UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN

GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

TEMA

"VALORACIÓN DE ANEMIA POR DETERMINACIÓN HEMOGLOBINA EN EMBARAZADAS"

AUTOR:

OBST. TERESA DE JESUS MEZA HERRERA.

TUTOR:

DRA. PATRICIA ORFILIA LEON LEON MSc

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia y Tecnología

SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "Valoración de anemia por Determinación Hemoglobina en Embarazadas	
AUTOR/ES: Teresa de Jesús Meza Herrera	TUTOR: Dra. Patricia Orfilia León León REVISOR: Dr. Segundo Guillermo Campuzano Castro
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Maestría en Gerencia clínica en salud sexual y reproductiva	
FECHA DE PUBLICACIÓN: 23/11/2016	No. DE PÁGS: 47
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD	
PALABRAS CLAVE: Anemia por hemoglobina, Embarazadas, Plan de prevención	

RESUMEN: La anemia es una alteración hematológica que cursa con niveles de hemoglobina y hematocrito bajo por ser un problema de salud reproductiva que ocurre en cualquier etapa de la vida y durante el embarazo, la misma que esta asociada con mayor riesgo de parto prematuro bajo peso materno y neonatal El objetivo de este estudio es valorar los niveles de anemia por concentración de hemoglobina y análisis de los factores asociados en embarazadas atendidas en el Centro de Salud El Empalme, se destacan algunas causas y efectos. Metodología: La metodología aplicada en esta investigación fue de enfoque cuantitativo con una muestra de 124 embarazadas con anemia. Mediante un análisis de tipo observacional, analítico de corte transversal y correlacional, se demostró los siguientes resultados. Resultados: Se evidenció que un 71% de embarazadas presentaron un grado de anemia leve; un 64% tienen periodo intergenésico corto, el 59% tienen un bajo peso, el 56% tienen controles prenatales irregulares y el 51% son multíparas, el 50% se presenta en el segundo trimestre de embarazo. Al conocer los resultados concluimos que los factores que inciden en la disminución del nivel de hemoglobina en las gestantes anémicas son, periodo intergenésico, el estado nutricional, controles prenatales irregulares, y multiparidad. A pesar de los avances logrados en la reducción de anemia sigue siendo un problema que requiere atención, por lo que se plantea un plan de promoción y prevención nutricional que contribuye en forma temprana y adecuada a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal vinculada a esta patología.

No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	x SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:0993084485	E-mail: teremeza1967@yahoo.es
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Teresa de Jesús Meza Herrera, del Programa de Maestría/Especialidad _Salud sexual y reproductiva, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el trabajo de titulación especial Valoración De anemia Por Determinación Hemoglobina En Embarazadas" Propuesta: Plan Nutricional De Prevención: Plan Nutricional De Prevención, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en _Gerencia clínica en salud sexual y reproductiva, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

Patricia León León
TUTORA

Guayaquil, Noviembre de 2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades que se presentaron pero que me impulsaron para superarme cada día para lograr mi meta.

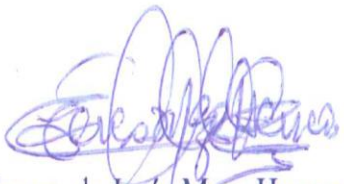
A mis padres por apoyarme en todo momento por los valores que me enseñaron y por haberme dado la oportunidad de tener una educación, a mis hermanos que son parte importante en mi vida y por su apoyo incondicional, a mis amigos por la confianza, motivación y ayuda incondicional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por guiarme y darme la fortaleza de continuar cuando he estado a punto de caer en los momentos más difícil para culminar mí objetivo que me propuse y por estar conmigo en cada paso que doy. A mis Padres por su apoyo incondicional y por formarme con buenos sentimientos hábitos y valores los cuales me han ayudado a salir adelante, mis hermanos que siempre han estado junto a mí apoyándome en cada momento. A mis amigas que gracias a su motivación y conocimientos me apoyaron a vivir esta experiencia

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad de Guayaquil."



Teresa de Jesús Meza Herrera

AUTORA

ABREVIATURAS

RCIU	Restricción de crecimiento intrauterino
Hb	Hemoglobina
MSP	Ministerio de Salud Pública
VMC	Volumen Corpuscular Medio
HCM	Hemoglobina Corpuscular Media
B12,	Vitamina complejo B
H_2O	Agua
OMS	Organización Mundial de la Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado

TABLA DE CONTENIDO

Portada……..……. i

Certificación del Tutor…….. iii

Dedicatoria……. iv

Agradecimiento…….. v

Declaración Expresa…… vi

Abreviatura…….…… vii

Índice General…….. viii

Índice Cuadros…….. xi

Índice de Gráficos…….. xii

Resumen …… xiii

Astract …… xiv

Introducción ……. 1

Delimitación del problema: …… 2

Formulación del problema: ……. 2

Justificación: …….. 2

Objeto de estudio: ……. 2

Campo de acción o de investigación: …….. 2

Objetivo general: …….. 2

Objetivos específicos: ……. 2

La novedad científica: ……. 3

Capítulo 1 MARCO TEÓRICO …….. 4

1.1 Teoría General …….. 4

1.2 Teoría Sustantiva …… 8

1.3 Referentes Empíricos …… 13

Capítulo 2 MARCO METODOLÓGICO ……. 17

2.1 Metodología ……. 17

2.2 Métodos ……. 17

2.3 Premisas o Hipótesis …… 18

2.4 Universo y Muestra ……. 18

2.5 CDIU- Operalización de Variables …….. 19

2.6 Gestión de Datos …….. 20

2.7 Criterios éticos de la investigación ……... 21

Capítulo 3 RESULTADOS …….. 22

3.1 Antecedente de la Unidad de Análisis o población …… 22

3.2 Diagnóstico o Estudio de Campo …….. 23

Análisis e interpretación…… 24

Capítulo 4 DISCUSIÓN …….. 37

4.1 Contrastación Empírica ……. 37

4.2 Limitaciones …….. 40

4.3 Linea de Investigación …….. 40

4.4 Aspectos Relevantes …… 40

Capítulo 5 PROPUESTA ……. 41

Conclusiones y recomendaciones …….. 42

Bibliografía …… 45

Anexos …… 48

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Niveles de Hemoglobina…… 24
Cuadro N° 2: Edad…… 25
Cuadro N° 3: Control Prenatal……... 26
Cuadro N° 4: Estado Nutricional…….. 27
Cuadro N° 5: Estado Nutricional…….. 28
Cuadro N° 6: Periodo Intergenésico……. 29
Cuadro N° 7: Escolaridad…….. 30
Cuadro N° 8: Semana de Gestación…….. 31
Cuadro N° 9: Estado Civil……... 32
Cuadro N° 10: Procedencia…….. 33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos N° 1: Niveles de Hemoglobina…… 24
Gráficos N° 2: Edad…… 25
Gráficos N° 3: Control Prenatal…….. 26
Gráficos N° 4: Estado Nutricional…….. 27
Gráficos N° 5: Estado Nutricional…….. 28
Gráficos N° 6: Periodo Intergenésico……. 29
Gráficos N° 7: Escolaridad…… 30
Gráficos N° 8: Semana de Gestación……. 31
Gráficos N° 9: Estado Civil……... 32
Gráficos N° 10: Procedencia…….. 33

RESUMEN

La anemia es una alteración hematológica que cursa con niveles de hemoglobina y hematocrito bajo por ser un problema de salud reproductiva que ocurre en cualquier etapa de la vida y durante el embarazo, la misma que esta asociada con mayor riesgo de parto prematuro bajo peso materno y neonatal El objetivo de este estudio es valorar los niveles de anemia por concentración de hemoglobina y análisis de los factores asociados en embarazadas atendidas en el Centro de Salud El Empalme, se destacan algunas causas y efectos. Metodología: La metodología aplicada en esta investigación fue de enfoque cuantitativo con una muestra de 124 embarazadas con anemia. Mediante un análisis de tipo observacional, analítico de corte transversal y correlacional, se demostró los siguientes resultados. Resultados: Se evidenció que un 71% de embarazadas presentaron un grado de anemia leve; un 64% tienen periodo intergenésico corto, el 59% tienen un bajo peso, el 56% tienen controles prenatales irregulares y el 51% son multíparas, el 50% se presenta en el segundo trimestre de embarazo. Al conocer los resultados concluimos que los factores que inciden en la disminución del nivel de hemoglobina en las gestantes anémicas son, periodo intergenésico, el estado nutricional, controles prenatales irregulares, y multiparidad. A pesar de los avances logrados en la reducción de anemia sigue siendo un problema que requiere atención, por lo que se plantea un plan de promoción y prevención nutricional que contribuye en forma temprana y adecuada a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal vinculada a esta patología.

Palabras Claves: Anemia por Hemoglobina, Embarazadas, Plan de Prevención.

ABSTRACT

The anemia is an alteration hematologic that courses with levels of hemoglobin and hematocrit low by be a problem of health reproductive that occurs in any stage of the life and during the pregnancy, the same that this associated with greater risk of childbirth premature low weight maternal and neonatal the objective of this study is rating them levels of anemia by concentration of hemoglobin and analysis of them factors associated in pregnant served in the Centre of health the Joint, will stand out some causes and effects. Methodology: The methodology applied in this study was quantitative approach with a sample of 124 pregnant with anemia. Observational, analytical type of cut, transversal and correlational analysis, showed the following results. Results: is evidenced that a 71% of pregnant showed a degree of anemia mild; a 64% have period birth short, the 59% have a low weight, the 56% have controls prenatal irregular and the 51% are multiparous, the 50% is presented in the second trimester of pregnancy. To know the results we conclude that factors affecting the decrease in the level of hemoglobin in the anaemic pregnant are, birth period, nutritional status, irregular prenatal, and multiparity. Despite them advances achieved in the reduction of anemia continues being a problem that requires attention, by what is poses a plan of promotion and prevention nutritional that contributes in form early and adequate to reduce the morbidity and mortality maternal and perinatal linked to this pathology.

Words key: Anemia by hemoglobin, pregnant, Plan of prevention.

INTRODUCCIÓN

La anemia es una complicación en la que la concentración de hemoglobina y hematocrito disminuye significativamente, por ser considerado un problema de salud rerproductiva que ocurre en cualquier etapa de la vida pero que tiene mayor prevalencia en el embarazo y lactancia, esto afecta a países desarrollados y a países en vías de desarrollo con consecuencias, severas para la madre e hijo; cuando ocurre la ausencia de alimentos ricos en hierro, la madre esta propensa a contraer anemia así como en los síndromes de mala absorción.

La disminución de la concentración de hemoglobina provoca anemia, la misma que se puede presentar en forma frecuente en la mujer embarazada y causa síntomas graves que ocasiona riesgos de morbimortalidad materna y neonatal. Se define como una reducción de más del 10 % del valor total de eritrocito y clínicamente se evalúa por niveles de hemoglobina. Los factores principales a considerar en las mujeres embarazadas se incluyen los factores socioeconómicos que repercuten en el bajo nivel de peso, factores socioculturales entre ellos el bajo nivel de escolaridad, factores obstétricos entre los que están la multiparidad, período intergenésico corto, los controles prenatales irregulares. Los factores sociodemográficos que incluyen la procedencia urbana y rural, todos los factores mencionados son aquellos asociados a la anemia en el embarazo.

La mayoría de los embarazos constituye una etapa de gran vulnerabilidad para presentar anemia en la madre, la anemia se asocia con complicaciones durante el embarazo, en el recién nacido existe el incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal, parto prematuro y peso bajo al nacimiento, por lo tanto nos preguntamos ¿Existe asociación entre los factores demográficos, socioculturales, obstétricos y anemia en embarazadas atendidas en el Centro de Salud el Empalme?

El presente trabajo se justifica porque permite investigar las posibles causas que podrían incidir en la disminución de hemoglobina en embarazadas que acuden a la consulta externa al control prenatal; el impacto que desencadena en las mujeres de edad fértil para lo cual se plantea medidas de prevención oportuna en la etapa prenatal y así mejorar el control precoz de la gestante, y reducir la asistencia tardía del primer control prenatal.

La concentración de hemoglobina varía notablemente en el embarazo para adaptarse al incremento de la volemia y a las necesidades del hierro del feto. La anemia es el problema hematológico más común en el embarazo. Es referida como un proceso dilucional secundario al aumento del volumen plasmático. Sin embargo existen deficiencias nutricionales, hemólisis y otras enfermedades que pueden causar anemia significativa y ser capaces de afectar a la madre como al feto.

Entre los factores asociados a la anemia en el embarazo están los Factores Socioculturales, tales como baja escolaridad que presentan las embarazadas anémicas, los Factores Sociodemográficos entre ellos la procedencia urbana y rural. Factores Obstétricos entre ellos control prenatal irregular, paridad materna, periodo intergenésico, trimestre de embarazo.

El Objetivo general en este estudio es valorar los niveles de anemia por concentración de hemoglobina y análisis de los factores asociados en embarazadas atendidas en el centro de Salud El Empalme, año 2016. Los objetivos específicos están enmarcados en: Analizar los referentes teóricos de la anemia en el embarazo, determinar la presencia de anemia según el trimestre de embarazo y la correlación de control prenatal, edad materna, paridad, período intergenésico, escolaridad y procedencia, elaborar un plan de Promoción y Prevención nutricional orientado a las mujeres embarazadas que asisten a la consulta en el centro de salud El Empalme

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Teorías Generales.

