aluda con resultados de laboratorio

signos y síntomas: no

Examen físico: 27-213

Mamas: 27-213

Abdomen: 27-213

AU: 27-213

Genitales Externos: 6x1

Genitales Internos TV: 6x1

Miembros Inferiores: 6x1

Imp.Dx: Alguna creencia Moderada

CIE-10: 6x1

Dx Ganancia de Peso segun EG: 1x

Otros Dx: Alguna creencia Moderada

RP: Alguna creencia Moderada

Consejería nutricional: () N° dosis de SulfFerr: ()

INTERCONSULTA A: _____

CITA: 20.1.14 0354 Miguel Ángel Cruz Flores MD. CO. CIBILIANO CMP-54848 Firma: _____

Anexo, San Bartolomé de Capillo. Cerca Caracha. 02 horas.

PERU Ministerio de Salud FN: 10/06/97 No. HC 180123-2008

Apellidos y Nombres: Cristóforo Calvino Lima Establecimiento: C.S. Huancasancos

Establ. Origen: ☒ No aplica ☐ Referencia Código Afilación SIS: 036-2-75382561

DNI N°: 75382561 Ocupación: amo de casa Edad: 16

Dirección: Calle 3ra (Pentag) Estudios: ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Alta ☐ Superior de la U

Localidad: Caracha de B. Cof. Sector: Huancasancos Estado Civil: ☒ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Padre del Paciente Lucas Toron

Departamento: Huancavelica Provincia: Huancasancos Teléfono: 0408114 Correo electrónico:

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos:

Gestación: ☒ Aborto ☐ Parto ☐ Cesárea ☐ Muerto ☐ Viven ☐ Muerto ☐ Viven ☐ Muerto ☐ Viven ☐ Muerto ☐ Viven

