

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“FACTORES SOCIO-CULTURALES RELACIONADOS CON EL NIVEL
DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA JULIO-
OCTUBRE 2016”**

Tesis presentado por la Bachiller:

Arana Paredes, Carla Keith

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA en Obstetricia.

AREQUIPA- PERÚ

2016

DEDICATORIA



A DIOS

Por permitirme tener la fuerza y determinación para lograr mis objetivos como persona y como profesional.

A MIS PADRES

Quienes me dieron la vida educación y su incondicional apoyo a lo largo de todos estos años.

EPÍGRAFE

Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición.

María Belén Ipiates y Fernanda Rivera

INDICE GENERAL

CAPITULO I	9
I.PLANTEAMIENTO TEÓRICO	10
3. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1 Marco conceptual.....	16
3.1.1 HEMOGLOBINA.....	16
3.1.1.1 VARIACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN LA GESTANTE.....	16
3.1.1.2 OXIHEMOGLOBINA.....	17
3.1.1.3 VARIACION DE LA HEMOGLOBINA EN GESTANTES SEGÚN LA ALTITUD Y NIVEL DEL MAR.....	18
3.1.1.4 DOSAJE DE HEMOGLOBINA.....	20
3.1.1.5 ANEMIA:	23
3.1.1.5.1 TIPOS DE ANEMIA	24
3.1.2 FACTORES ASOCIADOS	27
3.1.2.1 FACTORES SOCIALES	27
3.1.2.2 FACTORES CULTURALES	29
3.1.2.2 .1 ACTITUDES SOBRE LA ALIMENTACIÓN.....	30
3.1.2.2 COSTUMBRES ALIMENTICIAS.....	31
CAPITULO II	45
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	45
II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	46
1.TÉCNICA E INSTRUMENTO	46
2.CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	47
3.ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
4.ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	51
CAPITULO III.....	52
RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES.....	78
V BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.....	79
Web grafía.....	83
ANEXOS	84

ANEXO N° 1: PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL INSTRUMENTO	85
ANEXO N 2: INSTRUMENTO.....	86
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO N° 4: CROQUIS DE DELIMITACION ESPACIAL DEL LUGAR	93
ANEXO N° 5: SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	94



RESUMEN

La adecuada nutrición y un buen nivel de hemoglobina durante el embarazo favorece el bienestar materno y la lactancia, permite un satisfactorio estado nutricional, durante los periodos intergenésicos y el crecimiento fetal adecuado, disminuye los riesgos de retardo de crecimiento, de desarrollo neonatal y evita la aparición de enfermedades crónicas en la niñez, al mismo tiempo que la prevención de la anemia durante la gestación reducirá la probabilidades de presentar complicación durante y después del parto.

Objetivos Determinar cuáles son los factores sociales y culturales, los niveles de hemoglobina e identificar los factores socio-culturales relacionados con los niveles de hemoglobina todo esto en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Julio-Octubre 2016.

Material y método: La presente investigación es un estudio de campo, prospectivo, relacional, como instrumento se aplicó una ficha de recolección de datos más un instrumento de actitudes el de Diez Quevedo – Guerreño Velásquez y el test de Martínez Chiri – Modificado para costumbres.

Resultados: El 52.1% de las gestantes tienen rangos de edades entre 19-29 años, el nivel económico indica un ingreso mensual Medio de 50.0 %, el 62.0% tienen instrucción secundaria. Según los hallazgos que se obtuvieron en el estudio el 59.9% de las gestantes a término tienen una actitud alimenticia “negativa”, el 62.0% tienen costumbres alimenticias moderadamente adecuadas. Con respecto a la presencia de anemia, indica que el 69.0% de las gestantes a término no tienen anemia, mientras que el 4.2% de las gestantes presentan anemia moderada.

Conclusiones: Según los factores socio-culturales relacionados con los niveles de hemoglobina en gestantes a término indican que el grupo étnico, estado civil, lugar de procedencia, edad gestacional, ocupación y la actitud alimenticia no presentaron relación estadística significativa con el nivel de hemoglobina por lo contrario el ingreso mensual y el nivel educativo si presentaron relación estadística con el nivel de hemoglobina en las gestantes.

Palabras clave: Hemoglobina, factores, actitudes, costumbres, alimenticia, anemia.

ABSTRACT

Adequate nutrition and a good hemoglobin level during pregnancy favor maternal well-being and breastfeeding, allow a satisfactory nutritional status during intergenerative periods and adequate fetal growth, reduce the risks of growth retardation, neonatal development and prevent the onset Of chronic diseases in childhood, while the prevention of anemia during pregnancy will reduce the likelihood of complications during and after childbirth.

Objectives: To determine social and cultural factors, hemoglobin levels and to identify socio-cultural factors related to hemoglobin levels, all of this in term pregnant women attended at the Maritza Campos Díaz Health Center, July-October 2016.

Material and method: The present investigation was a prospective, relational field study, as instrument was applied a datasheet plus an instrument for the Ten Quevedo - Guerreo Velásquez for attitudes and tests of Martinez Chiri - Modified for customs.

Results: 52.1% of pregnant women have ages ranging from 19-29 years, the economic level indicates a "Average" monthly income, 62.0% have secondary education. According to the findings found in the study we can say that 59.9% of pregnant women Have a "negative" dietary attitude, 62.0% have moderately adequate dietary habits. Regarding the presence of anemia, it indicates that 69.0% of pregnant women at term do not have anemia, while 4.2% of pregnant women have moderate anemia.

Conclusions: According to socio-cultural factors related to hemoglobin levels in term pregnant women indicate that the age group, marital status, place of origin, gestational age, occupation and eating attitude did not present a statistically significant relationship with hemoglobin level The opposite was the monthly income and the educational level if they presented statistical relation with the level of hemoglobin in the pregnant women.

Key words: Hemoglobin, factors, attitudes, customs, food, anemia.

INTRODUCCIÓN

Según el autor Ricardo Schwarz; “Una adecuada nutrición durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo de crecimiento, de desarrollo neonatal y evita la aparición de enfermedades crónicas en la niñez. En la madre, un correcto aporte de nutrientes y un buen nivel de hemoglobina a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los periodos intergenésicos.” Así mismo Usandizaga de la Fuente nos dice; “La alimentación durante el embarazo debe responder a la sobrecarga que este supone para el organismo materno, procurando un aporte calórico adecuado. Hay que recomendar aquellos alimentos que sean de fácil asimilación y eviten la aparición de complicaciones”.

La anemia es una enfermedad común en nuestro medio. Su prevalencia y morbilidad es mayor en pre-escolares y mujeres gestantes, siendo las causas más frecuentes la deficiencia del hierro. La medición de la hemoglobina es reconocida como un criterio clave para el diagnóstico de la anemia en una población. Durante el embarazo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que entre el 35% y 75% de las mujeres en los Países en desarrollo y el 18% de las mujeres en los países desarrollados presentan anemia. Con referencia a la altitud, Cerro Colorado que es la Jurisdicción donde se ubica el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, está ubicada a 2406 msnm, lo que también puede ser un factor de variación de hemoglobina en las gestantes de la zona.

Durante las prácticas del Internado fue evidente encontrar que existen notorias diferencias de hemoglobina en gestantes a término, constituyendo un problema frecuente atribuible a causas diversas. Teniendo en cuenta que los controles prenatales son importantes para detectar factores de riesgo, como anemia durante la gestación y considerando nuestra importante labor en la prevención de patologías, se decidió realizar la presente investigación. Las estrategias y métodos que planteo nos permitirán identificar los factores socio-culturales relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, de Arequipa durante el periodo julio-octubre 2016.



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

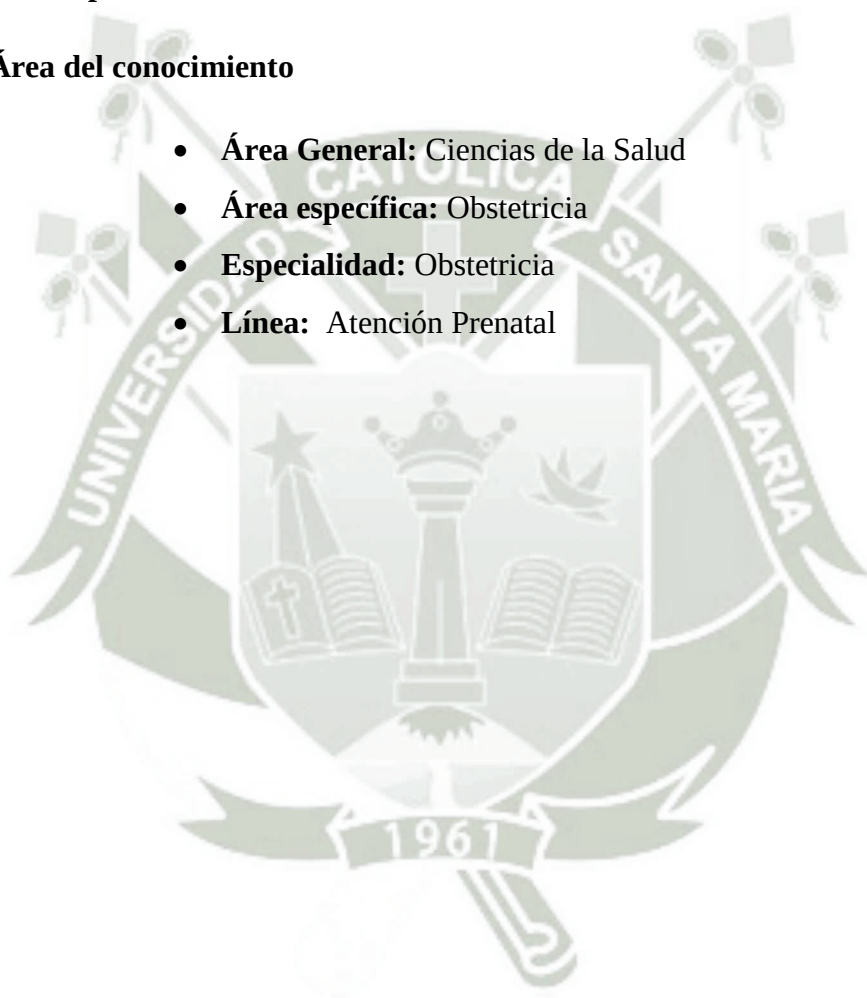
1.1 Enunciado

Factores socio-culturales relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio–Octubre 2016.

1.2 Descripción

a) Área del conocimiento

- **Área General:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Especialidad:** Obstetricia
- **Línea:** Atención Prenatal



b) Análisis u Operalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
INDEPEDIENTE FACTORES SOCIALES	Edad	❖ Adolescentes : 12– 18 ❖ Jóvenes : 19 – 29 ❖ Adultos : 30 – 45
	Estado civil	❖ Soltera ❖ Casada ❖ Divorciada ❖ Viuda ❖ Conviviente
	Nivel económico	❖ Alto ❖ Medio ❖ Bajo
	Lugar de procedencia	❖ Urbana ❖ Rural
	Grado de instrucción	❖ Analfabeta ❖ Primaria ❖ Secundaria ❖ Superior no universitario ❖ Superior universitario
	Ocupación	❖ Estudiante ❖ Ama de casa ❖ Trabajadora

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
FACTORES CULTURALES	• Actitudes sobre la alimentación	❖ Positiva (De 8- 10 puntos) ❖ Negativa (≤ 7 puntos)
	• Costumbres alimenticias	❖ Adecuadas (De 16-22 puntos) ❖ Moderadamente adecuadas (De 8-15 puntos) ❖ Inadecuadas (De 0 -7 puntos)
DEPENDIENTE VARIACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN LA GESTANTE	Dosaje de Hemoglobina	❖ Normal: > 11 g/dl ❖ Anemia leve: 10g/dl- 10.9g/dl ❖ Anemia moderada: 7.0g/dl-9.9g/dl ❖ Anemia severa: < 7.0 g/dl

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los Factores Sociales de las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio- Octubre 2016?
- ¿Cuáles son los Factores Culturales de las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio- Octubre 2016?
- ¿Cuáles son los Niveles de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016?
- ¿Cuáles son los Factores socio-culturales relacionados con los niveles de hemoglobina en las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016?

d) Tipo de investigación:

La presente investigación es un estudio de campo, prospectivo, de corte transversal.

e) Nivel de investigación:

Relacional.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Originalidad: El proyecto de investigación es original dado que en la Jurisdicción del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, no se tienen estudios acerca de los factores socio-culturales relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes a término, el mismo que dará un aporte significativo.

Relevancia social: El estudio nos permitirá plantear soluciones de manera oportuna y para así poder evitar las repercusiones que conlleve los diferentes niveles de hemoglobina en gestantes a término y así poder mejorar las actividades de promoción y prevención de la salud.

Contribución académica: Está orientada a aportar datos el cual contribuirá con la generación de nuevos conocimientos, modelos y conceptos sobre el tema. Así mismo en antecedente investigativo en próximas investigaciones.

Factibilidad: Está sustentada en la aceptación de la Jefatura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz donde se realizó el presente estudio, permitiendo lograr los objetivos planteados en este proyecto. Además contando con los instrumentos y el material bibliográfico que sustente la investigación

Interés Personal: Porque dentro de las funciones del personal de Obstetricia resalta nuestra labor preventiva, promocional dentro del cual se encuentra el presente trabajo

2. Objetivos:

- Determinar los Factores Sociales de las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016.
- Determinar los Factores Culturales de las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016.
- Identificar los Niveles de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016.
- Identificar los Factores socio-culturales relacionados con los niveles de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Julio-Octubre 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco conceptual

3.1.1 HEMOGLOBINA

La molécula de hemoglobina es una proteína conjugada. Fue la primera proteína cuya estructura se describió mediante cromatografía por rayos X. Cada molécula está compuesta por cuatro grupos hemo y dos pares de cadenas diferentes de polipéptidos.

La hemoglobina es el componente principal de los eritrocitos; su concentración es de alrededor de 34 g/dl. Es un pigmento rojo con un peso molecular de 68.000 daltons y actúa como vehículo para transporte de oxígeno en el organismo. (18)

La hemoglobina (Hb) por lo general se encuentra en concentraciones altas en los glóbulos rojos y que también es encargado del transporte de O₂ (oxígeno) desde el aparato respiratorio dirigido hacia todos los tejidos periféricos se conoce que por litro de sangre tenemos 150 gramos de hemoglobina, cada gramo de hemoglobina logra disolver 1.34 mililitros de oxígeno; esto quiere decir que por cada litro de sangre se logra transportar 200 mililitros de Oxígeno, así mismo también del transporte de CO₂ y protones (H⁺) de los tejidos periféricos hacia los pulmones para su eliminación.

3.1.1.1 VARIACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN LA GESTANTE

El volumen sanguíneo total se incrementa significativamente durante el embarazo; sin embargo el aumento más notable es el volumen plasmático, que comienza a elevarse a partir de la décima semana de gestación alcanzando su máxima elevación para la semana treinta a treinta y cuatro, el volumen globular no sufre similares modificaciones, cambiando así la relación plasma- glóbulos, por lo tanto la concentración de hemoglobina, hematocrito y glóbulos rojos disminuyen.

Los valores de concentración de hemoglobina que en las mujeres sanas, bien nutridas y no gestantes oscila entre 13 y 14 g/100ml, descienden hasta 11 g/100ml hacia las 32 semanas a 35 semanas. El hematocrito disminuye en forma paralela a

la concentración de hemoglobina, considerándose como límite mínimo normal 33% hacia las 34 semanas. (20)

Es importante hacer notar que durante el embarazo, el corazón de la madre tendrá más trabajo, ya que mientras el feto va creciendo, el corazón materno debe bombear más sangre hacia el útero. Recordemos que al final del embarazo, el útero recepciona la quinta parte de todo el riesgo sanguíneo, en esta etapa el gasto cardíaco aumenta entre un 30% y un 50%, mientras esto ocurre la frecuencia cardíaca en reposo que por lo general y antes del embarazo esta entre 70 latidos por minuto pasa a 80 o 90 latidos por minuto.