Se define a la anemia como la disminución de la masa de hemoglobina, actualmente es delicado hacer un diagnóstico según el cálculo de hematíes, esto es a las variaciones de tamaño que experimentan estos. Se debe tener muy en cuenta que la anemia es un hecho clínico (signo) y no una entidad diagnóstica (enfermedad), por lo que siempre se debe buscar y tratar el hecho causal. Los hematíes circulan en sangre periférica unos 90-120 días, debido a esto es necesario un recambio del 1% al día, el bazo es el principal órgano hemocaterético. Puede originarse de un desorden hematológico primario dentro de la médula ósea y/o perdida.(Rosell & Marco, pág. 4)

La anemia es la complicación hematológica más frecuente durante la gestación y ocurre casi en la mitad de las mujeres. Esta anemia suele estar relacionada con un déficit de hierro y suele descubrirse más por la rutina en las determinaciones que por los síntomas. Tienen un fácil tratamiento sustitutivo y es raro que puedan afectar al feto. Las anemias de otro origen pueden afectar al feto directa o indirectamente a través de la placenta.(Omeñaca & Muro , 2012)

Las definiciones de anemia que se utilizan en este trabajo son las establecidas por OMS y otras agencias que coinciden en sus conceptos. **Anemia en el embarazo**: Hemoglobina (Hb) con valores menores a 11 g/dL (Hcto< 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina (Hb) con valores menores < 32%) en el segundo trimestre.

Anemia posparto: Hemoglobina (Hb) con valor < 10 g/dL.**Anemia absoluta:** Es una verdadera disminución en el contaje de eritrocitos. **Anemia relativa:** Es la anemia fisiológica que se produce durante el embarazo que se produce por el aumento del volumen sanguínea y no representa una anemia verdadera (MSP, 2014)

Índice De Hemoglobina

Es un indicador para determinar anemia por deficiencia. Indica la norma del MSP, La anemia comprende totalmente el perfil hematológico con los siguientes parámetros clásicos, como, Concentración de hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio (VMC), Hemoglobina corpuscular media (HCM), Recuentro de eritrocitos, Recuentro de reticulocitos, Ferritina, Hierro sérico.

Aumentar la ingesta de hierro dietario puede incrementarse de dos formas: La primera es asegurar que las personas consuman mayores cantidades de sus alimentos habituales, de tal manera que satisfagan sus necesidades energéticas. No se necesitan cambios cualitativos en la dieta, este abordaje es sencillo, pero involucra incrementar el poder de compra de los habitantes, lo cual está más allá de las capacidades del sector de la salud, no obstante se debe subestimar la importancia práctica de esta estrategia, particularmente en situaciones donde puede ser difícil mejorar la biodisponibilidad del hierro ingerido.

Los niveles de hemoglobina cambian en el embarazo, con una reducción normal al comienzo del embarazo y un ascenso leve hacia el final del mismo. La anemia en el embarazo puede ser leve, moderada o grave, y a las mujeres se les ofrecen

diferentes tratamientos según su nivel de anemia y la causa posible. La anemia puede estar provocada por una variedad de factores, incluidas ciertas enfermedades o una deficiencia de hierro, ácido fólico o vitamina B12, la causa más frecuente de anemia en el embarazo es la deficiencia de hierro.(Figueroa , 2014).

La anemia es una condición en la cual los eritrocitos no transportan la hemoglobina suficiente para suministrar el oxígeno adecuado a los tejidos. Los niveles de hemoglobina sufren cambios durante embarazo, con una reducción normal al comienzo del embarazo y un ascenso leve hacia el final del mismo. La anemia en el embarazo puede ser leve, moderada o grave, y a las mujeres se les ofrecen diferentes tratamientos según su nivel de anemia y la causa posible. La causa más frecuente de anemia en el embarazo es la deficiencia de hierro**.**(Farnot, 2010).

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. La anemia en el embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario, el estado de gravidez requiere ajustes fisiológicos y bioquímicos que incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, pero hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante que da como resultado hemodilución.(Farnot, 2010)

La anemia es un problema mundial constituye uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo. La anemia empeorara el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres.(Farnot, 2010).

La presencia de la circulación placentaria y el aumento del flujo sanguíneo uterino traen como consecuencia un aumento necesario de la volemia de aproximadamente un 30 %. También el volumen plasmático materno aumenta cerca del 50% por encima del promedio encontrado en la mujer no embarazada. Y es así como se genera un estado de hemodilución con un descenso de la concentración de hemoglobina que suele denominarse anemia fisiológica del embarazo. (Medina, 2013) pag. 57

Fisiopatología de la anemia

La sangre normalmente contiene la cantidad de hemoglobina suficiente para cubrir las necesidades de oxigenación tisular. La anemia produce una `reducción de la capacidad transportadora de O2, que aporta a los tejidos llevado a hipoxia, el grado de alteración funcional de cada tejido depende de sus propios requerimientos de O2, de modo que la mayor parte de los síntomas se refieren aquellos tejidos con mayor requerimiento de oxígeno como: musculo esquelético, sistema cardiovascular

y Sistema nervioso central. (SHOCK, 2014).

Por lo tanto, se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación. Se entiende que si la cifra de hemoglobina es menor que 95 g/L, la anemia es intensa. La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia: Anemia moderada: Hb. < 110 g/L y > 70 g/L; Anemia severa: Hb. < 70 g/L y > 40 g/L; Anemia muy severa: Hb.40 g/L.

Causas de la Anemia

La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia, capaz de producir, en función de su intensidad, dificultades en el transporte de oxígeno, con repercusión sobre la fisiología fetal. Así, se ha relacionado con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la mortalidad perinatal.(Villares & Fernández , 2013)

El hierro es un metal esencial para los seres humanos. Es necesario para la síntesis de la hemoglobina en los glóbulos rojos y en la síntesis de la mioglobina en las células musculares, así como para el funcionamiento de una serie de metaloenzimas vitales que contienen hierro. Es importante tener un balance corporal adecuado de hierro para nuestro bienestar y calidad de vida. En las mujeres que salen embarazadas, es necesario tener buenos niveles del hierro para una buena evolución del embarazo, para el bienestar de la madre y para un desarrollo normal del feto y la madurez del infante recién nacido. (Milman, 2012)

1.2 Teorías Sustantivas

Las mujeres durante su embarazo deben tener una dieta en alimentos muy ricos en hierro, y saber los factores que pueden inhibir u originar la absorción de hierro, conocer cómo mantener las reservas adecuadas de hierro durante el embarazo, es de mucha importancia los cambios en la dieta por sí solos no son suficientes para prevenir la anemia por deficiencia de hierro y los suplementos de hierro. La dosis oral para la anemia por deficiencia de hierro debe ser de 100-200 mg de hierro elemental diario, las gestantes que toman suplementos de hierro diariamente ellas tienen menos porcentaje de probabilidades de tener neonatos con peso bajo al nacer. El peso que debe tener un recién nacidos es mayor a 30,81 g., siempre y cuando sus madres en el periodo de embarazo recibieron hierro (Ministerio de salud publica, 2014).

La mayoría, de las mujeres gestantes con anemia, tiene anemia por deficiencia de hierro. La anemia por deficiencia de hierro es por definición una anemia que responde al tratamiento con hierro, administrado por las vías oral o intravenosa. El hierro es obligatorio para la producción de hemoglobina en los precursores de los glóbulos rojos (los eritroblastos); y si el suministro de hierro en la médula ósea es inadecuado, la producción de hemoglobina cae y declina el número de glóbulos rojos en la circulación. Ello subsecuentemente lleva al desarrollo de anemia por deficiencia de hierro, con una concentración baja de hemoglobina.(Milman, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 52% de las embarazadas en los países en desarrollo presentan anemia y que la mitad de ellas corresponde a

carencias de hierro. Las complicaciones que pueden presentar madre e hijo en la anemia nutricional son: En la madre hay 5 a 10 veces más probabilidad de morir durante el parto y el infante se asocia principalmente con retardo del crecimiento, daño permanente en el desarrollo cerebral - cognoscitivo y una resistencia disminuida a las infecciones. La anemia aparece cuando la sangre no tiene suficientes eritrocitos o cuando los eritrocitos no transportan la hemoglobina suficiente para suministrar el oxígeno adecuado a los tejidos.(Cabezas & Balderrama , 2012).

Las mujeres embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. Si la gestante no tiene depósitos suficientes de hierro y no recibe una cantidad suplementaria de este micronutriente, sufrirá un agotamiento progresivo de hierro durante el embarazo, pues las necesidades del feto predominan sobre las de la madre. En este sentido el feto actúa como un parásito. Las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestres de la gestación no se pueden cubrir con la dieta solamente, por lo que se debe consumir un suplemento farmacéutico. Constituyen factores de riesgo el embarazo en la adolescente, las gestaciones frecuentes y el embarazo múltiple(Figueroa , 2014).

Consecuencias de la deficiencia de hierro y de la anemia en las mujeres gestantes

La anemia por deficiencia de hierro durante la gestación puede tener consecuencias profundamente negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres, así como afectar significativamente su calidad de vida. Son más frecuentes la fatiga, la debilidad general y las disfunciones psíquicas, incluyendo un deterioro de las capacidades cognitivas, malestar, inestabilidad emocional y depresión; y existe

una mayor frecuencia de desarrollo de infecciones. Las mujeres con deficiencia de hierro pueden experimentar problemas en cuanto a manejar las actividades de la vida diaria, en realizar sus actividades laborales usuales, sea su trabajo como amas de casa o en su empleo fuera del hogar. Se alteran las relaciones de las mujeres con sus familias y sus allegados, afectándose negativamente.(Milman, 2012)

En muchas partes del mundo, tanto en el Norte como en el Sur, el énfasis en la atención de la anemia por carencia de hierro se dirige a las mujeres durante el embarazo, que es cuando tienen mayor necesidad de hierro y a menudo llegan a anemia.(FAO, 2013).

Importancia De Los Controles Prenatales

Es importante la consulta prenatal, para una evaluación apropiada de la gestación mediante el registro de la historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio, ecografías, y demás exámenes complementarios, de esta manera se realiza la detección oportuna de patologías que pudieran presentarse al inicio o en el trayecto del embarazo, logrando controlar alguna complicación que perjudique a la madre y al feto. Los chequeos deben de ser periódicos y el control alimenticio en todo momento en las embarazadas (5-6).

Frecuencia de las consultas (protocolo del MSP de Ecuador)

En cuanto al número de consultas obstétricas de la mujer embarazada, existe suficiente evidencia científica, el MSP establece que el número debe ser como mínimo cinco. La misma sostiene el concepto que no se mejoran los resultados perinatales de embarazos normales, al aumentar el número por encima de cinco. La

frecuencia de consultas aconsejada en un embarazo normal será: Mensualmente hasta la semana 32, Quincenalmente hasta la semana 36, Semanalmente hasta el parto.

Edad

La edad materna es un factor importante a considerar en la mujer embarazada. Sabemos, que la edad fértil de la mujer termina sobre los 47 años, aunque desde los 35 la tasa de fertilidad espontánea desciende de forma rápida hasta valores del 5% a los 40 años. El embarazo en los extremos de la edad fértil es un factor de riesgo de morbimortalidad materna; estudios han comprobado esta asociación. Aunque en países desarrollados, las mejores expectativas para la mujer hacen que la reproducción se desplace a edades maternas mayores.

Estado Nutricional

El estado nutricional durante el embarazo es de vital importancia ya que una mal nutrición materna incluye el bajo peso como el sobrepeso y la obesidad, son problemas existentes en los países de bajos y medianos ingresos el bajo peso de la mujer embarazada contribuye a la restricción del crecimiento fetal, lo que aumenta el riesgo de mortalidad neonatal, la mujer embarazada requiere un aporte mayor que la no grávida. Las recomendaciones nutricionales de la FAO/OMS indican un aumento variable de todos los componentes nutricionales en la gestación, lo cual implicaría un cambio de las características de su dieta o recibir suplementación de algunos nutrientes. Esta afirmación es discutible, ya que el embarazo, como una situación fisiológica, debiera compensar los mayores requerimientos con un aumento de la dieta habitual, siempre que ésta esté adecuadamente equilibrada.

Período intergenésico corto.

El Periodo intergenésico es un posible factor que se asocia a la anemia en el embarazo. Aquellas mujeres que tengan dos o más embarazos en un corto período de tiempo corren un riesgo más elevado de tener complicaciones en el siguiente embarazo como el desarrollo de la anemia, porque en el parto y posparto se pierde grandes cantidades de sangre y además necesitan nutrientes para la producción de la leche lo cual disminuye las reservas de hierro de su organismo, es recomendable que se dé un periodo de recuperación al cuerpo para recuperares del anterior y volver a sus condiciones normales.

Control Prenatal Deficiente.

Los controles prenatales deficientes son factores negativos para la presencia de anemia en mujeres embarazadas. Razones para no acudir a los controles prenatales son: no sabía que esta embarazadas, no tuve tiempo, el lugar del consulta era muy lejos, lo que dificulta la detección oportuna de la anemia y un déficit orientación de la nutrición. El servicio de salud debe proporciona un conjunto de actividades y procedimientos que ofrece a las embarazadas con el fin de disminuir las enfermedades que puede afectar la salud de recién nacido y de la madre. (República del Ecuador Ministerio de Salúd Pública, 2008).

Procedencia

La procedencia constituye un factor negativo, aumentando el riesgo de las embarazadas en presentar anemia, sobre todo si la embarazada proviene de las zonas rurales, por el difícil acceso a los centros de salud, poblaciones dispersas o muy alejadas lo que repercute en sus controles prenatales que serán irregulares y la falta de suplementación que debería recibir para prevenir la anemia. A diferencia de las

gestantes que residen en las zonas urbanas que tienen fácil acceso para acudir a los controles prenatales respectivos a las unidades de salud para atención de su embarazo.

1.3 Referentes Empíricos

Albán Stefany & Caicedo Janneth, en su trabajo "Prevalencia de Anemia y Factores de Riesgo Asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del Área De Salud Nº 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013." Concluye: "A pesar de los avances logrados en la reducción de anemia en embarazadas continua siendo un problema de salud pública. Es urgente que se establezcan estrategias de prevención a la deficiencia de hierro y ampliar las acciones de detección temprana de anemia en las mujeres en edad reproductiva, y así evitar que las gestantes con anemia tengan hijos con esta deficiencia.". (Caicedo, 2013) pág. 52.