0 a +3 ☐ +3 a +6 ☐ +6 a +9 ☐ +9 a +12 ☐ +12 a +15 ☐ +15 a +18 ☐ +18 a +21 ☐ +21 a +24 ☐ +24 a +27 ☐ +27 a +30 ☐ +30 a +33 ☐ +33 a +36 ☐ +36 a +39 ☐ +39 a +42 ☐ +42 a +45 ☐ +45 a +48 ☐ +48 a +51 ☐ +51 a +54 ☐ +54 a +57 ☐ +57 a +60 ☐ +60 a +63 ☐ +63 a +66 ☐ +66 a +69 ☐ +69 a +72 ☐ +72 a +75 ☐ +75 a +78 ☐ +78 a +81 ☐ +81 a +84 ☐ +84 a +87 ☐ +87 a +90 ☐ +90 a +93 ☐ +93 a +96 ☐ +96 a +99 ☐ +99 a +102 ☐ +102 a +105 ☐ +105 a +108 ☐ +108 a +111 ☐ +111 a +114 ☐ +114 a +117 ☐ +117 a +120 ☐ +120 a +123 ☐ +123 a +126 ☐ +126 a +129 ☐ +129 a +132 ☐ +132 a +135 ☐ +135 a +138 ☐ +138 a +141 ☐ +141 a +144 ☐ +144 a +147 ☐ +147 a +150 ☐ +150 a +153 ☐ +153 a +156 ☐ +156 a +159 ☐ +159 a +162 ☐ +162 a +165 ☐ +165 a +168 ☐ +168 a +171 ☐ +171 a +174 ☐ +174 a +177 ☐ +177 a +180 ☐ +180 a +183 ☐ +183 a +186 ☐ +186 a +189 ☐ +189 a +192 ☐ +192 a +195 ☐ +195 a +198 ☐ +198 a +201 ☐ +201 a +204 ☐ +204 a +207 ☐ +207 a +210 ☐ +210 a +213 ☐ +213 a +216 ☐ +216 a +219 ☐ +219 a +222 ☐ +222 a +225 ☐ +225 a +228 ☐ +228 a +231 ☐ +231 a +234 ☐ +234 a +237 ☐ +237 a +240 ☐ +240 a +243 ☐ +243 a +246 ☐ +246 a +249 ☐ +249 a +252 ☐ +252 a +255 ☐ +255 a +258 ☐ +258 a +261 ☐ +261 a +264 ☐ +264 a +267 ☐ +267 a +270 ☐ +270 a +273 ☐ +273 a +276 ☐ +276 a +279 ☐ +279 a +282 ☐ +282 a +285 ☐ +285 a +288 ☐ +288 a +291 ☐ +291 a +294 ☐ +294 a +297 ☐ +297 a +300 ☐ +300 a +303 ☐ +303 a +306 ☐ +306 a +309 ☐ +309 a +312 ☐ +312 a +315 ☐ +315 a +318 ☐ +318 a +321 ☐ +321 a +324 ☐ +324 a +327 ☐ +327 a +330 ☐ +330 a +333 ☐ +333 a +336 ☐ +336 a +339 ☐ +339 a +342 ☐ +342 a +345 ☐ +345 a +348 ☐ +348 a +351 ☐ +351 a +354 ☐ +354 a +357 ☐ +357 a +360 ☐ +360 a +363 ☐ +363 a +366 ☐ +366 a +369 ☐ +369 a +372 ☐ +372 a +375 ☐ +375 a +378 ☐ +378 a +381 ☐ +381 a +384 ☐ +384 a +387 ☐ +387 a +390 ☐ +390 a +393 ☐ +393 a +396 ☐ +396 a +399 ☐ +399 a +402 ☐ +402 a +405 ☐ +405 a +408 ☐ +408 a +411 ☐ +411 a +414 ☐ +414 a +417 ☐ +417 a +420 ☐ +420 a +423 ☐ +423 a +426 ☐ +426 a +429 ☐ +429 a +432 ☐ +432 a +435 ☐ +435 a +438 ☐ +438 a +441 ☐ +441 a +444 ☐ +444 a +447 ☐ +447 a +450 ☐ +450 a +453 ☐ +453 a +456 ☐ +456 a +459 ☐ +459 a +462 ☐ +462 a +465 ☐ +465 a +468 ☐ +468 a +471 ☐ +471 a +474 ☐ +474 a +477 ☐ +477 a +480 ☐ +480 a +483 ☐ +483 a +486 ☐ +486 a +489 ☐ +489 a +492 ☐ +492 a +495 ☐ +495 a +498 ☐ +498 a +501 ☐ +501 a +504 ☐ +504 a +507 ☐ +507 a +510 ☐ +510 a +513 ☐ +513 a +516 ☐ +516 a +519 ☐ +519 a +522 ☐ +522 a +525 ☐ +525 a +528 ☐ +528 a +531 ☐ +531 a +534 ☐ +534 a +537 ☐ +537 a +540 ☐ +540 a +543 ☐ +543 a +546 ☐ +546 a +549 ☐ +549 a +552 ☐ +552 a +555 ☐ +555 a +558 ☐ +558 a +561 ☐ +561 a +564 ☐ +564 a +567 ☐ +567 a +570 ☐ +570 a +573 ☐ +573 a +576 ☐ +576 a +579 ☐ +579 a +582 ☐ +582 a +585 ☐ +585 a +588 ☐ +588 a +591 ☐ +591 a +594 ☐ +594 a +597 ☐ +597 a +600 ☐ +600 a +603 ☐ +603 a +606 ☐ +606 a +609 ☐ +609 