Los requerimientos de hierro durante el embarazo son: (22)

- Total de hierro en un embarazo: 840mg
- Feto y Placenta: 350mg
- Pérdidas durante el parto: 250mg
- Perdidas basales: 240mg
- Expiación de la masa eritrocitaria circulante: 450mg
- Costo neto: 600 mg (requerimiento del feto y placenta+ perdida durante el parto)

3.1.1.2 OXIHEMOGLOBINA

Cuando la hemoglobina tiene unido al oxígeno se denomina oxihemoglobina o hemoglobina oxigenada, dando el aspecto rojo o escarlata intenso característico de la sangre arterial. Cuando pierde el oxígeno, se denomina hemoglobina reducida y presenta el color rojo oscuro de la sangre venosa. (3)

La propensión de la molécula de hemoglobina a liberar oxígeno es descrita por la curva de disociación de la oxihemoglobina. En términos simples, la curva puede dividirse en una porción superior de la asociación al oxígeno, que representa el entorno alveolar- capilar, y una porción inferior de disociación del oxígeno que representa el entorno histico – capilar. Los desplazamientos de la curva tienen su máxima repercusión en la porción pronunciada porque afectan el aporte de oxígeno. Una desviación a la derecha se relaciona con una disminución con la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno y por lo tanto, un incremento del

intercambio de oxígeno entre los tejidos y los capilares. Se producen desviaciones hacia la derecha en caso de hipercapnia, acidosis metabólica, fiebre y un incremento de las concentraciones de 2,3- difosfoglicerato. Durante el embarazo, la concentración de 2,3- difosfoglicerato en los eritrocitos se incrementa cerca de 30%. Esto favorece el aporte de oxígeno tanto para el feto como para los tejidos maternos periféricos (Roth y Bille Brahe, 1971). (5)

3.1.1.3 VARIACION DE LA HEMOGLOBINA EN GESTANTES SEGÚN LA ALTITUD Y NIVEL DEL MAR.

Durante el embarazo, las necesidades de hierro se incrementan hasta tres veces a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados, la concentración de hemoglobina (Hb) varía con la altitud, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda establecer como anemia durante la gestación valores menores a 11g/dl. (31)

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando la gestante reside en localidades ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada, es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada. (17)

El Centro de Salud Maritza Campos Díaz el cual se ubica a 2406 msnm tendrá el ajuste de nivel de hemoglobina de 1.1 según el ajuste por altura

Niveles de hemoglobina ajustada= Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altura

Altitud(msnm)		Ajuste por altura
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	1.0
2326	2422	1.1

Altitud(msnm)		Ajuste por altura
Desde	Hasta	
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	3087	1.9
3082	3153	2.0
3154	3224	2.1
3225	3292	2.2

Altitud(msnm)		Ajuste por altura
Desde	Hasta	
4183	4235	3.8
4236	4286	3.9
4287	4337	4.0
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	5.0
4817	4861	5.1
4862	4906	5.2
4907	4951	5.3
4952	4994	5.4
4995	5000	5.5

Elaboración: INS/CENAN Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional-2011. Directiva sanitaria n 69-MINSA/DGSP-V.1.Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas. (17)

3.1.1.4 DOSAJE DE HEMOGLOBINA

Toda gestante que acude al establecimiento de salud para su control prenatal y dentro de lo que implica el abordaje integral, se prioriza la detección de anemia independientemente de la edad gestacional en que sea captada. Esto debido a la alta prevalencia y a los efectos que la anemia puede producir en la gestante y el niño por nacer.

Los establecimientos del Ministerio de Salud usan diferentes técnicas para medir hemoglobina. Actualmente, los hospitales de Lima, Piura, Arequipa, Cusco, Chiclayo, Chimbote, Ayacucho, Abancay, Sullana, Huánuco y Huancavelica emplean un equipo automatizado (SYSMEX KX21; celdyn 3700; Mindrai BC-3000, Biomed).

Hospitales de Tarapoto, Huancayo, Chulucanas, Cerro de Pasco, Cajamarca, Juliaca y Chota determinan la Hb mediante la técnica de cianometahemoglobina, mientras que en hospitales de menor nivel y centros de salud se determina primero el hematocrito por microcentrifugación y después se divide el valor entre tres. (26)

El Centro de Salud Maritza Campos Diaz de Zamacola, realiza el dosaje de hemoglobina tomando en cuenta el Manual de Procedimientos de Laboratorio en técnicas Básicas de Hematología del Ministerio de Salud de nuestro país.

La sangre se diluye en líquido de Drabkin, el cual hemoliza los hematíes y convierte la hemoglobina en cianometahemoglobina (cianuro de hemoglobina). La solución que se produce se lee por medio de un espectrofotómetro o fotocolorímetro. Su grado de absorbancia es proporcional a la cantidad de hemoglobina que contenga la sangre (14), en cuanto a los resultados, los encargados del laboratorio indican que no se realiza el ajuste por altura; ya que para la lectura en absorbancia del problema debe ser comparada en la curva patrón para encontrar a que concentración de hemoglobina corresponde expresándose en g/100 mL. (14)

Los valores de referencia de son tomados del manual anteriormente mencionado donde:

- | | |
|------------------------|------------------|
| • Niños al nacer | 13,6 - 19,6 g/dL |
| • Niños de 1 año | 11,3 - 13,0 g/dL |
| • Niños de 10 -12 años | 11,5 - 14,8 g/dL |
| • Mujeres | 11,5 - 16,5 g/dL |
| • Hombres | 14,0 - 18,0 g/dL |

a) En el caso de Gestantes sin anemia ($Hb \geq 11$ g/dl) (17)

- Se realizarán los dosajes de hemoglobina en las semanas que se indican en la Tabla 2, teniendo en cuenta que para el segundo dosaje no debe existir un intervalo mayor de 3 meses en relación a la primera muestra. Se solicitará un tercer dosaje antes del parto y el cuarto dosaje al término de la suplementación (30 días después del parto).
- En el caso de gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de gestación y no presentan anemia, se realizarán los dosajes en el primer control prenatal, el segundo entre la semana 37 - 40 y el último a los 30 días post parto.
- En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar se realizará el ajuste de la hemoglobina observada.
- Cuando los dosajes de hemoglobina muestran valores ≥ 11 g/dl se indicará suplementos de hierro más ácido fólico en dosis de prevención.
- Si en alguno de los dosajes, el valor de hemoglobina de la gestante resultara < 11 g/dl (luego del reajuste según altura), deberá mantenerse la suplementación, evaluar la adherencia a la misma y referirse al médico para definir el procedimiento a seguir, igualmente deberá ser derivada para consulta nutricional a fin de ser atendida por un profesional; de no contar el establecimiento de salud con este recurso, será el profesional de la salud capacitado en consejería nutricional, el encargado de brindar la consejería respectiva y derivarla al establecimiento de referencia, a fin de ser atendido por un profesional.

En cuanto a la suplementación preventiva con hierro para gestantes

Es de 60 mg de Hierro acompañado de 400 mcg de Ácido Fólico, desde las 14 semanas de gestación hasta 42 días después del parto una tableta al día.

b) En el caso de Gestantes con anemia ($Hb < 11$ g/dl) (17)

- Se realizarán dosajes de hemoglobina de manera continua con el objeto de evaluar oportunamente el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al tratamiento con hierro elemental.
- La cantidad de dosajes de hemoglobina dependerá del grado de severidad de la anemia, tal como se detalla en la tabla 3.

Tabla 2. Dosajes de Hemoglobina en gestantes sin Anemia por deficiencia de Hierro

Nº Dosaje	EDAD GESTACIONAL
1er.	Durante el primer control prenatal
2do.	Entre la semana 25 y 28 de gestación.
3er.	Entre la semana 37 y 40 (antes del parto)
4to.	A los 30 días post parto (término de la suplementación)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

Tabla 3. Dosajes de Hemoglobina durante el tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro

Nº Dosaje	EDAD GESTACIONAL
Anemia Leve Hb: 10,0 - 10,9 mg	Cada 4 semanas hasta que la Hb. alcance valores de 11 mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm)
Anemia Moderada Hb.: 7,0 - 9,9 mg	1. Un primer dosaje a las 2 semanas de iniciado el tratamiento. 2. Luego cada cuatro semanas hasta que la Hb. alcance valores de 11 mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm).

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007

En cuanto a la administración de hierro para tratamiento de anemia leve y moderada se duplicara la dosis profiláctica indicada 120 mg/hierro y 800 ug de ácido fólico por día, en anemia severa referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada. Se realizara un nuevo dosaje; si se ingresó a los rangos normales se debe continuar con esta dosis por 3 meses más y luego pasar a dosis profiláctica hasta el puerperio.

3.1.1.5 ANEMIA:

La deficiencia de hierro se encuentra en el noveno lugar entre los 26 factores de riesgo incluidos en el estudio “Carga global de enfermedad 2000-2002”, y da cuenta de 841 000 muertes y 35 057 000 años de vida perdidos ajustados por discapacidad. (38)

Según ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2014), la prevalencia total de anemia es de 28.9%, del cual el 19.2% presenta anemia leve, el 9.3% anemia moderada y el 0.4% anemia severa. En Lima, la prevalencia de anemia durante el tercer trimestre de embarazo es el más común, evidenciándose que un 25.8% presenta anemia leve y un 1.3% anemia moderada. (9)

Se calcula que en el mundo aproximadamente 47% de mujeres que no están embarazadas tienen anemia y que el 60% de las que sí están embarazadas tiene anemia, en nuestro País es una asignatura pendiente en cuanto a la salud pública que se viene heredando por parte de cada gestión o gobierno y en consecuencia sus efectos y complicaciones en la salud materna y el neonato, actualmente y desde los últimos años se están realizando esfuerzos para reducir este problema mediante la administración de suplementos de hierro tengan anemia o no. Nuestro País es biodiverso por lo tanto nuestros habitantes de la sierra se caracterizan por niveles mayores de hemoglobina debido a la hipoxia a la que la naturaleza los somete debido a la altura y según la demografía de nuestro País en la selva se presentan más casos de anemia, la causa principal es la parasitosis.

Los valores para anemia son:

NIVELES DE ANEMIA SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA

EDAD	Normal (g/dl)	Anemia(g/dl)	Anemia		
			Leve (g/dl)	Moderada (g/dl)	Severa(g/dl)
Mujeres adultas embarazadas(>15 años)	>11 g/dl				
Primer trimestre: 0-12 semanas	11.0-14.0	<11.0	10-10.9	7.0-9.9	<7.0
Segundo trimestre:13-28 semanas	10.5-14.0	<10.5			
Tercer trimestre: 29 semanas- Términos	11.0-14.0	<11.0			

Fuente: Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional. Periodo 1er Semestre 2014
MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DIRECCIÓN EJECUTIVA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

3.1.1.5.1 TIPOS DE ANEMIA

a) ANEMIA FERROPÉNICA:

Cuando el aporte de este mineral es insuficiente para cubrir los requerimientos se produce una deficiencia de hierro, condición en la que los almacenes movilizables de hierro en el organismo disminuyen y el aporte del nutriente a los tejidos se ve disminuido. Si el balance negativo persiste, puede dar lugar a una situación de anemia ferropénica, en la que no existe una cantidad suficiente de glóbulos rojos en sangre, viéndose comprometido el transporte de oxígeno a las células. (1)

La anemia ferropénica es multifactorial e intervienen en su desarrollo la alimentación, la etapa y la situación fisiológica, patologías asociadas y la carga genética del individuo. Es por ello que determinados grupos de población tienen un mayor riesgo de desarrollar deficiencia de hierro o, en los casos más graves,

anemia ferropénica, bien por incremento de las necesidades o por aumento de las pérdidas, que no van acompañados de ingesta suficiente de hierro o cuya absorción es escasa (Vaquero, 2011). Las mujeres en edad fértil presentan una prevalencia bastante elevada de deficiencia de hierro y anemia ferropénica debido a las pérdidas sanguíneas causadas por la menstruación, estimándose que una pérdida menstrual media de 30 ml. equivale a una pérdida de 0.45 mg de hierro.

(1)

La elevada prevalencia en las mujeres embarazadas se debe a que durante todo el embarazo se requiere un incremento general de hierro de unos 1000 mg. Son un grupo especialmente sensible, de hecho en Europa se han descrito porcentajes del 30% de deficiencia de hierro en mujeres embarazadas que tomaban suplementos y hasta el 92% en mujeres embarazadas que no tomaban suplementos del mineral.

(1)

Los síntomas más notables pueden ser; fatiga, letargia, y en deficiencias de hierro más severas puede presentarse glositis, estomatitis angular, uñas en cuchara, pérdida de cabello y la famosa pica.

b) ANEMIA MEGALOBLÁSTICA.

Para que la respuesta hematopoyética o eritropoyesis sea normal, además del hierro, es preciso la presencia de dos factores vitamínicos, la Vitamina B12 y el ácido fólico. Su deficiencia impide una maduración completa de los eritrocitos, que se destacan por un mayor tamaño, corta vida y menor capacidad para transportar O₂, apreciándose la denominada anemia megaloblástica. Las necesidades de ácido fólico en un deportista podrían estar duplicadas (400 microgramos/día) por el mayor metabolismo del hematíe y su acelerado sistema de retroalimentación. Se ha observado que algunos corredores de larga distancia consumen menos del 50% de la cantidad recomendada de vitaminas B6, B12, ácido pantoténico y ácido fólico. El índice más específico para determinar esta patología es la determinación del Volumen Corpuscular Medio (VCM) que expresa el promedio del tamaño de los eritrocitos. (28)

La incidencia de esta aumenta con la edad, con el número de partos y los embarazos múltiples. Su tratamiento además de la dieta balanceada, debe administrarse ácido fólico a dosis de 5 a 15 mg/día por vía oral y 200 mg de

hierro. La anemia megaloblástica rara vez sufre recaídas después de un tratamiento adecuado, pero puede reaparecer en embarazos posteriores. a. Influencia del Veganismo en la anemia megaloblástica: El veganismo o vegetariano estricto, el cual no solo se abstiene del consumo de carnes, sino también de cualquier producto de origen animal, como los huevos, la leche, tampoco otras sustancias derivadas o producida por animales tales como la miel.(11)

c) ANEMIA HEMOLÍTICA

Se tiene conocimiento de la patogenia de las anemias hemolíticas desde 1919 a raíz de que Ashby, pudo medir la supervivencia de los eritrocitos de una persona normal en la circulación de un receptor también normal. Por lo contrario, encontró que cuando se transfundían eritrocitos de una persona normal a pacientes con hemolisis, la supervivencia de los eritrocitos se acortaba, lo cual señalaba un defecto en el ambiente del eritrocito en la circulación del enfermo. A esta situación se le denominó anemia hemolítica por defecto extracorporeo y se observó que generalmente correspondían a procesos adquiridos. También se hizo evidente que la mayoría de las anemias hemolíticas por defecto intracorporeo, correspondía a anomalías hereditarias de la membrana del eritrocito, de la hemoglobina, o de las enzimas eritrocitarias. (19)

El término para la destrucción de los glóbulos rojos es "hemólisis".

Existen dos tipos de anemia hemolítica (11)

- **Intrínseca** - La destrucción de los glóbulos rojos debido a un defecto en los mismos glóbulos rojos. Las anemias hemolíticas intrínsecas son a menudo hereditarias, como la anemia drepanocítica y la talasemia. Estas condiciones producen glóbulos rojos que no viven tanto como los glóbulos rojos normales.
- **Extrínseca** - Los glóbulos rojos se producen sanos pero más tarde son destruidos al quedar atrapados en el bazo, destruidos por una infección o destruidos por fármacos que pueden afectar a los glóbulos rojos.

d) ANEMIA DREPANOCÍTICA

Una enfermedad heredada, muchos eritrocitos asumen una forma irregular en forma de Hoz, en condiciones de baja concentración de oxígeno, típica de los

capilares. La formación de esta “hoz” aumenta la rigidez de los eritrocitos, lo que dificulta su paso libre a través de los capilares. Las células falciformes, por tanto impiden el flujo de sangre a los capilares, de modo que una “crisis” de células falciformes el flujo sanguíneo en ciertas áreas puede estar bloqueado por completo y dar lugar a un daño tisular extenso y un dolor intolerable. (21)

e) ANEMIA DE COOLEY.

Anemia de Cooley o Beta talasemia: consiste en un defecto de nacimiento que impide una producción adecuada de glóbulos rojos. El padecimiento se comienza a manifestar a partir de los seis meses de edad y requiere transfusiones sanguíneas. Los niños afectados desarrollan deformaciones óseas y falla de múltiples órganos a causa de la sobrecarga de hierro que se genera por las transducciones y que puede llevar a la muerte por insuficiencia cardíaca. (16)

3.1.2 FACTORES ASOCIADOS

3.1.2.1 FACTORES SOCIALES

- **Edad :**

La anemia en mujeres que se encuentran en edad reproductiva tiene mucha importancia; ya que en un eventual embarazo también afectara al niño por nacer, según algunos estudios indican que dos de cada diez mujeres padecen anemia.

Para el presente estudio se dividió por grupo etario: (11)

Adolescentes: Población cuyas edades van desde los 12 a los 18 años 11 meses 29 días. A nivel mundial, las y los adolescentes representan el 20% de la población total, en el Perú las y los adolescentes representan un poco más de la quinta parte de la población total (20.72%), superando el porcentaje de la población infantil. El 51.93% de la población adolescente tienen edades comprendidas entre los de 12 a 17 años.