Conforme al estudio realizado en Etiopía la prevalencia aumenta de acuerdo a la edad gestacional en las 13 semanas presentaron 7,7% de anemia; durante las 14- 25 semanas presentaron 36,7% y más 26 semanas presentaron 50% de anemia, similar a lo encontrado en las mujeres de este estudio porcentaje de 82,78% del total de casos de anemia, según edad gestacional. (Villares, I., & Fernandez, 2013).

Moreno Salvador, en su trabajo "Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el Hospital de ginecología y obstétrica del IMIEM." concluye: "La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acudieron al servicio de

urgencias del 1º de Enero al 31 de diciembre de 2011 fue del 9.3 %.". (MORENO, 2013)pág. 58.

Sobre anemia existen estudios puntuales en el país, como el realizado en el año 2007 por la Fundación Ecuatoriana contra la Anemia, en el cual se encontró que de 1.183 mujeres estudiadas entre los 15 y 49 años el 30,7% padecía anemia; y que de ellas tan sólo 13% habían recibido tratamiento para esta patología. Otro importante hallazgo del estudio refirió que 36,8% de 280 mujeres embarazadas sufría en el año 2007 de anemia y de ellas tan sólo 15,4% había recibido tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud, esta deficiencia afecta al menos del 20-25% de todos los lactantes. La prevalencia mundial de la anemia en la población general es del 24,8%, y se calcula que 1.620 millones de personas presentan anemia. La prevalencia de la anemia en embarazadas adolescentes es de 40%, pero su distribución por regiones sigue la misma tendencia que se observa en los niños en edad preescolar. La máxima prevalencia se da en África (57,1%) y Asia Sudoriental (48,2%), seguidas por el Mediterráneo Oriental (44,2%), el Pacífico Occidental (30,7%), Europa. (25%) y las Américas (24,1%).

Según un estudio realizado por Cacha R. (2015) sobre los Factores que influyen en la presencia de Anemia en Embarazadas que acuden al Sub Centro de Salud 27 de febrero de la ciudad de Macas se concluyó que se concluye lo siguiente: En relación a la edad, etnia, estado civil, residencia, escolaridad y ocupación laboral de las embarazadas con anemia, se presentaron con mayor frecuencia en el rango de 15-19

años con un 44% seguido de 20 a 29 años con el 40%, de etnia mestiza el 52%, el 36% son madres solteras y el 28% divorciadas; de procedencia rural el 56%, el nivel de estudio secundaria con un 52%, desempeña en la agricultura el 32% es la principal actividad económica con lo que observa que corresponde a una población de bajo recurso económico. La prevalencia entre las mujeres que reportaron anemia en el embarazo es de 29,42%, predomina anemia leve el 80% con el nivel de hemoglobina de 10,1 a 11 g/ dl, en cuanto a la edad gestacional el 44% presenta en el segundo trimestre de gestación. Referente a los factores que influyen con mayor frecuencia al desarrollo de anemia en el embarazo se evidencio: que el 56% padecían de hipermenorrea, 44% tuvieron de 3 a 4 embarazos, el 60% realizaron de 2 a 4 controles prenatal, 64% no ingirieron los micronutrientes mensualmente, el 56% se alimentan 3 veces al día, como alimentos que consumen en mayor cantidad en la ración diaria son carbohidratos con el 44%, el 32% lípidos y con menor frecuencia las verduras y proteínas.

Según el estudio realizado por: Andrea Castillo Gálvez en la ciudad de Loja sobre la Prevalencia de anemia en embarazadas sin patologías asociadas que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja en el periodo marzo a agosto 2012 describe sobre la edad materna, el 32% corresponden entre los 15-20 años, el 7% de 21-25años, el 5% entre los 26-30 años, el 35% de 31-35 años y el 21% de 36 años y más, indica que las adolescentes es considerando un grupo vulnerable dentro de la sociedad razón por lo cual el embarazo es más riesgoso porque necesitan grandes cantidades nutriente para ella y el producto.

Según el estudio realizado por: Andrea Castillo Gálvez en la ciudad de Loja sobre la Prevalencia de anemia en embarazadas sin patologías asociadas que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja en el periodo marzo a agosto 2012, se presenta anemia leve considerando como nivel de hemoglobina de 10.1 – 10.9 g/dl que corresponde al 43%, anemia moderada considerando como nivel de hemoglobina de 7.1-10.0 g/dl que corresponde al 17%, y anemia severa considerando como nivel de hemoglobina menor de 7 g/dl que corresponde al 3%. Los dos estudios tiene similitud es este aspecto.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología: Se desarrolla una investigación con enfoque cuantitativa.

Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Sampieri, 2006)

2.2 Métodos:

Los métodos son procedimientos que se adoptan para el logro de un objetivo, el método analítico consiste en descomponer el objeto de un estudio separando cada una de las partes del todo para estudiarla individualmente**. (Torres, 2010)**

Esta investigación es de tipo analítico porque se estudia cada uno de los factores que inciden en la problemática en estudio Es transversal porque se desarrolla en un tiempo determinado en la recolección de la información.

Observacional porque no hay intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables definidas en este estudio y en el análisis de estudio se establece relaciones y asociación entre las variables a través de la prueba de hipótesis,

1.1 Hipótesis

Los factores obstétricos, sociodemográficos socioculturales se asocian con la anemia en el embarazo.

1.2 Universo y muestra

El universo estuvo conformado de un total de 719 embarazadas se seleccionaron las anémicas que fueron 180 embarazadas con anemia mayor a 15 y menor de 30

años de estas pacientes se obtuvo muestra 124 pacientes atendidas en el centro de salud El Empalme en los meses de enero a junio del 2016.

Muestra

Son 124 pacientes embarazadas con anemia mayor a 15 y menor de 35 que fueron atendidas en el centro de salud El Empalme en los meses de enero a junio del 2016

Fórmula

$$n = \frac{M}{E^2.(M-1)+1} \qquad n = \frac{180}{((0.05)^2(.180-1))+1} \qquad n = \frac{180}{((0{,}0025)(179))+1} \qquad \mathbf{n}_{=}\ 124$$

SIMBOLOGÍA

n = Tamaño de la muestra

M = Población (180)

E = Error Admisible 5% = (0.05)

Variables

Variable Independiente. Los factores asociados

Variable Dependiente. Anemia.

Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas mayores de 15 y menores a 36 años de edad que tengan registrado valores de hemoglobina y diagnóstico de anemia en el formulario 051 y en el examen del laboratorio en el periodo Enero a Junio 2016. Embarazadas que realizan sus controles prenatales en el centro de Salud El Empalme y presenten valores de hemoglobina menor o igual a 11mg.

Criterios de exclusión:

Embarazadas que acuden a otro centro de salud y que no presenten anemia, y pacientes con valores de hemoglobina superior 10.9. Y nulíparas.

1.3 Operacionalización de variables.

VARIABLES DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
Niveles de Hemoglobina	Es el nivel de concentración de hemoglobina al momento del estudio	Leve Moderada Severa	Anemia Grave >7,0 gr/dl, Anemia Moderada 7,1 - 10,0 gr/dl, Anemia Leve 10,1 - 10,9 gr/dl
Edad Reproductiva	Edad ideal para el embarazo	Edad Reproductiva	20 a 25 25 a 30 30 a 35 Más de 35
Control Prenatal	Es el conjunto de actividades periódicas de prevención, diagnóstico y tratamientos que condicionan morbi-mortalidad materna	Optimo Regular Insuficiente	Optimo 0 a 5 Regular 2 a 4 Insuficiente 0 a 1
Estado Nutricional	Es la relación entre el peso en Kilogramos y la altura en Metros Cuadrados	Normal Bajo Peso Sobre Peso Obesidad	IMC Preconcepcional Normal (18.5-24.9) Bajo Peso (menor a 18.5)Sobre Peso (25 a 29.9)Obesidad (mayor a 30)
Paridad Materna	Es el número de partos a términos o cerca de términos	Primípara Multípara Gran Multípara	Primípara 0 partos. Multípara 1 a 2 partos. Gran Multípara más de 4 partos.
Periodo Intergenésico	Es el intervalo de tiempo que debe dejar entre un embarazo y otro.	Menor a 1 año y mayor a 2 años	Menor a 1 año y mayor a 2 años
Escolaridad	Grado de educación hasta el momento del estudio	Grado de Estudio	Iletrada Primaria Secundaria Bachiller Universitaria
Semana de Gestación	Tiempo transcurrido desde la concepción del embarazo actual del paciente en el momento del estudio		1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre
Estado civil	Es la situacional personal en la que se encuentra una persona		Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre
Procedencia	Lugar donde reside la persona	Área de Procedencia	Urbano Rural

2.6 Gestión de datos

Se obtiene la información mediante la búsqueda de los datos en el formulario 0051 de la atención Obstétrica utilizada en el Ministerio de Salud Pública, en la consulta ambulatoria, donde se encuentra sustentada toda la información que se necesita para la investigación dentro de lo que están: datos generales de las pacientes, antecedentes obstétricos, sociodemográficos, etc.

Para el procesamiento, tabulación, realización de tablas y análisis de los datos obtenido fue utilizado software: Procesador de texto Microsoft Word XP; Microsoft Excel XP computadora Pentium IV, finalmente se procedió a la redacción del informe final del trabajo de investigación. Para la búsqueda de información bibliográfica se recurrió a la base de datos de revistas científicas a nivel nacional e internacional (SCOPUS, COCHRANE, BVS), así como también citas bibliográficas de instituciones corporativas reconocidas (OMS, MSP).

2. 7 Criterios éticos de la investigación

Toda información es de absoluta confidencialidad de modo que se manipularon los datos correspondientes solo para el presente trabajo.

Previa autorización para la realización de este trabajo del Director del Centro de Salud El Empalme.

CAPÍTULO 3
RESULTADOS

3.1 Antecedente de la Unidad de Análisis

Centro de Salud Tipo A se encuentra ubicado en El Cantón El Empalme, parroquia Velasco Ibarra, al Norte de la Provincia del Guayas con una población asignada que es de 44.800 habitantes tiene una superficie de 711 km2. La mayor parte de su población se dedica a las actividades agrícolas destacando el cultivo de maíz, cacao, ganadería y comercio. Estado actual del centro de salud urbano el empalme. El Centro Salud El Empalme cuenta con 14 sectores (8 Urbanos) y (6 Rurales con difícil acceso a la Unidad Operativas). Como factores de riesgo Agua insalubre, Deficiencia de saneamiento ambiental, Inadecuada recolección de tratamiento de desechos, Hábitos inadecuados de alimentación, y falta de actividades físicas.

Esta Unidad de Salud se desarticulo del Hospital Básico El Empalme a mediados del año 2012 donde se arrendo un local en el centro de la Parroquia Velasco Ibarra. Desde el año 2014 está bajo el contrato de cómo - dato con el GAD Municipal a 20 años en un establecimiento ubicado en la Coop. 2 de Mayo diagonal al Municipio donde presta los servicios de Medicina General (9 Médicos), Odontología (4 Odontólogos), Obstetricia (2 Obstétricas) Estadística (2 Estadísticos) Farmacia (2 Auxiliares de Farmacia). En octubre del 2014 se inició el servicio de Contac Center que es el servicio de citas por llamadas telefónicas mediantes la línea 171 para ofrecer una mayor comodidad y orden a los usuarios.

Red. Pública de Integral de Salud: El centro de Salud El Empalme tiene como unidad de referencia del Hospital Básico del El Empalme ubicado a una distancia de 1.7km y 7 minutos de tiempo a donde se refieren pacientes de consulta Externa y Emergencias para atención de Especialidad. Brinda servicios de Salud basada en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural,(MAIS-FC), incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) y la Red Pública y complementaria dirigida, a usuarios externos e internos del área de influencia, de acuerdo a los principio de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población, enmarcado en el Plan Nacional para el Buen Vivir.

3.2 Diagnostico o estudio de campo:

Se abordar los principales resultados que se han obtenido en la investigación, como resultado de la estudio de los métodos empíricos**,** el procesamiento estadístico correspondiente con un enfoque encaminado a un nuevo modelo, los que se suman a los efectos de su análisis.