a +612 ☐ +612 a +615 ☐ +615 a +618 ☐ +618 a +621 ☐ +621 a +624 ☐ +624 a +627 ☐ +627 a +630 ☐ +630 a +633 ☐ +633 a +636 ☐ +636 a +639 ☐ +639 a +642 ☐ +642 a +645 ☐ +645 a +648 ☐ +648 a +651 ☐ +651 a +654 ☐ +654 a +657 ☐ +657 a +660 ☐ +660 a +663 ☐ +663 a +666 ☐ +666 a +669 ☐ +669 a +672 ☐ +672 a +675 ☐ +675 a +678 ☐ +678 a +681 ☐ +681 a +684 ☐ +684 a +687 ☐ +687 a +690 ☐ +690 a +693 ☐ +693 a +696 ☐ +696 a +699 ☐ +699 a +702 ☐ +702 a +705 ☐ +705 a +708 ☐ +708 a +711 ☐ +711 a +714 ☐ +714 a +717 ☐ +717 a +720 ☐ +720 a +723 ☐ +723 a +726 ☐ +726 a +729 ☐ +729 a +732 ☐ +732 a +735 ☐ +735 a +738 ☐ +738 a +741 ☐ +741 a +744 ☐ +744 a +747 ☐ +747 a +750 ☐ +750 a +753 ☐ +753 a +756 ☐ +756 a +759 ☐ +759 a +762 ☐ +762 a +765 ☐ +765 a +768 ☐ +768 a +771 ☐ +771 a +774 ☐ +774 a +777 ☐ +777 a +780 ☐ +780 a +783 ☐ +783 a +786 ☐ +786 a +789 ☐ +789 a +792 ☐ +792 a +795 ☐ +795 a +798 ☐ +798 a +801 ☐ +801 a +804 ☐ +804 a +807 ☐ +807 a +810 ☐ +810 a +813 ☐ +813 a +816 ☐ +816 a +819 ☐ +819 a +822 ☐ +822 a +825 ☐ +825 a +828 ☐ +828 a +831 ☐ +831 a +834 ☐ +834 a +837 ☐ +837 a +840 ☐ +840 a +843 ☐ +843 a +846 ☐ +846 a +849 ☐ +849 a +852 ☐ +852 a +855 ☐ +855 a +858 ☐ +858 a +861 ☐ +861 a +864 ☐ +864 a +867 ☐ +867 a +870 ☐ +870 a +873 ☐ +873 a +876 ☐ +876 a +879 ☐ +879 a +882 ☐ +882 a +885 ☐ +885 a +888 ☐ +888 a +891 ☐ +891 a +894 ☐ +894 a +897 ☐ +897 a +900 ☐ +900 a +903 ☐ +903 a +906 ☐ +906 a +909 ☐ +909 a +912 ☐ +912 a +915 ☐ +915 a +918 ☐ +918 a +921 ☐ +921 a +924 ☐ +924 a +927 ☐ +927 a +930 ☐ +930 a +933 ☐ +933 a +936 ☐ +936 a +939 ☐ +939 a +942 ☐ +942 a +945 ☐ +945 a +948 ☐ +948 a +951 ☐ +951 a +954 ☐ +954 a +957 ☐ +957 a +960 ☐ +960 a +963 ☐ +963 a +966 ☐ +966 a +969 ☐ +969 a +972 ☐ +972 a +975 ☐ +975 a +978 ☐ +978 a +981 ☐ +981 a +984 ☐ +984 a +987 ☐ +987 a +990 ☐ +990 a +993 ☐ +993 a +996 ☐ +996 a +999 ☐ +1000 a +1003 ☐ +1003 a +1006 ☐ +1006 a +1009 ☐ +1009 a +1012 ☐ +1012 a +1015 ☐ +1015 a +1018 ☐ +1018 a +1021 ☐ +1021 a +1024 ☐ +1024 a +1027 ☐ +1027 a +1030 ☐ +1030 a +1033 ☐ +1033 a +1036 ☐ +1036 a +1039 ☐ +1039 a +1042 ☐ +1042 a +1045 ☐ +1045 a +1048 ☐ +1048 a +1051 ☐ +1051 a +1054 ☐ +1054 a +1057 ☐ +1057 a +1060 ☐ +1060 a +1063 ☐ +1063 a +1066 ☐ +1066 a +1069 ☐ +1069 a +1072 ☐ +1072 a +1075 ☐ +1075 a +1078 ☐ +1078 a +1081 ☐ +1081 a +1084 ☐ +1084 a +1087 ☐ +1087 a +1090 ☐ +1090 a +1093 ☐ +1093 a +1096 ☐ +1096 a +1099 ☐ +1100 a +1103 ☐ +1103 a +1106 ☐ +1106 a +1109 ☐ +1109 a +1112 ☐ +1112 a +1115 ☐ +1115 a +1118 ☐ +1118 a +1121 ☐ +1121 a +1124 ☐ +1124 a +1127 ☐ +1127 a +1130 ☐ +1130 a +1133 ☐ +1133 a +1136 ☐ +1136 a +1139 ☐ +1139 a +1142 ☐ +1142 a +1145 ☐ +1145 a +1148 ☐ +1148 a +1151 ☐ +1151 a +1154 ☐ +1154 a +1157 ☐ +1157 a +1160 ☐ +1160 a +1163 ☐ +1163 a +1166 ☐ +1166 a +1169 ☐ +1169 a +1172 ☐ +1172 a +1175 ☐ +1175 a +1178 ☐ +1178 a +1181 ☐ +1181 a +1184 ☐ +1184 a +1187 ☐ +1187 a +1190 ☐ +1190 a +1193 ☐ +1193 a +1196 ☐ +1196 a +1199 ☐ +1200 a +1203 ☐ +1203 a +1206 ☐ +1206 a +1209 ☐ +1209 a +1212 ☐ +1212 a +1215 ☐ +1215 a +1218 ☐ +1218 a +1221 ☐ +1221 a +1224 ☐ +1224 a +1227 ☐ +1227 a +1230 ☐ +1230 a +1233 ☐ +1233 a +1236 ☐ +1236 a +1239 ☐ +1239 a +1242 ☐ +1242 a +1245 ☐ +1245 a +1248 ☐ +1248 a +1251 ☐ +1251 a +1254 ☐ +1254 a +1257 ☐ +1257 a +1260 ☐ +1260 a +1263 ☐ +1263 a +1266 ☐ +1266 a +1269 ☐ +1269 a +1272 ☐ +1272 a +1275 ☐ +1275 a +1278 ☐ +1278 a +1281 ☐ +1281 a +1284 ☐ +1284 a +1287 ☐ +1287 a +1290 ☐ +1290 a +1293 ☐ +1293 a +1296 ☐ +1296 a +1299 ☐ +1300 a +1303 ☐ +1303 a +1306 ☐ +1306 a +1309 ☐ +1309 a +1312 ☐ +1312 a +1315 ☐ +1315 a +1318 ☐ +1318 a +1321 ☐ +1321 a +1324 ☐ +1324 a +1327 ☐ +1327 a +1330 ☐ +1330 a +1333 ☐ +1333 a +1336 ☐ +1336 a +1339 ☐ +1339 a +1342 ☐ +1342 a +1345 ☐ +1345 a +1348 ☐ +1348 a +1351 ☐ +1351 a +1354 ☐ +1354 a +1357 ☐ +1357 a +1360 ☐ +1360 a +1363 ☐ +1363 a +1366 ☐ +1366 a +1369 ☐ +1369 a +1372 ☐ +1372 a +1375 ☐ +1375 a +1378 ☐ +1378 a +1381 ☐ +1381 a +1384 ☐ +1384 a +1387 ☐ +1387 a +1390 ☐ +1390 a +1393 ☐ +1393 a +1396 ☐ +1396 a +1399 ☐ +1400 a +1403 ☐ +1403 a +1406 ☐ +1406 a +1409 ☐ +1409 a +1412 ☐ +1412 a +1415 ☐ +1415 a +1418 ☐ +1418 a +1421 ☐ +1421 a +1424 ☐ +1424 a +1427 ☐ +1427 a +1430 ☐ +1430 a +1433 ☐ +1433 a +1436 ☐ +1436 a +1439 ☐ +1439 a +1442 ☐ +1442 a +1445 ☐ +1445 a +1448 ☐ +1448 a +1451 ☐ +1451 a +1454 ☐ +1454 a +1457 ☐ +1457 a +1460 ☐ +1460 a +1463 ☐ +1463 a +1466 ☐ +1466 a +1469 ☐ +1469 a +1472 ☐ +1472 a +1475 ☐ +1475 a +1478 ☐ +1478 a +1481 ☐ +1481 a +1484 ☐ +1484 a +1487 ☐ +1487 a +1490 ☐ +1490 a +1493 ☐ +1493 a +1496 ☐ +1496 a +1499 ☐ +1500 a +1503 ☐ +1503 a +1506 ☐ +1506 a +1509 ☐ +1509 a +1512 ☐ +1512 a +1515 ☐ +1515 a +1518 ☐ +1518 a +1521 ☐ +1521 a +1524 ☐ +1524 a +1527 ☐ +1527 a +1530 ☐ +1530 a +1533 ☐ +1533 a +1536 ☐ +1536 a +1539 ☐ +1539 a +1542 ☐ +1542 a +1545 ☐ +1545 a +1548 ☐ +1548 a +1551 ☐ +1551 a +1554 ☐ +1554 a +1557 ☐ +1557 a +1560 ☐ +1560 a +1563 ☐ +1563 a +1566 ☐ +1566 a +1569 ☐ +1569 a +1572 ☐ +1572 a +1575 ☐ +1575 a +1578 ☐ +1578 a +1581 ☐ +1581 a +1584 ☐ +1584 a +1587 ☐ +1587 a +1590 ☐ +1590 a +1593 ☐ +1593 a +1596 ☐ +1596 a +1599 ☐ +1600 a +1603 ☐ +1603 a +1606 ☐ +1606 a +1609 ☐ +1609 a +1612 ☐ +1612 a +1615 ☐ +1615 a +1618 ☐ +1618 a +1621 ☐ +1621 a +1624 ☐ +1624 a +1627 ☐ +1627 a +1630 ☐ +1630 a +1633 ☐ +1633 a +1636 ☐ +1636 a +1639 ☐ +1639 a +1642 ☐ +1642 a +1645 ☐ +1645 a +1648 ☐ +1648 a +1651 ☐ +1651 a +1654 ☐ +1654 a +1657 ☐ +1657 a +1660 ☐ +1660 a +1663 ☐ +1663 a +1666 ☐ +1666 a +1669 ☐ +1669 a +1672 ☐ +1672 a +1675 ☐ +1675 a +1678 ☐ +1678 a +1681 ☐ +1681 a +1684 ☐ +1684 a +1687 ☐ +1687 a +1690 ☐ +1690 a +1693 ☐ +1693 a +1696 ☐ +1696 a +1699 ☐ +1700 a +1703 ☐ +1703 a +1706 ☐ +1706 a +1709 ☐ +1709 a +1712 ☐ +1712 a +1715 ☐ +1715 a +1718 ☐ +1718 a +1721 ☐ +1721 a +1724 ☐ +1724 a +1727 ☐ +1727 a +1730 ☐ +1730 a +1733 ☐ +1733 a +1736 ☐ +1736 a +1739 ☐ +1739 a +1742 ☐ +1742 a +1745 ☐ +1745 a +1748 ☐ +1748 a +1751 ☐ +1751 a +1754 ☐ +1754 a +1757 ☐ +1757 a +1760 ☐ +1760 a +1763 ☐ +1763 a +1766 ☐ +1766 a +1769 ☐ +1769 a +1772 ☐ +1772 a +1775 ☐ +1775 a +1778 ☐ +1778 a +1781 ☐ +1781 a +1784 ☐ +1784 a +1787 ☐ +1787 a +1790 ☐ +1790 a +1793 ☐ +1793 a +1796 ☐ +1796 a +1799 ☐ +1800 a +1803 ☐ +1803 a +1806 ☐ +1806 a +1809 ☐ +1809 a +1812 ☐ +1812 a +1815 ☐ +1815 a +1818 ☐ +1818 a +1821 ☐ +1821 a +1824 ☐ +1824 a +1827 ☐ +1827 a +1830 ☐ +1830 a +1833 ☐ +1833 a +1836 ☐ +1836 a +1839 ☐ +1839 a +1842 ☐ +1842 a +1845 ☐ +1845 a +1848 ☐ +1848 a +1851 ☐ +1851 a +1854 ☐ +1854 a +1857 ☐ +1857 a +1860 ☐ +1860 a +1863 ☐ +1863 a +1866 ☐ +1866 a +1869 ☐ +1869 a +1872 ☐ +1872 a +1875 ☐ +1875 a +1878 ☐ +1878 a +1881 ☐ +1881 a +1884 ☐ +1884 a +1887 ☐ +1887 a +1890 ☐ +1890 a +1893 ☐ +1893 a +1896 ☐ +1896 a +1899 ☐ +1900 a +1903 ☐ +1903 a +1906 ☐ +1906 a +1909 ☐ +1909 a +1912 ☐ +1912 a +1915 ☐ +1915 a +1918 ☐ +1918 a +1921 ☐ +1921 a +1924 ☐ +1924 a +1927 ☐ +1927 a +1930 ☐ +1930 a +1933 ☐ +1933 a +1936 ☐ +1936 a +1939 ☐ +1939 a +1942 ☐ +1942 a +1945 ☐ +1945 a +1948 ☐ +1948 a +1951 ☐ +1951 a +1954 ☐ +1954 a +1957 ☐ +1957 a +1960 ☐ +1960 a +1963 ☐ +1963 a +1966 ☐ +1966 a +1969 ☐ +1969 a +1972 ☐ +1972 a +1975 ☐ +1975 a +1978 ☐ +1978 a +1981 ☐ +1981 a +1984 ☐ +1984 a +1987 ☐ +1987 a +1990 ☐ +1990 a +1993 ☐ +1993 a +1996 ☐ +1996 a +1999 ☐ +2000 a +2003 ☐ +2003 a +2006 ☐ +2006 a +2009 ☐ +2009 a +2012 ☐ +2012 a +2015 ☐ +2015 a +2018 ☐ +2018 a +2021 ☐ +2021 a +2024 ☐ +2024 a +2027 ☐ +2027 a +2030 ☐ +2030 a +2033 ☐ +2033 a +2036 ☐ +2036 a +2039 ☐ +2039 a +2042 ☐ +2042 a +2045 ☐ +2045 a +2048 ☐ +2048 a +2051 ☐ +2051 a +2054 ☐ +2054 a +2057 ☐ +2057 a +2060 ☐ +2060 a +2063 ☐ +2063 a +2066 ☐ +2066 a +2069 ☐ +2069 a +2072 ☐ +2072 a +2075 ☐ +2075 a +2078 ☐ +2078 a +2081 ☐ +2081 a +2084 ☐ +2084 a +2087 ☐ +2087 a +2090 ☐ +2090 a +2093 ☐ +2093 a +2096 ☐ +2096 a +2099 ☐ +2100 a +2103 ☐ +2103 a +2106 ☐ +2106 a +2109 ☐ +2109 a +2112 ☐ +2112 a +2115 ☐ +2115 a +2118 ☐ +2118 a +2121 ☐ +2121 a +2124 ☐ +2124 a +2127 ☐ +2127 a +2130 ☐ +2130 a +2133 ☐ +2133 a +2136 ☐ +2136 a +2139 ☐ +2139 a +2142 ☐ +2142 a +2145 ☐ +2145 a +2148 ☐ +2148 a +2151 ☐ +2151 a +2154 ☐ +2154 a +2157 ☐ +2157 a +2160 ☐ +2160 a +2163 ☐ +2163 a +2166 ☐ +2166 a +2169 ☐ +2169 a +2172 ☐ +2172 a +2175 ☐ +2175 a +2178 ☐ +2178 a +2181 ☐ +2181 a +2184 ☐ +2184 a +2187 ☐ +2187 a +2190 ☐ +2190 a +2193 ☐ +2193 a +2196 ☐ +2196 a +2199 ☐ +2200 a +2203 ☐ +2203 a +2206 ☐ +2206 a +2209 ☐ +2209 a +2212 ☐ +2212 a +2215 ☐ +2215 a +2218 ☐ +2218 a +2221 ☐ +2221 a +2224 ☐ +2224 a +2227 ☐ +2227 a +2230 <





