



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA.

**NIVEL DE HEMOGLOBINA, FACTORES OBSTÉTRICOS
Y SOCIODEMOGRÁFICOS, GESTANTES DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD FLORIDA –
CHIMBOTE 2019**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO
ACADEMICO DE BACHILLER EN OBSTETRICIA.**

AUTOR

HERRERA HUAMAN, LUZ BETTY.

ORCID: 0000-0002-8787-782X

ASESOR

SOLIS VILLANUEVA, AMELIA NELLY

ORCID: 0000-0001-9058-8263

CHIMBOTE – PERU

2021

**NIVEL DE HEMOGLOBINA, FACTORES
OBSTÉTRICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS,
GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
FLORIDA – CHIMBOTE 2019**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Herrera Huamán Luz Betty

ORCID: 0000-0002-8787-782X

Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Estudiante De Pregrado, Piura,
Perú

ASESOR

Solís Villanueva, Amelia Nelly

ORCID ID: 0000-0003-4488-5085

Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Facultad Ciencias De La Salud,
Escuela Profesional De Obstetricia, Chimbote, Perú

JURADO

Briones Gonzales, María Alicia: presidente

ORCID ID: 0000-0001-5368-8636

Aguilar Alayo, Matilde Ysabel: Miembro

ORCID ID 0000-0003-2969-1813

Loyola Rodríguez, Melva Raquel: Miembro

ORCID ID 0000-0002-4794-2586

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

BRIONES GONZALES, MARÍA ALICIA
Presidente

AGUILAR ALAYO, MATILDE YSABEL
Miembro

LOYOLA RODRÍGUEZ, MELVA RAQUEL
Miembro

SOLIS VILLANUEVA, AMELIA NELLY
Asesor

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme brindado la vida, salud y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi hermana, Carmen Rosa que a pesar de la distancia esta junto a mí, por apoyarme económicamente y aconsejarme en cada decisión para el cumplimiento de mis metas.

A mis padres, Lino y Sixta por ser el pilar más importante de mi vida, por demostrarme cariño y apoyo incondicional, por brindarme valentía y saber guiarme para cumplir mis metas.

Al establecimiento de Salud Florida, por haberme dado la oportunidad de realizar mi trabajo de investigación.

Luz Betty

RESUMEN

La anemia es considerada como un problema de salud pública, ya que afecta al 40% de gestantes, se asocia a carencias de hierro, tiene diversas consecuencias como el retraso en el crecimiento intrauterino, disminución del rendimiento escolar, parto prematuro y bajo peso al nacer. **Objetivo general:** Determinar el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019. **Metodología:** Fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo simple y diseño no experimental de corte transversal, la población estuvo conformada por 348 historias clínicas de gestantes y la muestra estuvo constituida por 130 historia clínicas de gestantes, la técnica que se utilizó fue el análisis documental. **Resultados:** Demostraron que el 91% presento hemoglobina dentro de los parámetros normales, mientras que en el 8% se reportó anemia leve y anemia moderada en un 1%. No se encontró ningún caso de anemia severa. En relación a los factores obstétricos se encontró que el 57% de las gestantes fueron multíparas, 38% nulíparas y el 5% gran multíparas, el 76% de los partos fue vía vaginal. En los factores sociodemográficos la edad predominante fue la de 20 - 35 años, y el 68% de gestantes se encontraron con IMC normal. **Conclusión:** Los resultados de la revisión de historias clínicas demostraron que el 91% de gestantes presentan hemoglobina dentro de los parámetros normales >11 g/dl de sangre y no presentan ningún factor de riesgo que les conlleve a tener cuadros de anemia.

Palabras Clave: Anemia, factores, gestantes, hemoglobina

ABSTRACT

Anemia is considered a public health problem, since it affects 40% of pregnant women, is associated with iron deficiencies, has various consequences such as intrauterine growth retardation, decreased school performance, premature birth and low birth weight . General objective: To determine the hemoglobin level, obstetric and sociodemographic factors in pregnant women of the Florida Health Establishment - Chimbote district, 2019. Methodology: It was quantitative, simple descriptive level and non-experimental cross-sectional design, the population was made up of 348 clinical records of pregnant women and the sample consisted of 130 medical records of pregnant women, the technique used was documentary analysis. Results: They showed that 91% presented hemoglobin within normal parameters, while in 8% mild anemia and moderate anemia were reported in 1%. No case of severe anemia was found. Regarding obstetric factors, it was found that 57% of the pregnant women were multiparous, 38% nulliparous and 5% great multiparous, 76% of the deliveries were vaginal. In sociodemographic factors, the predominant age was 20-35 years, and 68% of pregnant women had a normal BMI. Conclusion: The results of the review of medical records showed that 91% of pregnant women have hemoglobin within normal parameters > 11 g / dl of blood and do not present any risk factor that leads to anemia.

KeyWords: Anemia, factors, pregnant women, hemoglobin

CONTENIDO

1. TÍTULO DE LA TESIS	i
2. EQUIPO DE TRABAJO	ii
3. HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR.....	iii
4. AGRADECIMIENTO	iv
5. RESUMEN Y ABSTRAC.....	v
6. CONTENIDO.....	vii
7. ÍNDICE DE TABLAS, ÍNDICE DE FIGURAS, ÍNDICE DE CUADROS	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas.....	9
2.3. Marco Conceptual.....	10
III. HIPÓTESIS:	24
IV. METODOLOGIA.....	25
4.1. Diseño de la investigación.....	25
4.2. Población y la muestra:.....	28
4.3. Definición y operacionalización de variables.....	30
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
4.5. Plan de análisis.....	32
4.6. Matriz de consistencia.....	33
4.7. Principios Éticos	35
V. RESULTADOS.....	36
5.1. Resultados	36
5.2. Análisis de resultados.....	40
VI. CONCLUSIONES	44
Recomendaciones	46
Aspectos complementarios	47
Referencias bibliograficas	50
Anexos	56

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.	36
Tabla 2 Factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.	37
Tabla 3 Factores sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019	39

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Gráfico circular del nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud florida - distrito de Chimbote, 2019.	47
Figura 2 Gráfico circular de los factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud florida - distrito de Chimbote, 2019.	48
Figura 3 Gráfico circular sobre los factores sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud florida - distrito de Chimbote, 2019.	49

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Matriz de operacionalización de variables	30
Cuadro 2 Matriz de consistencia	33

I. INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS) considera a la anemia como un problema de salud pública, estima que afecta al 40% de gestantes, con mayor prevalencia del 52%, en países en vías de desarrollo y se ha demostrado que tiene menor prevalencia en países desarrollados, también refiere que la anemia más frecuente en el embarazo es por deficiencia de hierro, más conocida como anemia ferropénica, se produce por aumento del volumen total de sangre y por el incremento de la producción eritrocitaria debido al aporte de oxígeno y nutrientes que necesita el feto, placenta, útero y tejido mamario (1).

También existen factores que condicionan a una disminución de hemoglobina tales como las hemorragias post parto ya que hay pérdida sanguínea mayor de 500ml tras un parto vaginal y 1000 ml tras una cesaría. El MINSA menciona que la anemia en el embarazo tiene diversas consecuencias tanto para la salud de la madre como el feto, las consecuencias para el feto es el retraso en el crecimiento intrauterino, disminución del rendimiento escolar, también aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer por otro lado, en la madre puede generar complicaciones en el parto causando hemorragias, elevando de esa manera el riesgo de anemia y muerte materna (2).

Según un estudio realizado por ENDES 2017, refiere que en el Perú 3 de cada 10 mujeres gestantes padece anemia, el 23,1% de casos se encuentran en Lima Metropolitana, el 22,9% en la selva y el 18,9% en la región sierra y el resto de la costa. A comparación del año 2014 que el 28.9% de gestantes padecían anemia de los cuales

el 19.2 % tenía anemia leve, el 9.3% anemia moderada y solo 0.4% anemia severa. Por otro lado, el 24,9% de mujeres que han tenido ≥ 6 nacidos vivos presentaron anemia, el 23,8% de las mujeres que tuvieron 4-5 también presento anemia, el 20,8 se presentó en 2-3 nacidos vivos y el 20,3 en aquellas mujeres que han tenido 1 nacido vivo (3).

Según el estudio publicado en el año 2018 por la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud, en la que su muestra estuvo constituida por 311, 521 gestantes al nivel nacional, reportó que las regiones con mayores casos de anemia fueron las siguientes regiones: la región Cusco con un 60.0% le sigue la región de Huancavelica con un 45.5%, en tercer lugar, se encuentra la región Puno con 42.8% y finalmente la región de Apurímac con un 32.0% de casos de anemia tanto leve, moderada y severa. (4,5).

Nuestra región Áncash tampoco es ajeno a ello ya que la incidencia de anemia es del 15.6%. En primer lugar, se encuentra la anemia leve con un 13.7%, le sigue la anemia moderada con un 1.7% y finalmente la anemia severa con un 0.2%. Debido a ello, se asocian a carencias de hierro. Se hace necesario las acciones de prevención, control y seguimiento de la anemia a través de los controles prenatales oportunos y una atención prenatal reenfocada, también es muy importante brindar la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo con la finalidad de prevenir o corregir la anemia (6).