Jóvenes: Aquella población adulta joven cuyas edades se hallan comprendidas entre los 19 y los 29 años. Esta población corresponde aproximadamente al 30 % de la población adulta.

Adultos: Grupo que recibe directamente el nombre de adultos, el cual tiene edades comprendidas entre los 30 y 45 años a más. De acuerdo a la pirámide poblacional proyectada al 2014, se evidenciaba un aumento de la población adulta, especialmente entre los 30 años

- **Estado civil**

La disfunción familiar participa como factor negativo, aumentando tres veces el riesgo de las embarazadas en presentar anemia, es necesario considerar que el espacio familiar es en donde se conforman la conducta determinante de diversos hábitos y costumbres, que cuando se ve afectado ese grupo familiar por conflictos y situaciones críticas puede deteriorarse su función protectora de la salud, de ahí la importancia de identificar alteraciones de la funcionalidad y dinámica como factor de riesgo. (36)

- **Nivel económico**

El nivel socioeconómico es un factor muy importante que es asociado a la anemia en gestantes, es debido a que nuestro País tiene enormes brechas socio económicas, esto se puede ver claramente durante los controles prenatales donde muchas el personal de salud tiene que ser testigo mudo e impotente de esta realidad, a pesar de que nuestros gobernantes viene reportando que el crecimiento económico de nuestro País va avanzando, según INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática).

En el año 2015, el 21,8% de la población del país se encontraba en situación de pobreza monetaria al tener un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo (compuesto por alimentos y no alimentos). La pobreza comparada con la del año 2014 disminuyó en 1,0 punto porcentual, es decir, 221 mil personas dejaron esta condición. (37)

- **Lugar de procedencia**

Algunos estudios indican que en el área rural la prevalencia de anemia es mayor aproximadamente en un 22% y según condición de pobreza, las mujeres en pobreza extrema tienen mayor prevalencia (26%). Sin embargo, según estudio

realizado para mujeres con anemia en edad reproductiva, realizado en México, siendo que nuestras culturas son similares, indica.

En la consulta se puede ver que muchas gestantes procedentes de zonas altas de nuestra región tienden a tener valores de hemoglobina relativamente adecuados o altos, siendo un factor muy importante, ya que esto ayudara a que lleve una gestación en la medida de lo posible tranquila.

Las mujeres del medio rural del centro y sur del País mostraron menor prevalencia de anemia que las mujeres del medio urbano en estas regiones. (30)

De igual manera, al controlar por lugar de residencia, la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas fue mayor que en las no embarazadas en todas las zonas urbanas y en las zonas rurales del Norte y sur del País. (30)

- **Grado de instrucción**

El grado de instrucción siempre ha influenciado sobre las costumbres y hábitos alimenticios se observa que la calidad de la alimentación y consumo de suplementos vitamínicos, la preparación y almacenamiento de alimentos varía según el grado de instrucción de las gestantes, es por eso que también el grado de instrucción influye mucho en la prevalencia de anemia en nuestro País.

- **Ocupación**

Las gestantes que trabajan o estudian, no tienen una buena alimentación debido al estrés al que se ven sometidas, al igual que el horario no les es favorable para alimentarse adecuadamente, sin embargo, esto no quiere decir que las gestantes que cuya ocupación es “Ama de casa” tengan una alimentación optima, en el transcurso de la presente investigación este tipo de factores se verán los resultados.

3.1.2.2 FACTORES CULTURALES

Las creencias son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad. No son hechos comprobados, aunque se tiende a valorar los datos que las corroboran y a olvidar los que las contradicen, tampoco son lógicas, ni pueden demostrarse.

Son las hipótesis de trabajo que se utilizan en la vida diaria, que dan sentido a las experiencias, les ofrecen estabilidad y validez. Las creencias o sistema de creencias son analizadas en el devenir de las ciencias sociales como portadoras del sentido de la interacción humana. Los hombres las elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los “otros” y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas. En esta manifestación de la dimensión no tangible del existir humano confluyen historias personales y circunstancias, cuyos efectos orientan las conductas de los hombres y son observados por algunos analistas como resultado de la amalgama que forma el imaginario colectivo. (6)

La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición.

Otro de los factores que determinan los hábitos lo constituyen los tabúes. Cierta creencia limita el uso de alimentos considerados como prohibidos. La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro, así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, ha hecho que se adopten nuevas creencias y/o practicas alimentarias. (10)

3.1.2.2 .1 ACTITUDES SOBRE LA ALIMENTACIÓN

- **Actitudes y positivas y negativas sobre la alimentación**

La gestante debe tener una actitud positiva frente a su alimentación durante un embarazo; ya que es necesario poder cumplir con los requerimientos que se necesitan para sostener una gestación y un desarrollo fetal adecuado. Durante los primeros tres meses de gestación existen muchas molestias típicas de este estado

como por ejemplo las náuseas, vómitos, la falta de apetito, y como resultado la pérdida de peso, para pasar los siguientes trimestres estas molestias son superadas, lo importante para poder tener una buena actitud radica en la consejería nutricional durante estos primeros meses para que la gestante no tenga pérdidas de peso excesivas y la gestación pueda desarrollar lo mejor posible. Es importante hacer tomar conciencia de que la cantidad de alimento no es tan importante como su calidad, por lo que se recomienda el consumo de alimentos variados con alto contenido de nutrientes, por lo general el requerimiento calórico no varía en demasía durante estos primeros meses.

En este punto debemos de ser lo más objetivos posibles y cuestionarnos si es que acaso una mala actitud por parte de la gestante en cuanto a su alimentación, será talvez responsabilidad del personal de salud que la atiende, no será acaso que como Obstetras no estamos realizando una buena consejería y no se está brindando una atención integral hacia nuestras gestantes, es probable que solo estemos incurriendo en el mero hecho de pesar y registrar a nuestra gestante. Es de nuestro conocimiento que vivimos en un País lleno de mitos y creencias con respecto a muchos temas, pero es nuestro deber ayudar a dilucidar y despejar dudas que afecten la salud de la comunidad.

En el presente estudio las actitudes de las gestantes se medirán a través del Test de actitudes alimenticias de Diez Quevedo- Guerrero Velásquez (2011), que consta de cinco ítems donde cada pregunta tiene dos alternativas: Positivo-Negativo dando un puntaje de 2 puntos a cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta.

3.1.2.2 COSTUMBRES ALIMENTICIAS

La diversidad geográfica de nuestro País ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos (doctrinas que rigen problemas de salud y enfermedad en culturas determinadas), y de medicinas tradicionales (sistemas de conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación

en generación) en el Perú. Nuestro País, pluricultural, multiétnico y plurilingüe, permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo parto y puerperio. (23)

Las necesidades energéticas de las gestantes en macronutrientes como proteínas, grasas, carbohidratos; y micronutrientes como las vitaminas y minerales, se incrementan durante la gestación; porque el organismo necesita satisfacer las demandas, el metabolismo y depósito, tanto de la madre como las de su bebé.

La dieta de la gestante debe asegurar:

- Un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, oliva.
- Consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc. Se encuentran en alimentos como todo tipo de carnes, vísceras, sangrecita, aves, pescados, mariscos, leche yogurt, queso, huevos.
- Consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra. Se encuentran en alimentos como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro, naranja, mandarina, limón, toronja, piña, aguaje, maracuyá, tomate, cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras.
- Consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante. (8)

Para el presente estudio se utilizó el Test de costumbres alimenticias Martínez Chiri-Modificado (2008) consta de 11 items donde cada pregunta consta de 5 alternativas.

3.1.2.3 COSTUMBRES ALIMENTICIAS REQUERIMIENTO NUTRICIONAL EN EL EMBARAZO

La OMS recomienda a las gestantes una ingesta adicional de 285 kcal/día si conserva actividad física y, si no, 200 kcal/día. El porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida,

para de esta manera facilitar la ingesta de ácidos grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (vitaminas A, D, E, K). El incremento de peso entre 200 y 500 g/semana permite a la madre acumular 2 a 4 kg de depósito de grasa para la lactancia. (33)

a) PROTEÍNAS

Los requerimientos proteicos se incrementan durante el embarazo ya que las proteínas son necesarias para la formación de los tejidos maternos y fetales así como la placenta. La fuente alimentaria debe ser de alto valor biológico, por lo que se recomienda que la dieta de la mujer gestante incluya diariamente de 2-3 raciones de alimentos proteicos de origen animal, que además contribuyen a proporcionar Fe en forma hem (de mejor biodisponibilidad) y vitaminas del complejo B, especialmente B12. Las carnes serán preferentemente magras, para evitar un excesivo aporte de grasa saturada y se limitaría el contenido en retinol, que puede tener efectos teratógenos. (7)

Las necesidades de proteínas también se incrementan tan ligeramente, pasando de 0,8g /Kg/d. a 1,1g /Kg/d. (7)

b) LÍPIDOS O GRASAS

En el período prenatal aumenta el riesgo de carencia de ácidos grasos omega-3, ya que las reservas de los tejidos maternos suelen disminuir¹ al utilizarse para el desarrollo del feto. A menudo se recomienda a las embarazadas que consuman suplementos de aceites marinos para cubrir sus necesidades de estos ácidos grasos. (34)

- Ácidos grasos omega 3: 5.06 gramos diarios
- Ácidos grasos omega 6: 20.26 gramos diario

c) SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS EN EL EMBARAZO

El gobierno peruano a lo largo del tiempo a tratado de disminuir la incidencia de anemia en el país por lo tanto ha ido desarrollando estrategias y protocolos de atención dirigidos hacia la gestante y el niño por nacer por lo tanto actualmente.

Se recomienda que la mujer gestante reciba suplementos de sulfato ferroso a partir del cuarto mes de embarazo, siendo la dosis diaria de 300 mg. (15)

Se debe suplementar de acuerdo al esquema vigente. (12)

Esquema de Suplementación Preventiva con Sulfato ferroso y Ácido Fólico a Gestantes

Gestante	Presentación	Dosis	Tiempo De suplementación	Vía De Administración
Captada a las 16 semanas de gestación	Tabletas de 60 Mg de SO ₄ Fe y 400 mg de ácido fólico	1Tableta x día	A partir de las 16 semana de gestación hasta los dos meses post parto	oral

Fuente: Resolución Ministerial 005 - 99 -SA / DM Normas Técnicas para la Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes

d) ÁCIDO FÓLICO

Una mujer embarazada necesita ácido fólico para producir los glóbulos sanguíneos adicionales que necesita. También es fundamental para el crecimiento de la placenta y del feto. Esta vitamina es necesaria para la producción del ADN. Sin las cantidades adecuadas de ácido fólico, la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o la placenta. Una de las más graves consecuencias de la deficiencia de ácido fólico es el defecto del tubo neural. El tubo neural se forma en el primer mes del embarazo, por esto es importante que la mujer en edad fértil consuma cantidades adecuadas de ácido fólico antes del embarazo. También su deficiencia está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro.

El ácido fólico contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica

El ácido fólico está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos. (13)

e) HIERRO

Es un micronutriente esencial para la vida. Es el componente fundamental de la hemoglobina, que tiene como función transporte de oxígeno a través de la sangre a todos los tejidos. Las funciones que cumple previene la anemia, en las gestantes evita la aparición de la anemia fisiológica, favorece el rendimiento intelectual del niño, participa en el mantenimiento del sistema de defensa protegiéndonos de las infecciones, mejorar el rendimiento del adulto en el trabajo. Las fuentes de hierro son: hígado, riñón, molleja, corazón, bazo, sangrecita, carnes rojas, cuy, pescados. (12)

f) YODO

Toda la población que reside en las regiones de la sierra y selva del Perú, está expuesta permanentemente al riesgo de sufrir las consecuencias de la deficiencia de yodo, pues sus suelos son pobres en este mineral yodo necesarias para satisfacer los requerimientos. Por lo mismo, se recomienda y por consecuencia sus productos animales y vegetales no contienen las cantidades de que la población de estas áreas haga uso diario de la sal yodada en sus comidas. (15)

La OMS considera que la carencia de yodo es la principal causa previsible en el mundo de lesión cerebral del feto y del lactante y del retraso del desarrollo psicomotor en los niños pequeños, asociándose también a este problema el cretinismo, enanismo, sordomudez, abortos y malformaciones congénitas, retraso del crecimiento o deterioro intelectual. (2)

g) CALCIO

El calcio es el micronutriente que se ha estudiado de forma más exhaustiva con relación al desarrollo de la preeclampsia. Estudios epidemiológicos y randomizados en población adulta no gestante sugieren que la cantidad de calcio de la dieta puede influir en la etiología, en la prevalencia y el tratamiento de la hipertensión. (2)

Se ha postulado que el calcio afecta a la contractilidad del músculo liso, bien directamente o a través de la liberación de otros agentes vasoactivos, como el óxido nítrico, prostaciclina o angiotensina. (29)

h) VITAMINAS

Las vitaminas son componentes muy importantes; ya que aportan un gran valor nutricional a la gestante, actualmente se pueden encontrar muchos suplementos vitamínicos en el mercado, lo cual la consejería del personal de salud especializado en la atención de la gestante debe conocer, para que pueda brindar una información oportuna y de calidad.

• VITAMINA A

La Vitamina A está presente en todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos. (13)

La vitamina A es una vitamina liposoluble y en ella se incluyen varias sustancias con actividad biológica similar:

Retinoides naturales, que se encuentran en alimentos de origen animal como el hígado, huevos, leche y mantequilla.

Carotenos o precursores de vitamina A, que se pueden metabolizar a la forma activa y se encuentran en los vegetales, como la zanahoria y los vegetales de hoja verde. Durante el embarazo los niveles séricos de vitamina A apenas se modifican. Su deficiencia da lugar a ceguera nocturna, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y desprendimiento placentario, así como un incremento de la mortalidad materna. (29)

• VITAMINA D

La principal función de la vitamina D o calciferol en el hombre es mantener los niveles séricos de calcio y fósforo en el rango normal. Si la ingesta de calcio es insuficiente, la vitamina D, junto a la hormona paratiroidea (PTH), moviliza los depósitos de calcio desde el hueso. El déficit de vitamina D provoca raquitismo en la infancia y osteomalacia en el adulto. Durante el embarazo los niveles de vitamina D aumentan. La deficiencia grave durante el embarazo se asocia a retraso de crecimiento intrauterino (CIR), raquitismo e hipocalcemia neonatal, tetania y alteraciones en el esmalte dental. La fuente principal de vitamina D es la exposición a la luz solar, mientras que el aporte dietético tiene un papel

secundario. En nuestro medio, la mayoría de los adultos sanos mantienen un adecuado nivel. Las necesidades a través de la ingesta se establecen en 5 μg (200 UI)/día y no aumentan durante el embarazo o la lactancia por lo que en una gestación normal no es necesario utilizar suplementos. En nuestro medio, esto se reservaría para situaciones de deficiencia en esta vitamina como el hipoparatiroidismo materno. (23)



3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

INTERNACIONAL

“VALORES DE HEMOGLOBINA EN MUJERES EMBARAZADAS RESIDENTES EN ZONAS DE ALTITUD MEDIA”

Autor: Mercedes Jatziri, Juan Carlos Echeverría Arjonilla, Carlos Vargas-García, Sergio Camal Ugarte, Ramón González-Camarena. (25)

Fuente: Salud pública México vol.55 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2013 pp.145-149

Resumen: Determinar el comportamiento de la concentración de hemoglobina materna durante el embarazo en mujeres que residen en zonas de altitud media y compararlo con el reportado para poblaciones con y sin suplemento de hierro. Valores hematológicos de 227 gestantes, residentes a 2240 metros de altitud, sin complicaciones obstétricas ni perinatales y recibiendo suplemento de hierro, fueron comparados con valores de referencia para mujeres embarazadas de otras altitudes. Durante el primer y segundo trimestre, los valores de hemoglobina fueron similares a los observados en poblaciones con y sin suplemento de hierro ($p>0.05$). Durante el tercer trimestre, los valores fueron similares únicamente a los de poblaciones sin suplemento de hierro ($p>0.05$)

Conclusiones:

La concentración de Hemoglobina durante el embarazo en mujeres residentes es similar al reportado para poblaciones sin hierro suplementario. Los resultados sugieren que los valores de concentración materna a lo largo del embarazo sin complicaciones, siguen un comportamiento parecido al reportado para otras poblaciones que no lo recibieron. Los niveles adecuados de Hb podrían ser únicamente para los dos primeros trimestres del embarazo, Sin embargo, para el tercer trimestre del embarazo los valores de nuestra población indican una disminución en los niveles de hemoglobina que no parece reflejar el impacto.

Título: “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GESTACIONALES ASOCIADOS A LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA EN EMBARAZADAS DE LA RED HOSPITALARIA PÚBLICA DE MEDELLÍN”.

Autor: Luz Stella Escudero V., Beatriz Elena Parra S., Sandra Lucía Restrepo M. (32)

Fuente: Revista. Chile. nutr. vol.38 no.4 Santiago dic. 2011Re, N°4, págs.: 429-437

Resumen: Se hizo un estudio descriptivo transversal en 336 embarazadas de la Red Hospitalaria 2007; se obtuvieron datos socio-demográficos, gestacionales y hemoglobina. Resultados: el promedio de edad fue 24 ± 6 años, 67,6% había cursado secundaria, 62,2%, la asistencia a los controles prenatales fue 6 ± 1 , peso pre-gestacional: $54,4 \pm 8,2$ kg, hemoglobina: $13,0 \pm 1,0$ g/dL en el primer trimestre, $11,9 \pm 1,1$ g/dL en segundo y $12,2 \pm 1,1$ g/dL en tercero. Se encontró diferencia significativa entre la hemoglobina por IMC pre gestacional. La hemoglobina del primer trimestre correlacionó con el IMC pre gestacional y con la hemoglobina del tercer trimestre

Conclusión: El IMC pre gestacional, se asoció con la concentración de hemoglobina del primer trimestre y correlacionó con la Hb final de la gestación. Este estudio destaca que el déficit nutricional previo al embarazo es un factor asociado a la baja concentración de hemoglobina durante la gestación; este hecho hace prioritarias las acciones que en materia de salud pública buscan fortalecer la vigilancia nutricional de la mujer en el ciclo reproductivo, con énfasis durante la gestación, por medio de un adecuado programa de control prenatal, donde se fortalezca el seguimiento y el cumplimiento de la norma, busca detectar oportunamente las alteraciones del embarazo. Se deben fortalecer la valoración y el seguimiento nutricional a la embarazada y propender por la adherencia a hábitos de autocuidado y a la ingesta del suplemento de Fe y ácido fólico para asegurar el bienestar nutricional del binomio madre-hijo.

NACIONAL

“NIVELES DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, 2011”.

Autor: Oscar Munares-García, Guillermo Gómez-Guizado, Juan Barboza-Del Carpio, José Sánchez-Abanto. (27)

Fuente: Rev. Perú MedExp Salud Publica2012; 29(3):329-36

Resumen: Se hizo un estudio transversal donde se analizó la base de datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño menor de 5 años y de la Gestante (SIEN). Se incluyó 287 691 registros de gestantes evaluadas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú en 2011, se analizaron los niveles de hemoglobina corregida a la altura, edad, edad gestacional, altitud a nivel del mar y prevalencia de anemia (leve, moderada y grave). Se aplicaron estadísticas descriptivas y chi cuadrado.

Resultados. La prevalencia a nivel nacional de anemia en la gestante fue de 28,0% siendo anemia leve de 25,1%, moderada de 2,6% y grave de 0,2%. Los niveles de hemoglobina son mayores en mujeres con mayor edad y menores durante los primeros meses de gestación, la frecuencia de anemia decrece con la altitud. Asimismo, la prevalencia es mayor en departamentos de la sierra. Huancavelica fue el departamento con mayor prevalencia de anemia (53,6%), seguido de Puno con 51,0%

Conclusiones: Los niveles de hemoglobina son mayores conforme la edad materna es mayor, y menores conforme el trimestre de gestación y altitud. Huancavelica tiene la mayor prevalencia de anemia en gestantes se puede indicar que la prevalencia de anemia en la gestante fue de 28,0%, con una anemia leve de 25,1%; moderada de 2,6%, y grave de 0,2%. Así mismo, los departamentos de la sierra mantienen mayor prevalencia de anemia.

Título: ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DURANTE EL EMBARAZO EN LAS GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE ENERO - FEBRERO DEL 2016

Autor: Montero Munayco Jocelyne Noemi (31)

Resumen: El estudio fue observacional con diseño correlacional, transversal y enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 368 gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero-febrero del 2016. El objetivo del estudio fue; Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero-febrero del 2016

Conclusiones:

Las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes a término ($p=0.000$), observándose que con una mayor frecuencia de las prácticas alimentarias “inadecuadas” hay un inadecuado estado nutricional y a una mayor frecuencia de prácticas alimentarias “adecuadas” hay un adecuado estado nutricional. Las características nutricionales de las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal son ganancia de peso “baja”, ausencia de anemia y estado nutricional “inadecuado”. Las prácticas alimentarias durante el embarazo de las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal son “Inadecuadas” y “Medianamente inadecuadas”. Las prácticas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso durante el embarazo de las gestantes a término ($p=0.029$), evidenciándose que a una mayor frecuencia de prácticas alimentarias inadecuadas hay una inadecuada ganancia de peso en la gestación. Las prácticas alimentarias no están relacionadas con anemia en las gestantes a término ($p=0.067$), observándose que con prácticas alimentarias medianamente inadecuadas existe la presencia de anemia durante la gestación.

LOCAL

“CORRELACION DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA PRE Y POST PARTO Y FACTORES ASOCIADOS AL CUADRO CLINICO DE ANEMIA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2013”.

Autor: Castro Fonseca, Karla Emily. (24)

Año Publicación 2014

Fuente: Tesis pregrado UCSM, Arequipa Perú. Publicada (2014) pág. 44-45

Resumen

Muchos estudios realizados recientemente, aseguran que no hay una diferencia entre el nivel de hemoglobina de una paciente antes y después del parto, puesto que su preparación para ello es óptima y que a su vez está ligada a diversos factores asociados, sean internos o externos. Se realizó el proyecto de tesis en el HRHDE, se trata de una investigación prospectiva, debido a que se tomaron las historias clínicas de las puérperas que se atendieron del 1 de octubre al 15 de diciembre del 2013. Se incluyeron usuarias que hayan tenido partos eutócicos en el hospital, con producto único con gestación a término y que estuvieran extensas a complicaciones secundarias. El principal objetivo es correlacionar el nivel de hemoglobina antes y después del parto e identificar que factor asociado está ligado al cuadro clínico de anemia en puérperas atendidas en dicho hospital. Para ello se realizó este estudio transversal en el que se seleccionaron H.C. de usuarias que cumplan criterios de inclusión. 239 Puérperas cumplieron con los criterios de elegibilidad donde las usuarias que atendieron su parto HRHDE en que se analizaron los niveles de hemoglobina antes y después del parto y se extrajeron datos de los factores asociados a la presencia de cuadro clínico de anemia en puérperas, según la categorización de la hemoglobina que utiliza el MINSA otorgado OMS modificado según la altitud sobre el nivel del mar. Entre los resultados se encontró que el nivel de hemoglobina comparado antes y después del parto disminuye en cantidad de usuarias con un nivel considerado como normal y aumentan las que tienen un nivel considerado como patológico de la

población estudiada el 62.4 % son casos clínicos de anemia postparto de las cuales el 29.3 % evidenciaron anemia leve, el 31.8% anemia moderada, 1.26% anemia severa.

Conclusiones

De 239 puérperas incluidas en el estudio, antes del parto se mantiene el nivel de hemoglobina normal en el 73.2% $hb > 12g/dl$ frente a un 26.8% por debajo de lo normal $< 12g/dl$. Después del parto se mantiene un nivel de hemoglobina patológico (62.3%) frente a un nivel normal (37.7%) por lo tanto la correlación del nivel de hemoglobina antes y después del parto es inversamente proporcional. En el factor edad, el grupo etareo con mayor frecuencia de cuadro clínico de anemia postparto fue el de 40 a 44 años (75.0 %) seguido del grupo etareo de 20 a 24 años (64.5%) la paridad como factor asociado se pudo observar que las gran multíparas se presentan anemia postparto en un 100%, riesgo que se presenta en primíparas en un 70.8%. En grado de instrucción se observó que hay más frecuencia de cuadro clínico de anemia en el grado superior universitario (80%) superior no universitario (69.2%).

Se evaluó también el número de controles prenatales, que reflejo casos de anemia en el 61.1% en puérperas controladas y un 66.7% en pacientes no controladas. En cuanto al factor de números de dosis recibida de sulfato ferroso durante la gestación, se obtuvo que el 61.5% de puérperas con suplementación adecuada tenía anemia postparto y 62.8% de puérperas con suplementación incompleta que también presentaron la patología. En el estado civil se revelo que 62.6% de usuarios que conviven tenían anemia.

4. HIPÓTESIS

Dado que la anemia es un problema de riesgo obstétrico, frecuente durante el embarazo en gestantes a término según la Organización Mundial de la Salud durante esta etapa los niveles de hemoglobina pueden ser fluctuantes, asociados a diversos de factores

Es probable que exista influencia de los factores socio-culturales en la determinación de los niveles de hemoglobina en las gestantes a término de la jurisdicción del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica:

Se utilizó el registro de los datos descriptivo a través de la entrevista a todas las unidades de estudio Julio-Octubre 2016.

1.2 Instrumento:

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
FACTORES SOCIALES	• Edad	Técnica	Ficha de Entrevista
	• Estado civil	comunicación:	
	• Nivel económico	Entrevista	
	• Lugar de procedencia	Estructurada	
	• Grado de instrucción		
	• Ocupación		
FACTORES CULTURALES	• Actitudes sobre la alimentación	Técnica	Ficha de Entrevista
	• Costumbres alimenticias	comunicación: Entrevista Estructurada	
VARIACIÓN DE LA HEMOGLOBINA EN LA GESTANTE	• Dosaje de Hemoglobina	Técnica comunicación: Entrevista Estructurada	Ficha de Entrevista

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

2.1.1. Precisión del lugar: En el Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito Cerro Colorado.

2.1.2. Caracterización del Lugar: Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

2.1.3. Delimitación Grafica: Anexo 1

2.2. Ubicación Temporal

2.2.1 Cronología: Julio–Octubre del 2016

2.2.2 Visión Temporal: Prospectivo

2.2.3 Corte Temporal: Transversal

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1 Universo

2.3.1.1 Universo Cualitativo

Criterios de Inclusión

- Gestantes que se atienden en el Centro de Salud que decidan participar en el trabajo de investigación.
- Gestantes que tengan análisis de hemoglobina.

Criterios de Exclusión

- Gestantes que no cuenten con análisis de hemoglobina.
- Gestantes que estén en el primer y segundo trimestre de gestación.
- Gestantes con Embarazo Gemelar.

2.3.1.2 Universo Cuantitativo

El universo fue constituido por 1362 gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Zamácola durante el primer semestre del presente año, cuyo promedio de atención es de 227 al mes.

2.3.2 Muestra

El tipo de muestra será probabilístico.

$$n = \frac{(z_{\infty/2})^2 N P q}{(N - 1) E^2 + (z_{\infty/2})^2 N P q}$$

Dónde:

$(Z_{\infty/2})^2$ = Nivel de Confiabilidad

N= Tamaño de la muestra

q= 1-p Probabilidad de Evento

E² = Error de Estimación

$$n = \frac{(1.96)^2 227 (0.5)(0.5)}{(227 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} =$$

$$n = \frac{(3.8416) 227 (0.25)}{(226)(0.0025) + (3.8416)(0.25)} =$$

$$n = \frac{218.0108}{0.565 + 0.9604} =$$

$$n = \frac{218.0108}{1.5254} =$$

$$n = 142$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN

3.3.1 Autorización

Se realizó la solicitud para la Autorización a la Jefatura del Servicio de Obstetricia para obtener la aprobación y así se pudo realizar el siguiente proyecto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz estando de acuerdo en todo el plan de Desarrollo.

3.1.2 Formalización de Unidades de Estudio:

Se entrevistó a las gestantes que accedieron a participar, en este caso según sus atenciones prenatales a los que pertenecen, pudiendo así facilitar el trabajo a realizar.

3.2 RECURSOS

3.2.1 Humanos

Investigadora:

Bachiller: Carla Arana Paredes

Asesor: Magister Marcos Herrera Cárdenas

3.2.2. Físicos

Ficha de recolección de Datos

Materiales de escritorio (papel, lapicero, lápices, borradores)

Computadora, Impresora

3.2.3 Económicos

Autofinanciado por la Investigadora

3.2.4 Institucionales

Se utilizara las instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.-Arequipa.

3.3 Validación del Instrumento

Como instrumento se aplicó la ficha de recolección de datos además de un instrumento para actitudes y otro para costumbres de acuerdo a la operacionalización de las variables para poder obtener la base de datos, la ficha está constituida de tres partes:

Primero: ayudara a recabar información sobre los factores culturales y el nivel de hemoglobina con el que cuentan la muestra en estudio.

Segundo: test de Diez Quevedo Guerrero Velázquez (8), es un instrumento validado por una prueba piloto, juicio de expertos el cual fue de 95.2% y alfa de Crombach 0.54, para el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en púerperas Sobre el régimen dietario con hierro y su relación con la anemia en la gestación, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010”

El cual consta de 5 ítems que están enfocados a conocer las actitudes sobre la alimentación de las gestantes, cada pregunta tiene dos alternativas: Positivo-Negativo dando un puntaje de 2 puntos a cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta.

Tercero: test de Martínez Chiri – Modificado, para determinar costumbres alimenticias, el instrumento fue tomado del estudio “Conocimientos y Actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes de la Microred Metropolitana de Tacna 2008”, la validación del contenido fue por juicio de experto fueron tomadas del estudio con un 50 %, La confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto a 25 gestantes, siendo confiable con alfa de Cronbach mayor a 0.80, dicho instrumento cuenta con 11 ítems dirigidos a averiguar las costumbres alimenticias donde cada pregunta consta de 5 alternativas:(39)

TA: Totalmente de acuerdo **MA:** Moderadamente de acuerdo **NI:** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo **MD:** Moderadamente en desacuerdo **TD:** Totalmente en desacuerdo.

Dando un puntaje:

Costumbres adecuadas (16-22 puntos)

Costumbres moderadamente adecuadas (8-15 puntos)

Costumbres inadecuadas (0-7 puntos)

3.3.1 Procedimiento

Prueba piloto se llevó a cabo en 8 gestantes para verificar el instrumento de las preguntas de la encuesta y así poder validarlo.

3.3.2 Finalidad

La finalidad del presente fue juzgar su eficacia para su perfeccionamiento y determinar un diagnóstico general, parcial de acuerdo a las unidades de estudio.

Verificar la claridad de los cuestionarios propuestos para una resolución rápida y correcta.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización de Datos

4.1.2 Tipo de Sistematización

Se realizó un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)

4.1.2 Plan de Análisis

Se realizó la tabulación manual de los datos luego se creó una base de datos de Microsoft Excel. Una vez obtenidas las tablas estadísticas de distribución de frecuencia y porcentajes los cuales fueron también expresados en algunos gráficos; se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así mismo, se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de confianza del 5%.

El proceso de la información se realizó en el software estadístico SPSS versión 23.

CAPITULO III

RESULTADOS



TABLA N°. 1
CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ

		Nº	%
Edad	Adolescentes 12-18	23	16.2
	Jóvenes 19-29	74	52.1
	Adultos 30-45	45	31.7
Estado Civil	Soltera	30	21.1
	Casada	14	9.9
	Conviviente	96	67.6
	Divorciada	1	0.7
	Viuda	1	0.7
Ingreso mensual	Alto (2278 soles)	13	9.2
	Medio (1380)	71	50.0
	Bajo (697 soles)	58	40.8
Procedencia	Urbano	101	71.1
	Rural	41	28.9
Nivel educativo	Analfabeta	1	0.7
	Primaria	22	15.5
	Secundaria	88	62.0
	Superior no universitaria	29	20.4
	Superior universitaria	2	1.4
Ocupación	Estudiante	23	16.2
	Ama de casa	95	66.9
	Trabajadora	24	16.9
TOTAL		142	100

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°. 1 muestra que el 52.1% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz son jóvenes entre 19-29 años, pero cabe resaltar que el 16.2% son adolescentes entre 12-18 años, el 67.6% son convivientes, mientras que el 0.7% son divorciadas, el 50.0% de ellas tienen un ingreso mensual medio (1380 soles), mientras que el 9.2% tienen un ingreso mensual alto (2278 soles) también se muestra que el 71.1% proceden de una zona urbana, el 62.0% tienen instrucción secundaria y solo el 1.4% tienen instrucción superior universitaria, y por último el 66.9% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz son amas de casa, mientras que el 16.2% son estudiantes.