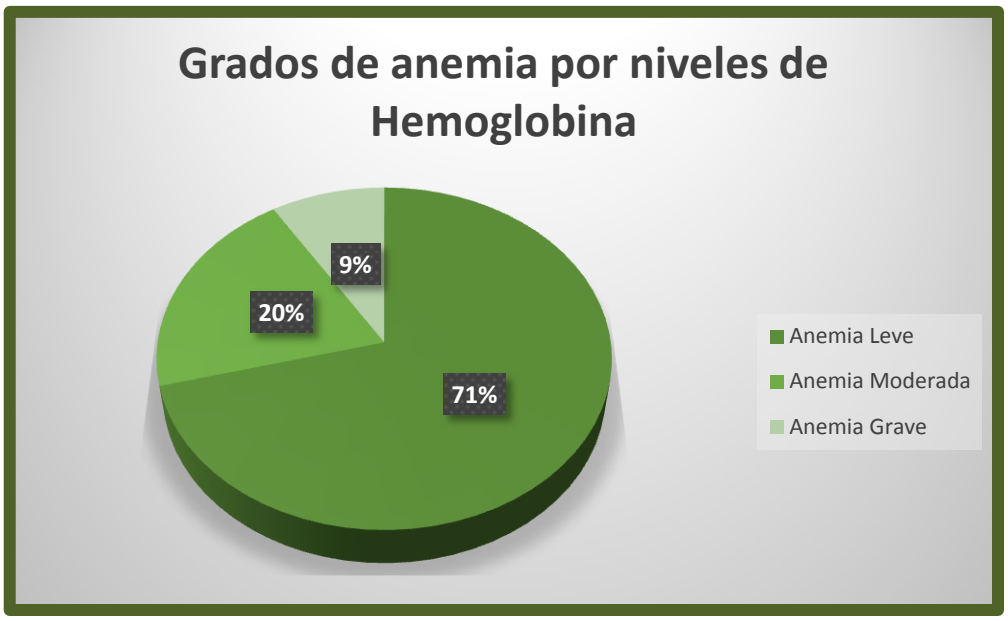
Análisis e Interpretación de Resultados

Grados de anemia por niveles de hemoglobina en las mujeres embarazadas

Cuadro N° 1

Grado	Frecuencia	Porcentaje
Anemia Leve 10.1-10.9g/dl	88	71%
Anemia Moderada 7.1-10.0 g/dl	25	20%
Anemia Grave -7.0 g/dl	11	9%
Total	24	100%

Gráfico N° 1



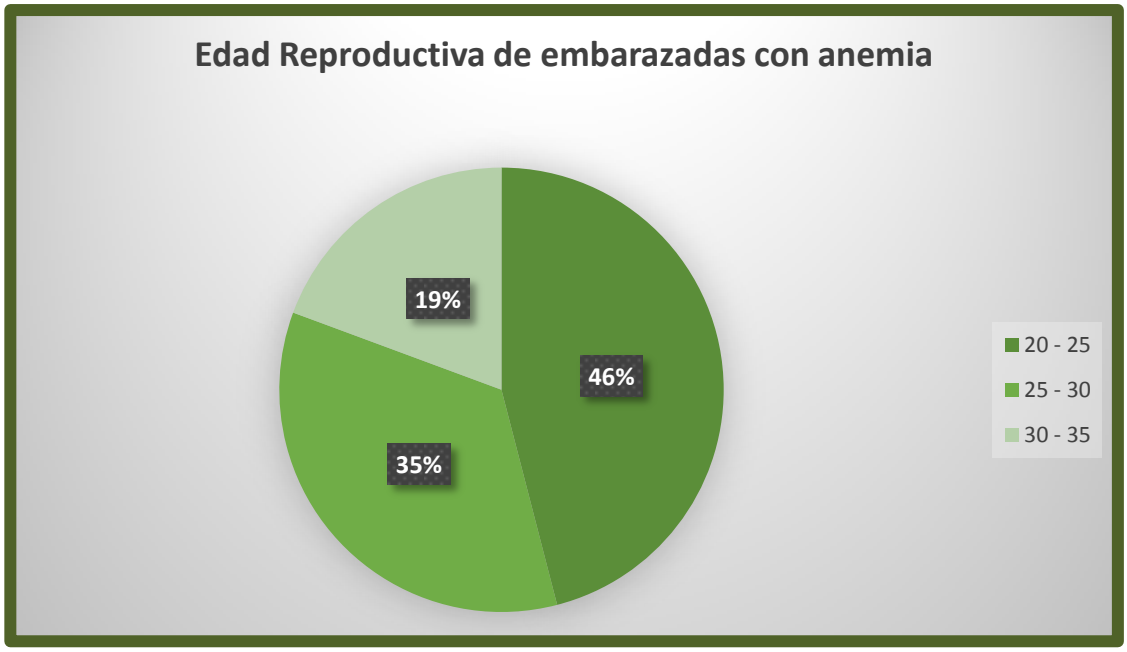
En el siguiente grafico podemos observar, que el 71% de las mujeres embarazadas tienen anemia por niveles de hemoglobina leve, mientras que el 20% tienen anemia por los niveles de hemoglobina moderados y el 9% son graves. Por lo que se puede determinar que el mayor número de pacientes en estado de gestación presentan anemia leve.

Edad Reproductiva de embarazadas con anemia

Cuadro N° 2

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 25	57	46%
25 - 30	43	35%
30 - 35	24	19%
Total	124	100%

Gráfico N° 2



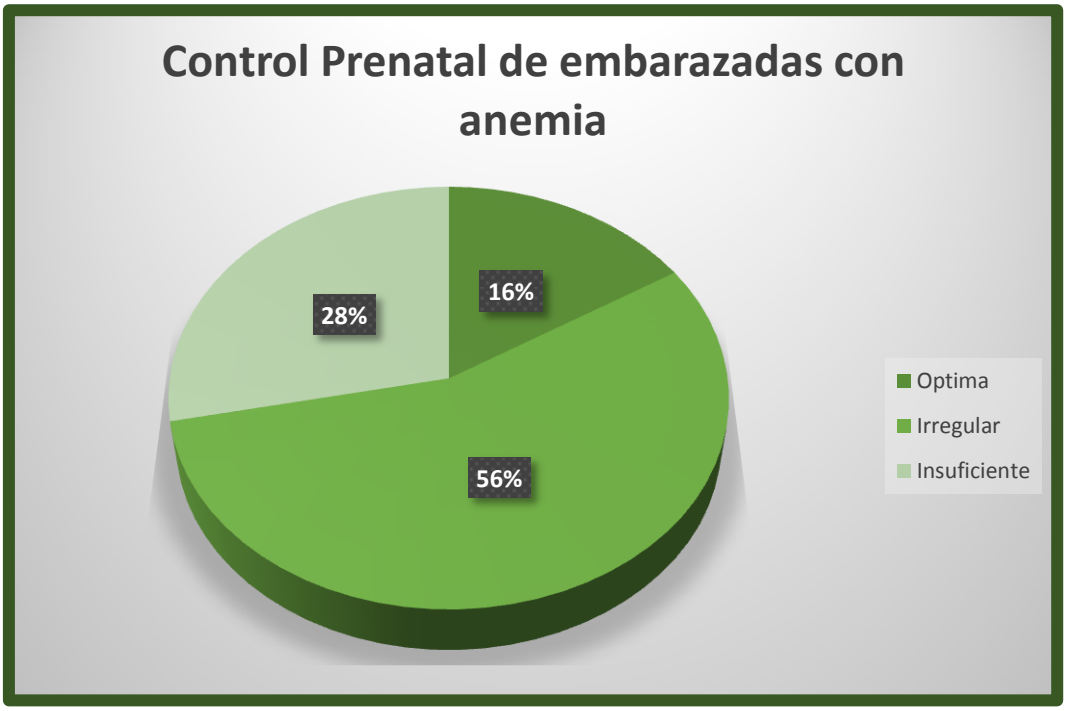
En el siguiente esquema en cuanto a las edades de las mujeres embarazadas con anemia podemos observar, que el 46% entre 20 y 25 años, mientras que el 35% tienen edad de entre 25 y 30 años, el 19% tiene edad de entre 30 y 35 años y el 14% tienen entre 36 años y más. Por lo que se puede establecer que el mayor número de las mujeres embarazadas con este problema ronda desde los 20 hasta los 30 años.

Control Prenatal de embarazadas con anemia que acuden al Centro de Salud El Empalme

Cuadro N° 3

Controles	Frecuencia	Porcentaje
Optima	20	16%
Irregular	69	56%
Insuficiente	35	28%
Total	124	100%

Grafico N° 3



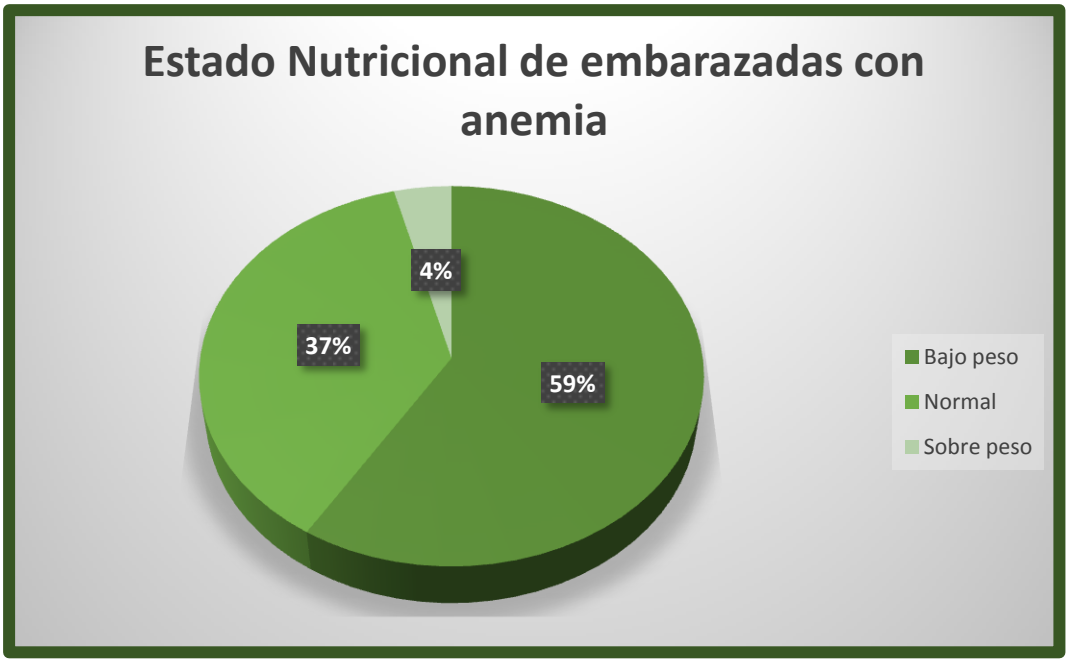
En el siguiente grafico podemos observar, que el 56% de las mujeres acuden irregularmente al control prenatal, mientras que el 28% acuden insuficientemente y el 16% de acudidas son óptimas. Lo cual comprueba que las mayorías de las mujeres embarazadas acuden irregularmente al control al Centro de Salud El Empalme.
Estado Nutricional de embarazadas con anemia

Estado nutricional de embarazadas con anemia

Cuadro N° 4

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	73	59%
Normal	46	37%
Sobre peso	5	4%
Total	124	100%

Grafico N° 4



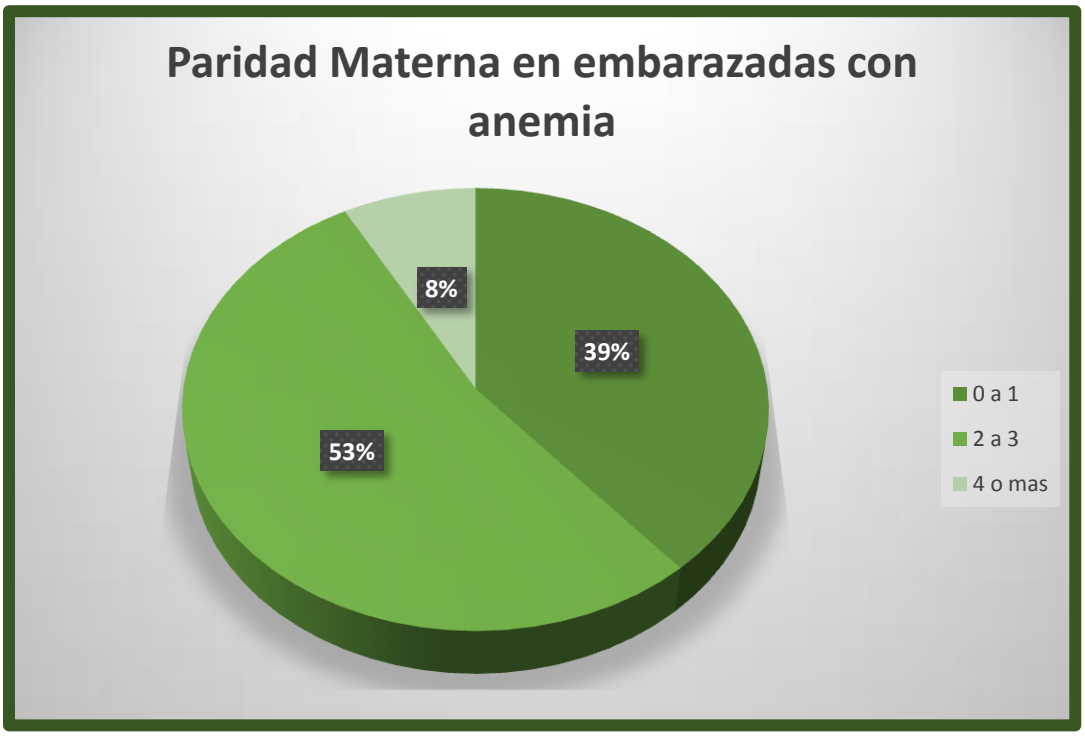
En el siguiente esquema en cuanto el estado nutricional de las mujeres embarazadas podemos observar, que el 59% de las mujeres embarazadas tienen bajo peso, mientras que el 37% tienen el peso normal y el 4% tienen sobre peso. Por lo que se puede establecer que el mayor número de las mujeres embarazadas tienen peso bajo.

Paridad materna de embarazadas con anemia .

Cuadro N° 5

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
0 a 1	48	39%
2 a 3	66	53%
4 o mas	10	8%
Total	124	100%

Grafico N° 5



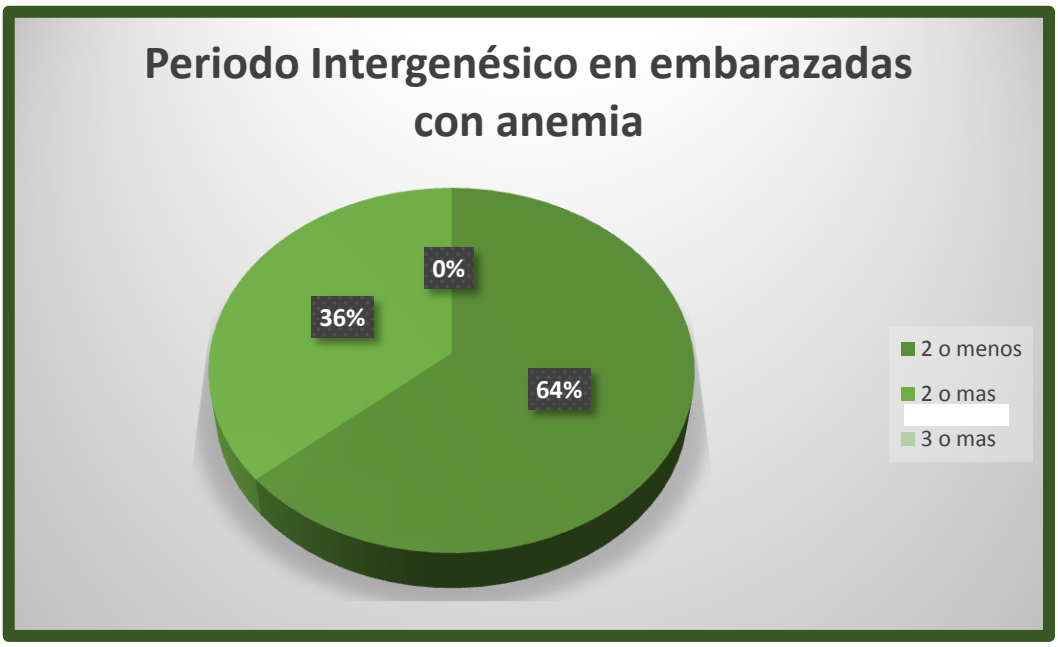
En cuanto a la paridad maternal podemos observar, que el 53% de las mujeres tienen de 2 a 3 partos, mientras que el 39% tienen de 0 a 1 partos y el 8% de las mujeres tienen 4 o ms partos. Lo cual comprueba que las mayorías de las mujeres embarazadas acuden al Centro de Salud El Empalme tienen 2 o 3 partos es decir es multípara

Periodo Intergenésico en embarazadas con anemia

Cuadro N° 6

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
2 o menos	79	64%
2 o mas	45	36%
Total	124	100%

Grafico N° 6



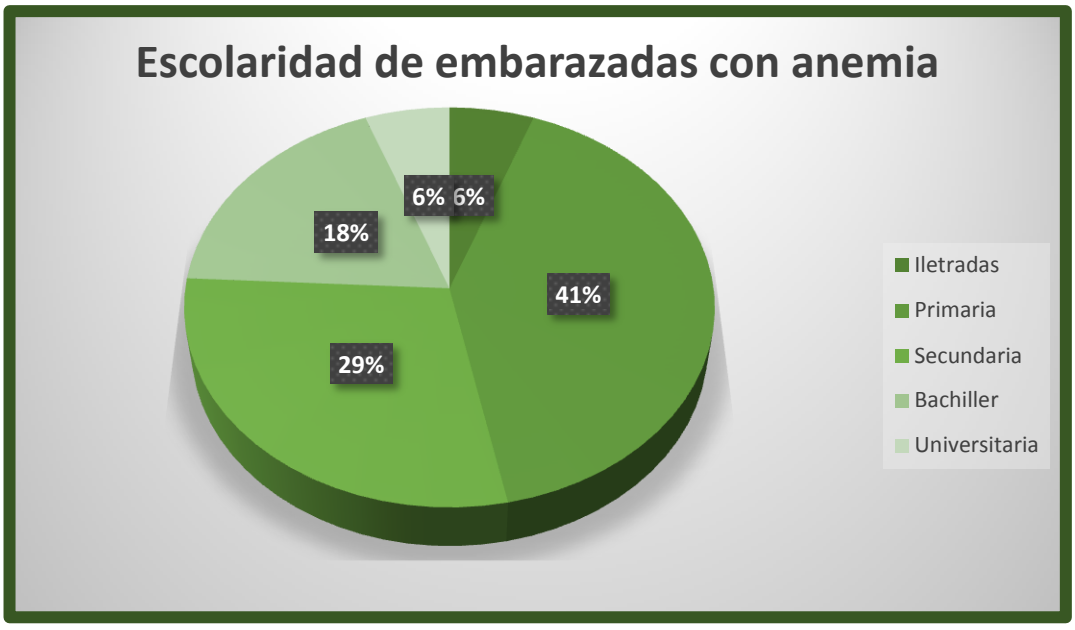
En el siguiente esquema en cuanto al periodo Intergenésico de las mujeres embarazadas podemos observar, que el 64% de las mujeres embarazadas son de 2 años o menos, mientras que el 36% son de 2 años o más. Por lo que se puede establecer qué periodo Intergenésico de las mujeres embarazadas con anemia son de 2 años o menos.

Escolaridad de embarazadas con anemia

Cuadro N° 7

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Iletradas	7	6%
Primaria	51	41%
Secundaria	36	29%
Bachiller	23	18%
Universitaria	7	6%
Total	124	100%

Gráfico N° 7



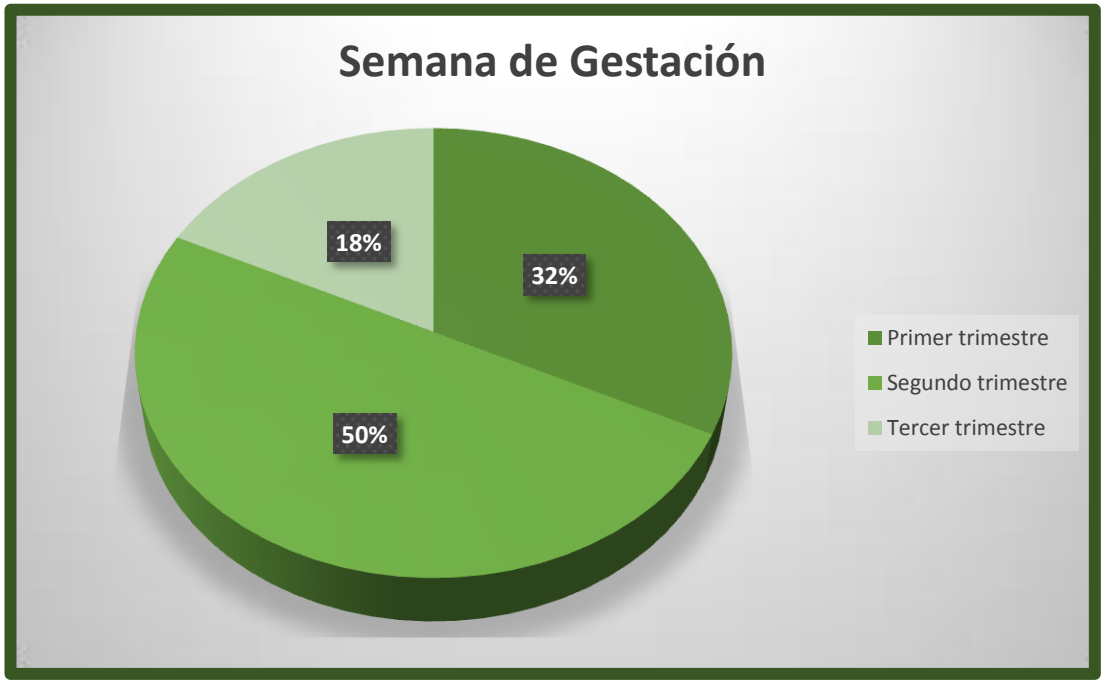
En cuanto a la escolaridad de las pacientes podemos ver, que el 41% tienen primaria, el 29% tienen secundaria, mientras que el 18% son bachiller, el 6% son universitarias y el 6% son iletradas. Lo cual comprueba que las mayorías de las mujeres embarazadas tienen un nivel de escolaridad primario y secundario.

Semana de gestación de embarazadas con anemia.

Cuadro N° 8

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Primer trimestre (1 a 12 semanas) ≤ 11g/dl	40	32%
Segundo trimestre (13 a 28 semanas) < 10,5 g/dl	62	50%
Tercer trimestre (29 a 40 semanas) ≤ 11g/dl	22	18%
Total	124	100%

Grafico N° 8



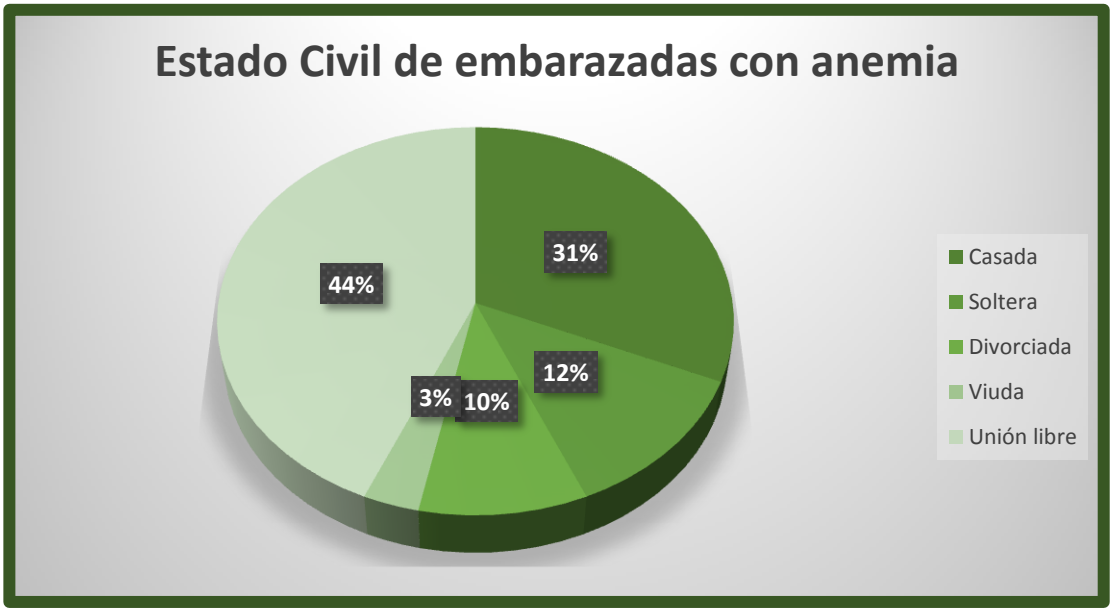
En cuanto a la semana de gestación que se presenta la anemia podemos observar, que el 50% de las mujeres tienen anemia en el segundo trimestre de gestación, mientras que el 32% en el primer trimestre de gestación y el 18% en el tercer trimestre de gestación. Lo cual se demuestra que las mayorías de las mujeres embarazadas tienen anemia en el segundo trimestre de gestación.

Estado civil de embarazadas con anemia.

Cuadro N° 9

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casada	39	31%
Soltera	15	12%
Divorciada	12	10%
Viuda	4	3%
Unión libre	54	44%
Total	124	100%

Grafico N° 9: **Estado Civil de embarazadas con anemia**



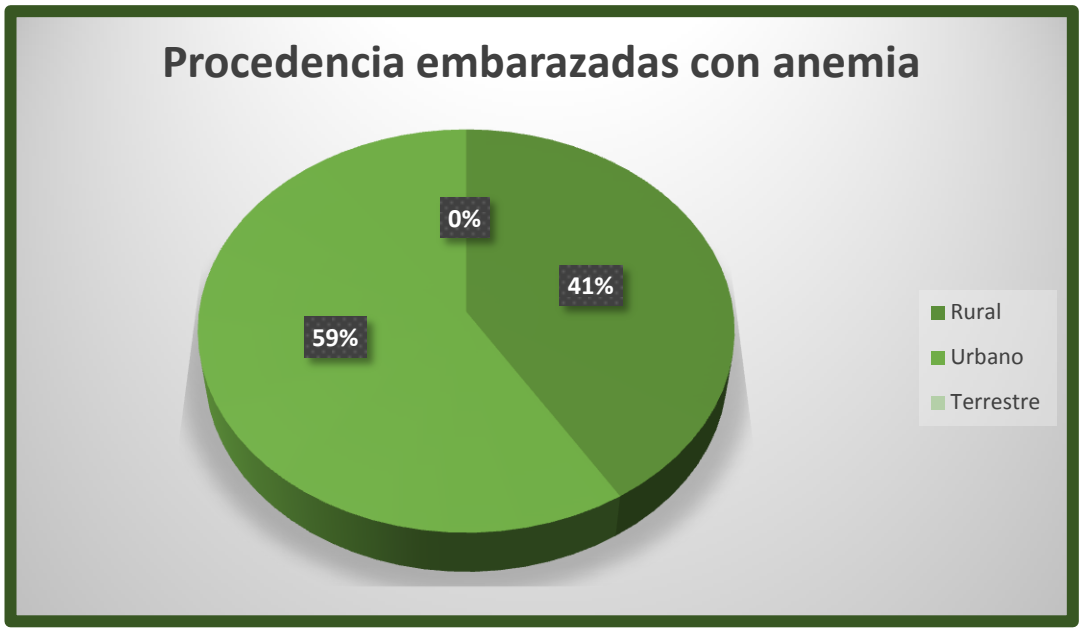
En el siguiente esquema en cuanto al estado civil de las mujeres embarazadas podemos observar, que el 44% de las mujeres embarazadas son de estado Unión Libre, mientras que el 3|% son casadas, el 12% son solteras, el 10% son divorciadas y el 3% son viudas. Por lo que se puede establecer que la mayoría de las mujeres embarazadas son de Unión Libre.

Procedencia de las mujeres embarazadas con anemia

Cuadro N° 10

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Rural	78	59%
Urbano	46	41%
Total	124	100%

Grafico N° 10



En el siguiente esquema en cuanto la procedencia de las mujeres embarazadas podemos observar, que el 59% de las mujeres embarazadas son del área rural, mientras que el 41% son del área urbana. Por lo que se puede establecer que la mayoría de las mujeres embarazadas con anemia son provenientes del área rural.