El Establecimiento de salud Florida está ubicado en el Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Región Áncash, pertenece al nivel de atención I-3, brinda servicios de atenciones sanitarias, preventivas promocionales, recuperativas y de rehabilitación. La población es de recursos económicos bajo, cuyos ingresos provienen

de las actividades de la pesca, obreros de fábricas y el comercio ambulatorio siendo uno de los problemas causales para desencadenar cuadros de anemia en cualquier momento de la gestación. Complica aún más esta situación el desconocimiento y la falta de interés de las autoridades en velar por la salud de la población (6).

Por lo expuesto es necesario plantear la siguiente pregunta: **¿Cuál es el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019?** Para responder la problemática se abordó como objetivo general: determinar el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de salud Florida - distrito de Chimbote, 2019. De la misma manera se consideró los siguientes objetivos específicos: (1) determinar el nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019, (2) Establecer los factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida de salud Florida - distrito de Chimbote, 2019, (3) determinar los factores sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

La presente investigación se justifica, debido a que la anemia durante el embarazo puede generar múltiples complicaciones tanto en la madre como en el feto, por ende, es importante que las gestantes tengan conocimientos adecuados sobre las patologías y complicaciones que puede traer la anemia, también deben poseer conocimientos sobre la importancia del consumo de Sulfato ferroso y el consumo de alimentos ricos en hierro, ya que en esta etapa es indispensable la ingesta de hierro porque el feto necesita un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes. Asimismo, es valioso dar a conocer a los investigadores las estrategias de cómo reducir la anemia en

el embarazo, ya que obviar el diagnóstico los recién nacidos estarían propensos a nacer con bajo peso, deficiente rendimiento académico y para el caso de la madre gestante incrementa el riesgo de la morbilidad materna. Por otro lado, el presente estudio aportará estadísticas recientes sobre la anemia en el embarazo, también servirá como referencia para nuevos estudios para la implementación de programas enfocados a disminuir la anemia en gestantes.

Finalmente, el estudio fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo simple y diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 348 historias clínicas de gestantes y la muestra estuvo constituida por 130 historias clínicas de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, la técnica utilizada fue el análisis documental de historias clínicas. En relación a los resultados se encontró que el 91% de las gestantes del Establecimiento de salud Florida, tienen un buen nivel de hemoglobina. En cuanto a los factores sociodemográficos la edad predominante fue la de 20 - 35 años, y el 68% de gestantes se encontraron con IMC normal. Se concluye que las gestantes del Establecimiento de Salud Florida, presenta nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales y no existe ningún factor de riesgo obstétricos ni sociodemográficos que conlleve a que las gestantes tengan anemia.

Sobre lo expuesto se concluye que las gestantes del Establecimiento de Salud Florida, presentan nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales es decir tiene 11 g/dl de sangre y no presentan ningún factor de riesgo que conlleve a tener cuadros de anemia por lo tanto es importancia durante el embarazo la suplementación de hierro y ácido fólico como medida preventiva de la anemia. Asimismo, es fundamental que el profesional de salud brinde consejería adecuada a las gestantes

sobre alimentos ricos en hierro y su importancia para prevenir la anemia durante el embarazo, así como también seguir fomentando programas de nutrición en las gestantes para que lleven estilos de vida saludable y evitar situaciones nutricionales alteradas como el bajo peso, la obesidad y el sobrepeso.

La presente investigación está estructurada por 6 capítulos de las cuales se organizan de la siguiente manera: el capítulo I está conformado por la introducción en el cual se detalla la caracterización de la problemática, formulación del problema y planteamiento de objetivos, así como, la justificación por la cual se realiza esta investigación. El capítulo II, está constituido por la revisión de la literatura, el cual incluye los antecedentes tanto locales, nacionales e internacionales sobre el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos, el marco teórico, así como las bases teóricas de la investigación.

El capítulo III se muestra la hipótesis, en la cual por ser un estudio descriptivo no se declara hipótesis. En el capítulo IV se detalla la metodología empleada en este estudio y el capítulo V se precisa los resultados encontrados en la investigación, el cual contiene tablas que muestran información que dan respuesta a los objetivos formulados. Finalmente, el capítulo VI presenta las conclusiones de la investigación, las referencias bibliográficas y los anexos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Ortiz Y, Ortiz K. En Lima en el 2019, en su investigación titulada “factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas”, su objetivo general fue determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y prenatales con la anemia en gestantes peruanas, en la cual tuvo como muestra a 639 gestantes entre 15 a 49 años, los hallazgos encontrados fueron que el 23,6% de gestantes padecía anemia de las cuales los factores obstétricos que se relacionan a presentar anemia fueron: iniciar el control prenatal en el tercer mes y encontrarse en el segundo trimestre de embarazo, además las gestantes que tienen más hijos tienen menos posibilidad de presentar anemia por lo tanto concluyeron que las gestantes que tienen más hijos tienen menos posibilidad de presentar anemia, refieren que a pesar de que la paridad se relaciona con la anemia, las primíparas por falta de conocimiento, atención prenatal oportuna, falta de concientización pueden padecer (7).

Huamán, T. Ayacucho 2018, en su investigación titulada “conocimiento sobre anemia relacionado con la concentración de hemoglobina en gestantes adolescentes del consultorio materno del centro de salud san juan bautista. enero-febrero 2018, en la cual tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anemia relacionado con la concentración de hemoglobina en gestantes adolescentes, su investigación fue Observacional, transversal, prospectivo y analítico. Su muestra fue de 70 gestantes en donde tuvo como resultados que el 75,7% de las gestantes tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre anemia, el 84.3% presentaron hemoglobina normal, el

62.90% que son 44 muestras en la cual las gestantes adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento regular con una concentración de hemoglobina normal por lo tanto dicho investigador concluyó que el nivel de conocimiento sobre anemia no influye en la concentración de hemoglobina (8).

Ortiz Z. En Chimbote 2017, a través de su investigación titulada “Anemia ferropénica y sus factores condicionantes durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Rinconada – Chimbote. 2014”, su objetivo fue determinar los factores condicionantes que se asocian a la presencia de anemia ferropénica en las gestantes. Su estudio fue no experimental, cuantitativa, descriptivo, transversal con un diseño de investigación correlacional simple, su población estuvo constituida por 69 historias clínicas de gestantes, los resultados que obtuvo fue que el 72,7% de las gestantes presento anemia en el segundo trimestre, aquellas mujeres que tienen 2 embarazos presento anemia en un 40.9%, y es en las primigestas se presentó el 34.8%, aquellas gestantes con 7 controles prenatales o más presentaron anemia en un 81,8% y finalmente en amas de casa fue el 63,6%. El autor concluyo que la ocupación ama de casa es un factor condicionante para anemia durante la gestación. (9).

Ayala R. En Lima en el año 2016, su investigación titulada “prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de noviembre de 2016”, su objetivo fue determinar la prevalencia de anemia, en gestantes que acudieron por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en su estudio participaron 300 gestantes y para la recolección de datos utilizó la hoja recolectora de datos así como también sistema CELL DYN 1400 en donde reporta que

la prevalencia de anemia en gestantes fue del 15%, de las cuales se encontraron a 21 gestantes con anemia leve correspondiendo al 46.6%, y 19 gestantes con anemia moderada, correspondiendo al 42.2%, y en el 11.1% de las pacientes encontró anemia severa. El autor concluyo que la anemia microcítica hipocrómica fueron las más común es en mujeres embarazadas jóvenes y multíparas (10).

2.2.2. Antecedentes Internacionales.

Moyolema Y. Guayaquil- Ecuador 2017, en su investigación titulada “Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017”, tuvo como objetivo “Determinar la incidencia de anemia presente en mujeres durante el embarazo”. Su investigación fue de tipo descriptivo-Cuantitativo-transversal, la población estuvo conformada por 92 gestantes, el instrumento que utilizó fue un formulario de recolección de información. Como resultados obtuvo que 56%, tiene anemia leve, el 29% anemia moderada y anemia severa 15%. Las gestantes con mayor índice de anemia fueron las de 13 a 19 años con un 38%, en segundo lugar, lo ocupa las gestantes de 41 años con un 23% le sigue las 20 a 25 años con un 12%. Concluyo que la anemia leve es la que tiene mayor prevalencia y se presenta en las gestantes primigestas y en menores de 19 años durante el I trimestre de gestación (11).

Rosas M, Ortiz- M, Dávila R, González-A, en México 2016, en su investigación titulada prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel, en el que su objetivo fue determinar la prevalencia de la anemia e identificar los factores asociados para su prevención y tratamiento. El método que utilizo fue el estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo,

con entrevista directa y toma de producto biológico a dichas gestantes, donde realizaron un muestreo no probabilístico, por el cual, en esta investigación contaron con la participación de 194 embarazadas arrojándoles como resultado que la prevalencia de anemia fue un 13% del total de 25 casos analizados de los cuales en primer lugar se encuentra la anemia leve siendo el 76% y la anemia moderada fue de un 24% y no hubo ningún caso de anemia severa, los autores llegaron a una conclusión que la prevalencia de anemia en dichas mujeres embarazadas estudiadas es baja (12).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Nivel de hemoglobina.