TABLA N°. 2
ACTITUD ALIMENTICIA DE LAS GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ

Actitud alimenticia	N°.	%
Positivo	57	40.1
Negativo	85	59.9
TOTAL	142	100

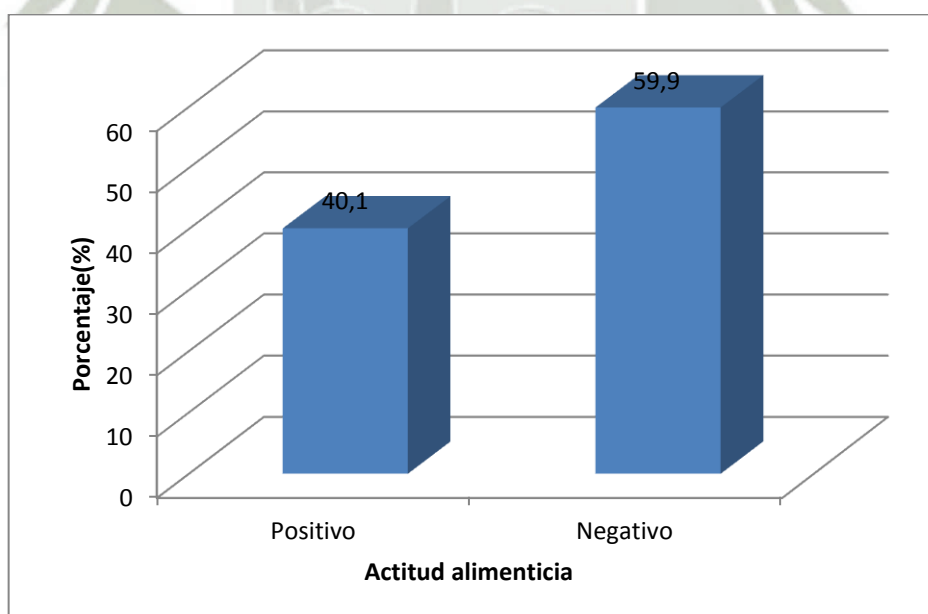
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°. 2 muestra que el 59.9% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz tienen una actitud alimenticia negativa, mientras que el 40.1% de las gestantes tiene actitud alimenticia positiva.

Gráfico N° 1

ACTITUD ALIMENTICIA DE LAS GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 3
COSTUMBRES ALIMENTICIAS DE LAS GESTANTES A TÉRMINO
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ

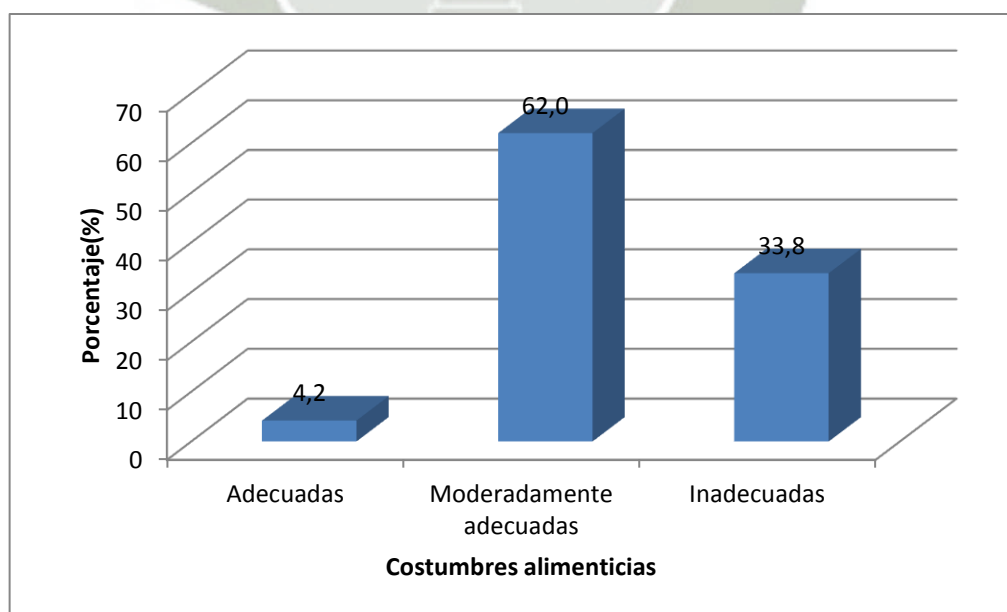
Costumbres alimenticias	N°.	%
Adecuadas	6	4.2
Moderadamente adecuadas	88	62.0
Inadecuadas	48	33.8
TOTAL	142	100

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

En la tabla N°. 3 se observa que el 62.0% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz tienen costumbres alimenticias moderadamente adecuadas, mientras que el 4.2% de las gestantes tienen costumbres alimenticias adecuadas.

Gráfico N° 2
COSTUMBRES ALIMENTICIAS DE LAS GESTANTES A TÉRMINO
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 4
NIVELES DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ

Hemoglobina	N°.	%
Sin anemia	98	69.0
Anemia leve	38	26.8
Anemia moderada	6	4.2
TOTAL	142	100

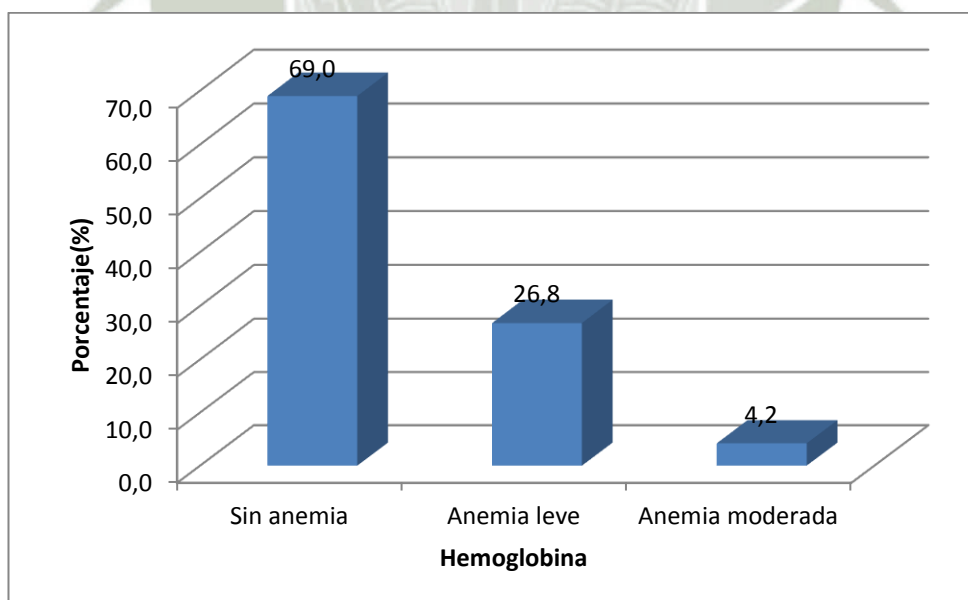
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°. 4 indica que el 69.0% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz no tienen anemia, mientras que el 4.2% de las gestantes presentan anemia moderada

Gráfico N° 3

NIVELES DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 5
RELACIÓN ENTRE EL GRUPO ETAREO Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ

Grupo Etéreo	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Adolescentes 12-18	13	9.2	8	5.6	2	1.4	23	16.2
Jóvenes 19-29	53	37.3	20	14.1	1	0.7	74	52.1
Adultos 30-45	32	22.5	10	7.0	3	2.1	45	31.7
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=4.69$

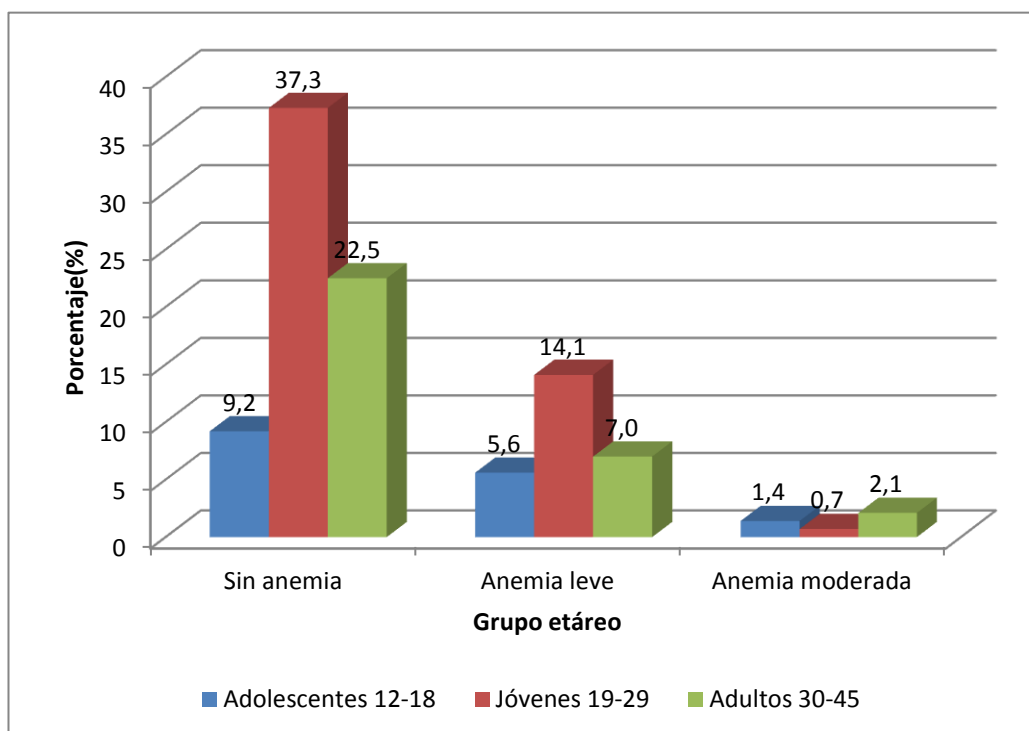
$P>0.05$

Interpretación:

La tabla N°.5 indica que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.69$) se muestra que el grupo etéreo y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$). Asimismo se observa que el 37.3% de las gestantes a término sin anemia son jóvenes entre 19-29 años, mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada son jóvenes entre 19-29 años.

Gráfico N°4

**RELACION ENTRE EL GRUPO ETAREO Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 6
RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ

Estado Civil	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Soltera	19	13.4	8	5.6	3	2.1	30	21.1
Casada	11	7.7	3	2.1	0	0.0	14	9.9
Conviviente	66	46.5	27	19.0	3	2.1	96	67.6
Divorciada	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Viuda	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=4.67$

$P>0.05$

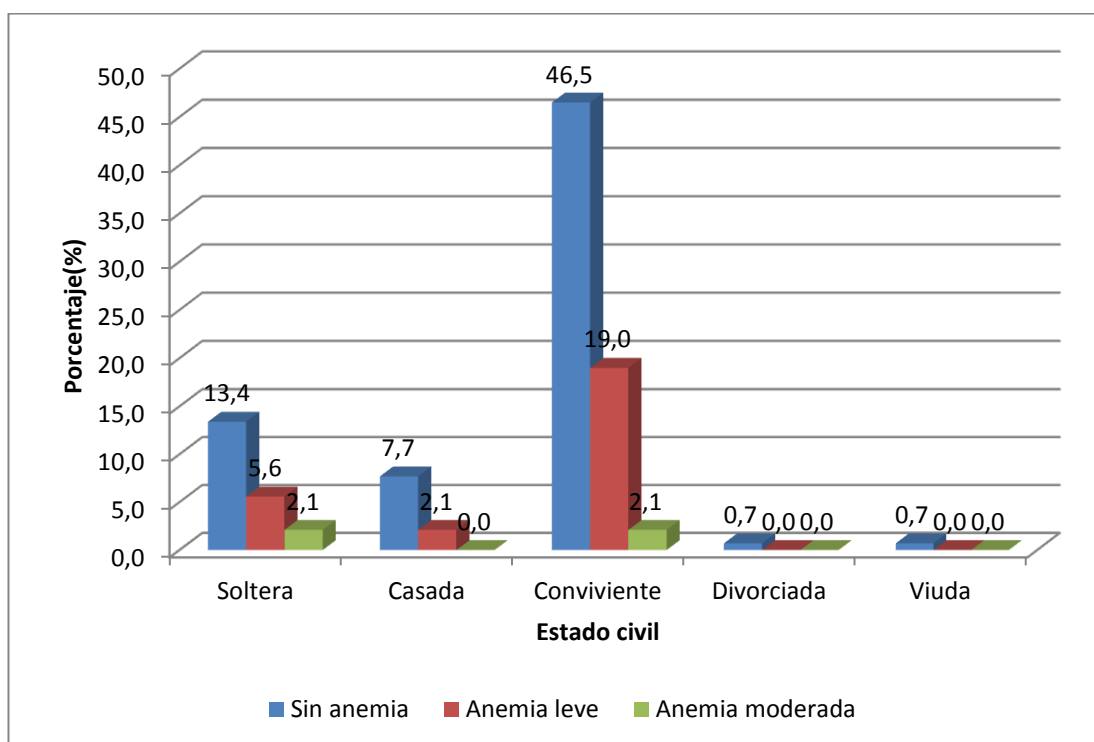
Interpretación:

La tabla N°.6 muestra que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.67$) se muestra que el estado civil y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 46.5% de las gestantes a término sin anemia convivientes, mientras que el 2.1% de las gestantes con anemia moderada son solteras.

Gráfico N° 5

**RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 7
RELACIÓN ENTRE EL INGRESO MENSUAL Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ

Ingreso mensual	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Alto (2278 soles)	10	7.0	2	1.4	1	0.7	13	9.2
Medio (1380)	58	40.8	12	8.5	1	0.7	71	50.0
Bajo (697 soles)	30	21.1	24	16.9	4	2.8	58	40.8
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=14.80$ $P<0.05$

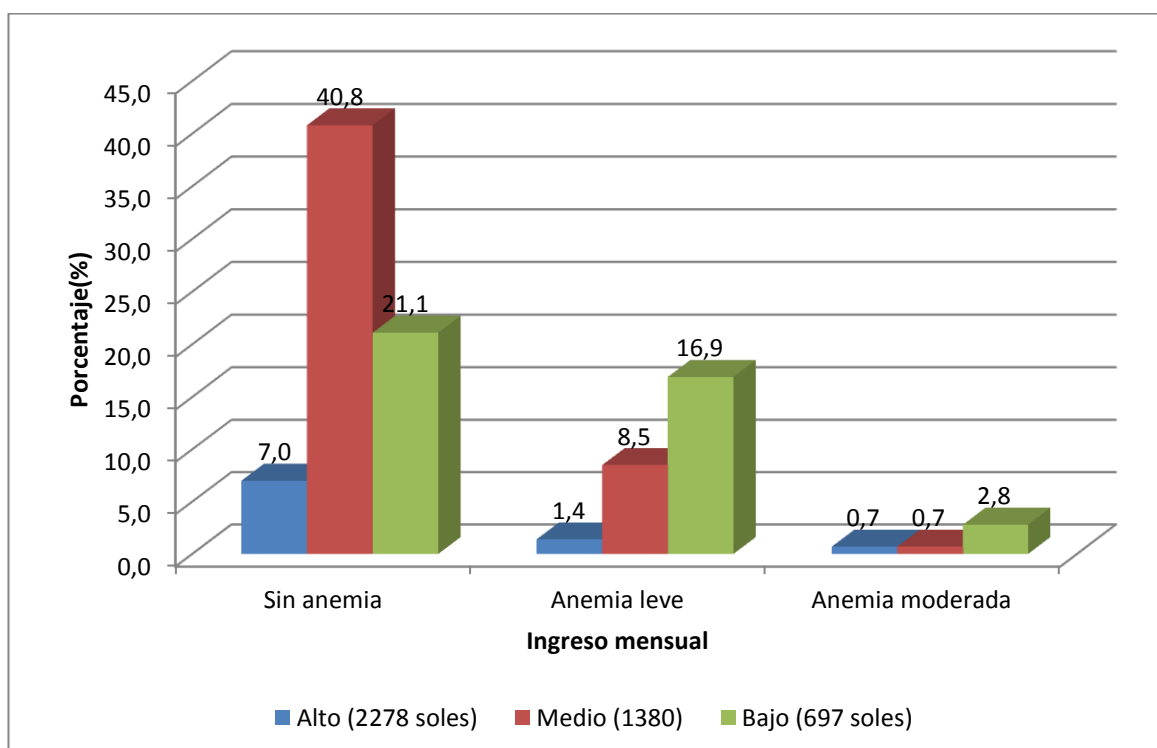
Interpretación:

La tabla N°.7 indica que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.80$) se muestra que el ingreso mensual y la hemoglobina presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 40.8% de las gestantes a término sin anemia tienen un ingreso mensual medio (1380 soles), mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada tienen un ingreso mensual alto (2278 soles).