Correlación de las Variables de estudio

Edad Reproductiva y Grados de Anemia

Anemia	Leve		Moderada		Severa		Total Frec	Total %
edad	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
20-25	19	15,32 %	15	12,09 %	7	5,64%	41	33,05%
26-29	24	19,35 %	16	12,90 %	3	2,41 %	43	34,66%
30-35	12	9,68 %	9	7,31 %	2	1,61 %	23	18,60 %
Más de 36	9	7,25 %	5	4,03 %	3	2,41 %	17	13,69
Total	**64**	**51,60%**	**45**	**36,33%**	**15**	**12,07%**	**124**	**100 %**

En cuanto a los grado de anemia se observa que en las edades de 20 a 25 años presentan 15% anemia leve, 12,09% anemia moderada y 5,64% severa, seguido de las edades de 26 a 29 años se presenta anemia leve con un 19,355, moderada 12,90%, y será con un 2.41%.

Pariedad y Anemia

Anemia	Leve		Moderada		Severa		Total Frec	Total %
Paridad	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Primípara	25	20,16%	16	12,90%	7	5,64%	48	38.70%
Multípara	34	27,41%	19	15,37%	13	10,48%	66	53,26%
Gran multípara	6	4,83%	3	2,41%	1	0,80%	10	8.04%
Total	**65**	**52,40%**	**38**	**30,68%**	**31**	**16,92**	**124**	**100%**

De acuerdo a los resultados de paridad y anemia encontramos que las multíparas presentan anemia leve en un 27.41%, moderada un 15,37%, y severa un 10,48%.

Periodo Intergenèsico y Grados de Anemia

Anemia	Leve		Moderada		Severa		Total Frec	Total %
Periodo Intergenésico	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
< 2 AÑOS	38	30,64%	26	20,96%	15	12,09%	79	63,69%
>2 AÑOS	23	18,58%	15	12,09%	7	5,64%	45	36,31%
Total	**61**	**49,22%**	**41**	**33,05%**	**22**	**17,73%**	124	**100%**

De acuerdo a los resultados encontramos que la embarazadas con un periodo intergenésico de menor de dos años presentan un 30,64% de anemia leve, moderada un 20,965, y severa un 12,09%.

Procedencia y Grado de Anemia

Anemia	Leve		Moderada		Severa		Total Frec	Total %
Procedencia	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Área Rural	37	29,83%	28	22,61%	13	10,48%	78	62.92%
Área Urbana	21	16,93%	17	13,70%	8	6,45%	46	37,08%
Total	**58**	**46,76%**	**45**	**36,31%**	**21**	**16,93%**	124	**100%**

En la tabla se observa que las embarazadas de procedencia rural tienen un 29.83% de anemia leve, 22.61% moderada y un 10.48% de anemia severa.

Escolaridad y Grado de Anemia

Anemia	**Leve**		**Moderada**		**Severa**		**Total Frec**	**Total %**
Escolaridad	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**	**Frecuencia**	**%**		
Iletrada	4	3,22%	2	1,61 %	1	0,80%	7	5,63%
Primaria	28	22,65%	15	12,09%	8	6,45%	51	41,19%
Secundaria	15	12,09%	15	12,09%	6	4,83%	36	29,01%
Bachiller	12	9,68 %	8	6,45%	3	2,41%	23	18,54%
Universitaria	4	3,22%	2	1,61 %	1	0,80%	7	5.63
Total	**64**	**50,86%%**	**42**	**33,85%**	**19**	**15,29%**	124	**100%**

En cuanto a la escolaridad se observa que las embarazadas con anemia tienen un nivel de escolaridad primaria con un 22,65% de anemia leve, un 12,09% de anemia moderada y un 6.45% de anemia severa.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

Contrastación empírica:

En este trabajo se valoró los niveles de anemia por concentración de hemoglobina y se analizaron los factores asociados en las embarazadas como semanas de gestación, multíparas, residentes de zona rural, analfabetas e instrucción primaria, solteras y divorciadas, como también determinar el grado de severidad de los valores de Hemoglobina ajustada los datos fueron recopilados de las historia clínica perinatal (CLAP) del Centro de Salud El Empalme en el periodo de Enero a Junio de 2016.

El estudio constituido por un universo de 719 gestantes, se encuentra una valoración de nivele de anemia por concentración de hemoglobina en las embarazadas de 21 – 25 años 23 % con anemia moderada. Los resultados realizados de Medina Verónica el rango de 13 – 14 años presentó con un 48%.

De acuerdo al estudio realizado en el Centro de Salud el Empalme, se evidenció que el 51% de anemia se presenta en el segundo trimestre. Y el 46% en el primer trimestre.

De acuerdo al estudio realizado por Cacha R. (2015) sobre los Factores que influyen en la presencia de Anemia en Embarazadas que acuden al Sub Centro de Salud 27 de febrero de la ciudad de Macas, se concluyo que de acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta sobre el estado civil, el 36 % son madres solteras; seguido del 28% son divorciadas, se atribuye que las mujeres divorciadas y madres solteras en gran parte no cuentan con el apoyo emocional y económico de su pareja o

de la familia, lo que impide que haya una buena alimentación o pudiendo esto ser también un factor emocional que influye en el cuidado de su estado de gestación contrastando con la presente investigación se obtuvo que el mayor porcentaje se ubicó en las embarazadas con anemia en unión libre con un 44%.

Según la procedencia obtuvimos que de la zona rural pertenecen el 59% de las embarazadas con anemia y en cuanto a la zona urbana se obtuvo un 41% de los resultados. Según el estudio presentado por Cacha R. (2015) sobre los Factores que influyen en la presencia de Anemia en Embarazadas que acuden al Sub Centro de Salud 27 de febrero de la ciudad de Macas se concluyó que 14 embarazadas viven en la zona rural que corresponde al 56% lo que dificulta realizar el control prenatal mensualmente porque trabajan en la agricultura o falta de trasporte esto es un impedimento a que no asista mensualmente al Servicio de Salud, mientras que el 44% viven en zona urbana están expuestas a otras condiciones sociales como a los hábitos alimenticos no saludables o el descuido al cuidado del embarazo, si tienen accesibilidad al servicio de Salud.

Conforme al estudio realizado en Etiopía la prevalencia aumenta de acuerdo a la edad gestacional en las 13 semanas presentaron 7,7% de anemia; durante las 14-25 semanas presentaron 36,7% y más 26 semanas presentaron 50% de anemia, similar a lo encontrado en las mujeres de este estudio

Conforme el estudio realizado en el Centro de Salud El Empalme, se evidencia la presencia el 51% de pacientes con anemia en área Rural, y el 46% en Urbana.

Analizando por área de residencia, la prevalencia más alta se ubica actualmente en embarazadas que viven en áreas rurales con el 20,5% en comparación con las

residentes en áreas urbanas con un 10% según la encuesta nacional de salud y nutrición del 2012 realizada en México, por lo tanto se asemeja a los resultados de este estudio en el que el riesgo de presentar anemia en mujeres de la zona rural es mayor que las gestantes que residen en la zona Urbana.

En cuanto a la escolaridad se obtuvieron los siguientes resultados que el 41% de las embarazadas con anemia tienen un nivel de escolaridad primaria, frente a un 29% de secundaria, según el estudio realizado por Andrea Castillo Gálvez en la ciudad de Loja sobre la Prevalencia de anemia en embarazadas sin patologías asociadas que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja en el periodo marzo a agosto 2012 manifiestan que la mayoría de las usuarias han cursado sus estudios secundarios siendo estos en un 78% , sin embargo hay un 22% que solo tienen estudios primarios lo que tienen menos probabilidad de captación de información. Los resultados son totalmente diferentes a los datos obtenidos en esta investigación.

En cuanto a los controles prenatales se obtuvo como resultado que los controles irregulares son de un 56% frente a un 28%, mientras que óptimos son un 16%. Según el estudio presentado por Cacha R. (2015) sobre los Factores que influyen en la presencia de Anemia en Embarazadas que acuden al Sub Centro de Salud 27 de febrero de la ciudad de Macas el resultado obtenido que el 60% de las embarazadas con anemia han realizado 2 a 4 controles prenatales, razón de no acudir mensualmente al control prenatal son: viven lejos, no saben que están embarazadas, desconocimiento de los programas que brinda el Ministerio de Salud por lo cual no reciben una asistencia médica temprana.

Limitaciones:

Al inicio de la investigación se encontraron inconvenientes como la dificultad para realizar el monitoreo de historias clínicas porque el horario en el departamento de Estadística del Centro de Salud es diferente al del investigador, ya que este es funcionario público, la muestra probable fue insuficiente y el tiempo de duración de la investigación fue solo de seis meses.

Líneas de investigación:

De acuerdo a los resultados obtenidos se sugiere la aplicación de un estudio prospectivo para investigar otros factores que no se lograron analizar en esta investigación.

Aspectos relevantes

Notable aceptación y el apoyo a este trabajo de investigación, por parte del personal de la unidad y de las autoridades distritales de Salud del Empalme, en vista que todos están interesados en mejorar la atención a este grupo prioritario y así ayudar a la prevención de la anemia en embarazadas y sus complicaciones.

Capítulo 5

PROPUESTA

PLAN PREVENTIVO EDUCATIVO NUTRICIONAL

"ALIMENTACIÓN SALUDABLE"

Introducción

En la actualidad nadie duda de la importancia que tiene una alimentación adecuada sobre el curso del embarazo y sobre el desarrollo del feto. Pero tenemos que tener claro cuáles son las necesidades que hay que satisfacer y, además, conocer el estado físico de la mujer antes y durante el embarazo. Son muchos los errores y mitos que rodean las recomendaciones alimentarias de la mujer gestante. No es verdad que se deba "comer por dos", ni siquiera que sean necesarios suplementos de algunos nutrientes, que en determinados casos pueden ser tóxicos. Por el contrario, sí es cierto que una mala nutrición de la futura madre puede ocasionar problemas de prematuridad y mortalidad fetal, y que los estados de obesidad también pueden resultar peligrosos para la salud del futuro bebé

Por lo evidenciado en el presente trabajo de Investigación, permite plantear la propuesta a las autoridades para establecer el Plan de Prevención Nutricional en la práctica correspondiente y el debido seguimiento para el beneficio en un período de tiempo no menor de un año.

Objetivos General.

Contribuir en el fomento de estilos de vida saludable, en el control de las deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y en la reducción del riesgo de las

enfermedades relacionadas con la alimentación, a travez de mensajes comprensibles, que permitan realizar la mejor selección y manejo de los alimentos.

Objetivos específicos

Socializar el plan Nutricional con autoridades locales como estrategia para disminuir los índices de anemia gestacional**.**

Determinar el equipo multidisciplinario que va a participar en la realización del plan Nutricional.

Coordinar con las autoridades competentes del Centro de Salud, para establecer el espacio físico donde se ejecutarán las diferentes actividades a programarse.

Límite.

La Socialización se desarrollará en el lapso de 1 meses de enero a Febrero del año 2017, en las instalaciones predispuestas al momento de la actividad.

Beneficiarios

De forma directa va dirigido a las embarazadas, comité local de Salud, actores comunitarios. Indirecta

Estrategia metodológica

Se emplearán mediante:

- Capacitaciones: donde se incluyen temas de salud alimentaria mediante conferencias, talleres, proyección de videos.
- Comunicación: mediante el apoyo de medios de comunicación de la localidad, perifoneo, afiches o materiales educativos ilustrativos, utilización de pirámide nutricional.
- Participación Social: involucramiento de las autoridades locales públicas y privadas, sectores comunitarios.

Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
PASOS	**ACTIVIDAD**	**TEMA**	**RECURSOS MATERIALES**	**RESPONSABLES**	**FECHA**
Paso 1	Socialización de la propuesta al personal Distrito de salud del Empalme, autoridades locales	Nutrición Alimentación Saludable en gestantes	Auditórium del GAD Empalme, cuerpo de Bomberos, Sala de reuniones del Hospital equipos de audio, proyección y de computo, Proyector. Información, diapositivas con la temática, matriz de registro de asistencia	Personal de salud de la localidad	Febrero-2017 09:00 a 13:00 horas
Paso 2	Solicitar el equipo multidisciplinario		Auditórium del GAD Empalme, cuerpo de Bomberos, Sala de reuniones del Hospital, equipos de audio, proyección y de computo, Proyector. Información, diapositivas con la temática, matriz de registro de asistencia, carpas, alimentos variados, utensilios de cocina	Personal de Salud de la localidad	Marzo - 2017 14:00 a 18:00 horas
Paso 3	Taller participativo y dinámico, con las Gestantes, comité local de salud, club de madres, líderes comunitarios Ferias de Salud alimentaria, casa abierta, etc.				Abril a noviemb 2017 08:00 a 12:00 horas
Paso 4	Evaluación del Taller		Test a los participantes, esferos	Equipo de mejoramiento continuo de la calidad de la unidad	Febrero a Noviembre
Paso 5	Monitoreo y Seguimiento		Hojas A4 esferos, lápices, instrumentos de recolección de datos para medir estándares de calidad		Diciembre-2017 08:00 a 12:00 horas

CONCLUSIONES

La anemia en el embarazo se asocia a diversos factores y su abordaje es de vital importancia, ya que las consecuencias que se presentan pueden ser desfavorables para la madre e hijo como bajo peso materno, parto prematuro, restricción de crecimiento, entre otras.

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio se evidencio que el grado de anemia leve se presenta en las dos terceras partes de las embarazadas, la tercera parte de las embarazadas presentan anemia en el segundo trimestre, la mitad son multíparas, cerca de un tercio tienen periodo intergenésico corto, la mitad tienen controles prenatales irregulares y bajo peso y en su mayoría son de procedencia rural y en sus dos terceras partes presentan anemia leve.