Es el rango del valor de hemoglobina que posee la muestra de estudio y se considera normal un valor de hemoglobina en gestantes de 11g/d – 13g/d de sangre.

2.2.2. Factores de riesgo obstétrico.

son toda característica o alguna circunstancia que es detectada en la mujer embarazada y que se asocia un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño en la salud para ella o el feto durante el embarazo, parto y puerperio (13)

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Hemoglobina

Según el ministerio de salud (MINSa) define a la hemoglobina como una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica que es la globina, por lo tanto, es la hemoglobina la principal proteína que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos (2).

2.3.2. Concentración de hemoglobina:

Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre se expresa en gramos por decilitro (g/dL) o gramos por litro (g/l). Por lo tanto, el valor de corte normal de hemoglobina en gestantes para definir anemia es de 110 g/d de sangre y si el valor de corte es de 100 a 109 g/d se considera anemia leve, de igual forma se considera anemia moderada cuando el valor de corte es de 70 a 99 g/d y anemia severa cuando el valor de corte es menor de 70 g/d de sangre (2)

2.3.3. Dosaje de hemoglobina usando un hemoglobinometro: HemoCue®

La hemoglobina se puede determinar a través del hemoglobinometro HemoCue® que es un fotómetro que sirve para realizar determinaciones cuantitativas de hemoglobina, utilizando sangre capilar, venosa, o arterial, este sistema consiste en la disposición de micro cubetas, que contienen un reactivo seco y está especialmente diseñado para reaccionar con la sangre y ser leídas inmediatamente debido a la acción del deoxicolato de sodio que hemoliza a los eritrocitos liberando la hemoglobina, por otro lado el nitrato de sodio convierte el hierro de su estado ferroso a férrico, pasando

de hemoglobina a metemoglobina, la cual al reaccionar con el ácido sódico produce la azidametemoglobina , que esta es medida por el HemoCue (14).

2.3.3.1. Materiales para el dosaje de hemoglobina.

Para extraer la muestra de hemoglobina se necesita un hemoglobinómetro (Hemocue), asimismo se requiere microcubetas, Pañitos con alcohol puro de 70 %, guantes quirúrgicos, bolsa de plástico donde se desechará las micro cubetas usadas de igual forma se empleará un campo estéril y papel absorbente también se requiere de unas torundas.

2.3.3.2. Pasos para realizar el dosaje de hemoglobina usando un hemoglobinometro:

HemoCue©.

Primero seleccionaremos la zona de punción, luego se realizara la asepsia y se procederá a ejecutar el segundo paso que consiste en realizar movimientos circulares del dedo medio presionando suavemente el dedo del paciente desde la articulación interfalángica distal hacia el extremo distal del dedo ya que esto estimula el flujo sanguíneo, posteriormente se pinchara con una lanceta descartable la parte de la cara anterior del dedo para la obtención de la muestra, después se utilizará un algodón seco para limpiar las tres primeros gotas de sangre para estimular su flujo espontáneo a continuación se llenara la micro cubeta colocando la punta en el centro de la gota de sangre para ello se debe asegurarse de que la gota de sangre sea lo suficientemente grande para llenar completamente la micro cubeta.

Finalmente se colocará la micro cubeta en el área de la porta cubeta, se debe introducir suavemente la cubeta en el fotómetro hasta que se detenga. Los resultados aparecerán en la pantalla entre 15 y 45 segundos después de haber colocado la cubeta en el lugar correspondiente para su lectura. La lectura deberá hacerse dentro de un tiempo máximo de diez minutos, después de haber obtenido la muestra (14).

2.3.3.3. Medición de la hemoglobina en gestantes durante la atención prenatal y manejo terapéutico de la anemia.

La medición de la hemoglobina en la gestante se realiza con el único propósito de evaluar la respuesta sobre el tratamiento con hierro que está recibiendo, es por ello que la primera medición de hemoglobina será durante el primer control prenatal, asimismo, la realización de la segunda medición será a partir de la semana 25 a las 28 semanas, la tercera medición a partir de las 37 semanas hasta las 40 semanas de gestación y finalmente una cuarta medición a partir de los 30 días post- parto donde será el fin de la suplementación, por lo tanto si durante la realización de la medición de la hemoglobina esta fuese menor de 11g/dl de sangre se debe realizar los procedimientos respectivos con suplementación, consejería en nutrición y además se debe realizar la interconsulta con el nutricionista (2).

En caso de encontrar anemia leve y moderada en la gestante el tratamiento consiste en administrar hierro de 120 mg de hierro más 800 ug de Ácido Fólico 2 tabletas diarias durante 6 meses y el control de hemoglobina será cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores normales de 11/ dl de sangre, por lo tanto, cuando la hemoglobina de la gestante se regularice se continuará con la misma dosis por un tiempo de 3 meses adicionales al tratamiento anterior, después de cumplir con dicho

tratamiento se continuará con la dosis de prevención que es hasta los 30 días post parto con el fin de garantizar una atención integral. No obstante, si durante la realización de dichos controles de hemoglobina se encuentra a la gestante con un nivel de hemoglobina menor de 7,0 g/dl de sangre, esto estaría indicando que se trata de una anemia severa por lo tanto se debe referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada en servicios de hematología y ginecología.

2.3.4. Factores obstétricos

2.3.4.1. Paridad.

La paridad se considera como un factor de riesgo obstétrico ya que se asocia a muertes perinatales y a morbi-mortalidad materna, es por ello que la multiparidad se consideran como un factor de riesgo ya que las fibras uterinas pierden su capacidad de contraerse y estirarse por lo cual van a interferir en la evolución normal del embarazo y parto ocasionando riesgos de sufrir una muerte intraparto y hemorragias, es por ello la importancia de brindar consejería a la gestante sobre los riesgos que estaría predispuesta si es que decide tener otro embarazo, además las nulíparas también son un factor de riesgo mayor debido a la consistencia de las partes blandas, por otro lado estadísticamente existen riesgo perinatal en mujeres que tienen de 4 a 7 partos (15).

2.3.4.2. Hemorragias post- parto.

Es la pérdida hemática mayor de 500 ml tras un parto vaginal dentro de las 24 horas después del parto y 1.000 ml tras una cesárea. Las causas de hemorragia son, traumas y laceraciones, asimismo retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la causa principal de la mortalidad materna, así como también disminución de la hemoglobina debido a la excesiva pérdida de sangre (16).

2.3.4.3. Partos vía vaginal.

Es la expulsión del producto de la concepción por vía vaginal, también es llamado parto eutócico.

2.3.4.4. Episiotomía.

Es un corte realizado en el periné en el expulsivo con la finalidad de evitar laceraciones y además ampliar el canal del parto evitando la compresión de la cabeza fetal (17).

2.3.4.5. Cesaría.

Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina y se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, u ovulares que interfieran el parto vaginal normal (18).

2.3.4.6. Desgarro de partes blandas.

Esto ocurre mayormente durante el trabajo de parto debido a que se puede desgarrar las partes blandas del canal de parto como en la vagina, vulva, periné asimismo también se puede producir a nivel del útero y cuello uterino, provocando mayormente hemorragias (19).

2.3.5. Factores sociodemográficos

2.3.5.1. Edad.

La edad también es otro factor de riesgo, ya que el embarazo en adolescentes se considera como riesgo debido a que la mujer en esta etapa no tienen la madurez psicológica ni biológica para enfrentar la crianza de un hijo, afectándola

psicológicamente al no poder desempeñar las tareas propias de su edad, además también en esta etapa el aparato genital no está bien desarrollado es decir todavía está inmaduro lo cual puede traer como consecuencias partos prematuros debido a una mala adaptación del útero a su contenido, así como también distocia de parto por falta de desarrollo pelviano.

Por otro lado la desnutrición en la madre adolescente puede tener consecuencias en el recién nacido como el de bajo peso y anemia , también la madre puede sufrir preeclampsia, por otro parte las mujer añosas es decir mayor de 40 también es un factor de riesgo ya que puede traer consecuencias como la interrupción del embarazo debido a que en esta edad el útero pierde la función de elasticidad y contractilidad , también el músculo uterino va perdiendo su capacidad de extensibilidad, asimismo el cuello ,vagina ,vulva y periné ofrece excesiva resistencia ya que perdido la elasticidad y blandura, prolongando así el trabajo de parto y teniendo como consecuencia el sufrimiento fetal o intervención quirúrgica o complicaciones como: inserción placentaria baja, toxemia, distocia del parto, muerte fetal (15).

2.3.5.2.Estado nutricional.

Es la situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilos de vida, a través del estado nutricional se puede identificar la presencia de situaciones nutricionales normales y alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso, Para ello se utilizan diversos métodos médicos, dietéticos así como también exploraciones de la composición

corporal y exámenes de laboratorio; con la finalidad de poder identificar características que se asocian con problemas nutricionales.