Gráfico N° 6

**RELACIÓN ENTRE EL INGRESO MENSUAL Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 8
RELACIÓN ENTRE LA ZONA DE PROCEDENCIA Y LA HEMOGLOBINA EN
LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ

Procedencia	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Urbano	67	47.2	30	21.1	4	2.8	101	71.1
Rural	31	21.8	8	5.6	2	1.4	41	28.9
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=1.55$

$P>0.05$

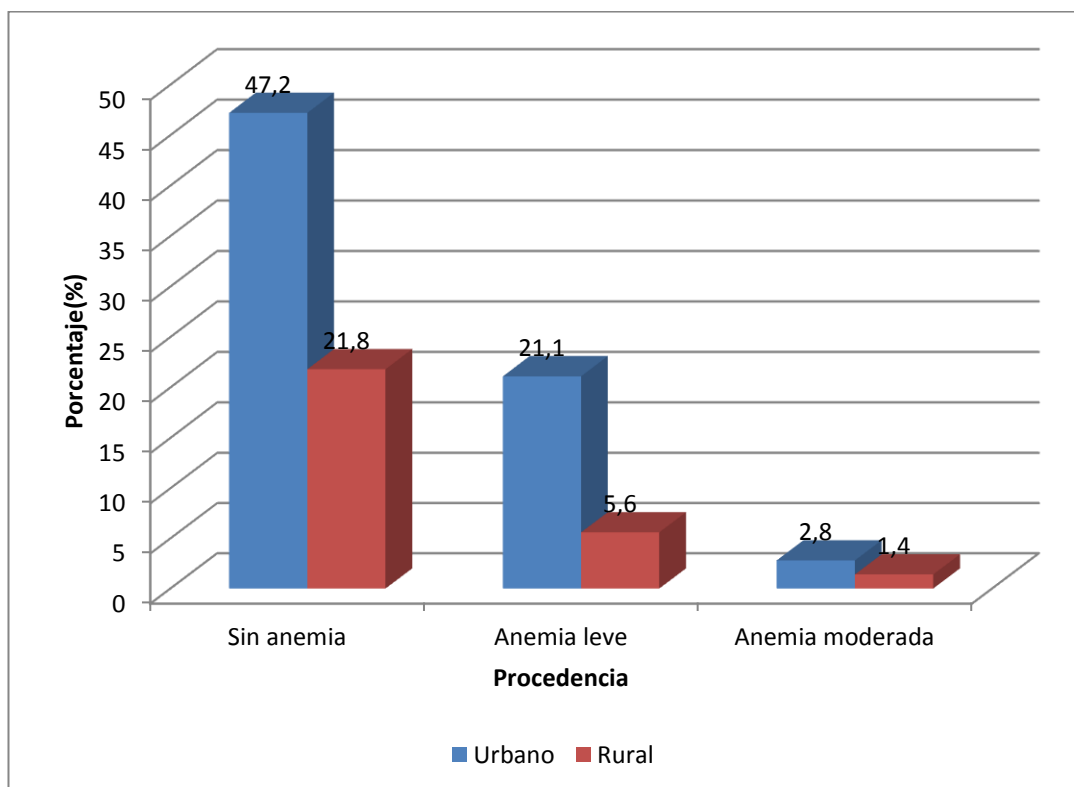
Interpretación:

En la tabla N°.8 se puede observar que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.55$) se muestra que el lugar de procedencia y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 47.2% de las gestantes a término sin anemia proceden de zona urbana, mientras que el 1.4% de las gestantes con anemia moderada tienen un ingreso mensual alto (2278 soles).proceden de zona rural.

Gráfico N° 7

**RELACIÓN ENTRE LA ZONA DE PROCEDENCIA Y LA HEMOGLOBINA EN
LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 9
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ

Nivel Educativo	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Analfabeta	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
Primaria	10	7.0	10	7.0	2	1.4	22	15.5
Secundaria	63	44.4	23	16.2	2	1.4	88	62.0
Superior no universitaria	23	16.2	5	3.5	1	0.7	29	20.4
Superior universitaria	1	0.7	0	0.0	1	0.7	2	1.4
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=19.24$

$P<0.05$

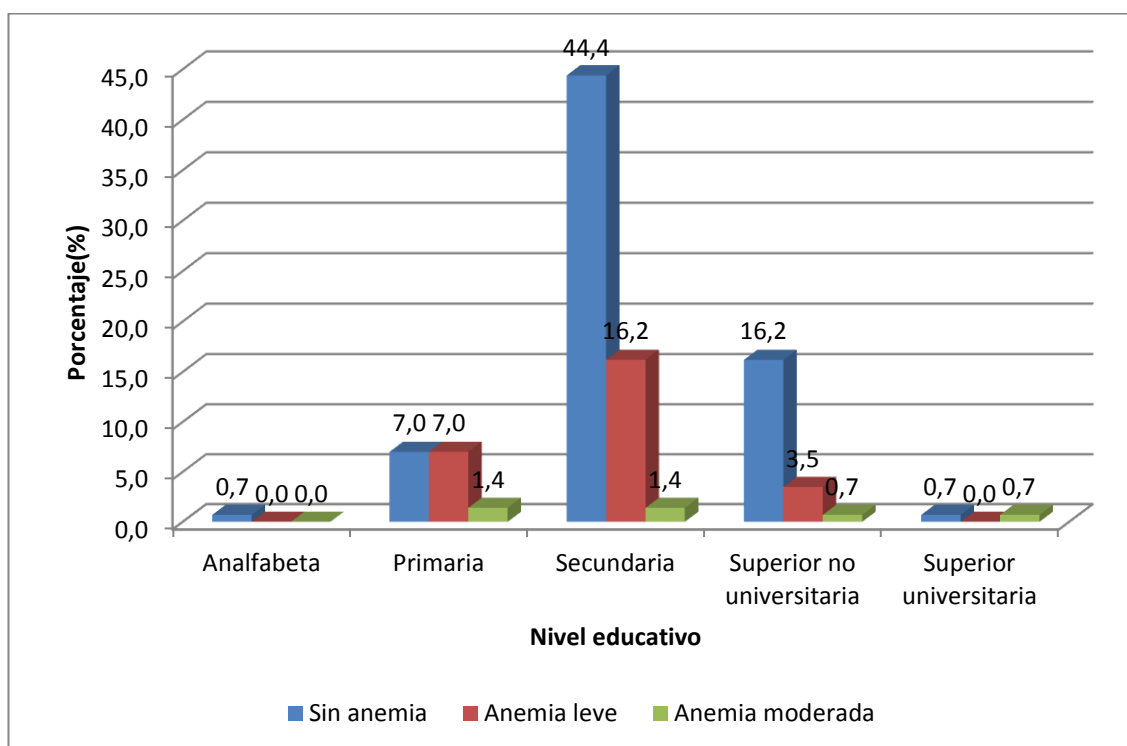
Interpretación:

La tabla N°.9 muestra que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.24$) se muestra que el nivel educativo y la hemoglobina presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 44.4% de las gestantes a término sin anemia tienen instrucción secundaria, mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada tienen instrucción superior universitaria.

Gráfico N° 8

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 10

**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**

Ocupación	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Estudiante	18	12.7	4	2.8	1	0.7	23	16.2
Ama de casa	59	41.5	32	22.5	4	2.8	95	66.9
Trabajadora	21	14.8	2	1.4	1	0.7	24	16.9
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

 $X^2=7.63$
 $P>0.05$

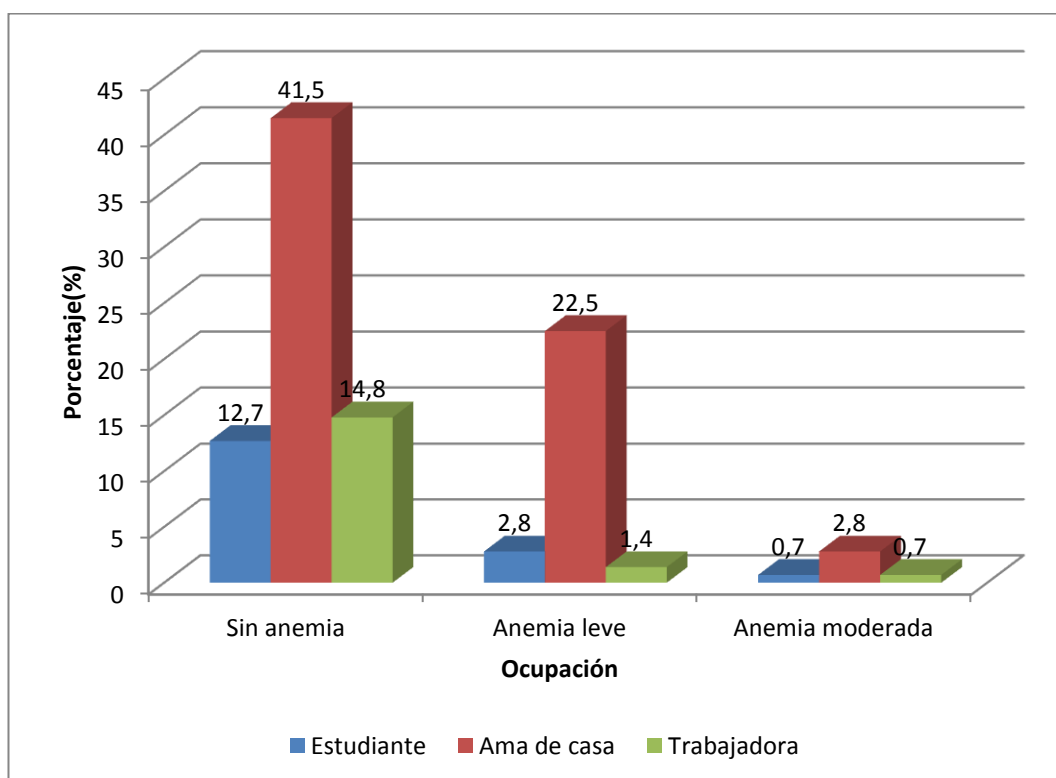
Interpretación:

En la tabla N°.10 se observa que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.63$) se muestra que la ocupación y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 41.5% de las gestantes a término sin anemia son amas de casa, mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada son estudiantes.

Gráfico N° 9

**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA HEMOGLOBINA EN LAS
GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 11
RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES ALIMENTICIAS Y LA HEMOGLOBINA
EN LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ

Actitudes alimenticias	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Positivo	42	29.6	12	8.5	3	2.1	57	40.1
Negativo	56	39.4	26	18.3	3	2.1	85	59.9
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=1.70$

$P>0.05$

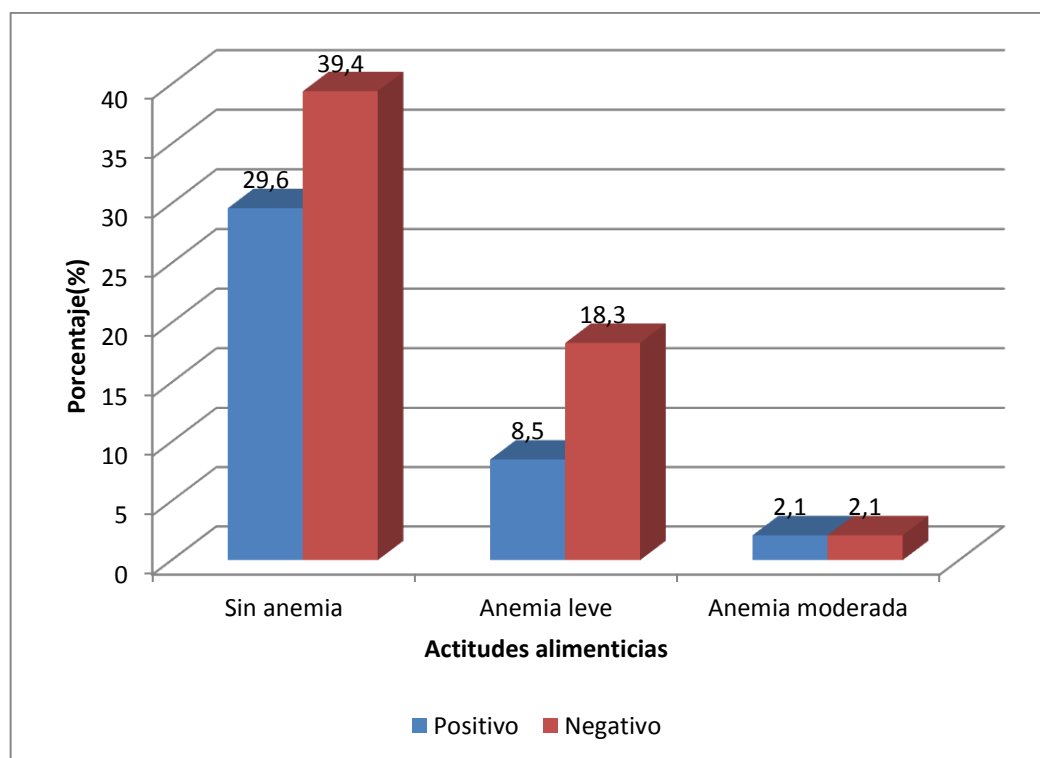
Interpretación:

La tabla N°.11 muestra que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.70$) se muestra que la actitud alimenticia y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 39.4% de las gestantes a término sin anemia tienen una actitud alimenticia negativa, mientras que el 2.1% de las gestantes con anemia moderada tienen actitud alimenticia positiva.

Gráfico N° 10

**RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES ALIMENTICIAS Y LA HEMOGLOBINA
EN LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 12
RELACIÓN ENTRE LAS COSTUMBRES ALIMENTICIAS Y LA
HEMOGLOBINA EN LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ

Costumbres alimenticias	Hemoglobina						TOTAL	
	Sin anemia		Anemia leve		Anemia moderada			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Adecuadas	6	4.2	0	0.0	0	0.0	6	4.2
Moderadamente adecuadas	64	45.1	20	14.1	4	2.8	88	62.0
Inadecuadas	28	19.7	18	12.7	2	1.4	48	33.8
TOTAL	98	69.0	38	26.8	6	4.2	142	100

Fuente: Elaboración Personal

$X^2=6.28$

$P>0.05$

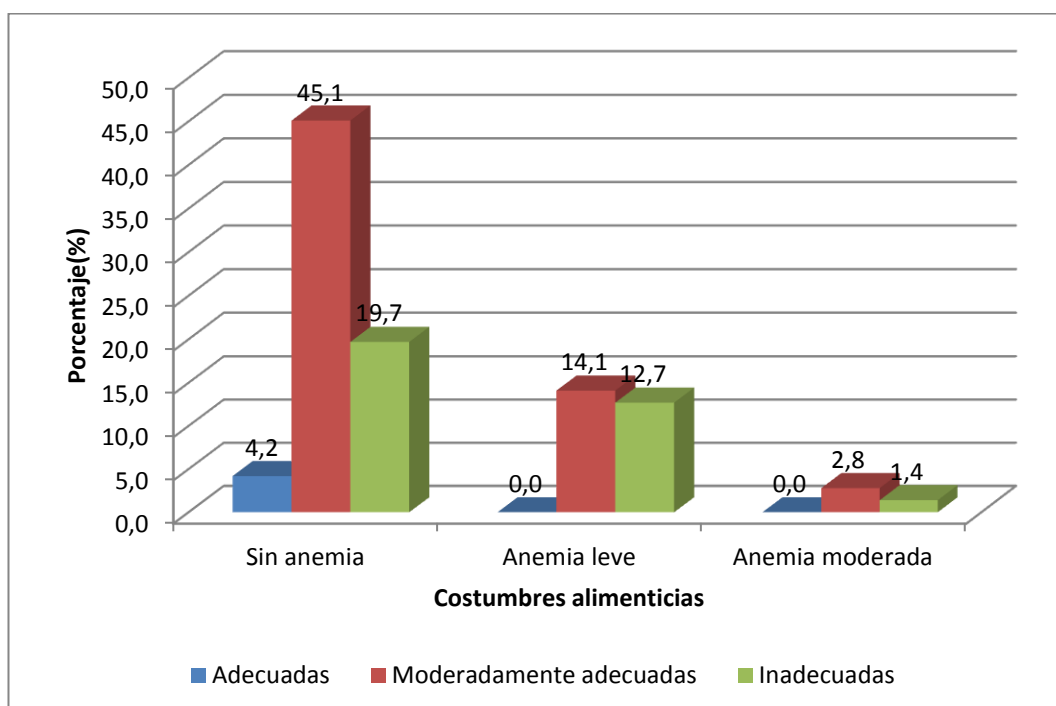
Interpretación:

En la tabla N°.12 se puede observar que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.28$) se muestra que las costumbres alimenticias y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 45.1% de las gestantes a término sin anemia tienen costumbres alimenticias moderadamente adecuadas, mientras que el 1.14% de las gestantes con anemia moderada tienen costumbres alimenticias inadecuadas.