Al conocer los resultados concluimos que los factores que inciden en la disminución del nivel de hemoglobina mas relevantes en las gestantes anémicas son, periodo intergenésico, el estado nutricional, controles prenatales irregulares, y multiparidad, a pesar de los avances logrados en la reducción de anemia sigue siendo un problema que requiere atención, por lo que se plantea un plan de promoción y prevención nutricional que contribuye en forma temprana y adecuada a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal vinculada a esta patología.

RECOMENDACIONES

Orientar durante las consultas sobre la importancia del control prenatal precoz ya que es una de las maneras de identificar a tiempo la paciente en riesgo de anemia.

Asesorar a la mujer en edad reproductiva sobre las desventajas que significa la maternidad en periodos intergenésico cortos y a las gestantes sobre aspectos básicos de la nutrición como: distribución de los alimentos en los diferentes horarios del día, preparación y combinación de alimentos que favorezcan la absorción de los nutrientes necesarios, así como lograr que comprendan el por qué no deben exponerse a los embarazos sin un estado nutricional adecuado.

Seguimiento de las embarazadas mediante visitas domiciliarias por los equipos de atención integral en salud (EAIS).

BIBLIOGRAFÍA

- Breymann, C. (2012). Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y en el posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 313-328.
- Carmo, L. (2012). La concentración de hemoglobina y el uso de suplementos de productos básicos de hierro durante el embarazo y el parto.*Rev. enferm. herediana*, 19-25.
- Cunnigham G, Levenno K, Bloom S, Hauth J. (2010). William Obstetricia. Mexico. Mc Graw Hill.
- De Jesús Montoya Romero, J., Morales, E, Castro, E, Cornejo, V., Muñoz, A, Preciado, J. & Dueñas, S. F. (2012). Opinión de un grupo de expertos en diagnóstico y tratamiento de la anemia en la mujer embarazada. Ginecol Obstet Mex, 563-580.
- Eras, S., & del Rocio, J. (2014). Anemia como generador de complicaciones del embarazo en gestantes de 18 a 24 años en el Hospital Gineco Obstetrico Enrique C. Sotomayor periodo enero 2014-diciembre 2014 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- Brichs, X. U., Carballeira, M. R., Fernández, A. G., & Picañol, E. P. (2016). Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. *Medicina Clínica*, 429-435.
- Cruz Almaguer, C. D. L. C., Cruz Sánchez, L., López Menes, M., & González, J. D. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 168-175.

- Castillo, A. (2012). Prevalencia de anemia en embarazadas sin patologías asociadas que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja – Ecuador." Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Loja.

- Chacha, R. (2015). Factores que influyen en la presencia de anemia en embarazadas que acuden al sub centro de salud 27 de febrero de la ciudad de Macas. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Loja.

- Gaitán-González, M. J., Echeverría-Arjonilla, J. C., Vargas-García, C., Camal-Ugarte, S., & González-Camarena, R. (2013). Valores de hemoglobina en mujeres embarazadas residentes en zonas de altitud media. *Salud Pública de México*, 379-386.
- González-Garrido, J. A., Garrido-Llanos, S., Ceballos-Reyes, G. M., & García-Sánchez, J. R. (2012). Prevalencia de anemias en mujeres embarazadas del Hospital General Yanga, Córdoba, Veracruz, México. *Rev Biomed*, 1-6.
- Granizo Villacrés, M. G. (2014). Determinación de anemia a través de hematocrito y hemoglobina en mujeres embarazadas de 20 a 25 años en el Centro de Salud N° 3 área 1 Riobamba-Chambo 2012.
- Gonzales, G. F., & Gonzales, C. (2012). Hierro, anemia y eritrocitosis en gestantes de la altura: riesgo en la madre y el recién nacido. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 329-340.
- Munares-García, O., & Gómez-Guizado, G. (2014). Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*,

501-8.

- Ministerio de Salud Pública. (2010). Normas, Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Normas, Protocolos y Consejeria para la Suplementación con Micronutrientes. Ecuador
- Machado, J. R. U., Sanchez, K., de Villalobos, M. C., Garcia, J., Polacre, O. B., Zambrano, N, Benitez, A. C. (2013). Anemias nutricionales en gestantes adolescentes y adultas. *MedULA*,, 80-87.
- Maza, C., & del Rocío, M. (2013). Determinación de las causas de la anemia grave en primigestas de 15 a 22 años. Propuesta de un manual de prevención Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.
- Merchan Tutiven, N. (2012). Análisis de la situacion de salud de pacientes que cursan con anemia en el embarazo. Diplomado Superior en Atención Primaria de Salud. Universidad de Guayaquil.
- Medina, C. (2011). Evaluación de los Hábitos Nutricionales y los controles prenatales en las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi durante el periodo junio 2010 – febrero 2011.
- Moreno, Aurora. (2012). Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el hospital de Ginecologia y Obstetrica del Imiem. Tesis para obtener el diploma de posgrado de la especialidad en ginecología y obstetricia Mexico.
- Mex, R. H. (2016). Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. Revista de Hematología
- Ribot, B., Aranda, N., & Arija, V. (2012). Suplementación temprana o tardía:

similar evolución del estado de hierro durante el embarazo. *Nutrición Hospitalaria*, 219-226.

- Salvatierra Aquino, D. E. (2016). *Determinación de hematócrito y hemoglobina en pacientes embarazadas a término de 12-18 años que ingresan al Hospital Abel Gilbert Pontón, 2013*, Tesis de Mestria. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas
- Rodríguez, J., Vera, E., Tolentino, M., Cóndor, E., & Valer, G. (2015). Prevalencia de anemia en gestantes, estudio en el CS" Horacio Zevallos".*Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 170-173.
- Rodríguez-García, R., García-Regalado, J., Sánchez-Maldonado, M. I., León-Domínguez, I. W., & Rodríguez-Guzmá, L. M. (2013). Anemia del embarazo en mujeres que viven a nivel del mar. *Revista Científica Ciencia Médica*, 22-25.
- Palacios-Solano, J., & Peña-Ayudante, W. (2014). Prevalencia de anemia en gestantes de la ciudad de Huacho. *Rev Soc Peru Med Interna*, 7.
- Zelaya Marín, N. (2013). Prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas que asisten a consulta externa y área de hospitalización del Hospital gaspar García Laviana de la ciudad de Rivas en el periodo comprendido de octubre a diciembre de 2012.
- Shamah-Levy, T., Villalpando, S., Mundo-Rosas, V., Cruz-Góngora, V. D. L., Mejía-Rodríguez, F., & Méndez Gómez-Humarán, I. (2013). Prevalencia de anemia en mujeres mexicanas en edad reproductiva,. S*alud Pública de México*, S190-S198.
- Ribot, B., Aranda, N., & Arija, V. (2012). Suplementación temprana o tardía: similar evolución del estado de hierro durante el embarazo.

Anexo.

Ministerio de Salud Pública

COORDINACION ZONAL DE SALUD 5
DISTRITO 09D15 EL EMPALME-SALUD

El EMPALME, 5 DE OCTUBRE DEL 2016.

Señorita Obsteriz

Teresa Meza Herrera

Ciudad.-

De mi consideración:

En atención a su solicitud, esta Dirección Distrital concede respectiva AUTORIZACION para que el Centro de Salud El Empalme facilite datos estadísticos que seran única y exclusivamente para estudio de investigación en su tema VALORACION DE ANEMIA POR DETERMINACION DE HEMOGLOBINA EN EMBARAZADAS en Centro de Salud El Empalme. Previa obtención de su título de cuarto nivel en la Universidad de Guayaquil.

Atentamente,

Coordinación Zonal de Salud 5

Dr. Diego Cajas Crespo

DIRECTOR DISTRITAL 09D15 EL EMPALME-SALUD

c.c. Director del Centro de Salud El Empalme

Responsable del Area de Admisiòn y Estadística

Archívo

Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 3%

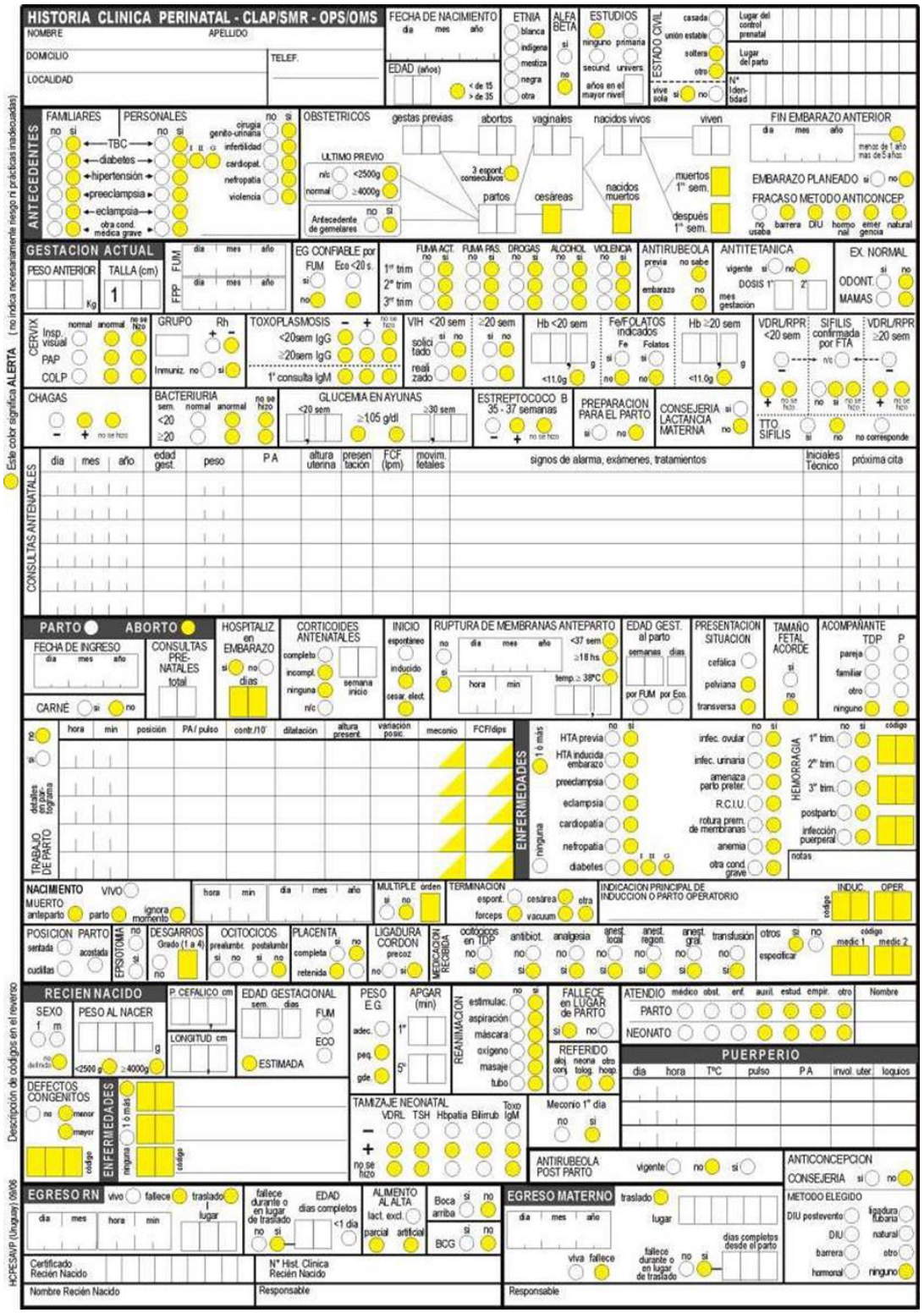
Date: jueves, noviembre 22, 2016
Statistics: 298 words Plagiarized / 9932 Total words
Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL" PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL "VALORACIÓN DE ANEMIA POR DETERMINACIÓN HEMOGLOBINA EN EMBARAZADAS" AUTORA: OBST. TERESA DE JESÚS MEZA HERRERA TUTORA: DRA. PATRICIA LEÓN MSC.