ANEXO N°3

DIRECCION REGIONAL SALUD AYACUCHO
UNIDAD EJECUTORA SALUD CENTRO - AYACUCHO
MICRO RED HUANCASANCOS

FECHA: 15 JUN 2022
N° Reg: 0845 Fdo 3
Hora: 4:30 PM Firma: [Firma]

SOLICITO: Recolección de datos de gestantes atendidas en el C.S. Huanca sancos de los años, 2011-2021.

SEÑOR JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD DE HUANCASANCOS DE LA RED DE SALUD CENTRO AYACUCHO DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO - GRA.

Yo Flor Elizabeth Cabana Barzolo; identificada con DNI 71045681, y Edith Sacha Torres con DNI 42420480; egresadas de la escuela profesional de obstetricia, facultad ciencias de la salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga Ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

A través del presente documento nos dirigimos a UD a fin de solicitarle que se nos brinde las facilidades necesarias en los servicios de obstetricia y admisión, con la finalidad de realizar y aplicar la ficha de recolección de datos en el centro de salud de Huanca Sancos; para realizar nuestro proyecto de tesis con título: "Perfil epidemiológico de gestantes con anemia. Centro de Salud Huanca Sancos, 2011-2021"

POR LO EXPUESTO:

A usted Señor Director solicito, ordene a quien corresponda; que se nos brinde las facilidades necesarias para la aplicación de la ficha de recolección de datos.