2.3.5.2.1. *Valoración del estado nutricional según el IMC.*

El índice de masa corporal sirve para clasificar el estado nutricional y para ello se utiliza la fórmula que es peso sobre talla al cuadrado, en la mujer gestante el IMC nos permite evaluar la ganancia de peso que debe tener durante la gestación. La clasificación del estado nutricional de la gestante según el IMC pregestacional es de la siguiente manera: $IMC < 18,5$ delgadez, $IMC \geq 18,5 - < 25$ se considera normal, $IMC 25,0 - < 30,0$ se considera sobre peso y $IMC \geq 30$ obesidad. La obesidad y el sobrepeso en la mujer durante el embarazo está asociada a la aparición de hipertensión inducida por el mismo embarazo, diabetes, y muerte materna, defectos del tubo neural, parto de pre término, macrosomía fetal, partos distócicos y muerte fetal, por otro lado, el tener bajo peso pregestacional se ha asociado con parto de pretérmino y bajo peso al nacer.

2.3.5.2.2. *Evaluación de la ganancia de peso para gestantes con embarazo único según el IMC pre gestacional.*

Es muy importante evaluar a la gestante en cada visita la progresión de la ganancia de peso con la finalidad de poder detectar de forma temprana desviaciones de la ganancia de peso para poder brindar consejería a la gestante en cuanto a su alimentación. Para ello se utiliza la fórmula del índice de masa corporal preconcepcional y el peso medido en cada consulta, debido a ello la ganancia de peso que debe tener una mujer clasificada con $IMC < 18,5$ delgadez, en el primer trimestre

es de 0,5 a 2,0 kg, en el segundo y tercer trimestre será de 0,44 a 0,58 kg teniendo una ganancia de peso recomendable durante toda la gestación de 12,5 a 18,0. Y para aquella gestante con $IMC \geq 18,5$ y < 25 que se considera normal, la ganancia de peso en el primer trimestre será 0,5 a 2,0 kg, y durante el segundo y tercer trimestre será de 0,35 a 0,50 kg obteniendo una ganancia de peso recomendable hasta el final de su gestación de 11,5 a 16,0kg.

Asimismo para aquella gestante con IMC pregestacional $< 30,0$ se considera sobre peso, y para ello su ganancia de peso que debe tener durante el primer trimestres es de 0,5 a 2,0 kg en el segundo y tercer trimestre se recomienda que debe ganar 0,23 a 0,33 y se recomienda que su ganancia total debe ser de 7,0 a 11,5kg además para la gestante IMC pre gestacional $25 - \geq 30$ que se considera obesidad la ganancia de peso recomendable durante toda su gestación es de 5,0 a 9,0 kg siendo su ganancia de peso en el primer trimestre de 0,5 a 2,0 kg y durante el segundo y tercer trimestres oscilará de 0,17 a 0,27 kg.

2.3.6. Embarazo

Según Ayala R (9) define al embarazo como el periodo que transcurre desde que el ovulo es fecundado por el espermatozoide, seguidamente sucede la implantación y luego el desarrollo del feto y termina con el parto y tiene una duración normal de 40 semanas es decir 280 días.

2.3.6.1.Cambios hematológicos en el embarazo.

Los niveles de leucocitos aumentan entre 12,000 a 21,000/ml durante el tercer trimestre de gestación en la cual se mantienen hasta el final de la gestación esto se produce por un aumento del cortisol libre en el plasma y los niveles de estrógeno

asimismo las cifras de plaquetas en la mujer embarazada no se modifican y permanecen intactas favoreciendo la formación del primer coagulo hemostático ,la actividad del mineral corticoide produce la retención de sodio y también aumenta el contenido de agua corporal provocando el aumento del volumen sanguíneo total y el volumen plasmático.

por otro lado el número de glóbulos rojos aumenta escasamente dando como resultado una disminución de la hemoglobina teniendo como valores de 11 a 12 g/dl de sangre y el hematocrito a un 36% haciéndose necesario la administración de suplementos para que no se produzca la anemia fisiológica debido a que los glóbulos rojos son muy importantes ya que están conformados por hierro y hemoglobina y tienen la función de transportar el oxígeno que recogen desde los pulmones, se dirigen hacia el corazón transportando así el oxígeno a todas las partes del cuerpo.

2.3.7. Definición de anemia.

La anemia es un síndrome agudo o crónico que se caracteriza por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, asociada a una reducción en el recuento de eritrocitos totales y/o disminución en la concentración de hemoglobina en la sangre y que es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo en relación a la edad, sexo, raza, género, cambios fisiológicos como las etapas del embarazo, Altitud sobre el nivel del mar y tabaquismo (2,3).

2.3.8. Tipos de anemia.

2.3.8.1. Anemia en el embarazo.

La anemia en la gestante se produce por aumento del volumen total de sangre, así como también el incremento de la producción eritrocitaria esto debido a al aporte de oxígeno y nutrientes que requiere el feto, placenta, útero y tejido mamario y también por el aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante dando como resultado una hemodilución, para ello la OMS clasifica a la anemia durante la gestación de la siguiente manera: leve entre 10,9 – 10 g/dl, moderada entre 9,09 – 7 g/dl y severa menor de 7,0 g/dl.(2,3).

2.3.8.2. Anemia por deficiencia de hierro.

Se define a la anemia por deficiencia de hierro a la disminución de los niveles de hemoglobina debido a la carencia de hierro también, se conoce como anemia ferropénica y es más frecuente en el embarazo debido al crecimiento y desarrollo del feto, por cambios fisiológicos propios del embarazo o debido a que la gestante no consume alimentos ricos en hierro durante la gestación haciendo que se produzcan menos glóbulos rojos condicionando a tener anemia. Además, se produce anemia debido a que las gestantes inician su embarazo sin las reservas suficientes de hierro para satisfacer las demandas de su cuerpo y las demandas del crecimiento del feto particularmente en el segundo y tercer trimestre de gestación, llegando al punto de no tener lo suficientemente hierro para producir hemoglobina. También puede deberse a una escasa absorción en el sistema digestivo o a una pérdida crónica de sangre durante la gestación (10).

2.3.9. Signos y síntomas de la anemia.

Según el MINSA (2) refiere que la paciente que tiene anemia presenta los siguientes signos y síntomas: sueño, irritabilidad, fatiga, mareos, cefalea, bajo rendimiento físico, baja ganancia de peso gestacional, también afecta a la piel observándose la piel y mucosas pálidas y secas, de igual forma hay presencia de caída de cabello, uñas quebradizas, asimismo altera la conducta alimenticia teniendo hábitos como la geofagia, pagofagia de igual forma afecta al sistema pulmonar presentando la paciente anémica, taquicardia, también afecta al sistema digestivo causando estomatitis y glositis además afecta al desarrollo psicomotor presentándose en la paciente alteración en atención y ciertas disfunciones de memoria.

2.3.10. Suplementación con hierro y ácido fólico en la gestante.

La suplementación con ácido fólico resulta de vital importancia en el embarazo ya que previene defectos del tubo neural, además, previene el desprendimiento prematuro de la placenta por otro lado, el hierro ayuda al transporte de oxígeno a los pulmones y tejidos aumentando los glóbulos rojos en el feto, reduciendo así el riesgo de padecer anemia durante la gestación y fetos de bajo peso al nacer. Para ello toda gestante deberá recibir la suplementación con hierro a partir de las 14 semanas de gestación hasta los 30 días post parto con una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico siendo una tableta por día, sin embargo si la gestante acude a su primer control prenatal después de las 32 semanas de gestación se le brindará 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 3 meses siendo 2 tabletas diarias y recibirá la suplementación hasta los 30 días post parto (2).

2.3.10.1. Factores que favorecen la absorción de hierro.

Para una buena absorción del hierro se debe tener en cuenta los alimentos de nuestra dieta ya que existen alimentos como la vitamina C que es capaz de duplicar la absorción de hierro no hemínico de la dieta inclusive en la presencia de inhibidores. Las fuentes de alimentos de vitamina C son la naranja, el limón, guayaba, mandarina, kiwi, ciruela, melón, tomate, papa zanahoria, también tenemos al factor cárnico que la digestión de dicha carne forma complejos absorbibles con el hierro y se recomienda consumirlos entre 90 y 100g para mejorar la biodisponibilidad de hierro no hemínico, las fuentes de alimentos de este factor lo encontramos en carne de res, vísceras y pescado (21).

2.3.10.2. Factores que inhiben la absorción de hierro.

Existen ciertos alimentos que inhiben la absorción completa del hierro y uno de ellos es el calcio este inhibe los porcentajes de absorción de hierro, hemínico y no hemínico ya es un mecanismo de competencia porque reduce la tasa de biodisponibilidad entre 30 y 50%, las fuentes de alimentos de estos factores son la leche y sus derivados, también tenemos a otro factor que son los Polifenoles (taninos) que forman complejos insolubles inhibiendo la absorción de hierro disminuyendo así dicha absorción hasta un 60%, las fuentes de alimentos de estos factores son: el té y el café (21).

2.3.11. Nutrición en el embarazo.

Durante el embarazo es muy importante el requerimiento proteico de 4,7g/día para contribuir al desarrollo del feto, placenta, aumento del volumen sanguíneo y crecimiento del útero, los alimentos ricos en proteínas son el huevo, pescado, leche y

sus derivados, lentejas, avena y trigo. Así mismo se requiere de los hidratos de carbono para brindar energía y compensar dicho desgaste energético de la gestante, para ello se recomienda consumir cereales como el arroz, maíz, trigo, así como también menestras y tubérculos, también se debe agregar a la dieta el pan cebada y avena.

Por otro lado la gestante debe consumir micronutrientes como la vitamina A para el mejor desarrollo del feto y la formación del calostro, también para la síntesis de hormonas y depósitos hepáticos para la lactancia, lo encontramos en los siguientes alimentos como las vísceras, zanahoria, espinaca y perejil además se hace necesario el aporte de la vitamina D que sirve para el metabolismo del calcio de madre a feto encontrándose en los alimentos como la leche, el pescado, la yema de huevo y la luz solar. Sin embargo, también es necesario que la gestante consuma alimentos ricos en vitamina K como los vegetales de hojas verdes hígado, tomates y huevos ya que estos alimentos ayudan a prevenir las hemorragias fetales y la coagulación sanguínea.

El aporte de ácido fólico es imprescindible durante la gestación porque previene los defectos del tubo neural y el desprendimiento prematuro de la placenta y también previene la anemia megaloblástica, además el aporte de hierro es muy importante ya que previene la anemia y contribuye a un buen transporte de oxígeno de los pulmones a todo el cuerpo y al aumento de glóbulos rojos, el hierro hemínico su absorción es de 10- 35% y lo encontramos únicamente en los alimentos de origen animal como las vísceras, vaso, sangrecita, pescado, mariscos y carne, y el hierro no hemínico su absorción es hasta el 10%, lo encontramos en los alimentos de origen vegetal como en las verduras de hojas verdes, en el cacao, legumbres como la lenteja y en los frutos secos, de igual forma es necesario el aporte de calcio en el embarazo de 1000 mg a

1300mg ya que previene partos prematuros, previene la preeclampsia y la descalcificación de huesos, el calcio lo encontramos en el queso, leche, legumbres, acelga, espinaca, almendras (21,23)

III. HIPÓTESIS:

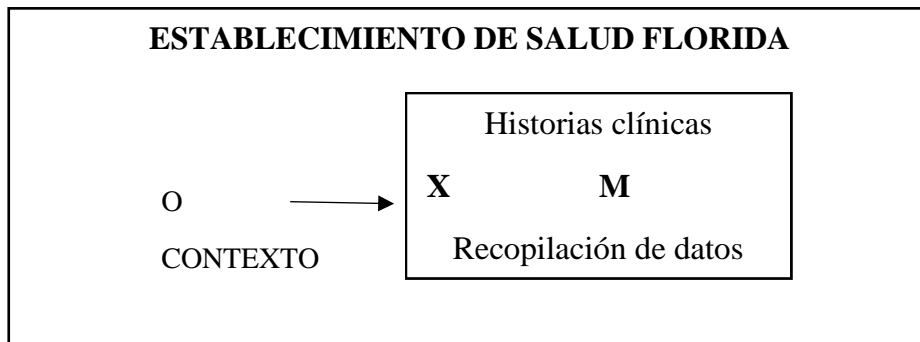
Por ser descriptivo no se declara hipótesis.

IV. METODOLOGIA

4.1. Diseño de la investigación.

La presente investigación fue de **tipo cuantitativo** por la medición numérica y el análisis estadístico de **nivel descriptivo Simple** porque es un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, del órgano u objeto a estudiar sin influir sobre el de ninguna manera es decir se centran en recolectar datos que describan la situación. **El diseño de la investigación** es no experimental, de corte transversal, debido a que no se manipularon las variables de estudio (24).

ESQUEMA



M: Historias clínicas de gestantes del Establecimiento de salud Florida distrito de Chimbote, 2019.

O: Lo que se contempla durante el estudio

X: Variables hemoglobina, factores obstétricos y factores sociodemográficas.

4.2. Población y la muestra:

4.2.1. Población: La población estuvo constituida por 348 historias clínicas de gestantes que acudieron al control prenatal del establecimiento de salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

4.2.2. Muestra: La muestra estudiada estuvo conformada por 130 historias clínicas de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la fórmula de población finita la cual ha tenido un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0.05.

Para determinar el número de participantes de mujeres que acuden al control prenatal se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde: N= total de población

$Z_{\alpha} = (1.96)^2$ (si la seguridad es del 95%)

P= proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1- 0.05 = 0.95)

d= precisión (en este caso deseamos un 3 %).

Muestreo

Para obtener la muestra se aplicó el muestreo probabilístico. La selección de las unidades de análisis fue a través del muestreo aleatorio simple, debido a que se listó el número de historias clínicas y se enumeró del 1 al total de muestras, luego en forma aleatoria se colocó en una caja y se eligió al azar las historias clínicas de las pacientes.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- HCL de gestantes que acuden de forma regular al control prenatal.
- HCL de gestantes que cuenten con análisis y resultados de hemoglobina.
- HCL con datos completos de la gestante.
- HCL de Gestantes que acuden en el I trimestre al control.

Criterios de exclusión.

- HCL de gestantes que no acuden de forma regular al control prenatal.
- HCL de gestantes que no cuenten con análisis y resultados de hemoglobina.
- HCL con datos incompletos de las gestantes.

4.3.MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Cuadro 1: Matriz de Operacionalización de la Variable nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Hemoglobina	Nivel de hemoglobina Cuantificación de la hemoglobina en la sangre. Titulada en gr/dl o % (19)	cuantificación de hemoglobina	Nivel de hemoglobina normal, leve y moderada (1)	Normal: > 11 g/dl,	Cuantitativa	Nominal
				Leve: entre 10,9 – 10 g/dl,		
				Moderada: entre 9,09 – 7 g/dl		
				Severa: menor de 7,0 g/dl		
• Factores obstétricos	factores obstétricos: Son aquellos factores que están relacionados directamente con el embarazo, parto y puerperio (1,9).	Paridad	factores obstétricos: Observación de casos de factores obstétricos de las gestantes a través de las historias clínicas (13).	a) Nulípara b) Multípara c) Gran multípara	Cualitativa	Nominal
		Vía de parto		a) Vaginal b) Cesárea	Cualitativa	Nominal
		Episiotomía		a) si b) no	Cualitativa	Nominal
		Desgarros de partes blandas		a) si b) no	Cualitativa	Nominal
		Hemorragia postparto		a) si b) no	Cualitativa	Nominal
• Factores sociodemográficos	Factores sociodemográficos son aquellas características sociales demográficas que posee la gestante (1).	Edad	Factores sociodemográficos son aquellas características sociales demográficas que posee la gestante en estudio (19)	a) Menor de 19 años b) 20 a 35 años c) Mayor de 35 años	Cuantitativa	Ordinal
		Estado nutricional		a) Bajo peso b) Normal c) Sobre peso d) Obesidad	Cualitativa	Nominal

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica: La técnica que se utilizó fue el análisis documental a través de la recolección de datos de las historias clínicas (19).

Instrumento: Ficha de recolección de datos de la investigación, en las que se consignarán toda la información necesaria de la gestante.

Se utilizó el instrumento validado de Conde L (19) y consta de 4 partes

Una primera parte en el que se detalla los datos generales como la edad, procedencia, estado civil y grado de instrucción, la segunda parte explora el nivel de hemoglobina de las cuales tiene 4 ítems: normal, leve, moderada, severa, la parte N° 3 se encuentran los factores sociodemográficos como la edad y el estado nutricional. Por último, los factores obstétricos que son la paridad, vía de parto, episiotomía, desgarro de partes blandas y hemorragias post parto.

Procedimientos para recolección de la información.

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, primeramente, se realizó una solicitud al encargado del establecimiento de salud Florida por parte de la escuela profesional de obstetricia y fue entregado por mi persona, una vez obtenido el permiso procedí a la revisión de las historias clínica. La técnica utilizada fue el análisis documental a través de la recolección de datos de las historias clínicas con el respectivo llenado de las mismas. Se contó con el consentimiento informado, ya que se obtuvo el permiso del Establecimiento de Salud Florida para realizar la revisión de historias clínicas de las gestantes.

4.5.Plan de análisis.

Los datos obtenidos de las historias clínicas, fueron codificados y tabulados en el programa Office Excel, para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 23 con el cual se obtuvo la frecuencia, porcentaje de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.

4.6. Matriz de consistencia. NIVEL DE HEMOGLOBINA, FACTORES OBSTETRICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS EN GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FLORIDA - DISTRITO DE CHIMBOTE ,2019.

Cuadro 2: Matriz de consistencia.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>¿Cuál es el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote ,2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019. 2. Establecer los factores obstétricos que condicionan a la variación del nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019 3. Determinar los factores sociodemográficos que condicionan a la variación del nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019. 	<p>Por ser descriptivo no se declara hipótesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de hemoglobina • Factores obstétricos • Factores Sociodemográficos

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo de investigación Cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo Simple</p> <p>Diseño de investigación No experimental de corte transversal</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo constituida por 348 historias clínicas de Gestantes que acudieron al control prenatal del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.</p> <p>Muestra.</p> <p>La muestra estuvo constituida por 130 historias clínicas de gestantes que acudieron al control prenatal del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos de la investigación</p>	<p>Los datos obtenidos de las historias clínicas, fueron codificados y tabulados en el programa Office Excel, para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 23 con el cual se obtuvo la frecuencia, porcentaje de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras</p>

4.7.Principios Éticos

En la presente investigación se tomó en consideración las normas bioéticas consignadas en la declaración de Helsinki (27).

- Este estudio estuvo orientado por las normas éticas que promueven y aseguran el respeto de todas las personas sujetas a estudio con la finalidad de velar por el bienestar de su salud, la dignidad, intimidad, la confidencialidad de la información y la protección de sus derechos.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos sirve para comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades con la finalidad de mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- El principal objetivo del estudio fue generar un nuevo conocimiento sin afectar los derechos de las personas sujetas a investigación.

También se tuvo en cuenta el Código de Ética de la ULADECH – católica (26).

- **Consentimiento informado y expreso:** Se contó con el consentimiento informado, ya que se obtuvo el permiso del Establecimiento de Salud Florida para realizar la revisión de historias clínicas de las gestantes con la finalidad de llevar a cabo dicho proyecto. (ver anexo 2)
- **Confidencialidad:** La información personal recolectada de las historias clínicas de las gestantes sujetas de estudio se mantendrá protegida con la finalidad de no ser divulgada.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1. Nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

Nivel De Hemoglobina	n	%
Normal	119	91,0
Leve	10	8,0
Moderada	1	1,0
Severa	0	0,0
TOTAL	130	100.0

Fuente: Registro de historias clínicas de gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

En la Tabla 1, se evidencia que del total de las historias clínicas revisadas el 91 % presentaron hemoglobina dentro de los valores normales es decir tiene 11 g/dl de sangre mientras que en el 8% reportó anemia leve y anemia moderada en un 1%. No se encontró ningún caso de anemia severa. Esto indica que el mayor porcentaje de las gestantes de dicho Establecimiento de salud tiene hemoglobina dentro de los parámetros normales. Concluyendo que dichas gestantes en la realidad empírica reciben los suplementos normados por el ministerio de salud, además tienen una frecuencia sostenible en sus controles prenatales.

Tabla 2. Factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

Factores		n	%
Obstétricos			
Paridad	Nulípara	50	38,0
	Múltipara	74	57,0
	Gran múltipara	6	5,0
Total		130	100.0
Vía de parto	Vaginal	99	76,0
	cesareada	31	24,0
Total		130	100.0
Episiotomía	No	119	92,0
	Si	11	8,0
Total		130	100.0
Desgarro de partes blandas	No	130	100,0
	Si	0	0,0
Total		130	100.0
Hemorragias post- parto	No	130	100,0
	Si	0	0,0
Total		130	100.0

Fuente: Registro de historias clínicas de gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

La Tabla 2, manifiesta los resultados de los factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida, donde un aspecto relevante a considerar es la paridad en donde se encontró que del 100% de gestantes estudiadas el 57% son múltiparas, respecto a la vía de parto la que prevaleció fue la vaginal con 76%, de las cuales a un 92% no se les realizó episiotomía, asimismo es interesante el resultado encontrado en cuanto a los desgarros de partes blandas y hemorragias post – parto, ya que el 100% de gestantes no presentaron. Esto indica que no hubo una pérdida

sanguínea mayor de 500ml que puedan originar un tipo de anemia ya que estos problemas ocasionan una disminución de la hemoglobina debido a la excesiva pérdida sanguínea originada. Se concluye que la muestra en estudio no presenta algún factor obstétrico que les situé en riesgo de padecer anemia.

Tabla 3. Factores sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

Factores		n	%
Sociodemográficos			
Edad	< 19 años	12	5,0
	20 - 35 años	103	78,0
	> años 35	15	17,0
Estado Nutricional	Normal	65	68,0
	Bajo peso	4	3,0
	Sobrepeso	47	25,0
	Obesidad	14	4,0
Total		130	100

Fuente: Registro de historias clínicas de gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

En la Tabla 3, hace evidente los resultados de los factores sociodemográficos de las gestantes del establecimiento de salud florida, observándose que del total de la muestra estudiada la edad que predomina es la de 20 - 35 años representada por el 78 %. Asimismo, el 68% de gestantes se encuentra con IMC normal, siendo un buen indicador para no padecer anemia debido a que la mayoría de las gestantes presentan adecuada nutrición y estilo de vida saludable.

5.2. Análisis de resultados

Según La OMS considera a la anemia como un problema de salud pública, refiere que afecta al 40% de gestantes, se asocia a carencias de hierro y a cambios fisiológicos del embarazo. Asimismo, el MINSA menciona que la anemia en el embarazo tiene diversas consecuencias tanto para la salud de la madre como el bebé. Las consecuencias para el feto es el retraso en el crecimiento intrauterino, disminución del rendimiento escolar, también aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer por otro lado en la madre puede generar complicaciones en el parto causando hemorragias, elevando de esa manera el riesgo de muerte materna.

Frente a lo expuesto es interesante presentar los resultados de esta investigación que tiene por objetivo determinar el nivel de hemoglobina, factores obstétricos y sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019 en la cual se encontró como resultados en la tabla 1, que el 91% presentó hemoglobina dentro de los parámetros normales, mientras que en el 8% se reportó anemia leve y anemia moderada en un 1%. No se encontró ningún caso de anemia severa. Datos diferentes fueron encontrados en el estudio realizado por Ayala, R (10), en su investigación realizada en Lima- Perú en donde encontró que la prevalencia de anemia en gestantes fue del 15%, de las cuales se encontraron que el 46.6%, tiene anemia leve, el 42.2%, presenta anemia moderada, y 11.1% tuvo anemia severa.

La diferencia entre ambos estudios probablemente se deba a que las gestantes del presente estudio recibieron información adecuada sobre los alimentos ricos en hierro, así como también un control prenatal adecuado y prescripción de ácido fólico

+ sulfato ferroso durante el embarazo. Además, existe diferencia en cuanto al nivel de atención, dado a que el presente estudio se llevó a cabo en gestantes de un puesto de salud perteneciente al primer nivel de atención, donde se realiza la atención primaria y se brinda charlas de prevención de la anemia. En definitiva, es vital durante el embarazo la suplementación de 60 mg de hierro + 400 ug de ácido fólico en forma diaria desde la semana 14 de gestación hasta 42 semanas post - parto con la finalidad prevenir o corregir la anemia.

Las mujeres en edad reproductiva se encuentran con una alta probabilidad de padecer anemia durante el embarazo, ya que influyen algunos factores de riesgo como el embarazo múltiple, periodos intergenésicos cortos, y la multiparidad. Debido a ello en la tabla 2 se encontró que el 57% de gestantes estudiadas son multíparas, la vía de parto que prevaleció fue la vaginal con 76%, y a un 92% no se les realizó episiotomía, asimismo el 100% de gestantes no presentó desgarros de partes blandas ni hemorragias post – Parto. Resultados que se asemejan al estudio de Ortiz Y, Ortiz K en la cual sus hallazgos muestran que las gestantes que tienen más hijos tienen menos posibilidad de presentar anemia, refiere que a pesar de que la paridad se relaciona con la anemia, las primíparas por falta de conocimiento, atención prenatal oportuna, falta de concientización pueden padecer anemia a comparación de las multíparas que debido a las experiencias adquiridas durante el embarazo conocen los alimentos ricos en hierro, la importancia del consumo de hierro y ácido fólico durante el embarazo.

Tomando en cuenta dichos resultados, las mujeres en estudio tienen menos probabilidad de padecer anemia debido a que la mayoría de partos fueron por vía vaginal y no hubo ningún caso de hemorragias ni desgarramiento de partes blandas que

puedan originar un tipo de anemia ya que estos problemas ocasionan una disminución de la hemoglobina debido a la excesiva pérdida sanguínea originada (7). No obstante Ortiz Z, en su investigación muestra resultados similares, refiere que las multíparas tienen menos riesgo de anemia a comparación de aquellas mujeres que tienen dos hijos, demuestra que el 40.9% de las mujeres con su segunda gestación presentaron anemia. Así mismo, 81,8% de gestantes que acudieron a su control prenatal 7 veces o más presentaron anemia (8).

La edad y el estado nutricional pueden convertirse en un factor de riesgo considerable para el desarrollo de anemia en gestantes, teniendo mayor probabilidad aquellas mujeres gestantes adolescentes debido a que no han alcanzado aún la madurez para poder enfrentar la crianza de un hijo, afectándola psicológicamente, por otro lado pueden tener una deficiente alimentación lo que les hace vulnerables a cruzar el embarazo con cuadros de anemia, además en esta etapa el aparato genital no está bien desarrollado provocando partos prematuros debido a una mala adaptación del útero a su contenido, de igual manera las gestantes añosas también son consideradas como alto riesgo obstétrico debido a que en esta edad el útero va perdiendo su funcionalidad conllevando a una posible interrupción del embarazo, y una probabilidad de hemorragia.(5).

Debido a ello en la tabla 3 se muestran los factores sociodemográficos en la cual se evidenció que la edad que predomina es la de 20 - 35 años, representada por un 78 %, Asimismo el 68% se encuentra con IMC normal. Datos similares nos muestra Moyolema Y, en su investigación realizada en Guayaquil Ecuador en el año 2017 en lo que sus resultados muestran que las gestantes con mayor índice de anemia fueron las del grupo de

13 a 19 años con un 38%, en segundo lugar, lo ocupa las gestantes de 41 años con un 23% le sigue las 20 a 25 años con un 12% de índice de anemia (11).

Haciendo una comparación entre ambos resultados se puede identificar similitud entre ambos estudios, ya que ambos resultados dan a entender que las mujeres de 20 - 35 años tienen menor riesgo de padecer anemia, probablemente se debe a que el útero se encuentra apto para albergar el feto, además es en esta etapa las mujeres económicamente son independientes por lo tanto tienen más facilidad para tener una alimentación adecuada a comparación de una gestante adolescente. El Minsa menciona que las gestantes adolescentes pueden presentar una alta probabilidad de experimentar anemia en la gestación esto debido a la inexperiencia. Por otro lado, las gestantes en estudio tienen un adecuado estado nutricional esto debido a que pertenecen a un nivel de atención de primer nivel donde reciben sesiones educativas sobre alimentación saludable.

VI. CONCLUSIONES

Luego del análisis de este estudio se pudo concluir lo siguiente:

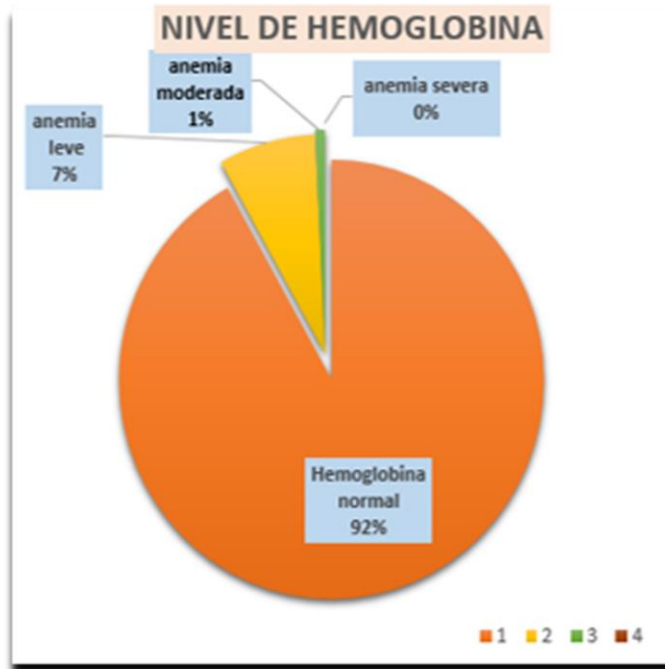
- En relación al nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, el 91% de gestantes del Establecimiento de Salud Florida presentan hemoglobina dentro de los parámetros normales es decir hemoglobina > 11 g/dl lo cual indica que las gestantes reciben los suplementos normados por el ministerio de salud y tienen una frecuencia periódica en sus controles prenatales. En definitiva, considero que es imprescindible que todo el establecimiento de salud brinde los micronutrientes normados por el MINSA y programas sobre la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro durante la gestación.
- En cuanto a los factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida, se encontró que el 57% de gestantes estudiadas son multíparas y la vía de parto que predominó fue la vaginal con 76%, de las cuales al 92% de la muestra en estudio no se les realizó episiotomía y el 100% no presentó desgarros de partes blandas ni hemorragias post – Parto. Esto indica que la muestra en estudio no presenta algún factor obstétrico que les sitúe en riesgo de padecer anemia.
- Finalmente, en relación a los factores sociodemográficos en gestantes del establecimiento de salud Florida, se observó que del total de la muestra estudiada la edad que predomina es la de 20 - 35 años representada por el 78%. Asimismo, el 68% de gestantes se encuentra con IMC normal, siendo un buen indicador para no padecer anemia. Puedo concluir que es vital educar a

las gestantes sobre la importancia de la alimentación saludable para que lleven un embarazo sin complicaciones.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el profesional de Obstetricia del establecimiento de salud la florida continúe brindando consejería adecuada a las gestantes sobre alimentos ricos en hierro y su importancia para prevenir la anemia durante el embarazo, con la finalidad de proteger al binomio madre- hijo, así como también seguir fomentando programas de nutrición en las gestantes para que lleven estilos de vida saludable y evitar situaciones nutricionales alteradas como el bajo peso, la obesidad y el sobrepeso.
2. Es necesario sugerir que se siga indicando la suplementación con hierro y ácido fólico en las gestantes como profilaxis debido a los altos requerimientos fisiológicos de hierro en el embarazo.
3. Que las profesionales en obstetricia realicen consejería sobre salud sexual y reproductiva a las gestantes y planificación familiar con el objetivo de que las mujeres lleven una reproducción saludable y puedan espaciar los embarazos gozando de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

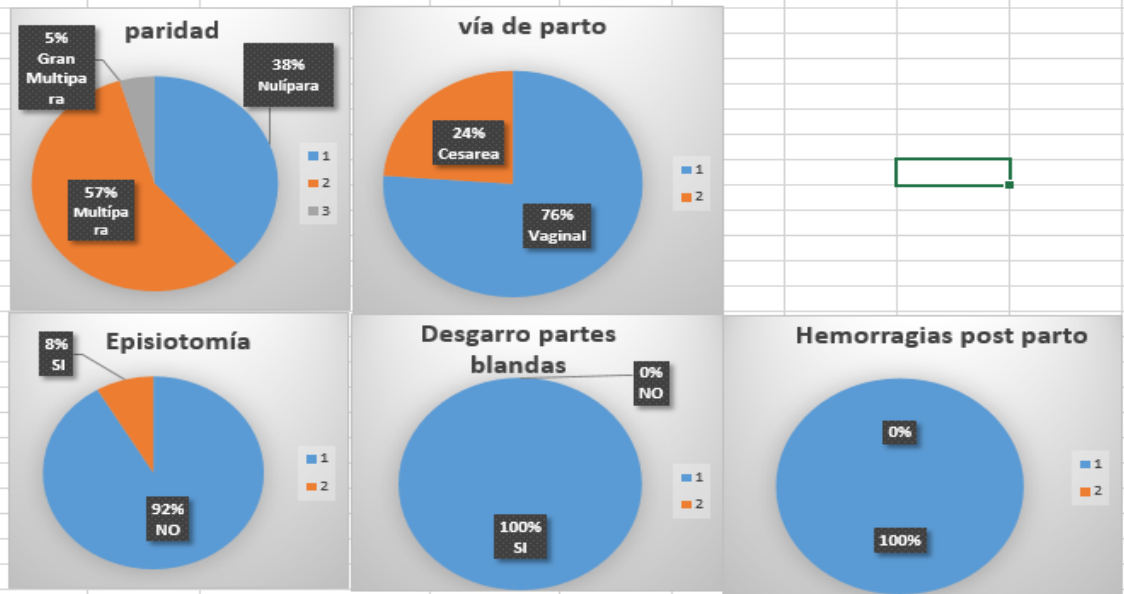
Aspectos complementarios



Fuente: Tabla 1

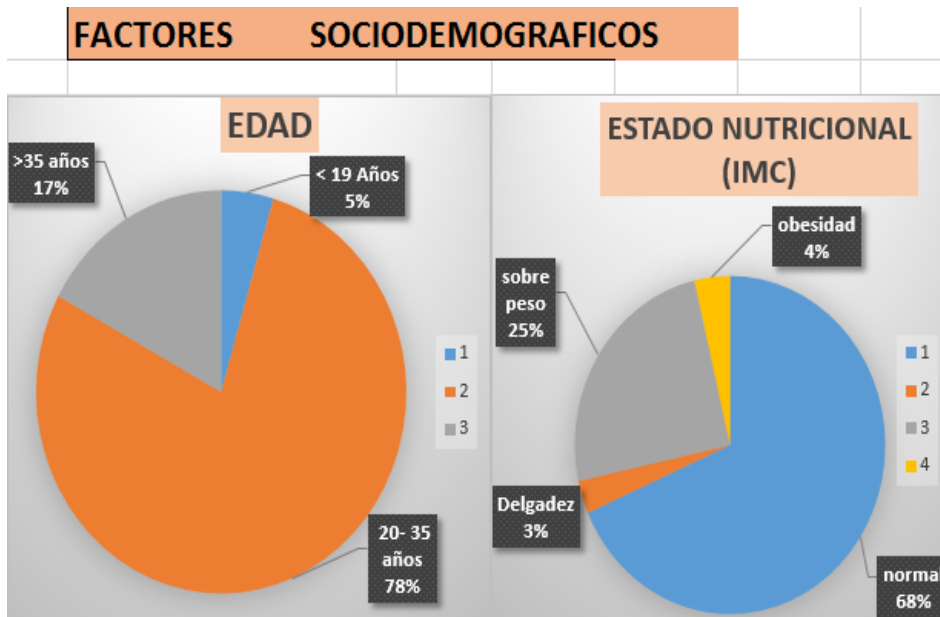
Figura 1. Gráfico circular del nivel de hemoglobina en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

FACTORES OBSTETRICOS



Fuente: Tabla 2

Figura 2. Gráfico circular de los factores obstétricos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.



Fuente: Tabla 3

Figura 3. Gráfico circular de los factores sociodemográficos en gestantes del Establecimiento de Salud Florida - distrito de Chimbote, 2019.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de Hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS, 2011. [acceso 03 de noviembre del 2016]; Disponible en:

https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

2. Ministerio de Salud (MINSA) NORMA TÉCNICA - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1ra edición. Lima. Biblioteca Nacional del Perú. 2017. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

3. Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES 2017 instituto nacional de estadística e informática. Agosto del 2017- Lima. Perú. Disponible en:

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf

4. Ministerio de salud, instituto nacional de salud. El firme de la salud. Septiembre 2018. Disponible en

<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20admin%20editor/publicaciones/2018-09-10/FIRME%20-%20SEPTIEMBRE-2018.pdf>

5. Hernández A, Azañedo D, Antiporta D, Cortés S. Hernández A, Azañedo D, Antiporta D, Cortés S. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS)*. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/ACM/Downloads/2707-10002-4-PB.pdf>
6. Velásquez N. Disminuyendo el número de casos de gestantes con anemia en la Microred Miraflores alto_ Chimbote, 2018. (Tesis para optar el título de segunda especialidad). Chimbote. Perú. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2018

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3419/GESTAN_TES_ANEMIA_VELASQUEZ_CARRASCO_NINIA_HERMELINDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Ortiz Y, Ortiz K. “Factores Sociodemográficos y Prenatales Asociados a La Anemia En Gestantes Peruanas.” *Enfermería Global*, vol. 18, no. 4, oct. 2019, pp. 273–290. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=139207203&lang=es&site=ehost-live>
8. Huamán, T. “conocimiento sobre anemia relacionado con la concentración de hemoglobina en gestantes adolescentes del consultorio materno del centro de salud san juan bautista. Enero-febrero 2018.” [Tesis para Licenciatura]. Ayacucho. Universidad nacional de san Cristóbal de Huamanga. 2018. Disponible en: http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/unsch/2740/tesis%20o811_hua.pdf?sequence=1&isallowed=y

9. Ortiz, Z. Anemia ferropénica y sus factores condicionantes durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Rinconada – Chimbote. 2017. (Tesis para optar el título de segunda especialidad). Chimbote - Perú, Universidad cesar Vallejo, 2017. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18783/Ortiz_RZV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Ayala R. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional arzobispo Loayza – Lima, del 1 junio al 30 de noviembre de 2016. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6130/Ayala_cr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Moyolema Y. Incidencia de Anemia en Gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la Ciudad de Guayaquil, desde octubre del 2016 a febrero del 2017. [Tesis Licenciada]. Guayaquil. Universidad Católica de Guayaquil. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7498/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-349.pdf>
12. Rosas M, Ortiz M, Dávila R, González A. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. Rev Hematol Mex. 2016 abril; 17 (2):107-113. Disponible en : https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Gonzalez_Pedraza_Aviles/publication/305636736_Rosas-Montalvo_M_Ortiz-Zaragoza_MC_Davila-Mendoza_R_Gonzalez-Pedraza-

13. OMS. Factores de riesgo. 2016. Disponible en:
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
14. Yordan,T. Guía Técnica: Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobinómetro portátil (internet).Lima.2013.
(citado 05-06-19) disponible en:
https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/tecnica_vigilancia_nutricional/bioquimica/Determinaci%C3%B3n_hemoglobina_mediante_hemoglobin%C3%B3metro_portatil.pdf
15. Camejo Lluch R. Riesgo reproductivo preconcepcional. Córdoba: El Cid Editor; 2017. Disponible en
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=5045248&query=factores%2Bde%2Briesgo%2Bobstetrico>
16. organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=98FCD3C4C28A2B5B838A29F6C1C755AA?sequence=1
17. Berzaín, M. Camacho. L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista científica ciencia médica. (Internet) v.17 n.2. Cochabamba- Bolivia. 2014. Disponible en
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011
18. Martínez, G.Grimaldo, P. Vázquez, G. Reyes, C. Torres, G. Escudero, G. practica clínico quirúrgica. Operación cesárea. Una visión histórica,

epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. (Internet). 2015 (citado 13-06 19); 53(5). Disponible en

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>

19. Conde L. Variación del nivel de hemoglobina en gestantes y puérperas inmediatas en el Hospital de Apoyo Puquio, 2016. 2017
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_be799c04ec873a73eda9d712014fad55/Cite

20. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de planificación familiar /Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: 2017. Disponible en
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

21. Aguilar, L. MINSA. Guía técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera. Lima. 2016. Disponible en
https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/2_Guia_Gestante_final-ISBN.pdf

22. MINSA. Resolución ministerial n- 325-2019. (Internet) Lima. 2019.
Disponible
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306405/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_325-2019-MINSA.PDF

23. Orance A. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. Vol 6 No VI. 2016.
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164h.pdf>
24. Hernández metodología de la investigación. Quinta edición. México. McGraw Hil.2010. Disponible en
- https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
25. Mousalli G. Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa, 2016. Disponible en:
- <file:///C:/Users/Abner/Downloads/Mtodosydiseosdelainvestigacincuantitativa.pdf>
26. Código de ética para la investigación. Versión 002. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote. 2019.
- <https://www.uladech.edu.pe/images/stories/universidad/documentos/2019/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v002.pdf>
27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. USA; 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

NIVEL DE HEMOGLOBINA Y FACTORES EN GESTANTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FLORIDA - DISTRITO DE CHIMBOTE ,2019.

I DATOS GENERALES

Edad Años
procedencia	a) Urbano
	b) Rural
Estado Civil	a) Soltera
	b) Casada
	c) Conviviente
	d) otros
Grado de instrucción	a) sin instrucción
	b) primaria
	c) secundaria
	d) superior

II NIVEL DE HEMOGLOBINA

Normal.....

Leve.....

Moderada.....

Severa.....

III FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad
 - a. menor de 19 años
 - b. 20 a 35 años
 - c. Mayor de 35 años

2. Estado nutricional

a) peso pre gestacional:

b) Talla.....

Resultado IMC:

a) Bajo peso..... b) Normal..... c) sobrepeso..... d)
obesidad.....

V FACTORES OBSTÉTRICOS

1. Paridad

a) Nulípara ()

b) Multípara ()

c) Gran multípara ()

2. Vía De Parto

a) Vaginal ()

b) Cesaría ()

3. Episiotomía

SI () No ()

4. Desgarros De Partes Blandas


SI () No ()

5. Hemorragia Post Parto

SI () No ()

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

Chimbote, 10 de junio del 2019

OFICIO N° 0347-2019-DIR-EPO-FCCS-ULADECH Católica

Señora
ESTHER SUMACC ESPINOZA SILVA
La Gerente del Establecimiento de Salud La Florida

Presente.-

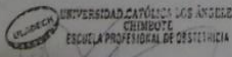
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez hacer de su conocimiento que en cumplimiento al Plan Curricular de la Carrera Profesional de Obstetricia de la ULADECH Católica, los estudiantes realizarán actividades comprendidas en la asignatura de Taller de Investigación I, en lo siguiente:

- **TITULO DEL PROYECTO:** Nivel de hemoglobina y factores en gestantes del Establecimiento de Salud La Florida – Distrito Chimbote, 2019

Razón por la cual solicito a usted, autorizar el ingreso a la Estudiante HERRERA HUAMAN LUZ BETTY al centro de salud que usted representa a fin de cumplir con la recolección de datos y encuesta para el proyecto de investigación en mención; quedando para el día y hora que se estime conveniente.


Sin otro particular, agradezco a usted la atención que brinde al presente, no sin antes de reiterar a usted mi consideración y estima personal.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Mg. Obst. Lucía Villanueva Vásquez
DIRECTORA

LW/vgr
C.c. Archivo


MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD PACÍFICO NORTE
AGLAS PUESTO DE SALUD FLORIDA

ESTHER SUMACC ESPINOZA SILVA
COP. 18188
GERENTE IE

12/06/19
H. 10:02

TALLER INVESTIGACION IV GRUPO A

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 4%

Excluir bibliografía

Activo