GUAYAQUIL – ECUADOR NOVIEMBRE 2016

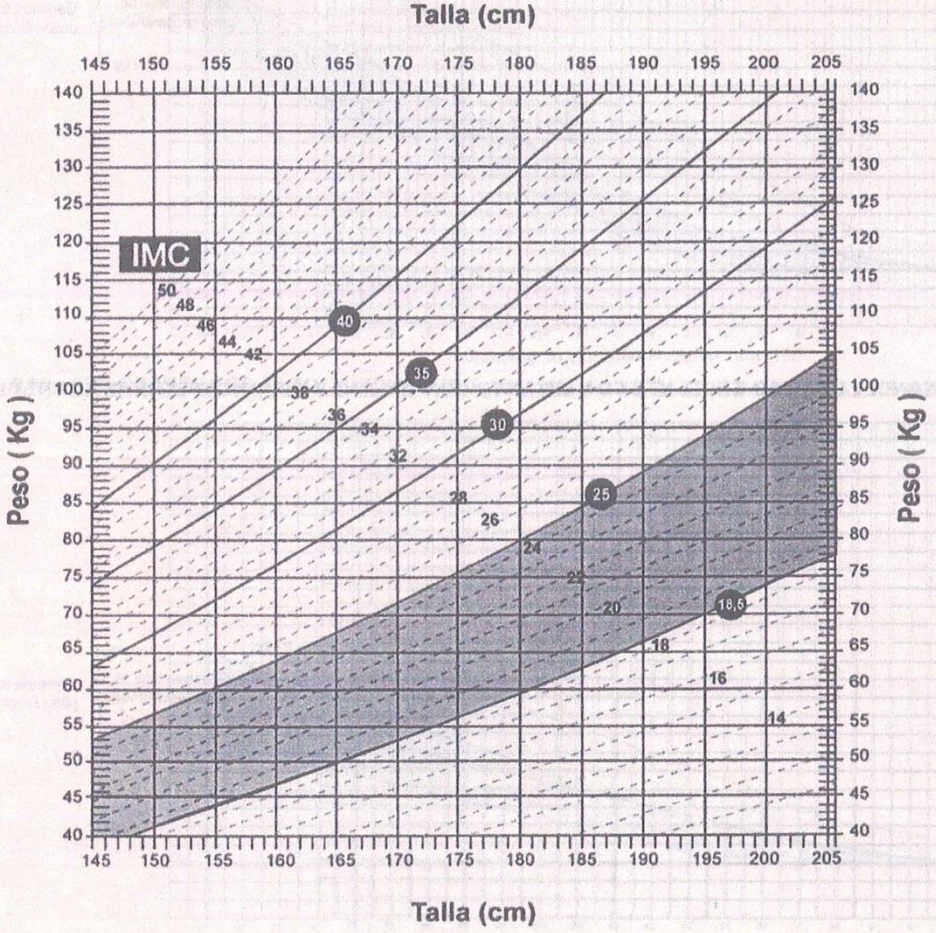
GRUPOS DE ALIMENTOS	1200CALORIAS	1500CALORIAS	EQUIVALENTE DE UNA PORCION ,MEDIDAS CASERAS
Lácteos bajos en grasas ,proteínas ,calcio, vitaminas A y B	3 porciones	3 porciones	1 yogurt dietético,1 rebanada de quesillo,1 taza de leche descremada
Pescado, pavo, pollo sin piel carnes sin grasa(proteínas ,hierro y zinc	2 porciones	2 porciones	1 presa pequeña,2 huevos,1 bistec pequeño,1 hamburguesa baja en grasa
Verduras, vit, minerales, antioxidantes, y fibra dietética	4 porciones	4 porciones	1 plato grande lechuga, apio, brócoli o zapallo,1 tomate regular,1/2 taza de zanahoria
Frutas vit, minerales, antioxidantes, y fibra dietética	2 porciones	3 porciones	1 naranja, manzana, pera durasno,1 taza de cereza,frutillas,1 taza de melón,1/2 plátano
Cereales, pepas y leguminosas	1 ½ porciones	3 porciones	¾ taza de arroz ,trigo ,1/2 de pan ,1 papa grande 1 taza de queso
Aceites y grasas ricos en lípidos	3 cucharadas	5 cucharaditas	1 cucharadita de aceita ,1 cucharadita de margarina, una cucharadita de almendra ,maní, nueces pistachos
Azúcar carbohidratos y calorías	1 cucharadita	1 cucharadita	1 cucharadita de azúcar , 1 de miel o mermelada, ¼ de taza de bebida o jugos

Formulario 051 perinatal

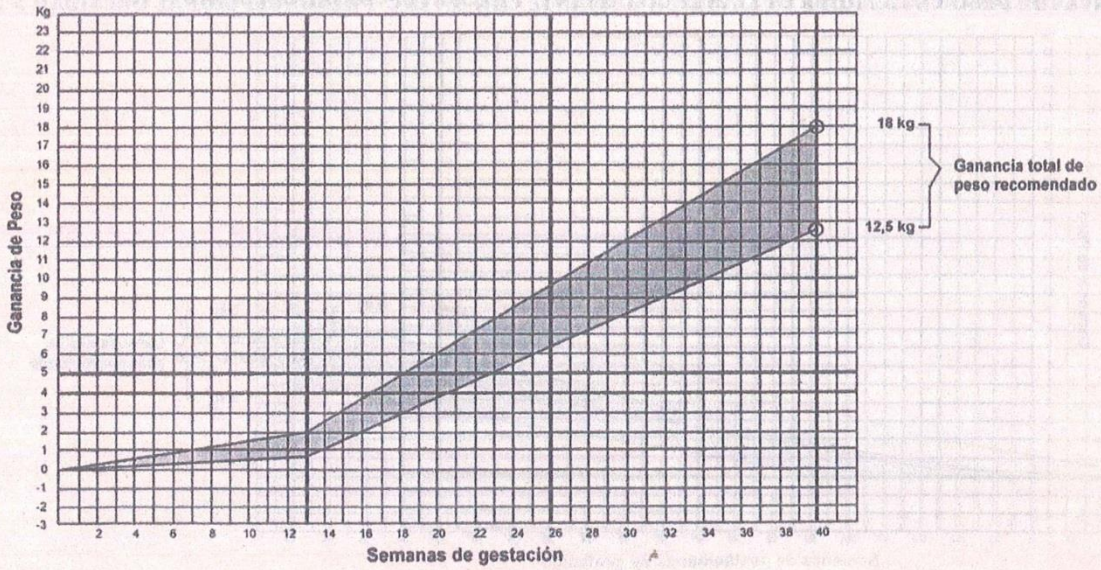


ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

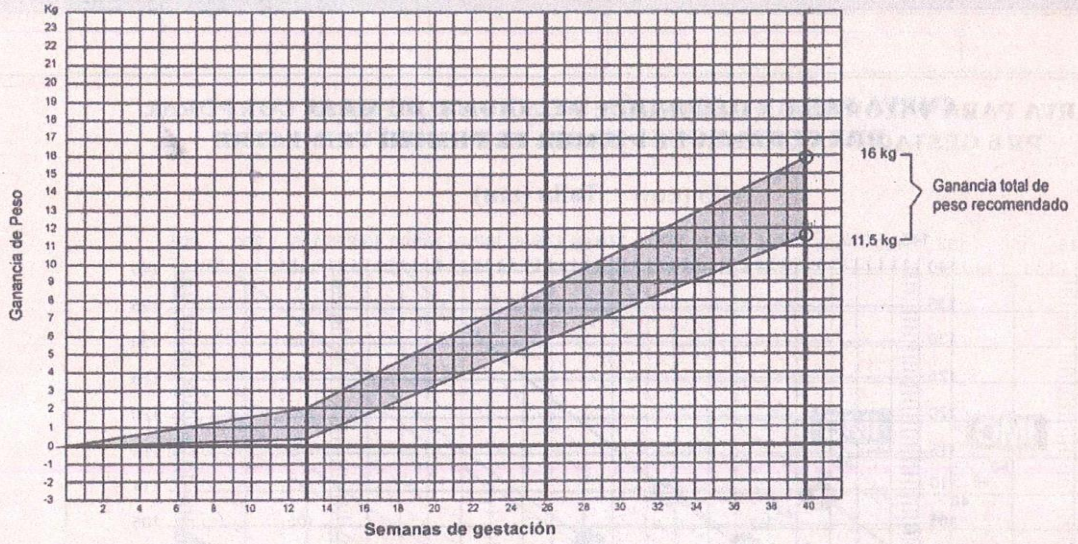
CURVA PARA VALORACIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL HASTA EL PRIMER TRIMESTRE



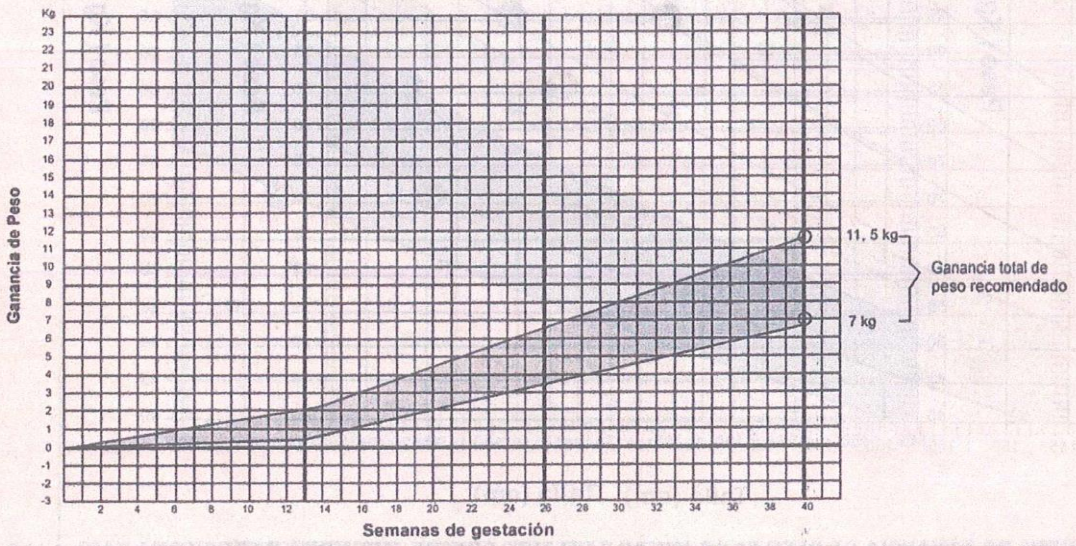
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL BAJO < 18,5



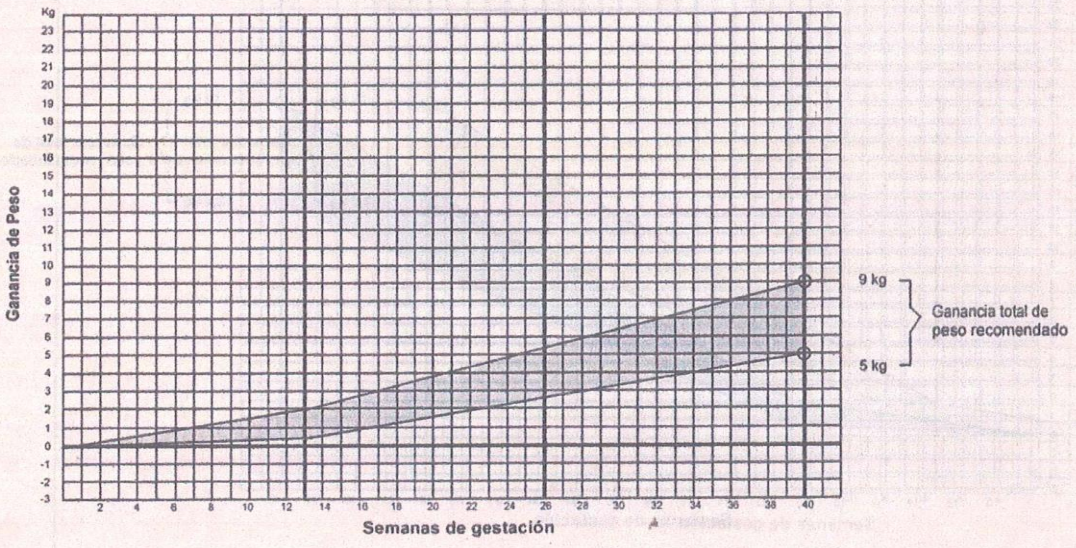
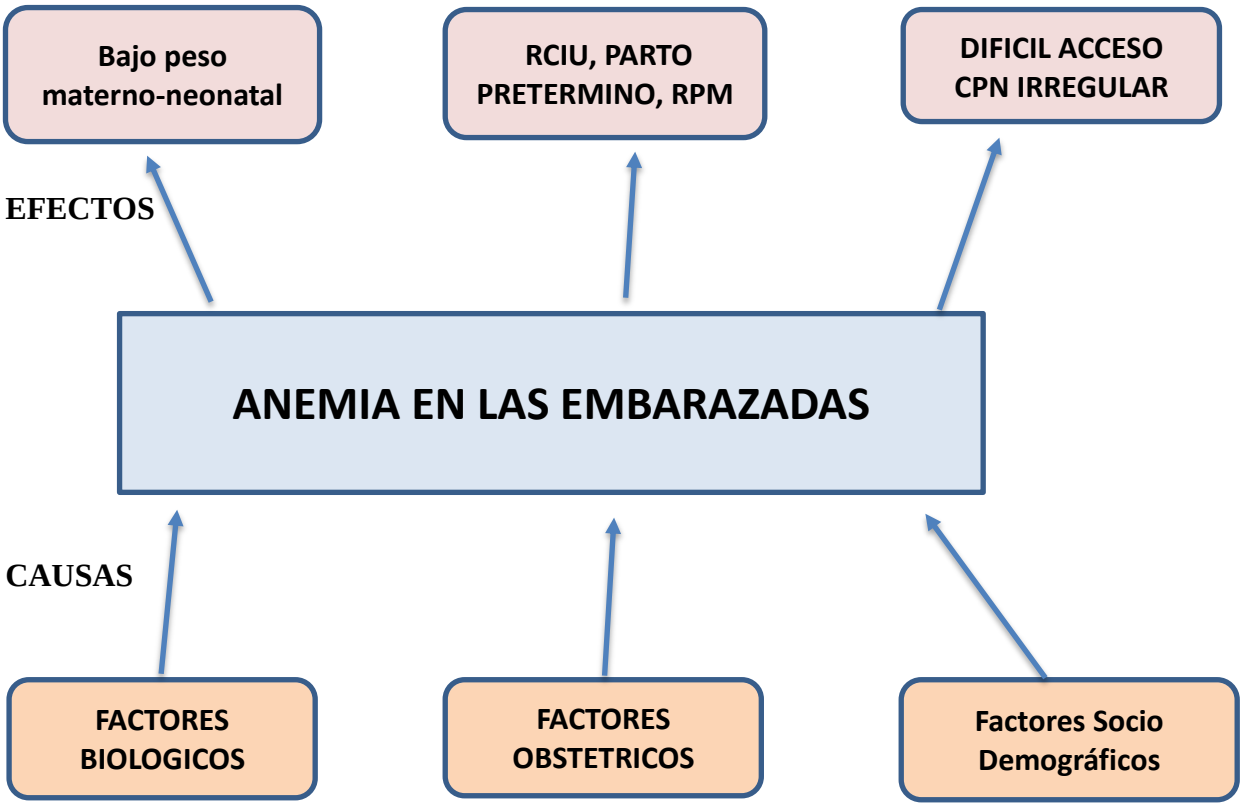
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL 18,5 - 24,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0 - 29,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



Árbol del problema