Gráfico N° 11

**RELACIÓN ENTRE LAS COSTUMBRES ALIMENTICIAS Y LA
HEMOGLOBINA EN LAS GESTANTES A TÉRMINO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**



Fuente: Elaboración Personal

DISCUSIÓN

Según el presente estudio el 52.1% de las gestantes a término atendidas en el centro de salud son jóvenes entre 19-29 años, pero cabe resaltar que el 16.2% son adolescentes entre 12-18 años, lo cual concuerda con lo revelado por el INEI y ENDES 2015 donde indica que de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años 14 han sido madres o están embarazadas, con respecto al nivel económico la población en estudio indica un ingreso mensual “Medio” 50.0% equivale a 1380 soles aproximadamente, el 62.0% de las gestantes a término que acude al centro de salud Maritza Campos Díaz tienen instrucción secundaria, y solo 1.4% tienen instrucción superior universitaria.

Según los hallazgos encontrados en el estudio podemos decir que el 59.9% de las gestantes a término tienen una actitud alimenticia “negativa”, mientras que el 40.1% de las gestantes tiene actitudes alimenticias “positivas”, el 62.0% tienen costumbres alimenticias moderadamente adecuadas, mientras que solo el 4.2% de las gestantes tienen costumbres alimenticias adecuadas, esto puede tener relación con los hallazgos encontrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 en mujeres en edad fértil, donde el sobre peso tiene mayores porcentajes en mujeres entre los 30 a 39 años (43,4%) y la obesidad en mujeres de 40 a 49 años de edad (33%) y según datos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN-INS) para el año 2013 la prevalencia de sobrepeso en gestantes fue de 36,3% y el déficit de peso fue de 12,8%. Montero Munayco (31), en su estudio revelo que en cuanto a las prácticas alimentarias, la mayoría de las gestantes tiene actitudes “inadecuadas” (83.4%) lo cual no concuerda con el presente estudio. Sin embargo Stella Escudero (32), menciona que las características como bajo nivel educativo, indican vulnerabilidad social y económica de las gestantes, son hechos relacionados con el estado nutricional y la salud materno-fetal, dado el hecho que pueden aumentar el riesgo de presentar bajos niveles de Hemoglobina con consecuencias de morbilidad, bajo peso al nacer y retraso psicomotor.

Con respecto a la anemia en gestantes el presente estudio indica que el 69.0% de las gestantes a término no tienen anemia, mientras que el 4.2% de las gestantes presentan anemia moderada, lo cual concuerda con Castro Fonseca (24), en su estudio, indica que antes del parto se mantiene el nivel de hemoglobina normal en el 73.2% $hb > 12g/dl$, sin embargo los hallazgos encontrados tienen algo llamativo; ya que el presente estudio rebela que los casos de anemia leve están presentes en 38 (26.8%) gestantes de las 142 que accedieron a participar de la investigación. Y como Gaitán, Echeverría, Vargas, Camal-Ugarte (25) indican; considerar que los niveles bajos de hierro materno en el tercer trimestre también se han visto asociados con anemia neonatal o de la infancia temprana es importante realizar el seguimiento de las gestantes que tiene anemia para su pronta recuperación y así se pueda prevenir los efectos durante y después del parto, no solo en la madre también en el niño por nacer o neonato. Munares, Gómez, Barboza, y Sánchez (27), recomiendan en base a los hallazgos de sus estudios que en los lugares donde la prevalencia es mas del 30% se debería suplementar con hierro, no solo a las gestantes, también a la población total, ya que la anemia se inicia desde antes del embarazo, tomando esta estrategia se reduciría las cifras de anemia.

Y sobre las características sociodemográficas y la relación con el nivel de hemoglobina, se muestra que el grupo etáreo y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa al igual que el estado civil y el lugar de procedencia. Asimismo se observa que el 37.3% de las gestantes a término sin anemia son jóvenes entre 19-29 años, mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada también jóvenes con los mismos rangos de edad mencionados anteriormente. Según Stella Escudero (32), los cambios en la concentración de Hemoglobina materna pueden estar influenciados por factores, sociodemográficos y gestacionales. Sin embargo indica que en los resultados de su estudio no se encontró asociación de la Hemoglobina con las características sociodemográficas: edad, nivel educativo y estado civil, de las gestantes en ningún trimestre del embarazo; una posible explicación, es que dichas características en la población atendida son muy homogénea, es importante notar que el presente estudio muestra que el ingreso mensual y la hemoglobina presentó relación estadística

significativa y se muestra que el nivel educativo y la hemoglobina también presentó relación estadística significativa.

Asimismo se observa que el 44.4% de las gestantes a término sin anemia tienen instrucción secundaria, mientras que el 0.7% de las gestantes con anemia moderada tienen instrucción superior universitaria. Se puede deducir que mientras más baja escolaridad hay menor acceso a los medios de información, al adecuado uso de los suplementos y más deficiencia en la calidad de la alimentación tal como lo menciona Stella Escudero (32), de acuerdo a los hallazgos de Castro Fonseca (24), indican que con respecto al grado de instrucción se observó que hay más frecuencia de cuadro clínico de anemia en el grado superior universitario (80%) superior no universitario (69.2%).

Se muestra que la actitud alimenticia y la hemoglobina no presentaron relación estadística significativa. Podemos encontrar que la actitud alimenticia y la hemoglobina no presentó relación estadística significativa esto quiere decir que una actitud positiva o negativa con respecto a la alimentación durante la gestación no influye en el nivel de hemoglobina en esta etapa. Sin embargo se debe notar que el 39.4% de las gestantes a término sin anemia tienen una actitud alimenticia negativa, mientras que el 2.1% de las gestantes con anemia moderada tienen actitud alimenticia positiva.

Con respecto a las costumbres alimenticias y la hemoglobina no presentan relación estadística significativa, asimismo se observa que el 45.1% de las gestantes a término sin anemia tienen costumbres alimenticias moderadamente adecuadas, mientras que el 1.14% de las gestantes con anemia moderada tienen costumbres alimenticias inadecuadas.

CONCLUSIONES

1. Las mayoría de gestantes a término que acuden al centro de Salud Zamácola son jóvenes con 19-29 años de edad, sin embargo el 16.2% son adolescentes lo cual es llamativo y se presta a nuevos estudios en base a estos datos, el nivel económico de la población en estudio indica un ingreso mensual “Medio” y la mayoría cuenta con educación secundaria.
2. En cuanto a los factores culturales de las gestantes, se muestra que la actitud alimenticia y la hemoglobina no presentaron relación estadística significativa al igual que las costumbres alimenticias donde los hallazgos nos indican que no presentan relación estadística significativa con el nivel de hemoglobina.
3. Los niveles de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se clasificaron de la siguiente manera: gestantes sin anemia 69.0%, anemia leve 26.8% y anemia moderada 4.2%
4. Según los factores socio-culturales relacionados con los niveles de hemoglobina en gestantes a término indican que el grupo etáreo, estado civil, lugar de procedencia, ocupación, la actitud alimenticia no presentaron relación estadística significativa con el nivel de hemoglobina por lo contrario el ingreso mensual y el nivel educativo presentaron relación estadística significativa con el nivel de hemoglobina.

RECOMENDACIONES

1. El Centro de Salud debería editar folletos con dietas basadas en el requerimiento nutricional de las gestantes, al mismo tiempo que estos folletos también pueda contener información importante con el objetivo de mejorar la actitud y costumbres alimenticias de las usuarias.
2. Se sugiere que el área de obstetricia en conjunto con el de nutrición realice charlas de contenido nutricional dirigido a las gestantes y concientizar sobre la importancia de una alimentación adecuada.
3. Fortalecer la importancia del trabajo en equipo y multi profesional sobre todo con el área de nutrición.
4. Realizar el seguimiento continuo a las gestantes con anemia es importante; ya que si nos aseguramos de que cumplan con los tratamientos brindados tendremos disminución en los efectos y patologías que se pueden presentar durante y después del parto y no solo en la madre también en el niño por nacer.
5. El establecimiento de salud debería reforzar los conocimientos sobre patrones de intervención por zonas para la salud y nutrición de las gestantes sin importar si se tiene anemia o no, al igual que necesitan ser monitorizadas por lo tanto es indispensable un incremento del personal de Obstetras.
6. Se debe supervisar y capacitar al personal de Laboratorio constantemente para la toma de Hemoglobina Estandarizada ya que esta varía según la altura sobre el nivel del mar.
7. Se debe tomar en cuenta la recomendación de la Organización mundial de la Salud, en cuanto a los cuatro dosajes de hemoglobina para gestantes.

V BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. BLANCO ROJO R. Factores dietéticos, genéticos y fisiológicos de riesgo de anemia ferropénica, y eficacia de un alimento funcional en mujeres con deficiencia de hierro [tesis doctoral]: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2013. Pag.9, 58, 59
2. CABERO. L, SALDÍVAR. D, CABRILLO. E, Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Madrid, Panamericana, 2010. pág. 322, 665
3. CASADO SÁNCHEZ E. Operaciones Básicas de Laboratorio. Madrid: Editorial Paraninfo; 2012. Pág. 266.
4. CASTRO FONSECA K. E. Correlación del nivel de hemoglobina pre y post parto y factores asociados al cuadro clínico de anemia en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, [tesis pre grado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.
5. CUNNINGHAM, F. G., WILLIAMS: Obstétrica.23^a Ed. México: McGraw Hill; 2011. Pág. 933.
6. DELBINO, CAROLINA TURORA: VULICH, MARÍA ROSA., “Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio F.A.S.T.A Universidad F.A.S.T.A. Facultad de Ciencias Médicas Licenciatura en Nutrición; 2013. Pag.6.
7. DEL LUIS. D, BELLIDO GUERREO. D, GARCÍA LUNA. Dieta, Nutrición Clínica y Metabolismo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012. Pag.604.
8. DIEZ QUEVEDO. K., GUERRERO VELÁSQUEZ. L. Conocimientos, actitudes y prácticas en puérperas sobre el régimen dietario con hierro y su relación con la anemia en la gestación, Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis pre grado] Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2010. Pag.16

9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
10. IPIALES M, RIVERA F. Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Ibarra. Diciembre del 2009 a diciembre 2010 [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud; 2010. pag 27- 29
11. MARÍN GUANILO M. A., VASQUEZ TAPIA W., Principales factores sociales que influyen en las variaciones de hemoglobina. Gestantes atendidas en el HOSPITAL PACASMAYO [tesis pre grado] Pacasmayo: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad de Ciencias de la Salud: 2012. Pág. 24,25,27
12. MINISTERIO DE SALUD. Directiva sanitaria de suplementación con micronutrientes para los niños (as) menores de 5 años, gestantes y puérperas. pág. 5, 11
13. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos De Nutrición De La Mujer Gestante Y De La Mujer Que Da De Lactar. pág. 4, 5
14. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Procedimientos de Laboratorio en técnicas Básicas de Hematología: Red Nacional de Laboratorios de Salud pública.2005. Pág, 40
15. MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes (PREDEMI). Normas Técnicas para la Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes. MINSA.1999.
16. PÉREZ D, Cuida tu Salud: Guía para prevenir enfermedades y tener una vida sana, en familia.1ªEd.Mexico: Penguin Random House Grupo; 2012.
17. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 069- 2016. Directiva Sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes puérperas. MINSA. Pág. 20, 33.

18. RODAK BERNADETTE F., Hematología: Fundamentos y aplicaciones clínicas. 2º Ed. Argentina: Panamericana; 2005. Pág 107.
19. RUIZ ARGUELLES G.J. Fundamentos de Hematología. 4º Ed. México: Panamericana; 2009. Pág. 57.
20. SCHWARZ, R. Obstetricia sexta edición, Buenos Aires: El Ateneo, 2005. Pág. 54.
21. VOET DONALD., VOET J., Bioquímica. 3ªEd. México: Panamericana; 2004. Pág. 191.
22. VILCA LAURA. K.V., HUANCHAHUIRE OROS. S. Y., Factores asociados a la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza [tesis pre grado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2011.

HEMEROGRAFÍA

23. ARMANDO MEDINA I1, JULIO MAYCA P. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. Rev. Perú Med Exp Salud Publica (Lima)2001;23(1),22-32 . Pag.23
24. CASTRO FONSECA, Karla Emily Tesis ucsm“Correlacion del nivel de hemoglobina pre y post parto y factores asociados al cuadro clinico de anemia en puerperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa, 2013” Publicada 2014.
25. JATZIRI, Mercedes; GAITAN GONZALES ,Juan Carlos; ECHEVARRIA ARJONILLA, Carlos Revista scielo. “Valores de Hemoglobina en mujeres Embarazadas residentes en zonas de altitud media”. Salud PublicaMéx vol.55 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2013.pp:145-149.

26. GONZALES G. F, TAPIA V, CASCO MANUEL, CARRILLO C, Hemoglobina materna en el Perú: Diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev Perú Med Exp Salud Publica (Lima) 2011;28(3): 484- 491 pag,485
27. GÓMEZ-GUIZADO G. MUNARES-GARCÍA.O., BARBOZA-DEL CARPIO G. SÁNCHEZ-ABANTO J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del ministerio de salud del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica(Lima)2012; 29(3) 329- 336
28. LEGAZ ARRESE, A. Atletismo español: análisis básico de la pseudoanemia, anemia ferropénica y anemia megaloblástica. Rev.int.med.cienc.act.fís. deporte.1(1),65-83,2000. Pág. 77
29. LÓPEZ RODRÍGUEZ MJ., SÁNCHEZ MÉNDEZ JL., SÁNCHEZ MARTÍNEZ MC., DOMÍNGUEZ .M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Inf Ter del Sistema Nacional de Salud. 2010; 34, (4)117-128. Pag.122, 123
30. MARTÍNEZ H., GONZÁLEZ T., FLORES M., RIVERA J., LEZANA M. Á., SEPÚLVEDA., Anemia en mujeres de edad reproductiva. Resultados de una encuesta probabilística Nacional Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca,37(2)108-119, 1995. pag.112
31. MONTERO MUNAYCO J. N, Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal ,[tesis pre grado], Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
32. PARRA S, Beatriz ESCUDERO,Luz Stella ; RESTREPO, Lucia; Revista scielo. “Factores sociodemograficos y gestacionales asociados a la concentracion de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria publica de Medellin”,chil. vol.38 Santiago dic. 2011Re, N°4 , páginass: 429-437.
33. PACHECO ROMERO J, Nutrición en el Embarazo y la Lactancia, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Lima, 60(2),141-146

WEB GRAFÍA

34. Administración de suplementos de aceites marinos para mejorar los resultados del embarazo. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales OM.2011. [Fecha de acceso 16 de septiembre 2016]; URL disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/fish_oil_pregnancy/es/
35. Centro de Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) 2013[Fecha de acceso 25 de septiembre 2016]; URL disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c2/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>
36. Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas [en línea] México: Archivos en Artículo Original: Medicina Familiar [fecha de acceso 19 de septiembre 2016] URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf074d.pdf>
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [En línea] Lima; Nota de Prensa [fecha de acceso 16 de septiembre 2016] URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/nota-de-prensa-n074_2016-inei.pdf
38. Stoltzfus RJ. . Nueva York. Iron deficiency: global prevalence and consequences. Food Nutr Bull. 2003.(fecha de acceso 16 de septiembre 2016);Nº 24 URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17016951>
39. Martínez Chire, A. Conocimiento y Actitudes sobre Requerimientos Nutricionales durante el Embarazo en gestantes de la Microred Metropolitana. Enero – Agosto 2008 – Tacna. .[fecha de acceso 02 de Agosto 2016] URL disponible en: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/04.pdf

ANEXOS



ANEXO N° 1: PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL INSTRUMENTO

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE
INVESTIGACION

Dra.....

Directora General del Centro de Salud Maritza Campos Diaz

Yo Carla Arana Paredes con DNI 46457501 Bachiller en Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Con el debido respeto me presento ante Ud. Y solicito:

Que estoy próxima a optar el TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y PUERICULTURA por la modalidad de tesis, es por ello que le solicito Autorización para la ejecución de trabajo de investigación realizando encuestas sobre, “Factores socio-culturales relacionados con el nivel de Hemoglobina en Gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Julio-Octubre 2016”

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted acceder a mi solicitud, dado que los resultados le serán dados a conocer para los fines pertinentes.

Agradezco su aprobación.

Carla Arana Paredes

D.N.I: 46457501

FECHA:...../...../2016

ANEXO N 2: INSTRUMENTO

Factores Socio-Culturales relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016. Le pedimos responder a las siguientes preguntas de una forma sincera y real. **Marque con una “X”**

Datos Generales:

Sociales

1.- Grupo Etéreo:

- Adolescentes 12-18 ()
- Jóvenes 19-29 ()
- Adultos 30-45 ()

2.-Estado Civil.

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

3.- Procedencia:

Urbana () Rural ()

4 .-Ocupación:

- Estudiante ()
- Ama de Casa ()
- Trabajadora ()

5.- Cual es su ingreso mensual?

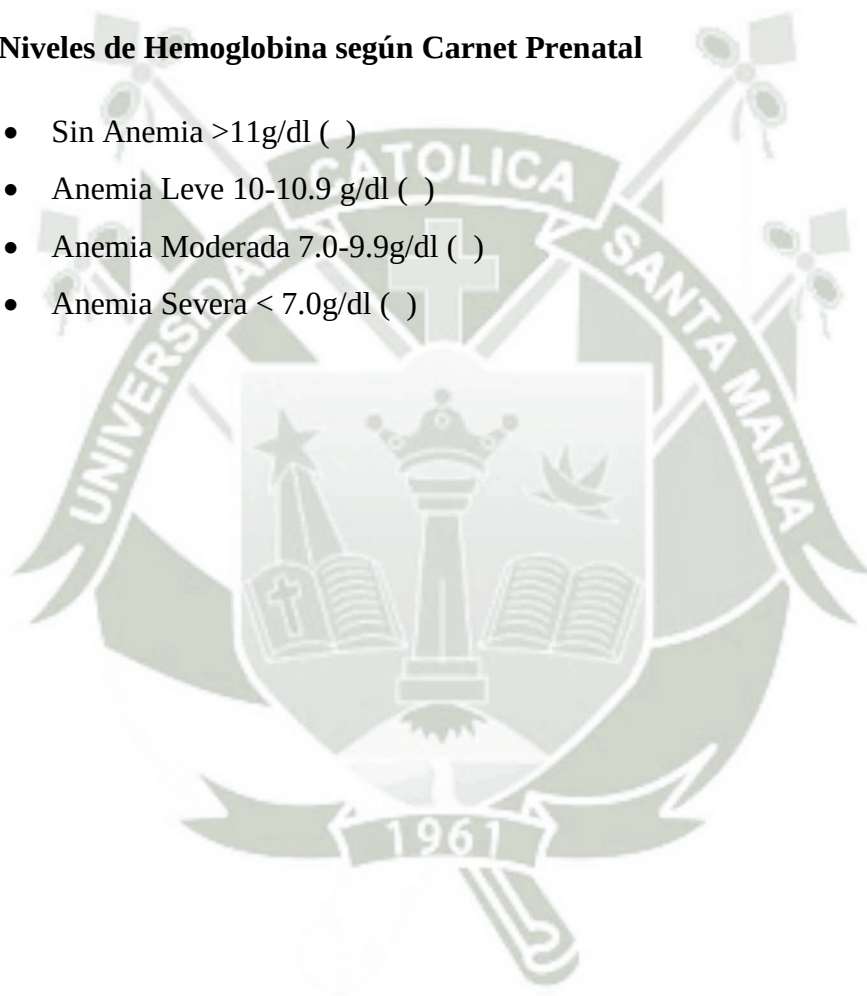
- 2.278 soles (Alto)
- 1380 soles (Medio)
- 697 soles(Bajo)

6.-Nivel Educativo:

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior no universitario ()
- Superior universitario ()

7.- Niveles de Hemoglobina según Carnet Prenatal

- Sin Anemia $>11\text{g/dl}$ ()
- Anemia Leve $10-10.9\text{ g/dl}$ ()
- Anemia Moderada $7.0-9.9\text{g/dl}$ ()
- Anemia Severa $< 7.0\text{g/dl}$ ()



TEST DE ACTITUDES ALIMENTICIAS

(Diez Quevedo – Guerreño Velásquez)

1.- Me preocupa leer en revista, periódicos, artículos sobre la mejor alimentación durante el embarazo y cuáles son los alimentos con hierro:

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

2.-Me preocupa saber cuáles son alimentos ricos en hierro:

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

3.-Al ir a un restaurante elijo la comida que me aporta el mayor contenido de hierro:

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

4.-Al ir al consultorio de Nutrición me indican seguir una determinada alimentación para aumentar mis niveles de hierro y los de mi bebé, ante esto yo estoy:

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

5.-Le agrada consumir sangrecita, bofe, hígado, otras menudencias

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo

TEST DE ACTITUDES ALIMENTICIAS

(Diez Quevedo-Guerrero Velásquez)

Criterio de calificación	A (2)	B (1)
Me preocupa leer en revista, periódicos, artículos sobre la mejor alimentación durante el embarazo y cuáles son los alimentos con hierro	De acuerdo	Desacuerdo
Me preocupa saber cuáles son alimentos ricos en hierro	De acuerdo	Desacuerdo
Al ir a un restaurante elijo la comida que se que me aporta el mayor contenido de hierro	De acuerdo	Desacuerdo
Al ir al consultorio de Nutrición me indican seguir una determinada alimentación para aumentar mis niveles de hierro y los de mí bebe, ante esto yo estoy	De acuerdo	Desacuerdo
Le agrada consumir sangrecita, bofe, hígado, otras menudencias.	De acuerdo	Desacuerdo

Total

10

5

Positivo 2 puntos: (8 a 10) Si las cinco preguntas planteadas, todas son contestadas correctamente con el puntaje de (2) cada una, se obtendrá un máximo de 10 puntos. **Negativo** (≤ 7): Si de las cinco preguntas planteadas son contestadas dos, con el puntaje de (2) cada una y las tres siguientes, con el puntaje de (1), se obtendrá un máximo de 7 puntos.

TEST COSTUMBRES ALIMENTICIAS

(Martínez Chiri-Modificado)

La encuesta sobre las costumbres alimenticias consta de 11 preguntas, con 3 alternativas de respuesta donde cada pregunta cerrada evalúa las costumbres de las gestantes; dándoles 02 puntos a cada respuesta correcta y 0 (cero) a la respuesta incorrecta.

Escala

- ✓ Costumbres Inadecuadas: 0-7 puntos
- ✓ Costumbres Moderadamente Adecuadas: 8-15 puntos
- ✓ Costumbres Adecuadas: 16-22 puntos

Forma de medición: Aplicación de encuesta (Likert)

INDICADORES	INTERPRETACION
Alto: De 16-22 puntos	Costumbres Adecuadas
Mediano: De 8-15 puntos	Costumbres moderadamente adecuadas
Bajo : De 0-7 puntos	Costumbres Inadecuadas

TEST DE COSTUMBRES ALIMENTICIAS

(Martínez Chiri- Modificado)

A continuación aparece una lista de afirmaciones respecto a requerimientos nutricionales en el embarazo, marque con “X” a la que más se asemeje a su modo.

MARQUE CON “X” LO QUE USTED CREA	TA	MA	NI	MD	TD
1. Come algún postre antes que frutas y verduras.					
2. Toma leche para prevenir enfermedades de los huesos.					
3. Consume frutas y verduras todos los días.					
4. Come grasas en su alimentación.					
5. Consume agua en su dieta.					
6. Consumió ácido fólico.					
7. Toma usted desayuno para evitar dificultades en el desarrollo físico e intelectual de su bebe.					
8. Consume sulfato ferroso durante el embarazo.					
9. ¿Cuántas veces consume alimentos durante el día? (4 a 5 veces al día)					
10. ¿Cuántas veces consume alimentos durante el día? (3 a 2 veces al día)					
11. ¿Cuántas veces consume alimentos durante el día? (más de 5 veces al día)					

TA: Totalmente de acuerdo **MA:** Moderadamente de acuerdo **NI:** Ni de acuerdo, ni en desacuerdo **MD:** Moderadamente en desacuerdo **TD:** Totalmente en desacuerdo.

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación “Factores socio-culturales relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa Julio-Octubre 2016”

Investigadora

- Arana Paredes Carla

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

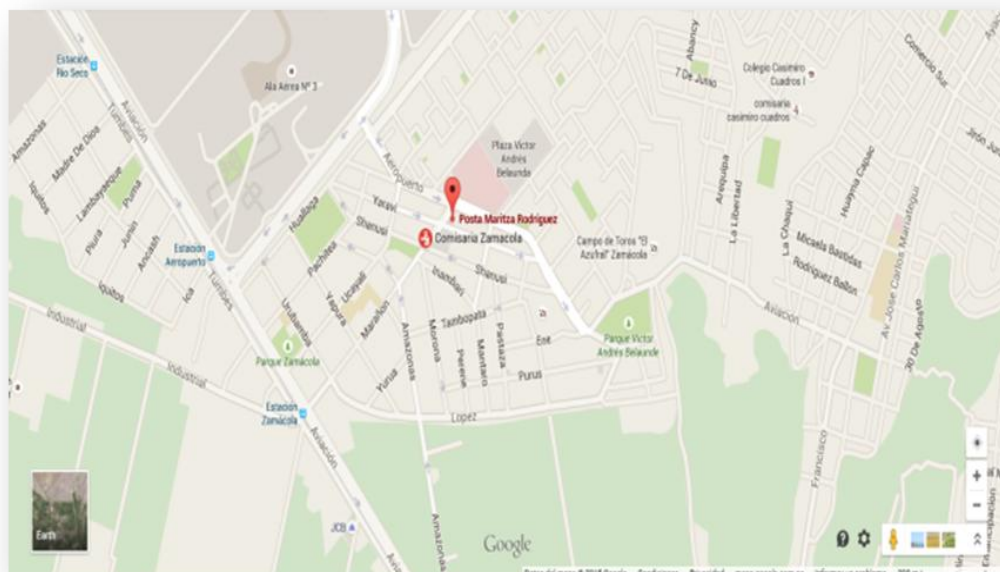
1. En la participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a la participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora

Responsable del proyecto:

3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

FIRMA

ANEXO N° 4: CROQUIS DE DELIMITACION ESPACIAL DEL LUGAR



ANEXO N° 5: SISTEMATIZACIÓN DE DATOS



ID	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						Dosaje de hemoglobina	factores culturales	
	Grupo Etario	Estado Civil	Procedencia	Ocupación	Ingreso Mensual	Nivel Educativo		actitudes alimenticias	costumbres alimenticias
1	2	3	1	2	2	3	1	2	2
2	3	3	2	2	3	3	2	2	3
3	2	3	2	2	3	3	2	2	3
4	3	3	2	2	2	2	2	2	3
5	1	1	1	1	3	3	2	2	3
6	2	3	2	2	3	3	2	2	3
7	1	1	2	1	3	2	1	2	1
8	3	3	1	3	2	4	3	1	2
9	2	3	1	2	2	4	1	1	2
10	1	1	1	1	3	3	1	1	2
11	3	3	1	2	3	2	3	1	2
12	2	3	1	2	2	3	2	1	2
13	2	3	1	1	3	3	1	2	3
14	2	3	2	2	2	3	1	2	2
15	3	3	1	2	2	3	1	2	2
16	3	3	1	3	2	3	1	1	3
17	2	3	1	1	2	1	1	2	3
18	1	1	1	2	3	2	3	2	3
19	3	3	1	3	2	3	1	2	3
20	3	3	1	2	2	3	1	1	2
21	2	3	2	2	2	3	1	1	2
22	2	1	1	1	2	3	2	2	3
23	1	1	2	1	2	3	1	2	3
24	2	1	1	3	2	3	1	2	3
25	3	3	1	3	2	4	1	2	3
26	2	3	1	1	1	4	1	2	3
27	3	3	1	2	2	3	1	2	3
28	1	1	2	1	2	3	1	2	2
29	2	3	1	2	2	3	1	1	2
30	2	3	1	2	1	3	1	2	2
31	2	3	1	2	3	3	1	2	2
32	2	3	1	2	2	3	2	1	2
33	3	3	1	2	1	5	1	1	1
34	2	3	1	2	2	3	1	1	2
35	3	3	1	2	3	3	1	1	3
36	2	3	1	3	2	4	2	1	2
37	2	3	1	1	3	3	1	1	2
38	2	2	1	2	2	4	2	1	2
39	1	1	2	1	3	3	3	2	2
40	2	2	1	3	2	4	1	2	3
41	1	3	1	2	1	3	2	1	2
42	2	3	2	2	3	3	1	2	2
43	2	1	2	2	3	3	3	2	3
44	3	3	1	2	2	3	2	1	2
45	2	3	2	3	2	4	1	2	2
46	3	3	2	2	2	3	1	1	2
47	2	3	2	2	3	4	1	1	2
48	2	3	1	2	2	3	1	2	2
49	1	2	1	1	2	3	1	2	3
50	1	1	1	2	2	3	1	2	

51	2	3	1	2	1	3	2	2	3
52	2	1	1	1	2	4	1	2	3
53	3	2	1	2	2	3	1	2	2
54	3	3	2	3	1	4	1	1	2
55	1	3	1	2	3	4	2	1	3
56	3	3	1	3	2	4	1	1	3
57	2	2	2	2	3	3	2	2	3
58	2	3	2	1	3	3	1	2	2
59	3	2	2	3	3	3	1	1	2
60	2	3	2	3	2	3	1	1	2
61	3	2	2	2	1	4	1	1	1
62	3	1	2	2	3	3	1	2	1
63	3	3	2	3	1	3	1	1	2
64	1	3	1	2	3	3	2	1	2
65	3	3	1	2	2	3	2	2	3
66	3	3	1	2	2	4	1	1	2
67	2	3	2	3	3	2	1	2	3
68	3	2	1	2	2	3	1	1	2
69	2	2	1	2	1	3	1	1	1
70	2	3	2	2	3	4	1	1	2
71	2	3	1	2	2	3	1	1	2
72	2	3	2	2	2	3	1	1	2
73	2	3	2	2	1	3	1	1	1
74	2	3	1	2	2	3	2	2	3
75	3	2	1	2	1	3	1	2	2
76	3	3	2	2	1	2	1	1	2
77	2	1	1	1	2	3	1	2	2
78	3	3	1	2	2	3	2	1	2
79	3	3	1	2	2	3	1	2	2
80	1	1	2	2	3	3	2	2	2
81	3	2	2	3	3	2	1	1	2
82	2	3	2	2	2	4	1	1	2
83	2	2	2	2	2	3	2	1	3
84	2	3	2	2	3	3	1	1	2
85	2	3	2	2	3	4	1	2	3
86	2	3	2	2	2	3	1	1	2
87	2	3	2	2	2	2	1	1	2
88	3	1	2	3	2	3	1	1	3
89	3	3	2	3	3	3	1	1	2
90	3	3	1	2	1	5	3	1	2
91	2	3	2	2	3	4	1	2	3
92	1	1	1	1	3	3	1	2	2
93	1	3	2	2	3	4	2	1	3
94	1	3	1	2	2	3	1	2	3
95	3	3	2	2	3	3	1	1	2
96	2	3	1	2	2	3	1	1	3
97	3	1	1	3	3	3	2	2	2
98	1	1	1	1	3	3	1	2	2
99	2	3	1	2	3	3	1	2	2
100	2	2	1	2	3	2	1	2	2
101	2	3	1	2	2	4	1	2	2
102	2	1	1	3	2	2	1	2	2
103	2	1	1	3	3	3	1	2	2
104	2	3	1	3	2	4	1	1	2
105	2	1	1	2	3	2	2	2	2
106	2	3	1	2	2	2	1	2	2
107	1	1	1	1	3	3	2	2	3
108	3	3	1	2	3	2	2	2	3

109	3	3	1	2	2	4	1	1	2
110	2	3	1	2	3	4	2	2	2
111	2	3	1	2	2	3	1	2	3
112	1	1	1	1	3	3	1	2	3
113	2	3	1	2	2	3	1	2	2
114	2	3	1	2	3	2	2	2	2
115	2	3	1	2	3	3	2	2	2
116	2	3	1	2	3	2	1	2	3
117	1	1	1	1	2	3	1	1	2
118	1	1	1	1	3	3	2	2	2
119	2	3	1	2	3	3	2	2	2
120	3	3	1	2	3	3	1	2	2
121	2	3	1	2	3	2	2	2	2
122	3	2	1	3	2	4	1	2	2
123	2	3	1	2	2	3	1	2	2
124	2	3	1	2	3	3	1	2	2
125	2	4	1	3	2	4	1	2	2
126	3	3	1	2	3	2	2	2	3
127	3	3	1	3	2	4	1	2	2
128	3	5	1	2	3	3	1	2	2
129	2	3	1	2	3	2	2	2	3
130	2	3	1	2	2	3	1	2	2
131	2	1	1	2	3	3	1	1	3
132	2	3	1	2	2	3	1	1	2
133	2	3	1	2	3	2	2	2	2
134	3	3	1	2	2	2	1	2	3
135	3	3	1	2	2	4	1	2	3
136	2	3	1	2	2	3	1	2	3
137	2	3	1	2	2	3	1	2	2
138	2	1	1	2	2	3	2	1	2
139	3	3	1	2	3	2	2	2	3
140	3	3	1	3	2	4	1	2	2
141	3	5	1	2	3	3	1	2	2
142	2	3	1	2	3	2	2	2	3