Adjunto en mérito de los siguientes documentos:
La ficha de recolección de datos.

Huanca Sancos, 15 de junio del 2022.

[Firma]

Flor Elizabeth Cabana Barzolo
DNI: 71045681

[Firma]

Edith Sacha Torres
DNI: 42420480

ANEXO 4:

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altitud.

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
1000	1041	0.1
1042	1265	0.2
1266	1448	0.3
1449	1608	0.4
1609	1751	0.5
1752	1882	0.6
1883	2003	0.7
2004	2116	0.8
2117	2223	0.9
2224	2325	1
2326	2422	1.1
2423	2515	1.2
2516	2604	1.3
2605	2690	1.4
2691	2773	1.5
2774	2853	1.6
2854	2932	1.7
2933	3007	1.8
3008	3081	1.9

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
3082	3153	2
3154	3224	2.1
3225	3292	2.2
3293	3360	2.3
3361	3425	2.4
3426	3490	2.5
3491	3553	2.6
3554	3615	2.7
3616	3676	2.8
3677	3736	2.9
3737	3795	3
3796	3853	3.1
3854	3910	3.2
3911	3966	3.3
3967	4021	3.4
4022	4076	3.5
4077	4129	3.6
4130	4182	3.7

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
4183	4235	3.8
4236	4286	3.9
4287	4337	4
4338	4388	4.1
4389	4437	4.2
4438	4487	4.3
4488	4535	4.4
4536	4583	4.5
4584	4631	4.6
4632	4678	4.7
4679	4725	4.8
4726	4771	4.9
4772	4816	5
4817	4861	5.1
4862	4906	5.2
4907	4951	5.3
4952	4994	5.4
4995	5000	5.5

Fuente: Norma técnica – manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. MINSA – 2017.

**CONSTANCIA N° 03-2023 VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE TESIS**

Yo, Maritza Rodríguez Lizana, docente-instructor en el proceso de implementación de las pruebas anti plagio en **Primera Instancia** de la tesis de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; he constatado por medio del uso de la herramienta turnitin una similitud del 23% de la tesis **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA. CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS, 2011 - 2021”**. Correspondiente a las Bachs. **CABANA BARZOLO, Flor Elizabeth y SACHA TORRES, Edith**.

Ayacucho, 02 de febrero de 2023



Prof. Maritza Rodríguez Lizana

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS- N° 003- 2023

La Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, en mérito a la Resolución Decanal N° 355- 2022- UNSCH -FCSA-D, delegada por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, verifica en segunda instancia, la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N.º 039-2021- UNSCH-CU, demás normas y procedimientos inherentes; Por tanto, deja constancia que el trabajo de tesis titulado: **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON ANEMIA. CENTRO DE SALUD HUANCASANCOS, JUNIO - AGOSTO 2022”**,

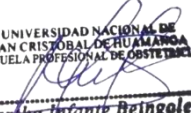
Autoras: **Bach. CABANA BARZOLO, Flor Elizabeth**
Bach. TORRES SACHA, Edith

Asesora: Dra. Luisa Alcarráz Curi

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITING concluyendo que presenta un porcentaje de **23 %** de similitud.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga es procedente conceder la Constancia de Originalidad.

Ayacucho, 07 de febrero de 2023


UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Dra. Martha Infante Belingolea
DIRECTORA

C.c:
Archivo
MIB/

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA. CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS, 2011 - 2021

por Flor Elizabeth - Edith Cabana Barzolo - Sacha Torres

Fecha de entrega: 06-feb-2023 10:01p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2008176276

Nombre del archivo: Tesis_cabana-sacha-turnitin.doc (687K)

Total de palabras: 12515

Total de caracteres: 65553

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON ANEMIA. CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS, 2011 - 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

5%

2

repositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

Submitted to Universidad Nacional de San
Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

3%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

5

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

redi.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	1library.co Fuente de Internet	1 %
11	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.repositorio.unab.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
17	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

23

repositorio.upse.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo