

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Enfermería**



**TESIS**

**“CARACTERÍSTICAS MATERNO-PERINATALES QUE INFLUYEN EN LA  
ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD  
TAMBURCO Y PUEBLO JOVEN-2021”**

Presentado por:

**BACH. ZAMANTHA GÓMEZ PALOMINO**

**BACH. GABRIEL SORIA AVENDAÑO**

Para optar el título profesional en:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Abancay - Apurímac – Perú**

**2022**

**Tesis:**

“CARACTERÍSTICAS MATERNO-PERINATALES QUE INFLUYEN EN LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD TAMBURCO Y PUEBLO JOVEN-2021.”

**Línea de Investigación:**

SALUD PÚBLICA

**Asesor:**

Mg. Rubén Marquez Ticona



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Enfermería**

**“CARACTERÍSTICAS MATERNO-PERINATALES QUE INFLUYEN EN LA  
ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD  
TAMBURCO Y PUEBLO JOVEN-2021”**

Presentado por los bachilleres: **BACH. ZAMANTHA GÓMEZ PALOMINO Y  
BACH. GABRIEL SORIA AVENDAÑO**, para optar el título profesional de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Sustentado y aprobado el 7 de abril del 2022 ante el jurado:

Primer Miembro : Dra. Gilda Lucy LOAYZA ROJAS

Segundo Miembro : Mag. Juana Regina SERRANO UTANI

Replicante : Mag. Rómulo CONTRERAS MERINO

Asesor : Mg. Rubén MÁRQUEZ TICONA

## **DEDICATORIA**

La presente tesis va dedicada a nuestra familia quienes están presentes en todas las dificultades y logros obtenidos, brindándonos apoyo incondicional para seguir adelante de igual manera va dedicado a nosotros mismos por la fortaleza y esfuerzo que realizamos día a día para lograr nuestras metas y objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra querida Universidad Tecnológica de los Andes (UTEA), a nuestros maestros de la escuela profesional de enfermería por todas aquellas ilustraciones brindadas a lo largo de estos años de estudio.

Para nuestros asesores y miembros del jurado, sus palabras fueron sabias y su conocimiento riguroso y preciso. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional y valiosa, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

A nuestras familias, quienes han sido el motor de nuestros sueños y esperanzas y quienes han estado ahí para nosotros en los días y noches más difíciles de nuestros estudios. Han sido mi mejor guía de vida. Hoy, al culminar nuestros estudios, les dedicamos este logro a ustedes, queridos padres, como una meta más.

.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	I
POSPORTADA .....	II
PAGINA DE JURADO .....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	XII
RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCION .....	XV
CAPITULO I .....	16
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1. Realidad problemática .....	16
1.2. Identificación y Formulación de problemas .....	18
1.2.1. Problema General.....	18
1.2.2. Problemas Específicos .....	18
1.3. Justificación de la investigación .....	19
1.4. Objetivos .....	20
1.4.1. Objetivo General .....	20
1.4.2. Objetivos Específicos.....	21

1.5. Delimitación.....	22
1.5.1. Espacial .....	22
1.5.2. Temporal.....	22
1.5.3. Social .....	22
1.5.4. Conceptual.....	22
1.6. Viabilidad (económica, social y técnica).....	22
1.6.1. Viabilidad económica .....	22
1.6.2. Viabilidad Social.....	22
1.6.3. Viabilidad técnica .....	23
1.7. Limitaciones .....	23
CAPITULO II .....	24
MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Antecedentes .....	24
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	24
2.1.2 A nivel nacional.....	27
2.1.3 A nivel regional y local .....	31
2.2. Bases Teóricas .....	31
2.2.1 Características Materno- Perinatales:.....	31
A) Edad gestacional.....	33
B) Periodo intergenésico.....	33
C) Número de Paridad.....	33
D) Nivel de hemoglobina materna .....	33

2.2.2 Anemia.....	47
2.3. Marco conceptual.....	56
2.3.1 Características Materno-Perinatales.....	56
2.3.2. Edad gestacional .....	56
2.3.3. Periodo intergenésico .....	56
2.3.4. Número de Paridad.....	56
2.3.5. Nivel de hemoglobina materna .....	56
2.3.6. Peso al nacer.....	57
2.3.7. Corte de cordón umbilical .....	57
2.3.8. Nivel de hemoglobina al nacer.....	57
2.3.9. Primípara .....	57
2.3.10. Multípara.....	57
2.3.11. Gran multípara.....	58
2.3.12. Anemia.....	58
CAPITULO III .....	59
METODOLOGÍA.....	59
3.1. Hipótesis .....	59
3.1.1. Hipótesis General .....	59
3.1.2. Hipótesis específicas .....	59
3.2. Método.....	60
3.3. Tipo .....	60
3.4. Nivel o alcance .....	60



3.5. Diseño .....	60
3.6. Operacionalización de variables .....	61
3.7. Población, muestra y muestreo.....	62
3.7.1. La población .....	62
3.7.2. Muestra.....	63
3.7.3. Tipo de muestra .....	63
3.7.4. Muestreo .....	63
3.8. Técnica e instrumentos .....	63
3.8.1.- Técnicas .....	63
3.8.2.- Instrumento:.....	63
3.9. Consideraciones éticas .....	63
3.10. Procedimiento Estadístico.....	63
CAPITULO IV .....	64
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	64
4.1 Resultados .....	64
TABLA N° 01.....	64
TABLA N° 02.....	66
TABLA N° 03.....	67
TABLA N° 04.....	68
TABLA N° 05.....	69
TABLA N° 06.....	70
TABLA N° 07.....	71

TABLA N° 08.....	72
TABLA N° 09.....	74
4.2 Discusión de resultados .....	75
4.3 Prueba de hipótesis.....	79
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES .....	83
ANEXOS .....	90
Matriz de consistencia.....	90
Problemas Específicos .....	90
Hipótesis específicas .....	90
Objetivos Específicos.....	90
Instrumento de recolección de información.....	93
Diagrama de barra vertical N <sup>a</sup> 01 .....	95
Diagrama de barra vertical.....	96
N° 02 .....	96
Diagrama de barra vertical.....	98
N <sup>a</sup> 03 .....	98
Diagrama de barra vertical.....	99
N° 04.....	99
Diagrama de barra vertical.....	101
N° 05 .....	101
Diagrama de barra vertical.....	102

Nª 06 .....	102
Diagrama de barra vertical.....	104
Nº 07 .....	104
Diagrama de barra vertical.....	105
Nº 08 .....	105
EVIDENCIAS.....	107

## ACRÓNIMOS

OPS	: Organización Panamericana de la Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ENDES	: Encuesta Demográfica de Salud Familiar
Mg/dl	: Miligramos por decilitro
SE	: Semana de Embarazo
EPO	: Eritropoyetina
RN	: Recién Nacido
SPSS	: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

## RESUMEN

Objetivo: Establecer las características “Materno-Perinatales” que influyen en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses atendidos en el C. S. Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021. Método de investigación: El tipo es correlacional-analítico, de tipo asociativo con enfoque cuantitativo. El nivel fue analítico, explicativo. De diseño de tipo no experimental. Se examinaron 130 historias clínicas en los infantes de 6 a 12 meses de edad con diagnóstico de Anemia en los establecimientos de salud Pueblo Joven y Tamburco en el 2021. Se usó el programa estadístico SPSS versión 25. Resultados: Se halló que el 100% (130) de los infantes en estudio, el 60.8% presentan Anemia moderada, el 38.5% presentan Anemia leve, y el 0.7% presentan Anemia severa. En cuanto a los factores materno perinatales en estudio, se estableció que el 30.0% de los infantes tienen madres mayor de 35 años, el 22.3% de los niños tienen madres con edad gestacional menor de 36 semanas, el 20.0% de los infantes tienen madres con un periodo intergenésico menor de 18 meses, el 59.2% de los niños tienen madres multíparas, el 43.1% de infantes tuvieron madres con nivel de Hb menor de 11 mg/dl en su gestación, el 33.8% de los menores tuvieron un peso al nacer menor de 2700gr, 33.1% de los niños tuvieron el tiempo de corte del cordón umbilical menor de 3 minutos, el 38.5% de los infantes que tuvieron un nivel de hemoglobina al nacer menor o igual a 13mg/dl. Conclusiones: Las características “Materno-Perinatales” influyen significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses.

Palabras clave: Características Materno-Perinatales, Anemia, infantes de 6 a 12 meses de edad.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To establish the Maternal-perinatal characteristics that influence Anemia, in children from 6 to 12 months of age treated at the Tamburco and Pueblo Joven Health Center in the year 2021. **Research method:** The type of research is correlational-analytical, associative type with a quantitative approach. The level of research was analytical, explanatory. Non-experimental type design. 130 medical records were reviewed in infants from 6 to 12 months of age diagnosed with Anemia in the Pueblo Joven and Tamburco health facilities in 2021. The statistical program SPSS version 25 was used. **Results:** It was found that 100% (130) of the infants under study, 60.8% have moderate anemia, 38.5% have mild anemia, and 0.7% have severe anemia. Regarding the maternal perinatal factors under study, it was established that 30.0% of infants have mothers older than 35 years, 22.3% of children have mothers with a gestational age of less than 36 weeks, 20.0% of infants have mothers with an intergenic period of less than 18 months, 59.2% of the children have multiparous mothers, 43.1% of infants had mothers with a hemoglobin level of less than 11 mg/d during their gestation, 33.8% of the children had a birth weight born less than 2700gr, 33.1% of the children had the umbilical cord cutting time less than 3 minutes, 38.5% of the infants who had a hemoglobin level at birth less than or equal to 13mg/dl. **Conclusions:** Maternal-perinatal characteristics significantly influence Anemia in children aged 6 to 12 months attended

**Keywords:** Maternal perinatal characteristics, anemia, infants from 6 to 12 months of age.

## INTRODUCCION

La Anemia es una enfermedad de deficiencia nutricional más prevalente a nivel mundial. La OMS estima que 2 mil millones de individuos a nivel mundial, o más del 30% de la población total, sufren de anemia. De estos, aproximadamente 800 millones de 5 años o menos están afectados, y su prevalencia se ha sostenido estable entre 41,9% y 41,7% (2016). En Latinoamérica afecta al 22% de la población, mientras que Perú es mucho más alta con un 32%.<sup>8</sup> (4) En Perú, el 43,6% de los niños de 3 años o menos padece anemia, una complicación de salud pública. En Apurímac, la prevalencia de anemia llega al 54%. (5)

De igual manera las características “Materno-Perinatales” son aquellos períodos que transcurre la mujer embarazada y posteriormente el neonato los cuales pasan por un proceso fisiológico donde ambos tanto la madre como el neonato transcurren procesos que se asocia a la Anemia del infante que consta de un tiempo que va desde la semana 28 de gestación al séptimo día fuera del útero.

Por otro lado, la investigación ayudará a brindar un panorama de las realidades de nuestra sociedad para que se puedan desarrollar nuevas estrategias de salud que promuevan una nutrición adecuada de las mujeres embarazadas y los niños de 6 a 12 meses para prevenir la anemia que causa impactos nutricionales y cognitivos.

Es importante ofrecer una atención integral tanto a los niños como a las madres gestantes y prevenir futuras complicaciones irreversibles.

## CAPITULO I

### PLAN DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Realidad problemática

La anemia es la enfermedad por deficiencia nutricional con mayor prevalencia mundialmente, afecta aproximadamente a un cuarto de la población del mundo y es considerada una de los 10 primordiales factores de riesgo en términos de su carga de enfermedad atribuible.(1)

La anemia es considerada una disminución de la cantidad de Hb en la sangre a un valor inferior a 11 mg/dl, según lo determina la OMS en función de edad, sexo, la gestación y algunos elementos del ambiente como la altitud; Al disminuir, se compromete el intercambio de O y CO<sub>2</sub> entre la sangre y las células de los tejidos.(2)

Entonces los niños anémicos tienen menos habilidades sociales y menos desarrollo psicomotor, es decir, llega menos oxígeno al tejido cerebral debido a que hay menos hemoglobina en la sangre, por eso no se puede irrigar ni desarrollar por completo, si no es necesaria la nutrición, el máximo número de neuronas. no se producirá, el cerebro no formará la mejor red de neuronas que pueda lograr, limitando sus sinapsis, además, estos niños experimentarán atención y déficit de atención a lo largo de su vida.(3)

La OMS estima que 2 mil millones de individuos a nivel mundial, o más del 30% de la población total, sufren de anemia. De estos, aproximadamente 800 millones de niños de 5 años o menos están afectados, y su preponderancia se ha conservado estable entre 41,9% y 41,7% (2016). En Latinoamérica afecta al 22% de la población, mientras que Perú es mucho más alta con un 32%.(4)



En Perú, este padecimiento afecta al 43,6% de los menores de 3 años y constituye un inconveniente para la salud pública.(5)

En zonas como Puno, donde la anemia alcanza el 76% de la población, el grupo etario más afectado son los niños de 6 a 11 meses, de los cuales el 59,6% padece anemia, seguido de Loreto (61,5%), Ucayali (59,1%). %), Pasco (58,0%), Madre de Dios (57,3%), Cusco (55,3%), Huncavelica y Apurímac (54%+). Esta etapa es la más crítica para el proceso evolutivo de la primera infancia dada el desarrollo acelerado del sistema nervioso documentada en esta etapa.(4)

De acuerdo a las actuales cifras de la ENDES en Apurímac la preponderancia de Anemia en niños entre 6 a 35 meses mostró una disminución considerable de 5.3 puntos porcentuales al pasar de 53.2% en 2018 a 47.9% en 2019. No obstante, esta disminución no es suficiente ya que todavía se sitúa más arriba del promedio de la nación (40.1%).(2)

Las características Materno-Perinatales son aquellos procesos en que la mujer embarazada y posteriormente el neonato pasan por un proceso fisiológico comprende el tiempo desde la semana 28 de gestación hasta el 7º día de vida de la madre fuera del útero, durante el cual ocurrirá el momento desprendido del parto. (6)

Se observó durante la ejecución del internado rural que consecutivamente acudían madres con niños de un año o menos con diagnóstico de Anemia, por lo que se les interrogó acerca de la evolución de su periodo gestacional quienes en algunos de los casos referían haber sufrido de anemia durante su gestación, otras indicaban que sus niños nacieron antes de cumplir las 37 semanas también referían tener numerosos hijos con periodo intergenésico corto, etc. Los cuales se

corroboraron con las historias clínicas maternas y del niño donde coincide lo referido de las progenitoras de igual forma se observó en dichas historias clínicas de niños que por complicaciones se les realizó el corte de cordón umbilical precoz que en la actualidad presentaban Anemia; estas características probablemente sean los responsables de la Anemia en infantes que se encuentran de 6 meses a 12 meses en quienes se realizó el presente trabajo.

## 1.2. Identificación y Formulación de problemas

### 1.2.1. Problema General

¿Qué características Materno-perinatales influyen en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

### 1.2.2. Problemas Específicos

P<sub>1</sub>. ¿Cuál es la edad materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P<sub>2</sub>. ¿Cuál es la edad gestacional que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P<sub>3</sub>. ¿Cuál es el periodo intergenésico que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P<sub>4</sub>. ¿Cuál es el número de paridad que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P5. ¿Cuál es el nivel de hemoglobina materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P6. ¿Cuál es el peso al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P7. ¿Cuál es el tiempo de corte de cordón umbilical que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

P8. ¿Cuál es el nivel de hemoglobina al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?

### 1.3. Justificación de la investigación

El propósito será establecer las particularidades Materno-Perinatales conducentes al desarrollo de la Anemia, en niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven. De acuerdo a las actuales cifras de la ENDES en Apurímac la preponderancia de Anemia en niños entre 6 a 35 meses mostró una disminución considerable de 5.3 por ciento al pasar de 53.2% en 2018 a 47.9% en 2019. No obstante, esta disminución no es suficiente ya que todavía se sitúa más arriba del promedio de la nación (40.1%).(2)

Por lo que las conclusiones a las que se llegue serán conocimientos nuevos a nivel local, es decir en el ámbito del estudio, donde se podrá determinar y explicar puntualmente qué características materno-perinatales hacen de que

la prevalencia de la Anemia aún sigan siendo altas; también será de mucho valor para las autoridades sanitarias y ediles, para quienes constituirá en un documento de referencia donde puedan implementar o reformular sus estrategias de lucha contra este problema, también serán beneficiados los infantes en estudio y su entorno familiar ya que la disminución de las tasa de Anemia hará de que también caigan las consecuencias irreversibles que esta trae, como un sistema inmunitario bajo, disminución del desarrollo intelectual, por ende no podrán alcanzar su desarrollo personal, social y económico como una persona que no padeció este problema; si se toma en consideración las conclusiones de este trabajo por los autores en la solución de este problema, tendrá beneficios económicos favorables a nivel personal, familiar y para el estado; un niño sin Anemia se desarrolla con todas sus potencialidades físicas e intelectuales, los familiares evitan incurrir en gastos económicos que esta demanda para su tratamiento, finalmente es de alto conocimiento que el estado busca disminuir la dimensión de la Anemia infantil por los altos costos que demanda a nivel nacional y más aun considerando mejorar la vida de los futuros ciudadanos.

Por todo lo mostrado líneas arriba se considera que la ejecución de este estudio está plenamente justificada.

#### 1.4. Objetivos

##### 1.4.1. Objetivo General

Identificar las características Materno-Perinatales que influyen en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.

#### 1.4.2. Objetivos Específicos

- O1. Determinar la edad materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O2. Identificar la edad gestacional que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O3. Identificar el periodo intergenésico que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O4. Determinar el número de paridad que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O5. Identificar el nivel de hemoglobina materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O6. Determinar el peso al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.
- O7. Identificar el tiempo de corte de cordón umbilical que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.

O<sub>8</sub>. Identificar el nivel de hemoglobina al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.

## 1.5. Delimitación de la investigación

### 1.5.1. Espacial

Se realizó en los centros de salud de Tamburco y Pueblo Joven ubicado en la provincia de Abancay departamento de Apurímac.

### 1.5.2. Temporal

Se efectuó en los meses de agosto a diciembre en el año 2021.

### 1.5.3. Social

Esta investigación se realizó en infantes de los 6 a 12 meses de vida.

### 1.5.4. Conceptual

El marco teórico se desarrolló de acuerdo a las variables, es decir de las características Materno-Perinatales y la Anemia.

## 1.6. Viabilidad (económica, social y técnica)

### 1.6.1. Viabilidad económica

Está garantizada, por todo el costo que se requiera; estará financiado por los autores.

### 1.6.2. Viabilidad Social

El acceso a los integrantes de la muestra de estudio será posible porque en la actualidad los establecimientos de salud ya vienen brindando sus servicios de forma presencial en todas las estrategias sanitarias, con ello se garantiza la evaluación a los niños que presentan Anemia.

### 1.6.3. Viabilidad técnica

La técnica usada fue la observación, para ello no existe ninguna dificultad pues se podrá acceder a las historias clínicas para recabar los datos.

### 1.7. Limitaciones

Algunas restricciones que aún se mantienen por la emergencia sanitaria como: restricción parcial al ingreso de los establecimientos para la toma de muestras, limitación parcial al acceso de los niños con anemia.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Méndez; en el trabajo de investigación “Anemia ferropénica en gestantes y su asociación con neonatos a término con peso bajo en el Hospital General de Latacunga”. Guayaquil, Ecuador-2014. Objetivo: Establecer el vínculo entre la anemia ferropénica en gestantes y recién nacidos a término. Método: Su método de implementación se combina con el diseño de escena documental. Una población de 2012 de 144 neonatos a término con bajo peso al nacer mediante observación directa. Resultados: Establecieron que la principal causa fue peso bajo al nacer de la anemia ferropénica (9,79%) en puérperas con niveles de hemoglobina menores a 11 g/dl. De estas, el 40,8% tuvo solo una visita prenatal, que fue un problema de hematología. Conclusión: La Anemia ferropénica en gestantes interviene en el peso del neonato.(7)

Gedefaw L, et al, en el trabajo de investigación; “Anemia y elementos vinculados entre gestantes que asisten a una clínica de atención prenatal en la ciudad 8 de Wolayita Sodo, Etiopía Meridional”, Etiopía, República democrática federal de etiopia-2015. Objetivo: Determinar la incidencia y características de la anemia en mujeres embarazadas. Método: Se desarrolló un estudio de tipo transversal que incluyó a 363 gestantes. Resultados: Mostraron que la Anemia fue del 39,9%, de los cuales el 60% tuvo Anemia moderada, el 30.3% presento Anemia leve y el 9.6%



Anemia severa. La cantidad media de Hb fue de  $11,55 \pm 2,97$  g/dl. Demostrando que entre 15 a 24 años (OR: 9,89, I), el número de integrantes de la familia mayor a 5 (OR: 7,74), la multiparidad (OR: 2,66), los ingresos económicos bajos (OR: 5.81), periodo intergenésico corto (OR: 6.38), cuyo porcentaje mayor fue el 48% la multiparidad y el 52% fue por un periodo intergenésico. Estos factores fueron predictores independientes de anemia en embarazadas. Conclusión: Se demostró que una familia numerosa mayor a 5 integrantes ; la multiparidad ; los bajos ingresos económicos; periodo intergenésico corto; fueron predictores independientes de Anemia en embarazadas .(8)

Vera L, en el estudio “Establecer la prevalencia de Anemia ferropénica en embarazadas rurales”; Guayaquil, México – 2015. Objetivo: Establecer la preponderancia de anemia ferropénica en gestantes rurales. Método: Se desarrolló en un estudio descriptivo; con una muestra no probabilística Resultado: 51 gestantes, de las 51 gestantes, el 35,2% presentó anemia, más habitual en el segundo y tercer trimestre, y se encontraron niveles anormales de hierro en el 41%. El 30% presentó anemia ferropénica, más frecuente en el tercer trimestre. El promedio de embarazos fue de 2,6. El número medio de embarazos fue de 3 para las pacientes con hemoglobina por debajo de 11,5 g/dl o 12 y 4 para las 9 pacientes con anemia ferropénica. Conclusiones: En las mujeres consideradas multíparas y gran multíparas (dos a más gestaciones) se halló mayor frecuencia de Anemia ferropénica ( $p < 0.05$ ). (9)

Aguinzaca K; En el estudio “Anemia durante el embarazo y su asociación con neonatos prematuros y de bajo peso al nacer en gestantes que asisten

al Hospital Isidro Ayora de Loja” Guayaquil, Ecuador-2014. Objetivo: Este fue para determinar anemia gestacional y su asociación con neonatos prematuros y de bajo peso al nacer en gestantes en el Hospital Lohay Sidero Ayora. Método: De tipo observacional, correlacional; longitudinal retrospectivo. Resultados: El estudio halló que la anemia en la gestación se asoció con un 31,1 % de asociación con bebés prematuros, mientras que la anemia materna se relacionó con un 33,8 % de asociación con bebés de bajo peso al nacer. El estudio de hemoglobina materna fue significativo, con un 60,8 % de anemia leve; un 35,1 % de población con anemia moderada y un 4,1 % con anemia severa; vinculados a los niveles de hematocrito se obtuvo un 77,0 % de pacientes con anemia leve y un 23,0 % de pacientes con anemia leve pacientes con anemia moderada. Conclusión: Hay un vínculo entre Anemia gestacional con el parto pretérmino. (10)

Rebollar, et al, realizó un estudio “Elementos de riesgo vinculados a condiciones maternas asociadas a neonatos a término de bajo peso atendidos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México” ciudad de México, Mexico-2015. Objetivo: Reconocer elementos peligrosos relacionados a las realidades maternas asociadas a los neonatos a término de bajo peso atendidos en el Hospital estudiado. Método: Se realizó un estudio prospectivo una revisión sistemática y un metaanálisis. Resultado: Se fraccionaron en 2 grupos: el A, con neonatos con bajo peso al nacer a término y con madres con anemia en el embarazo y el B, neonatos con peso apropiado y madres sin anemia de embarazo a término. Donde el 100% de niños con bajo peso al

nacer y madres tuvieron anemia. Conclusión: Los elementos riesgosos más comunes fueron antecedentes de bajo peso, madres con anemia, multíparas. El 100% mostraron bajo peso al nacer y al menos un elemento riesgoso.(11)

#### 2.1.2 A nivel nacional

Rodríguez N, en “Establecer el efecto del pinzamiento tardío del cordón sobre la hemoglobina y el hematocrito en neonatos a término, del Hospital San José del Callao” Callao, Lima- 2014. Objetivo: Fue establecer el efecto del pinzamiento tardío de cordón en la hemoglobina y hematocrito en neonatos a término. Método: Se trata de un diseño transversal retrospectivo descriptivo. La población fue neonatos a término de embarazadas, en el primer semestre de 2014 se registraron 817 partos eutócicos. La muestra incluyó 107 neonatos a término que tenían los criterios de inclusión y exclusión. Resultado: Se establece que el pinzamiento tardío del cordón mejora el valor de Hb neonatal y el hematocrito. El 90 % de neonatos tenían una Hb superior a 15 mg/dl y un Hto superior al 45 %. Conclusión: El pinzamiento tardío del cordón por más de 3 minutos beneficia al neonato, proporciona aporte adicional de hierro y mejora el estado sanguíneo del neonato.(12)

Velásquez D, en el estudio “Determinación del vínculo entre el pinzamiento tardío y las concentraciones de hemoglobina en neonatos hospitalizados en el San Juan de Lurigancho durante Febrero-Marzo del 2015”. San Juan de Lurigancho, Lima-2015. Objetivo: Determinación del vínculo entre el pinzamiento tardío y las concentraciones de hemoglobina en neonatos hospitalizados. Método: El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal

y retrospectivo. La población incluyó 294 neonatos cuyas madres se atendieron en el hospital mencionado. La muestra estuvo compuesta por 166 neonatos del hospital mencionado. Resultados: Los recién nacidos que se sometieron a un pinzamiento tardío del cordón tenían un valor medio de hemoglobina de 17,97 g/dl, en comparación con 15,14 g/dl en los neonatos que se sometieron a un pinzamiento temprano del cordón. Conclusión: El estudio encontró diferencias en las mediciones de la concentración de hemoglobina en los neonatos que recibieron pinzamiento tardío versus pinzamiento temprano, con una concentración de hemoglobina más alta (17,97 mg/dl) observada en el grupo que recibió la técnica de pinzamiento.(12)

Paulino F, realizó un estudio “Establecer si el pinzamiento temprano del cordón es un elemento de riesgo para el desarrollo de anemia en lactantes de 6 meses de edad en el Hospital II Es Salud Huaraz en el año 2015” Trujillo, La Libertad-2015. Objetivo: Establecer si el pinzamiento temprano es un elemento de riesgo de anemia en lactantes de 6 meses. Método: Análisis de campo, descriptivo, de corte transversal, la muestra fue de 84 lactantes de 6 meses. Resultado: Se asignaron a 2 grupos, uno correspondiente conformado por 42 lactantes de 6 meses con anemia y el otro a un grupo control de 42 lactantes de 6 meses sin anemia, considerando la concentración de hemoglobina se halló en las historias clínicas que en su mayoría los niños que tenían anemia tuvieron un pinzamiento precoz del cordón. Conclusión: Los niños que presentan Anemia tuvieron un pinzamiento menor de 3 minutos del cordón umbilical en un mayor porcentaje.(12)

Miranda, en el estudio “Anemia en gestantes y peso del neonato del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014” cercado de Lima, Lima-2015. Objetivo: reconocer el vínculo entre la Anemia en gestantes y el peso del neonato en el nosocomio estudiado. Método: fue observacional, analítico retrospectivo y con 4302 gestantes atendidas. Resultado: Se estableció que la edad media de las gestantes fue de 24 a 40 años, y la media de control prenatal fue de  $5,46 \pm 3,5$ , donde la edad gestacional de las gestantes fue igual o menor a 40 semanas (94,5%). El peso promedio de los neonatos fue de  $3302.06 \pm 55.8$  kg (92%), su vínculo peso/edad gestacional fue adecuada y el porcentaje de neonatos con menor peso al nacer, de 5.5%. La hemoglobina materna fue de  $11,5 \pm 1,2$  mg/dl y el 26,1% de las gestantes desarrollaron anemia en el tercer trimestre, incluido el 33,8%. (1859) Anemia en neonatos con bajo peso al nacer por debajo de 2700 g. Conclusión: En el embarazo la Anemia condiciona la existencia de bajo peso al nacer en el 85% de gestantes y no fue un condicionante en un 15%.(7)

Paredes I, et al; en el estudio “Elementos vinculados y Anemia en embarazadas del Hospital Hipólito Unánue, Tacna 2016” Tacna, Perú. Objetivo: Demostrar el grado de Anemia y las particularidades implicadas en gestantes. Método: Fue descriptiva, correlacional, tomada de hechos del pasado y en un solo momento, con 312 gestantes. Resultado: Estudios primarios (12,8%), convivencia (5,5%) y tareas del hogar (18,7%). Obstetricia: Consejería nutricional adecuada (43,6%), paridad (41,7%). Causas obstétricas vinculadas al nivel de anemia: historiales de embarazo ( $p=0,049$ ), cantidad de abortos ( $p=0,049$ ), intervalo intergénico entre 18 y

35 meses ( $p=0,043$ ) y paridad ( $p=0,043$ ). Conclusión: En los pacientes que acudieron al Hospital Hipólito Unanue, los indicadores que influyeron en la anemia fueron: antecedente de embarazo, intervalo intergenésico entre 18 y 35 meses, paridad, número de abortos. (13)

Zambrano, Velázquez, en el estudio "Elementos vinculados a anemia en niños de 5 años o menos atendidos en el centro de salud Villa Hermosa, distrito José Leonardo Ortiz, Chiclayo, 2018", Lambayeque-Perú. Objetivo: Establecer los factores asociados a anemia en niños menores de 5 años atendidos en el centro estudiado. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional, retrospectivo con una población de 295 menores de 5 años. Para la recolección de datos se usó una herramienta denominada tabla de recaudación de información, la cual consta de datos sociodemográficos; tipo de lactancia materna; peso al nacer; edad gestacional y valores de hemoglobina para los niños en estudio. Use pruebas estadísticas inferenciales para determinar la asociación de variables calculando el chi-cuadrado de Pearson. Resultados: La prevalencia de anemia en niños de 5 años o menos fue del 42,4%, de los cuales los niños con anemia moderada representaron el 16,6%. El peso al nacer, la edad gestacional y la paridad múltiple tuvieron valores más bajos a nivel de significación ( $P < 0,05$ ). Conclusiones: El peso bajo al nacer, la edad gestacional y multiparidad son elementos vinculados a la aparición de la anemia en un 84,7% de niños de 5 años o menos en el centro de estudio.(14)

Gongora-Ávila, et al, en el estudio "Elementos de riesgo de Anemia ferropénica en menores de un año pertenecientes al Policlínico Docente 7

de Noviembre del 2020” Lima – Perú. Objetivo: Identificar los elementos riesgosos de anemia ferropénica en menores de un año del centro en estudio. Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de lactantes menores de 1 año con anemia ferropénica en el hospital estudiado. El estudio involucró a 42 niños de un año o menos con anemia ferropénica, los tratamos a todos. Se estudiaron las variables: edad, sexo, intensidad de la anemia, factor de riesgo biológico, social y cultural. Resultados: El 61,9% femeninas; por otro lado, el grupo etario más representativo fue menor de 6 meses en ambos sexos, aunque se observó más en el sexo femenino (33,3%). El 61,9% presentó anemia leve. El 69,0% de las madres con edad gestacional menor a 37 semanas y anemia leve durante el embarazo presentan anemia ferropénica en sus hijos. Conclusiones: El antecedente de anemia en el embarazo, el bajo peso al nacer y la edad gestacional menor de 37 semanas son los primordiales factores de riesgo para el origen de la anemia ferropénica en menores de un año.(15)

### 2.1.3 A nivel regional y local

No se hallaron investigaciones relacionadas al tema

## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1 Características Materno- Perinatales:

#### 2.2.1.1 Definición

Es el tiempo entre la semana 28 de gestación al día 7 de vida fuera del útero de la madre, el parto tendrá un momento trascendental (6). En este periodo materno perinatal se brinda cuidado integral de enfermería a la

gestante, madre y recién nacido, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.(16)

#### 2.2.1.2 Características maternas

A partir de la semana 28 de gestación ocurren cambios que una mujer experimenta hasta el parto y son las siguientes:

- ✓ La piel aumenta la temperatura cuando el feto emite temperatura corpórea, lo que hace que la madre sienta un incremento de la temperatura corporal.
- ✓ Polaquiuria por el incremento de presión que ejerce el feto en la vejiga.
- ✓ Disminución de la presión arterial a medida que el feto presiona en la vena principal que retorna la sangre al corazón.
- ✓ El vello comienza a desarrollarse en brazos, piernas y la cara de las mujeres por al incremento de la estimulación hormonal de los folículos pilosos.
- ✓ Incremento de una secreción vaginal de color blanco (leucorrea) que tiene más moco.(17)
- ✓ Parámetros de hemoglobina en una mujer embarazada:

Mujeres gestantes y puérperas	Severa	Moderada	leve	Sin anemia
Mujeres gestantes de 15 años a más	< 7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9	≥11.0



Mujer puérpera <8.0 8.0 -10.9 11.0 – 11.9 ≥12.0

(18)

#### A) Edad gestacional

Es el período entre la concepción y el parto. En este tiempo, el embrión crece y evoluciona en el útero materno. Es un término comúnmente utilizado en el embarazo para describir su progreso. Medido en semanas, desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual, se puede medir de las siguientes maneras: FUM, altura uterina, gestograma, etc. Una gestación normal va desde 37 a 40 semanas. Los neonatos nacidos antes de la semana 37 son considerados prematuros y después de la semana 41 posmaduros.(19)

#### B) Periodo intergenésico

Se considera período intergenésico el día del último evento obstétrico y el comienzo del próximo embarazo. Se recomienda un lapso de espera de al menos 18 meses (embarazo a corto plazo, PIC) y no más de 60 meses (embarazo a largo plazo, LIP) para comenzar el próximo embarazo para disminuir el riesgo de situaciones adversas maternas, perinatales y neonatales. (20)

#### C) Número de Paridad

Es la cantidad total de embarazos, incluyendo abortos. (21)

#### D) Nivel de hemoglobina materna

El nivel de Hb de una madre es un análisis el cual calcula la concentración de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína ubicada en los glóbulos rojos que transporta oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo y

dióxido de carbono desde los órganos y tejidos a los pulmones. El cual tiene un parámetro y menor a los valores normales ya es considerado una patología la Anemia.(22)

### 2.2.1.3 Características perinatales

#### A) Semana 28 de gestación

La etapa final de maduración pulmonar y se activa sistema inmunológico. Termina el segundo trimestre, se logra otro hito en la evolución fetal y el sistema inmunitario comienza a funcionar de manera independiente. El feto mide aproximadamente 37 cm de largo y pesa unos 1100 gr. La evolución y maduración de sus órganos está casi completo, y los cambios hasta el día del nacimiento estarán fundamentalmente centrados en el crecimiento y la ganancia de peso. La evolución del cerebro continúa avanzando, especialmente. La actividad cerebral fetal sigue aumentando y se explica midiendo las ondas cerebrales.

El sistema inmunológico del feto da un paso vital en su evolución: absorbe anticuerpos de la sangre de la madre por la placenta, lo que le permite comenzar a funcionar de manera independiente. Esta semana el sistema bronquial continúa ramificándose y el sistema vascular pulmonar continúa desarrollándose.

Los tensioactivos son sustancias de superficie activa que evitan que los alvéolos se peguen durante la respiración y ahora se producen en mayores cantidades. Al inhalar y exhalar líquido amniótico, el feto se expone a un ejercicio intensivo de respiración hasta el parto.(23)

#### B) Semana 29 de gestación

El feto mide entre 39 y 40 centímetros y pesa aproximadamente 1 250 gramos.

Se completa el desarrollo de los órganos internos, sus funciones siguen diferenciándose hasta el nacimiento. Hasta ese momento, el cerebro y el sistema nervioso continuarán desarrollándose.

El volumen del cerebro del feto crece consecutivamente hasta que nazca, de igual manera el cráneo transita otra etapa intensa de crecimiento. También, la maduración del sistema inmunológico continúa avanzando. Por la placenta y la sangre materna se transportan continuamente múltiples anticuerpos.

El vérnix caseoso va recubriendo el cuerpo del feto, debido a puede regular su propia temperatura.

Los fetos ya tienen pelo, que al contrario del lanugo, se conserva hasta después de nacer. Las pestañas igualmente serán visibles.(24)

#### C) Semana 30 de gestación

El feto mide unos 40 cm de largo y pesa unos 1400 gr. Sus órganos internos ahora están casi desarrollados por completo y funcionan de manera independiente. La maduración de los pulmones y el tracto digestivo además está en gran parte completa. La estructura y función del cerebro se vuelven más diferenciadas en las semanas que restan.

A partir de esta semana, hay menos espacio para ejercicios extenuantes debido al mayor tamaño y peso. El volumen de líquido amniótico

disminuirá gradualmente durante las próximas semanas debido a la mayor demanda de espacio.(25)

#### D) Semana 31 de gestación

El feto mide aproximadamente 42 centímetros y pesa unos 1600 gramos.

La maduración de los pulmones da otro paso significativo. Sus pulmones ahora se expanden por completo. El surfactante, una proteína superficial (tensoactiva) que impide que los pulmones colapsen y se peguen entre ellos, se genera cada vez más. No obstante, si nace prematuramente, puede que el surfactante no sea suficiente para la respiración independiente y esto conlleva al feto a un Síndrome de Distrés Respiratorio.(26)

#### E) Semana 32 de gestación

El feto mide aproximadamente 43 centímetros y pesa unos 1800 gr. Hasta que nazca, su peso se incrementará en un promedio de 200 gramos cada semana. (27)

#### F) Semana 33 de gestación

El feto mide alrededor de 44 centímetros y pesa unos 2000 gramos. No obstante, el tamaño y el peso de los fetos evolucionan de forma individual y pueden diferir de estos valores por exceso o por defecto.

En la SE 33, todos sus sentidos están completamente desarrollados. Ve, oye, tiene sensaciones táctiles marcadas, nota el sabor del líquido amniótico y conocerá los primeros olores de su vida. El olfato es el único sentido que no entrena en el vientre, ya que ahí falta el aire como medio de transmisión de los olores.

La función cerebral continuó siendo prominente, el tamaño del cerebro aumentó velozmente y la circunferencia de la cabeza fetal aumentó en aproximadamente 1,3 cm.

La formación ósea está casi completa y el hueso se está endureciendo. Sin embargo, la placa craneal permanece blanda y flexible. Estos no están conectados por la estructura ósea hasta mucho después del nacimiento, sino por capas externas e internas de piel llamadas fontanelas.

Por el canal del parto, las placas craneales se solapan entre sí para facilitar el nacimiento. De ahí viene la cabeza deformada de los neonatos. La pequeña fontanela de la región occipital se cierra durante los primeros tres meses de vida, mientras que la gran fontanela frontal termina su desarrollo durante el segundo año. Hasta entonces, las fontanelas están protegidas por una capa de tejido conjuntivo sólida.(28)

#### G) Semana 34 de gestación

En esta SE el feto mide cerca de 45 cm y pesa unos 2250 gramos.

En la SE 34, ya transitó las fases evolutivas indispensables para vivir fuera del útero. Inclusive las formaciones de los pulmones ya están completamente desarrolladas. El sentido auditivo se agudiza cada vez más, por ellos es un período excelente para iniciar el canto, la lectura y conversar con él.

En las semanas siguientes, el feto posee una mayor necesidad de calcio, que satisface por la sangre materna. Los oligoelementos son imprescindibles para una evolución sana del esqueleto. Al finalizar la

gestación acrecienta más la resistencia de los huesos. El calcio en el feto es ahora más que en la grávida, que debe alimentarse con muchos productos lácticos hasta el nacimiento.

El movimiento se reduce formidablemente en las semanas finales. Solo le queda lugar para voltearse un poco de lado a lado, el feto está en contacto con la pared uterina. Por ello, la grávida siente movimientos notoriamente. El feto se manifiesta activamente con sus movimientos nocturnos.(29)

#### H) Semana 35 de gestación

El feto mide aproximadamente 46 cm. y pesa alrededor de 2550 gr.

El feto está mejorando en la coordinación de sus movimientos, pero no tiene mucho lugar para los movimientos. Ya ha desarrollado la percepción sensorial y sus reflejos continúan formándose, automáticamente se vuelve hacia la fuente de luz, este reflejo también es importante para vivir fuera del útero.

El feto está mejorando en la regulación de su temperatura corporal y su sistema inmunológico ya es independiente del de la madre. Los anticuerpos vitales se adquieren en el primer mes de vida mediante la leche materna. Con los años desarrollará sus propios anticuerpos contra múltiples agentes, este proceso expone a que sean tan susceptibles a contagios en los primeros años de vida.

Los riñones del feto están completamente desarrollados y el hígado ha comenzado a realizar sus funciones. En el intestino, el llamado meconio se almacena con fuerza creciente, no es un producto de la digestión, es

una capa gruesa y oscura de células de la piel y la membrana mucosa, cabello ingerido, bilis sustancia cremosa y espesa del cabello.

En las primeras 24 a 48 horas de vida, defecara como su primera deposición. Debido a la ingestión de líquido amniótico, el estómago del feto se llena en su mayoría de líquido para realizar sus funciones digestivas de manera rudimentaria.(30)

#### I) Semana 36 de gestación

El feto mide cerca de 47 cm. y pesa entre 2750 y 2900 gr. Si nace, aún es considerado prematuro, pero generalmente no requiere atención posparto especial. Todos los órganos están funcionando, los sistemas respiratorio e inmunológico funcionan de manera autónoma. La regulación de su temperatura está asegurada por las reservas adecuadas de grasa, tiene su cabeza en la pelvis de la grávida. Así, el feto se encuentra en la posición inicial de parto con poco espacio para moverse. Incluso mientras se estira, de vez en cuando gire un poco e intente levantar la cabeza o apoyarla en el suelo pélvico.(31)

#### J) Semana 37 de gestación

El feto mide aproximadamente 49 cm y pesa alrededor de 2950 gr y gana entre 20 y 30 gr por día y sus reservas de grasa crecieron cerca de un 15% de su peso corporal total. Sobre todo, lo que es denominado grasa parda, cuyas células poseen numerosas mitocondrias.

La grasa parda es significativa para la regulación térmica del feto, ya que las mitocondrias operan como la central eléctrica de las células

transformando la energía de las moléculas de grasa directamente en calor.

El cerebro y el cráneo continuarán creciendo hasta el nacimiento, a partir de la SE 37 se cae el lanugo y el vérnix caseoso, que hasta el momento resguardaba la piel del líquido amniótico.(32)

#### K) Semana 38 de gestación

El feto mide entre 49 y 51 centímetros y pesa entre 3.000 y 3.200 gramos. Con esto, ha conseguido su peso normal al nacer. El peso perinatal varía ampliamente hasta justo antes del parto, generalmente entre 2700 y 3800 gramos, generalmente un poco más alto en los hombres.

Los pulmones comienzan a producir cortisona, lo que les permite abrirse libremente con la primera respiración del feto. Después de dar a luz, la frecuencia respiratoria suele tardar varias horas en estabilizarse.(33)

#### L) Semana 39 de gestación

El feto mide aproximadamente 50 o 51 centímetros y pesa alrededor de 3250 gramos. Sus movimientos se perciben muy poco, porque no hay casi espacio en el útero. El neonato duerme casi todo el día.

Se forman las encías del feto, los orígenes de los dientes deciduos ya se formaron en el segundo trimestre y ahora se trazan sus contornos de forma más intensa. Los primeros dientes deciduos saldrán a partir del sexto mes de vida.

El líquido amniótico ya no es claro, se ha tornado blanco lechoso. Esto se debe al vérnix caseoso diluido en el líquido y las células muertas de la piel



del feto. Los días previos al nacimiento, la capa de piel superior se desprende y se reemplaza con nueva piel.

Para estar listo para el parto, el feto libera aún más hormonas. En el parto, su sistema endocrino generará más hormonas del estrés que en toda su vida posterior. Seguidamente del nacimiento, estas hormonas ayudan al recién nacido a iniciar sus funciones corporales sin la ayuda de la placenta.(34)

#### M) Semana 40 de gestación

El feto mide cerca de 51 centímetros y pesa alrededor de 3400 gramos. Con ello, ya alcanza su longitud y peso definitivos para el parto. Estos datos son solo promedios, ya que cada uno tiene su propio ritmo de crecimiento.

El feto ya posee todos los recursos que necesita para el parto y el primer periodo, después sus reservas de grasa crecieron cerca del 15% de su peso corporal en las últimas semanas. En la SE 40, el hígado acumula fuerzas que convertirá en glucosa después del parto. Además, el cuerpo ha creado ahora reservas de líquidos. Con este equipamiento, el neonato podrá sobrevivir sin problemas los primeros días de vida.

El suministro de leche de la madre se produce entre dos y cuatro días después del parto. Hasta entonces, además de las propias reservas del neonato, este tiene a su disposición como primera fuente de alimentación el calostro, que contiene muchos nutrientes y anticuerpos y que favorece la secreción del meconio.(35)

#### N) Semana 41 y 42 de gestación

Al comienzo de la SE 41, el feto está listo para la vida fuera del útero y ya no se considera prematuro desde el final de la SE 36. El período restante en el útero se usará para el crecimiento continuo. Ahora mide unos 52 cm de largo y pesa entre 3600 y 3800 gr.(36)

#### O) Parto

El parto es el transporte del contenido del embarazo desde la cavidad uterina hacia el exterior del cuerpo de la madre.

El trabajo de parto se identifica por contracciones uterinas rítmicas y gradualmente intensas, que incluyen: dilatación cervical, expulsión del feto por la vagina y la vulva, expulsión de los apéndices fetales.

Las fibras musculares se contraen involuntariamente. Durante las contracciones uterinas, las fibras del músculo liso uterino se acortan y engrosan brevemente. Persiste cierto grado de retracción o acortamiento después de las contracciones uterinas porque las fibras miométricas no están completamente relajadas al final de la contracción.

El cuello uterino está formado por miofibrillas, tejido conectivo y colágeno. Con las contracciones, la pared del útero se engrosa y acorta gradualmente, lo que permite que las fibras del istmo y el cuello uterino se deslicen hacia arriba y hacia los lados, todo lo cual adelgaza y ensancha el área, formando el segmento inferior (la separación entre el cuerpo y el cuello uterino), esto hace que el cuello uterino desaparezca y se dilate.

La potencia y periodicidad de las contracciones aumentan gradualmente y ocurren rítmicamente.

Las contracciones uterinas se caracterizan por la regularidad dentro de un rango de frecuencias, acortando gradualmente los intervalos y aumentando la intensidad y la duración.(37)

✓ Periodo prodrómico (pródromo es inicio).

Durante el embarazo, un tapón mucoso o mucosidad separa el contenido del embarazo del mundo exterior. Si la madre no ha sido sondada previamente, esta mucosidad persiste y es durante este período de su descarga que significa que el cuello uterino se ha movilizado para comenzar a dilatarse. A veces se perdía antes por contacto vaginal. La descarga de los tapones de moco cervical puede ocurrir de diferentes formas, toda la descarga forma un molde en el conducto cervical o se diluye en el exudado vaginal, seguido de una mucosidad sanguinolenta, más o menos viscosa, que la mujer puede pasar desapercibida. En este punto, el cuello uterino madura, se mueve e incluso se acorta. Caracterizado por: disminución de la altura del útero, maduración del cuello uterino y el inicio de la actividad uterina regular.(38)

✓ Periodo de dilatación.

Comienza con el establecimiento de contracciones regulares y finaliza cuando el cuello uterino está completamente dilatado. La fuerza que actúa durante este tiempo son las contracciones uterinas. Este es el tiempo más largo del trabajo de parto y se divide en dos fases: el período latente y el período activo.(38)

✓ Periodo expulsivo.

Inicia con la dilatación completa y termina con el parto del feto. Para que el tiempo de lactancia transcurra sin problemas, el feto necesita hacer movimientos de adaptación a medida que pasa por el conducto y el canal óseo. El diámetro es muy importante.(38)

✓ Periodo de alumbramiento.

Comienza al final del parto fetal y termina con la expulsión de la placenta y las membranas del óvulo. Las fuerzas que actúan durante este tiempo son las contracciones uterinas y las compresiones abdominales de la mujer. La duración máxima es de 30 minutos. Hay dos períodos de desprendimiento, a saber, el desprendimiento de la placenta y el desprendimiento de la membrana fetal. A medida que nace el niño, el útero se vacía y se contrae para acomodar su contenido más pequeño. Disminuye drásticamente de tamaño y aumenta de grosor durante la expulsión de la placenta y las membranas. Su expulsión se produce a través de las contracciones uterinas en proceso de reducción de su tamaño por la presión que ejerce la pared uterina.(38)

El RN al nacer se realiza el apego piel a piel que consta de 45 minutos a 60 minutos seguidamente se seca con toallas al recién nacido para que no pierda calor y se realiza el corte del cordón umbilical de 3 a 5 minutos. Las intervenciones preventivas incluyen la aplicación de un elemento antimicrobiano en los ojos; eritromicina al 0,5%, tira de 1 cm de tetraciclina al 1%, para prevenir la oftalmía por gonococo y Chlamydia , y

la aplicación de vitamina K, 1 mg por vía IM, para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.(39)

#### P) Primera semana de vida de un RN

En algún momento, los recién nacidos desarrollan reflujo debido al aire ingerido durante la lactancia, que puede ir acompañado de una expansión parcial del contenido del estómago cuando se expulsa.

A medida que las hormonas maternas pasan a través de la placenta, los senos de un recién nacido generalmente crecen ligeramente 3 o 4 días después del nacimiento y, en algunos casos, incluso pueden producir unas gotas de leche. Esto ocurre en hombres y mujeres, pero desaparece una vez que el niño metaboliza estas hormonas.

También debido al paso de hormonas maternas, los recién nacidos experimentan flujo vaginal en los primeros días de vida y, en algunos casos, incluso menstruación entre el 3° y el 7° día de vida. Ningún hecho importa.

El cuero cabelludo desarrolla un tipo de descamación llamada "costra láctea" que desaparece cuando se aplica aceite o vaselina. Esta costra es más común en bebés que en recién nacidos.(40)

#### Q) Peso al nacer

Es aquel peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Un peso menor de 2700gr se considera riesgo y un peso de 2700 a 3000 es un peso adecuado.

Un bebé con bajo peso al nacer puede indicar que es (premature). Esto es causado por una variedad de razones, como complicaciones de salud de la madre, factores genéticos, problemas de placenta o el uso de drogas por la madre en la gestación.(41)

#### R) Corte de cordón umbilical

En la vida en el útero, el feto y los pulmones reciben el 8% del gasto cardíaco, mientras que la placenta recibe el 40%. En la segunda etapa del trabajo de parto, las contracciones del útero crean una presión de 80 mm de hemoglobina, lo que posibilita que la sangre fluya con éxito desde la placenta hasta el neonatos antes o en el parto, lo que permite una mejor perfusión de los pulmones y otros órganos, lo que incrementa el flujo sanguíneo al recién nacido. Pulmones, que facilitan el paso del líquido pulmonar fetal y el aire hacia los alvéolos. Al pinzar el cordón umbilical temprano. El exceso de sangre en la placenta no se transmite al recién nacido; por lo tanto, el flujo de sangre obligatorio para la perfusión pulmonar se retira de otros órganos, lo que provoca una hipoperfusión grave. Por otra parte, si el pinzamiento del cordón fue posterior, el hematocrito de los compartimentos fetoplacentarios (vena placentaria, vena arterial y vena umbilical) no mostró diferencias sustanciales de ningún tipo, superiores a las observadas en la madre. A pesar de los valores más altos de hematocrito y volumen de glóbulos rojos, los neonatos tenían viscosidades similares a las de las madres, probablemente debido a tasas más bajas de agregación celular a tasas de flujo bajas; también resultó en una relación con valores bajos de

fibrinógeno, así como en fetos Mayor actividad fibrinolítica observada en.(12)

S) Nivel de hemoglobina al nacer.

Es un estudio el cual mide el nivel de hemoglobina en sangre, los niveles normales de hemoglobina para neonatos a término a nivel del mar se estiman entre 13,5 y 18,5 g/dl, y estos valores varían según la altitud (msnm).(42)

## 2.2.2 Anemia

### 2.2.2.1. Definición

Es la reducción de la cantidad de hemoglobina en sangre a un valor menor al límite establecido por la OMS (límite 11 mg/dl) (OMS).(2)

Condición en la que la cantidad de glóbulos rojos, que circulan en la sangre no es suficiente para cubrir los requerimientos del cuerpo. En salud pública, se define como valor de hemoglobina que está 2 desviaciones estándar menores a la media para el sexo, la edad y la altitud.(18)

### 2.2.2.2. Fisiopatología:

Los mecanismos de adaptación a la deficiencia de hierro, se enfocan en suprimir la hormona hepática hepcidina y la hipoxia tisular que se desarrolla por la anemia. La producción de eritropoyetina (EPO) por el riñón. Incrementos en respuesta a niveles mejorados de factor  $2\alpha$  inducible por hipoxia (HIF- $2\alpha$ ). Como resultado de estimular la eritropoyetina, se incrementa la eritropoyesis y se producen glóbulos rojos microcíticos hipocrómicos debido a la baja disponibilidad de hierro. Los glóbulos rojos

senescentes son destruidos por los macrófagos, y su hierro es reciclado.(43)

#### 2.2.2.3 clasificaciones:

##### A) Anemia ferropénica

Sucede cuando el cuerpo no posee suficiente hierro. El hierro ayuda a generar glóbulos rojos. Este tipo es la manera de anemia más frecuente.

La deficiencia de hierro (FeP) implica una falta de depósitos de hierro sistémicos y tiene efectos potencialmente dañinos, especialmente en la infancia. Si esta condición empeora o persiste en el tiempo, se desarrolla anemia ferropénica (AFe) y tiene un mayor impacto clínico. La AFe es el padecimiento de la sangre más común en la infancia, es una anemia causada por la falta de Fe y la incapacidad de la función hematopoyética medular para sintetizar Hb.(44)

##### B) Anemia megaloblástica

Es una anemia en la que la médula ósea genera menos glóbulos rojos irregularmente grandes, ovalados (en lugar de redondos o en forma de disco) y el contenido interno (hemoglobina) está poco desarrollado. No sobreviven tanto tiempo como los glóbulos rojos normales. Existen variadas causas, como anomalías congénitas de la absorción, anomalías intestinales como la enfermedad celíaca, ciertos fármacos que interfieren con la absorción de vitaminas.

Los síntomas comunes incluyen:

- ✓ Piel pálida
- ✓ Irritación



- ✓ Ausencia de apetito
- ✓ Lengua lisa y dolorosa
- ✓ Complicaciones estomacales
- ✓ Rigidez u hormigueo en manos y pies
- ✓ Problema para caminar
- ✓ Debilidad muscular
- ✓ Agotamiento
- ✓ Latidos rápidos e irregulares
- ✓ Problema para respirar
- ✓ Vértigo o mareos

Los tratamientos típicos incluyen tratar la causa subyacente, suplementos de ácido fólico (vía oral de 2 a 3 meses) o vitamina B12 (inyección).(45)

### C) Anemia Hemolítica

Sucede cuando la médula ósea no produce suficientes glóbulos rojos para suplir los destruidos.

Posibles causas de la anemia hemolítica. Los glóbulos rojos se destruyen por estas razones:

- ✓ Un problema autoinmune en el que el sistema inmunitario erróneamente ve sus propios glóbulos rojos como extraños y los destruye.
- ✓ Anomalías genéticas en las células sanguíneas (p. ej., anemia de células falciformes, talasemia y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa).
- ✓ Exposición a químicos, drogas y toxinas.

- ✓ Infectar.
- ✓ Coágulos de sangre en vasos sanguíneos pequeños.
- ✓ transfusión de sangre de un donante que no coincide con su tipo de sangre.(46)

#### D) Anemia aplásica

Es una condición que sucede cuando el cuerpo deja de generar la cantidad necesaria de células sanguíneas nuevas. Esta condición lo cansa y aumenta su susceptibilidad a infecciones y sangrado incontrolable.

Es un trastorno raro y grave que se desarrolla a cualquier edad. Puede ocurrir de repente, o puede ocurrir lentamente y empeorar con el tiempo, y puede ser leve o grave.

El tratamiento puede incluir medicamentos, transfusiones de sangre o trasplantes de células madre o trasplantes de médula ósea. (47)

#### 2.2.2.4.-Cuadro clínico: síntomas y signos

- A) Síntomas generales: incremento del sueño, debilidad, falta de alimentos (pérdida de apetito), anorexia, irritación, disminución de la energía, fatiga, mareos, mareos, dolor de cabeza y trastornos del crecimiento. Bajo aumento de peso en bebés prematuros y pequeños.
- B) Alteraciones en piel y faneras: Piel y mucosas pálidas (signos principales), xerosis, alopecia, adelgazamiento del cabello y onicorrexis, planas (uñas planas) o recurvadas (coiloniquia).
- C) Síntomas cardiopulmonares Taquicardia, soplos y disnea de esfuerzo. Estas condiciones pueden ocurrir cuando el valor de hemoglobina es muy bajo (< 5 g/dl).
- D) Disfunción digestiva Estomatitis angular, estomatitis, glositis (superficie lisa, sensibilidad, dolor o hinchazón de la lengua, palidez o enrojecimiento).
- E) Alteraciones inmunológicas defectuosas en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos. Síntomas neurológicos alterados del desarrollo psicomotor, el aprendizaje y la atención.
- F) Cambios en la función de la memoria y respuestas adversas a los estímulos sensoriales. (16)

#### 2.2.2.5.- Diagnostico

##### A) Diagnóstico clínico

Realizado mediante de la anamnesis y el examen físico.

- ✓ Anamnesis: Valorar síntomas de anemia y utilizar una historia clínica de atención integral al niño.

✓ Examen físico: Considera los siguientes aspectos a evaluar:

- Observa el color de la piel de la palma.
- Busque membranas mucosas pálidas
- Compruebe si hay piel seca, especialmente en las muñecas y la parte posterior de los antebrazos.
- Comprobar alopecia.
- Observar la mucosa sublingual.
- Compruebe el color del lecho ungueal presionando sobre la uña.

(16)

#### B) Diagnóstico de laboratorio

Se determina el valor de hemoglobina o hematocrito. Las instituciones médicas calificadas pueden solicitar ferritina sérica.

Población	Con anemia según nivel de hemoglobina (g/dl)	Sin anemia según niveles de hemoglobina
-----------	--	---

Niños

Niños prematuros

1ª semana de vida	≤ 13.0	>13.0
-------------------	--------	-------

2ª semana de vida	≤ 10.0	>10.0
-------------------	--------	-------

3ª semana de vida	≤ 8.0	>8.0
-------------------	-------	------

Niños nacidos a termino

< de 2 meses	< 13.5	13.5 – 18.5	
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5	9.5 – 13.5	
	severa	Moderada	Leve
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 – ≥11.0 10.9
Niños de 5 a 11 años de edad	<8.0	8.0 – 10.9	11.0 – ≥11.5 11.4

### C) Exámenes Auxiliares

Se pueden solicitar las siguientes pruebas al evaluar la causa de la anemia:

- ✓ Examen parasitológico en heces seriadas.
- ✓ Frotis gruesos de residentes o en áreas endémicas de malaria.
- ✓ Si se sospecha carroña, se deben realizar cultivos y frotis de sangre periférica siempre que sea posible.
- ✓ Se realizarán otras pruebas de especialidad según el nivel de atención y poder resolutivo del centro sanitario, tales como: morfología de glóbulos rojos y conteo de glóbulos rojos. (16)

#### 2.2.2.6- Prevención y tratamiento

Se realiza de acuerdo a los medicamentos considerados en el plan establecido. El contenido de hierro elemental se considerará por fármaco.

El diagnóstico se fundamenta en la edad, el género y la condición física.

Sobre la entrega de suplementos de hierro:

- ✓ Para los niños, ya sea la suplementación terapéutica o preventiva, la entrega de suplementos de hierro y las prescripciones correspondientes se realizarán por personal médico o sanitario capacitado que brinde atención integral a los niños.

Presentación	Producto	Contenido de hierro elemental
Gotas	Gotas sulfato ferroso	1 gota = 1.25 mg hierro elemental
	Complejo polimaltosado Férrico	1 gota = 2.25 mg hierro elemental
Jarabe	Sulfato ferroso	1ml = 3 mg de hierro elemental
	Complejo polimaltosado Férrico	1ml = 10 mg de hierro elemental
Tabletas	Sulfato ferroso	60mg de hierro elemental
	Polimaltosado	100mg de hierro elemental
Polvo	Micronutrientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hierro (12.25 mg hierro elemental)</li> <li>- Zinc(5mg)</li> <li>- Ácido fólico (160 mg)</li> <li>- Vit. A (300 ug retinol equivalente)</li> <li>- Vit. C (30mg). (16)</li> </ul>

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

- ✓ Se debe tomar una vez al día según la edad y el estado del paciente.
- ✓ Se realiza durante 6 meses consecutivos.
- ✓ En el tratamiento, la hemoglobina debería aumentar entre el diagnóstico y el primer control. En caso contrario, y a pesar de un cumplimiento superior al 75%, derivar al paciente a un centro con mayor resolución, donde un experto establecerá las pruebas auxiliares a realizar.
- ✓ Una vez que el valor de hemoglobina haya alcanzado el rango "normal", y según las instrucciones, el paciente será derivado al país de origen para continuar con el tratamiento.

Sobre consumir suplementos de hierro (prevención o tratamiento):

- ✓ Los suplementos de hierro se tomaron una vez al día.
- ✓ En caso de reacciones adversas, se recomienda dividir la dosis en 2 tomas según criterio del médico tratante o personal de salud.
- ✓ Para administrar suplementos de hierro, se recomienda tomarlo después de las comidas, preferiblemente 1 o 2 horas posteriormente a las comidas.
- ✓ Si hay estreñimiento, el paciente debe comer más frutas, verduras y otros alimentos, y beber más agua. (16)

## 2.3. Marco conceptual

### 2.3.1 Características Materno-Perinatales

Son aquellos periodos que transcurre la mujer embarazada (materno) y posteriormente el neonato (perinatal) los cuales pasan por un proceso fisiológico que comprende el tiempo desde la semana 28 de gestación hasta el día 7 de vida fuera del útero. Durante este tiempo ocurrirá el momento desprendido del parto. (6)

### 2.3.2. Edad gestacional

Período de tiempo entre la concepción y el parto. Durante este tiempo, el feto crece y evoluciona en el útero de la madre. La edad gestacional se mide en semanas, desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual.(19)

### 2.3.3. Periodo intergenésico

Se considera período intergenésico el tiempo comprendido entre la fecha del último evento obstétrico y el comienzo del próximo embarazo. (20)

### 2.3.4. Número de Paridad

Es el cantidad embarazos, incluyendo abortos. (21)

### 2.3.5. Nivel de hemoglobina materna

El nivel de hemoglobina de una madre es un análisis el cual mide la cantidad de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que se halla en los glóbulos rojos que traslada oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo y dióxido de carbono desde los órganos y tejidos a los pulmones. El cual tiene un



parámetro y por debajo de los valores normales ya es considerado una patología la anemia.(22)

#### 2.3.6. Peso al nacer

El peso del neonato al nacer es aquel peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Un peso menor de 2700gr se considera riesgo y un peso de 2700 a 3000 es un peso adecuado.(41)

#### 2.3.7. Corte de cordón umbilical

Sujeción del cordón entre el pulgar y el dedo índice desde la porción en la que se cortó, mientras que se empuja la sangre paulatinamente hacia el abdomen del bebé. Ordeñar entre 3 y 4 veces el cordón umbilical supone el paso de cerca de 30-40 ml de sangre adicional.(48)

#### 2.3.8. Nivel de hemoglobina al nacer.

Prueba que mide niveles de Hb en la sangre. Los valores normales de hemoglobina para recién nacidos a término a nivel del mar se estiman en 13,5 a 18,5 g/dl, estos valores varían según la altura (msnm).(42)

#### 2.3.9. Primípara

Mujer que se encuentra en su primer parto.(49)

#### 2.3.10. Multípara

Mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que es multípara cuando tiene más de cinco partos.(50)

### 2.3.11. Gran múltipara

El período menstrual se refiere a una mujer que ha superado su período reproductivo máximo; una edad de enfermedades circulatorias, metabólicas, degenerativas que aumentan las complicaciones del embarazo y el parto.(51)

### 2.3.12. Anemia

Reducción de la cantidad de hemoglobina en sangre a un valor menor al límite establecido por la OMS (el límite de 11 mg/dl).(2)

La Anemia se produce comúnmente por problemas alimenticios.(52)

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis General

Las características Materno-perinatales influyen significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

##### 3.1.2. Hipótesis específicas

H<sub>1</sub>. La edad materna mayor de 35 años influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>2</sub>. La edad gestacional menor de 36 semanas influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>3</sub>. El periodo intergenésico menor de 18 meses influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>4</sub>. El número de paridad en gran múltipara influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>5</sub>. El nivel de hemoglobina materna menor de 11 mg/dl influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>6</sub>. El peso al nacer menor a 2700 gr influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>7</sub>. El corte del cordón umbilical precoz influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

H<sub>8</sub>. El nivel de hemoglobina al nacer menor o igual a 13mg/dl influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021

### 3.2. Método

El trabajo es descriptivo correlacional ya que se analizará la asociación de la variable independiente que viene a ser las características Materno-Perinatales con la variable dependiente denominada Anemia.

### 3.3. Tipo

El trabajo es con enfoque o ruta cuantitativa por consiguiente hipotético deductivo, correlacional.

### 3.4. Nivel o alcance

El nivel es correlacional.

### 3.5. Diseño

Será de tipo no experimental, ya que no se manipularán las variables en forma deliberada, se describirá y analizará el comportamiento de las variables.

### 3.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENCIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	ESC. MEDICION
Variable Independiente:	Son aquellos periodos en el cual la mujer embarazada como el feto y posteriormente el neonato pasan por un proceso fisiológico el cual consta de un tiempo que va de la semana 28 de gestación al séptimo día de vida fuera del útero materno. (6)	✓ Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 18 años</li> <li>• De 18 a 35 años</li> <li>• &gt; de 35 años</li> </ul>	Razón
Características Materno-Perinatales.		✓ Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 36 semanas</li> <li>• De 37 a 40 semanas</li> <li>• &gt; de 40 semanas</li> </ul>	Razón
		✓ Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 18 meses</li> <li>• &gt; de 18 meses</li> </ul>	
		✓ El número de paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> <li>• Gran multípara</li> </ul>	Nominal
		✓ Nivel de hemoglobina materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 11 mg/dl</li> <li>• &gt; 11 mg/dl</li> </ul>	Razón

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; a 2700gr.</li> <li>• De 2700gr. a 3500gr.</li> <li>• &gt; a 3500gr.</li> </ul>	Razón
	✓ Peso al nacer		
	✓ Tiempo de Corte de cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 3 minutos</li> <li>• 3-5 minutos</li> <li>• &gt; de 5 minutos</li> </ul>	Razón
	✓ Nivel de hemoglobina al nacer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ a 13 mg/dl</li> <li>• De 14 a 22 mg/dl</li> <li>• ≥ 23mg/dl</li> </ul>	
Variable Dependiente: Anemia	Anemia. -Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina. (18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anemia leve: 10.0 – a 10.9 mg/dl</li> <li>• anemia moderada: 7.0 – 9.9 mg/dl</li> <li>• anemia severa: &lt; a 7.0 mg/dl</li> </ul>	

### 3.7. Población, muestra y muestreo

#### 3.7.1. La población

Estará conformada por 130 infantes de 6 a 12 meses de edad que asistieron a sus atenciones a los establecimientos de salud Pueblo Joven con 80 niños de muestra y Tamburco con 50 niños.

### 3.7.2. Muestra

Fue el 100% de la población por lo que estará considerada como censo, observando que el tamaño de población es pequeño.

### 3.7.3. Tipo de muestra

Será no probabilística, ya que se considerará el 100% de la población.

### 3.7.4. Muestreo

Será un muestreo de tipo censo por considerarse el 100% de población.

## 3.8. Técnica e instrumentos

### 3.8.1.- Técnicas:

Se empleará la observación.

### 3.8.2.- Instrumento:

La herramienta de recolección de datos que se utilizará serán tablas de observación construidas a partir de la operacionalización de variables.

## 3.9. Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se aportará autorización por escrito de los responsables de los dos establecimientos de salud donde se realizará el trabajo, la misma que permitirá acceder a las historias clínicas de cada integrante de la muestra.

## 3.10. Procedimiento Estadístico

Los datos obtenidos con los instrumentos serán procesados, se realizará en el programa informático SPSS versión 25, Word, Excel que estará ilustrado en tablas, cuyo resultado se analizará y discutirá, luego se contrastarán las hipótesis y por último se obtendrán las conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados

TABLA Nº 01

	C.S PUEBLO JOVEN	C.S TAMBURCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA LEVE	27	15	50	38.5%
ANEMIA MODERADA	53	34	79	60.8 %
ANEMIA SEVERA	0	1	1	0.7%
TOTAL			130	100.0 %
EDAD MATERNA	Menor de 18 años		24	18.5%
	De 18 a 35 años		67	51.1%
	Mayor de 35 años		39	30.0%
TOTAL			130	100%
EDAD GESTACIONAL	< de 36 semanas		29	22.3%
	De 37 a 40 semanas		90	69.2%
	> de 40 semanas		11	8.5%
TOTAL			130	100%
PERIODO INTERGENESICO	< a 18 meses		26	20%
	>a 18 meses		104	80%
TOTAL			130	100%
NUMERO DE PARIDAD	Primípara		33	25.4%
	Múltipara		77	59.2%
	Gran múltipara		20	15.4%
TOTAL			130	100%
NIVEL DE HEMOGLOBINA MATERNA	< de 11 mg/dl		56	43.1%
	>de 11 mg/dl		74	56.9%



TOTAL			130	100%
PESO NACER	AL	< a 2700 gr	44	33.8%
		De 2700gr a 3000gr	81	62.3%
		>a 3500	5	3.8%
TOTAL			130	100%
TIEMPO CORTE CORDON UMBILICAL	DE DE	< de 3 min	43	33.1%
		De 3 a 5 min	84	64.6%
		>a 5 min	3	2.3%
TOTAL			130	100%
NIVEL HEMOGLOBINA AL NACER	DE	< o igual a 13 mg/dl	50	38.5%
		De 14 a 22 mg/dl	78	60.0%
		>a 23 mg/dl	2	1.5%
TOTAL			130	100%

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.Cl de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 01 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 60.8% presentan Anemia moderada, el 38.5% muestran Anemia leve, y el 0.7% presentan Anemia severa.

Se demuestra que la mayoría de los infantes tienen Anemia moderada, en porcentaje considerable tienen Anemia leve y en un porcentaje menor Anemia severa.

Por otro lado, cada una de las dimensiones mencionadas en la tabla N°1 están interpretadas líneas abajo.

TABLA N° 02

Influencia de la Edad materna en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

Edad Materna			Anemia			Total
			Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Menor de 18 años	Recuento		6	18	0	24
	% dentro de Anemia		12,0%	22,8%	0,0%	18,5%
De 18 a 35 años	Recuento		32	34	1	67
	% dentro de Anemia		64,0%	43,0%	100,0%	51,5%
Mayor de 35 años	Recuento		12	27	0	39
	% dentro de Anemia		24,0%	34,2%	0,0%	30,0%
Total	Recuento		50	79	1	130
	% dentro de Anemia		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.CI de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 02 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 51.5% tienen madres entre los 18 a 35 años de edad, de los cuales el 64.0% (32) presentan Anemia leve, el 43.0% (34) presentan Anemia moderada y el 100% (1) presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 30.0% del total de (130) de los infantes en estudio tienen madres mayor de 35 años, de los cuales un 34.2%(27) presenta Anemia moderada, el 24.0%(12) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 18.5 % del total de (130) de los infantes en estudio tienen madres menor de 18 años, de los cuales un 22.8%(18) presenta

Anemia moderada, el 12.0%(6) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa

TABLA N° 03

Influencia de la edad gestacional en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

Edad Gestacional			Anemia			Total
			Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
< de 36 semanas	Recuento	4	24	1	29	
	% dentro de Anemia	8,0%	30,4%	100,0%	22,3%	
de 37 a 40 semanas	Recuento	42	48	0	90	
	% dentro de Anemia	84,0%	60,8%	0,0%	69,2%	
> 40 semanas	Recuento	4	7	0	11	
	% dentro de Anemia	8,0%	8,9%	0,0%	8,5%	
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.CI de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 03 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 69.2% tienen madres con edad gestacional que fluctúan entre 37 a 40 semanas, de los cuales el 84.0% (42) presentan Anemia leve, el 60.8% (48) presentan Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 22.3% del total de (130) de los infantes en estudio tienen madres con edad gestacional menor de 36 semanas, de los cuales un 30.4%(24) presenta Anemia moderada, y el 8.0%(4) presenta Anemia leve y el 100%(1) presenta Anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 8.5 % del total de (130) de los infantes en estudio tienen madres con edad gestacional mayor de 40 semanas, de los cuales un 8.9%(7) presenta Anemia moderada, el 8.0%(4) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa

TABLA N° 04

Influye el periodo intergenésico en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

				Anemia			Total
				Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Periodo Inter-genésico	< de 18 meses	Recuento		8	18	0	26
		% dentro de Anemia	de	16,0%	22,8%	0,0%	20,0%
	> de 18 meses	Recuento		42	61	1	104
		% dentro de Anemia	de	84,0%	77,2%	100,0%	80,0%
Total		Recuento		50	79	1	130
		% dentro de Anemia	de	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.CI de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 04 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 80.0% tienen madres con un periodo intergenésico mayor de 18 meses, de los cuales un

84.0%(42) presenta Anemia leve, el 77.2 %(61) presenta Anemia moderada y el 100%(1) presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 20.0% del total de (130) de los infantes en estudio tienen madres con un periodo intergenésico menor de 18 meses, de los cuales un 22.8%(18) presenta Anemia moderada, el 16.0%(8) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa.

TABLA N° 05

Influye el número de paridad en Anemia de niños de 6 a 12 meses

Número de Paridad		Recuento	Anemia			Total
			Anemia leve < a 10.9 mg/dl	Anemia moderada a 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Primípara	Recuento	9	23	1	33	
	% dentro de Anemia	18,0%	29,1%	100,0%	25,4 %	
Multípara	Recuento	39	38	0	77	
	% dentro de Anemia	78,0%	48,1%	0,0%	59,2 %	
Gran Multípara	Recuento	2	18	0	20	
	% dentro de Anemia	4,0%	22,8%	0,0%	15,4 %	
Total		Recuento	50	79	1	130

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.Cl de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 05 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 59.2% tienen madres multíparas, de los cuales el 78.0% (39) presentan Anemia leve, el 48.1% (38) presentan Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 25.4% del total de (130) de los infantes en estudio con madres primíparas, de los cuales un 29.1%(23) presenta Anemia moderada, y el 18.0%(9) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta Anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 15.4% del total de (130) de los infantes en estudio con madres gran múltiparas, de los cuales un 22.8%(18) presenta Anemia moderada, el 4.0%(2) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa

TABLA N° 06

Influye el nivel de hemoglobina materna en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

			Anemia			Total
			Anemia leve < a 10.0 mg/dl	Anemia moderada 10.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Nivel de Hemoglobina Materna	< de 11 mg/dl	Recuento	17	38	1	56
		% dentro de Anemia	34,0%	48,1%	100,0%	43,1%
	> de 11 mg/dl	Recuento	33	41	0	74
		% dentro de Anemia	66,0%	51,9%	0,0%	56,9%
Total		Recuento	50	79	1	130
		% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.Cl de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 06 se observa que del total (130) infantes en estudio el 56.9% tienen madres con nivel de hemoglobina mayor de 11 mg/dl, de los cuales el

66.0% (33) presentan Anemia leve, el 51.9%(41) presentan Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 43.1% del total de (130) de los infantes en estudio con madres con nivel de hemoglobina menor de 11 mg/d, de los cuales un 28.1%(38) presenta Anemia moderada, el 34.0%(17) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta Anemia severa.

TABLA N° 07

Influye el peso al nacer en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

			Anemia			Total
			Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Peso al Nacer	< a 2700 gr	Recuento	10	33	1	44
		% dentro de Anemia	20,0%	41,8%	100,0%	33,8 %
	de 2700 gr a 3000 gr	Recuento	39	42	0	81
		% dentro de Anemia	78,0%	53,2%	0,0%	62,3 %
	> a 3500 gr	Recuento	1	4	0	5
		% dentro de Anemia	2,0%	5,1%	0,0%	3,8%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.Cl de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 07 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 62.3% tuvieron un peso al nacer que fluctúan entre los 2700gr a 3000gr, de los cuales el 78.0% (39) presentan Anemia leve, el 53.2%(42) presentan Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 33.8% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron un peso al nacer menor de 2700gr, de los cuales un 41.8%(33) presenta Anemia moderada, el 20.0%(10) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 3.8% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron peso al nacer mayor a 3500gr, de los cuales un 5.1%(18) presenta Anemia moderada, el 2.0%(1) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa

TABLA N° 08

Influye el corto del cordón umbilical en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

		Anemia			Total	
			Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Tiempo de corte del Cordón Umbilical	< de 3 min	Recuento	14	29	0	43
		% dentro de Anemia	28,0%	36,7%	0,0%	33,1 %
	de 3 a 5 min	Recuento	36	47	1	84
		% dentro de Anemia	72,0%	59,5%	100,0 %	64,6 %
	> a 5 min	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de	0,0%	3,8%	0,0%	2,3



	Anemia				%
Total	Recuento	50	79	1	130
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.CI de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 08 se aprecia que del total (130) infantes en estudio el 64.6% tuvieron el tiempo de corte del cordón umbilical entre 3 a 5 minutos, de los cuales el 72.0% (36) presentan Anemia leve, el 59.5%(47) presentan Anemia moderada y el 100%(1) presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 33.1% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron el tiempo de corte del cordón umbilical menor de 3 minutos, de los cuales un 36.7%(29) presenta Anemia moderada, el 28.0%(14) presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 2.3% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron el tiempo de corte del cordón umbilical mayor a 5 minutos, de los cuales un 3.8%(3) presenta Anemia moderada, el 0% presenta Anemia leve y el 0% presenta Anemia severa.

TABLA N° 09

Influye el nivel de hemoglobina al nacer en Anemia de niños de 6 a 12 meses de edad

Nivel de Hemoglobina al Nacer	menor o igual a 13 mg/dl	Recuento	Anemia			Total
			Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < 7.0 mg/dl	
menor o igual a 13 mg/dl		12	37	1	50	
	% dentro de Anemia	24,0%	46,8%	100,0%	38,5%	
de 14 a 22 mg/dl		37	41	0	78	
	% dentro de Anemia	74,0%	51,9%	0,0%	60,0%	
> a 23 mg/dl		1	1	0	2	
	% dentro de Anemia	2,0%	1,3%	0,0%	1,5%	
Total		50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de observación llenada de las H.Cl de los infantes de 6 a 12 meses de edad en los C.S. Pueblo Joven y Tamburco.

En la tabla N° 09 se aprecia que del total (130) de los infantes en estudio el 60.0% tuvieron un nivel de hemoglobina al nacer de 14 a 22 mg/dl, de los cuales el 74.0% (37) presentan Anemia leve, el 51.9%(41) presentan Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

Así mismo se observa que del 38.5% del total de (130) de los infantes en estudio que tuvieron un nivel de hemoglobina al nacer menor o igual a 13mg/dl, de los cuales un 46.8%(37) presenta Anemia moderada, el 24.0%(12) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta Anemia severa.

Por otro lado, se observa que del 1.5% del total de (130) de los infantes en estudio que tuvieron un nivel de hemoglobina al nacer mayor a 23mg/dl, de los cuales un 2.0%(1) presenta Anemia leve, el 1.3%(1) presenta Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa.

#### 4.2 Discusión de resultados

Zambrano, Velázquez; entre sus resultado hallaron que la Anemia en un 84,7% y los elementos que se relacionaron como la edad materna, edad gestacional y multiparidad.(14)

En este estudio se halló que el 51.5% de total (130) de los infantes en estudio tienen madres entre los 18 a 35 años de edad, de los cuales el 64.0 % muestran Anemia leve, el 43.0% presentan Anemia moderada; como se puede deducir ambos resultados coinciden parcialmente, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Gongora-Avila en sus estudios encontró que se aportará autorización por escrito de los responsables de los dos establecimientos de salud donde se realizará el estudio, la misma que permitirá acceder a las historias clínicas de cada integrante de la muestra.(15)

En nuestros resultados se aprecia que el 69.2% de total (130) de los infantes en estudio tienen madres con edad gestacional que fluctúan entre 37 a 40 semanas, de los cuales el 84.0% (42) presentan Anemia leve, el 60.8%(48) presentan Anemia moderada, como se puede apreciar ambos resultados tienen una

similitud, que demuestran que en ambos casos existe un porcentaje alto de Anemia.

Paredes I, et al; encontró en sus resultados que los indicadores influyentes de Anemia en pacientes menores de un año que acudieron al “Hospital Hipólito Unánue” son: antecedentes de gestaciones, periodo intergenésico entre los 18 a 25 meses. (13)

En nuestro estudio se aprecia que el 80.0% de total (130) de los infantes en estudio tienen madres con un periodo intergenésico mayor de 18 meses, de los cuales un 84.0%(42) presenta Anemia leve, el 77.2 %(61) presenta Anemia moderada y el 100%(1) presenta Anemia severa, como se puede deducir ambos resultados coinciden parcialmente, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Vera L, entre sus resultados se observó que en las mujeres consideradas multíparas y gran multíparas (dos o más embarazos) se halló mayor repetición de Anemia ferropénica ( $p < 0.05$ ). (9)

El resultado obtenido en este estudio se aprecia que el 59.2% de total (130) de los infantes en estudio tienen madres multíparas, de los cuales el 78.0% (39) presentan Anemia leve, el 48.1% (38) muestran Anemia moderada y el 0% presenta Anemia severa, como se puede deducir ambos resultados coinciden, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Gedefaw L, obtuvieron que el 39,9% de gestantes mostraba anemia, de los cuales el 30,3% mostró anemia leve, 60% moderada y el 9,6% severa, cuyo porcentaje fue del 48%; la multiparidad y el 52% fue por un periodo intergenésico corto. (8)

En este estudio se observa que el 43.1% del total de (130) de los infantes en estudio con madres con nivel de hemoglobina menor de 11 mg/d, de los cuales un 28.1% (38) presenta Anemia moderada, el 34.0% (17) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta Anemia severa, como se puede deducir ambos resultados coinciden, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Méndez; Establecieron que la principal causa de bajo peso al nacer fue la anemia ferropénica (9,79%) en puérperas con hemoglobina por debajo de 11 g/dl, y concluyeron que la anemia ferropénica materna afecta el peso neonatal. (7)

Aguinzaca K; Finiquitó que hay un vínculo entre anemia en el embarazo con el parto pretérmino. (10)

Rebollar, et al, El estudio encontró que los elementos de riesgo más frecuentes fueron antecedentes de bajo peso al nacer, anemia materna, maternidad múltipara, bajo peso al nacer en el 100% de los casos y al menos un factor de riesgo. (11)

Miranda, Concluyó que las madres con Anemia fue un factor para la presencia de bajo peso al nacer en el 85% de gestantes y no fue un condicionante en un 15%. Los resultados obtenidos en este estudio donde el 33.8%(1859) de recién nacidos con bajo peso al nacer menor de 2700gr presentan Anemia. (7)

Resultados similares se observa en este estudio donde el 33.8% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron un peso al nacer menor de 2700gr, de los cuales un 41.8% (33) presenta Anemia moderada, el 20.0% (10) presenta Anemia leve y el 100% (1) presenta Anemia severa, como se puede deducir ambos

resultados coinciden, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Rodríguez N, concluyeron que el pinzamiento tardío mayor de 3 minutos del cordón beneficia al neonato, brindándole aporte adicional de hierro y mejora el estado hematológico del neonato. (12)

Paulino, Concluyo que los niños que presentan anemia tuvieron un pinzamiento menor de 3 minutos del cordón umbilical en un mayor porcentaje. (12)

Los resultados de este estudio se observan que el 33.1% del total de (130) de los infantes en estudio tuvieron el tiempo de corte del cordón umbilical menor de 3 minutos, de los cuales un 36.7%(29) presenta Anemia moderada, el 28.0%(14) presenta Anemia leve, como se puede deducir ambos resultados coinciden, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

Velásquez D, concluyo que existe una concentración mayor (17.97 mg/dl) en recién nacidos que se les efectuó la técnica del clampaje tardío. (12)

Los resultados fueron que el 38.5% presentan Anemia leve moderada y severa cuando el nivel de hemoglobina al nacer fue menor o igual a 13 mg/dl.

En este estudio se halló que del 38.5% del total de (130) de los infantes en estudio que tuvieron un nivel de hemoglobina al nacer menor o igual a 13mg/dl, de los cuales un 46.8%(37) presenta Anemia moderada, el 24.0%(12) presenta Anemia leve, y el 100% (1) presenta Anemia severa, como se puede deducir ambos resultados coinciden, ya que en ambos casos se demuestra que existe un alto porcentaje de algún tipo de Anemia.

### 4.3 Prueba de hipótesis

#### TABLA N° 2

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher podemos encontrar un valor de significancia exacta bilateral mayor a 0.05 (0.105), razón por la que se acepta la hipótesis nula.

#### TABLA N° 3

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher obtenemos un valor de significancia exacta bilateral menor a 0.05 (0.004), razón por la que se acepta la hipótesis.

#### TABLA N°4

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher podemos encontrar un valor de significancia exacta bilateral mayor a 0.05 (0.503), razón por la que se acepta la hipótesis nula.

#### TABLA N° 5

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher obtenemos una significación exacta bilateral menor a 0.05 (0.001), razón por la que se acepta la hipótesis.

#### TABLA N° 6

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher podemos encontrar un valor de significancia exacta bilateral mayor a 0.05 (0.101), razón por la que se acepta la hipótesis nula.

#### TABLA N°7

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher obtenemos una significación exacta bilateral menor a 0.05 (0.014), razón por la que se acepta la hipótesis.

#### TABLA N°8

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher podemos encontrar un valor de significancia exacta bilateral mayor a 0.05 (0.101), razón por la que se acepta la hipótesis nula.

#### TABLA N° 9

A la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de la prueba exacta de Fisher obtenemos una significación exacta bilateral menor a 0.05 (0.020), razón por la que se acepta la hipótesis.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** En la población de estudio, se encontró que la anemia moderada es más prevalente, instintivamente de las características Materno-Perinatales.
- SEGUNDA:** En cuanto a la edad materna y Anemia, el resultado de la prueba exacta de Fisher es de 0.105, concluyendo que no existe asociación significativa entre la edad materna y Anemia.
- TERCERA:** En cuanto a la edad gestacional y Anemia, a la demostración estadística con la prueba exacta de Fisher, el valor de significancia es de 0.004, concluyendo que existe una asociación moderada positiva entre edad gestacional y Anemia.
- CUARTA:** En cuanto al periodo intergenésico y Anemia, el resultado de la prueba exacta de Fisher es de 0.503, razón por la que se concluye que no existe asociación significativa entre el periodo intergenésico y Anemia.
- QUINTA:** En cuanto al número de paridad y Anemia, a la comprobación estadística con la prueba exacta de Fisher, el valor de significancia es de 0.001, concluyendo que existe una asociación moderada positiva entre número de paridad y Anemia por ende se acepta la hipótesis.

**SEXTA:** En cuanto a la hemoglobina materna y Anemia, el resultado de la prueba exacta de Fisher es de 0.101, razón por la que se concluye que no existe asociación entre la hemoglobina materna y Anemia.

**SETIMA:** En cuanto al peso al nacer y Anemia, a la comprobación estadística con la prueba exacta de Fisher, el valor de significancia es de 0.014, concluyendo que existe una asociación positiva débil entre peso al nacer y Anemia, por ende, se acepta la hipótesis.

**OCTAVA:** En cuanto al tiempo de corte del cordón umbilical y la Anemia, el resultado de la prueba exacta de Fisher es de 0.101, razón por la que se concluye que no existe asociación en el tiempo de corte de cordón umbilical y Anemia.

**NOVENA:** En cuanto a la hemoglobina al nacer y la Anemia, a la comprobación estadística con la prueba exacta de Fisher es de 0.020, concluyendo que existe una asociación positiva débil con tendencia a moderada entre peso al nacer y Anemia, por ende, se acepta la hipótesis.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A los establecimientos de salud promover educación y concientización de las consecuencias que trae la Anemia a todos los padres de familia con respeto y empatía.
- SEGUNDA:** A la población en edad fértil poner en práctica la educación impartida por el profesional de enfermería, obstetricia en temas de métodos anticonceptivos y edad apropiada para tener hijos.
- TERCERA:** A los profesionales de obstetricia enfatizar sus enseñanzas en las madres gestantes en cuanto a los riesgos y signos de alarma que se puedan presentar y de esta manera evitar los partos prematuros.
- CUARTA:** Al profesional de obstetricia y promotores de distintos programas sociales que brinden conocimientos a los padres de familia sobre la importancia del intervalo de tiempo del ultimo evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, la cantidad de hijos que es apropiado concebir tanto para salud física de la mujer como para el nivel socioeconómico de la familia.
- QUINTA:** A los profesionales del área de prevención y promoción de la salud debe realizar eventos educativos para informar a la población en forma dinámica sobre las consecuencias de tener

numerosos hijos, tanto físicas para la mujer como futuras repercusiones en el recién nacido.

**SEXTA:** A los profesionales de obstetricia enfatizan la alimentación en la etapa gestacional y los suplementos que esta debe de ingerir para evitar la anemia materna y complicación en el recién nacido.

**SETIMA:** A los programas sociales que imparten alimentos enfatizar en las mujeres gestantes, cubrir parcialmente las necesidades de alimentación proteica y que las gestantes deben de consumir para evitar el bajo peso al nacer del recién nacido, para evitar futuras complicaciones como es la anemia.

**OCTAVA:** A los profesionales de enfermería, debe realizar el procedimiento adecuado en la atención del RN, el clampaje del cordón umbilical debe de ser tardío según las normas establecidas por el ministerio de salud en todos los neonatos.

**NOVENA:** A los profesionales de salud del área de neonatología debe realizar una toma adecuada de los niveles de hemoglobina al nacer caso en que el nivel de hemoglobina sea por debajo de los parámetros normales iniciar con la suplementación de hierro de manera oportuna.

## BIOBLOGRAFIA

1. Auerbach M, Adamson JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. *Am J Hematol.* 2016 Jan;91(1):31–8.
2. Anemia - Organización Mundial de la Salud - OMS
3. PERÚ NEC. La anemia no olvida: así afecta al cerebro de un niño | Juntos contra la anemia | PERU | EL COMERCIO PERÚ.
4. Anemia: un problema de salud publica – Foco Económico.
5. Zavaleta N. Childhood anemia: Challenges and opportunities for 2021. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017 Oct;34(4):588–9.
6. Periodos perinatal y neonatal del bebé | Natalben.
7. por P, Lizbetyt Angheline Gregoria Yabar Sandoval B. UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.
8. L G, A A, Y A, A M. Anemia and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care Clinic in Wolayita Sodo Town, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2015 Apr;25(2):155–62.
9. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA.
10. Jessica Bustamante Castrejón R. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA TESIS

COMPLICACIONES MATERNO FETALES Y GRADO DE ANEMIA EN GESTANTES OBSTETRA PRESENTADO POR LA BACHILLER. 2017;

11. Moscoso C, Goicochea Segundo Octavio JURADOS Zelada Gonzales D, Mena Ochara A, Raúl Barboza Cieza V, Lopez Gabriel R. "FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA MATERNA Y BAJO PESO AL NACER Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano AUTOR(A) ASESOR(A). 2019;
12. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD RESIDENTADO MEDICO.
13. FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN.
14. Profesional Enfermería E DE, Bach Zambrano Guevara Ingrid Vanessa Asesor Velásquez Caro Juan Miguel A. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA EN NIÑOS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA. 2019.
15. Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños menores de un año | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. [cited 2022 Mar 24].
16. El desarrollo de la Enfermería materno Perinatal - Diario Dicen.
17. Third Trimester.
18. Niños EN, Gestantes M, Puérperas Y. NORMA TÉCNICA-MANEJO

## TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA.

19. Edad gestacional: MedlinePlus enciclopedia médica.
20. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R, Zavala-García A, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(1):52–61.
21. DICCIONARIO DEL EMBARAZO: TERCERA ENTREGA - una mami que se mima.
22. Análisis de hemoglobina - Mayo Clinic.
23. 28ª semana de gestación » Bebé, peso y altura en la semana 28- Revista Bebes y más- 2022.
24. 29ª semana de gestación » Bebé, peso y altura en la semana 29- Revista Bebes y más- 2022.
25. 30ª semana de gestación » Bebé, peso y altura en la semana 30- Revista Bebes y más- 2022.
26. 31ª semana de embarazo »Bebé, estatura y peso en la semana 31- Revista Bebes y más- 2022.
27. 32ª semana de embarazo »Bebé, estatura y peso en la semana 32- Revista Bebes y más- 2022.
28. 33ª semana de embarazo »Bebé, estatura y peso en la semana 33- Revista Bebes y más- 2022.
29. 34ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 34- Revista Bebes y más- 2022.

30. 35ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 35-  
Revista Bebes y más- 2022.
31. 36ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 36-  
Revista Bebes y más- 2022.
32. 37ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 37-  
Revista Bebes y más- 2022.
33. 38ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 38-  
Revista Bebes y más- 2022.
34. 39ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 39-  
Revista Bebes y más- 2022.
35. 40ª semana de embarazo » Bebé, peso y nacimiento en la semana 40-  
Revista Bebes y más- 2022.
36. 41.<sup>a</sup> - 42.<sup>a</sup> semana de embarazo » Etapa final: el bebé y la madre en las  
semanas 41 y 42 de embarazo - Revista Bebes y más- 2022
37. El parto - Monografias.com.
38. El parto - Monografias.com.
39. Evaluación y atención del recién nacido normal - Pediatría - Manual MSD  
versión para profesionales.
40. Las primeras semanas de vida - Sanitas
41. Peso del bebé al nacer: MedlinePlus en español.
42. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia - SciELO Perú
43. De F, De C, Salud LA. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO



URRELO "DR. WILMAN RUÍZ VIGO" CARRERA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. 2019;

44. Anemia ferropénica Medline plus enciclopedia medica
45. anemia megaloblástica Nicklaus Children's Hospital.
46. Anemia hemolítica: MedlinePlus enciclopedia médica.
47. Peslak SA, Olson T, Babushok D V. Diagnosis and Treatment of Aplastic Anemia. Curr Treat Options Oncol. 2017 Dec;18(12).
48. Mascola MA, Porter TF, Chao TTM. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. Obstet Gynecol. 2017 Jan 1;129(1):E5–10.
49. Primípara. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra.
50. Multípara. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra.
51. Farra Rischmawy E, Carranza Velásquez R. Morbilidad de la gran multípara.
52. Oxford Languages and Google - Spanish | Oxford Languages.

## ANEXOS

### Matriz de consistencia

Planteamiento del problema	Hipótesis	Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición del dato	Método
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Qué características Materno-perinatales influyen en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>P<sub>1</sub>. ¿Cuál es la edad materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Las características Materno-perinatales influyen significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>H<sub>1</sub>. La edad materna mayor de 35 años influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p> <p>H<sub>2</sub>. La edad gestacional</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Establecer las características Materno-perinatales que influyen en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>O<sub>1</sub>. Determinar la edad materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.</p> <p>O<sub>2</sub>. Identificar la Edad gestacional que influye en la Anemia, en niños de 6</p>	<p>Variable independiente</p> <p>características Materno-perinatales</p>	<p>✓ Edad materna</p> <p>✓ Edad gestacional</p> <p>✓ Periodo intergenésico</p> <p>✓ El número de paridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 18 años</li> <li>• De 18 a 35 años</li> <li>• &gt; de 35 años</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 36 semanas</li> <li>• De 37 a 40 semanas</li> <li>• &gt; de 40 semanas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 18 meses</li> <li>• &gt; de 18 meses</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primípara</li> <li>• Multipara</li> <li>• Gran múltipara</li> </ul>	<p>Razón</p> <p>Razón</p> <p>Razón</p> <p>Nominal</p>	<p>El tipo de investigación es descriptivo-analítico y asociación de enfoque cuantitativo.</p> <p>Nivel o alcance de investigación</p> <p>El nivel de investigación será analítico, correlacional.</p> <p>Diseño de la Investigación</p> <p>Esta investigación</p>

<p>P<sub>2</sub>. ¿Cuál es la edad gestacional que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p>menor de 36 semanas influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>		<p>✓ Nivel de hemoglobina materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 11 mg/dl</li> <li>• &gt; 11 mg/dl</li> </ul>	<p>Razón</p>	<p>será de tipo no experimental, ya que no se manipulará ninguna de las variables en forma deliberada, se describirá y analizará el comportamiento de las variables.</p>
<p>P<sub>3</sub>. ¿Cuál es el Periodo intergenésico que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p>H<sub>3</sub>. El periodo intergenésico menor de 18 meses influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>O<sub>3</sub>. Identificar el Periodo intergenésico que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>		<p>✓ Peso al nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; a 2700gr.</li> <li>• De 2700gr. a 3500gr.</li> <li>• &gt; a 3500gr.</li> </ul>	<p>Razón</p>	
<p>P<sub>4</sub>. ¿Cuál es el número de Paridad que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p>H<sub>4</sub>. El número de paridad en gran multipara influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>O<sub>4</sub>. Determinar el número de Paridad que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>		<p>✓ Tiempo de Corte de cordón umbilical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 3 minutos</li> <li>• 3-5 minutos</li> <li>• &gt; de 5 minutos</li> </ul>	<p>Razón</p>	
<p>P<sub>5</sub>. ¿Cuál es Nivel de hemoglobina materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p>H<sub>5</sub>. El nivel de hemoglobina materna menor de 11 mg/dl influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>O<sub>5</sub>. Identificar el nivel de hemoglobina materna que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>		<p>✓ Nivel de hemoglobina al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ a 13 mg/dl</li> <li>• De 14 a 22 mg/dl</li> <li>• ≥ 23mg/dl</li> </ul>	<p>Razón</p>	
<p>P<sub>6</sub>. ¿Cuál es Peso al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el</p>	<p>H<sub>5</sub>. El nivel de hemoglobina materna menor de 11 mg/dl influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>O<sub>6</sub>. Determinar el peso al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad</p>	<p>Variable dependiente Anemia</p>	<p>anemia leve: 10.0 – a 10.9 mg/dl anemia moderada: 7.0 – 9.9 mg/dl anemia severa: &lt; a 7.0 mg/dl</p>	<p>Razón</p>		

<p>Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p> <p>P7. ¿Cuál es el tiempo de Corte de cordón umbilical que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p> <p>P8. ¿Cuál es el nivel de hemoglobina al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021?</p>	<p>Joven en el año 2021</p> <p>H6. El peso al nacer menor a 2700 gr influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p> <p>H7. El corte del cordón umbilical precoz influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p> <p>H8. El nivel de hemoglobina al nacer menor o igual a 13mg/dl influye significativamente en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>	<p>atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p> <p>O7. Identificar el Tiempo de Corte de cordón umbilical que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021.</p> <p>O8. Identificar el nivel de hemoglobina al nacer que influye en la Anemia, en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Tamburco y Pueblo Joven en el año 2021</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

Instrumento de recolección de información

## **FICHA DE OBSERVACIÓN**

Observación de historias clínicas de niños de 6 a 12 meses de edad

### 1.- Datos generales

1.1 Código .....

1.2 Sexo del niño

a) Femenino

b) Masulino

### 2.- Datos específicos

2.1 Edad materna

a) < de 18 años

b) De 18 a 35 años

c) > de 35 años

2.2 Edad gestacional

a) < de 36 semanas

b) De 37 a 40 semanas

c) > 40 semanas

2.3 Periodo intergenésico

a) Menor de 18 meses

b) Mayor de 18 meses

2.4 Número de paridad

a) Primípara

b) Multípara

c) Gran multípara

## 2.5 Nivel de hemoglobina materna

- a) Menor de 11 mg/dl
- b) Mayor de 11mg/dl

## 2.6 Peso al nacer

- a) Menor a 2700 gr
- b) De 2700 gr a 3000 gr
- c) Mayor a 3500 gr

## 2.7 Tiempo de cordón umbilical

- a) Menor de 3 min
- b) De 3 a 5 min
- c) Mayor a 5 min

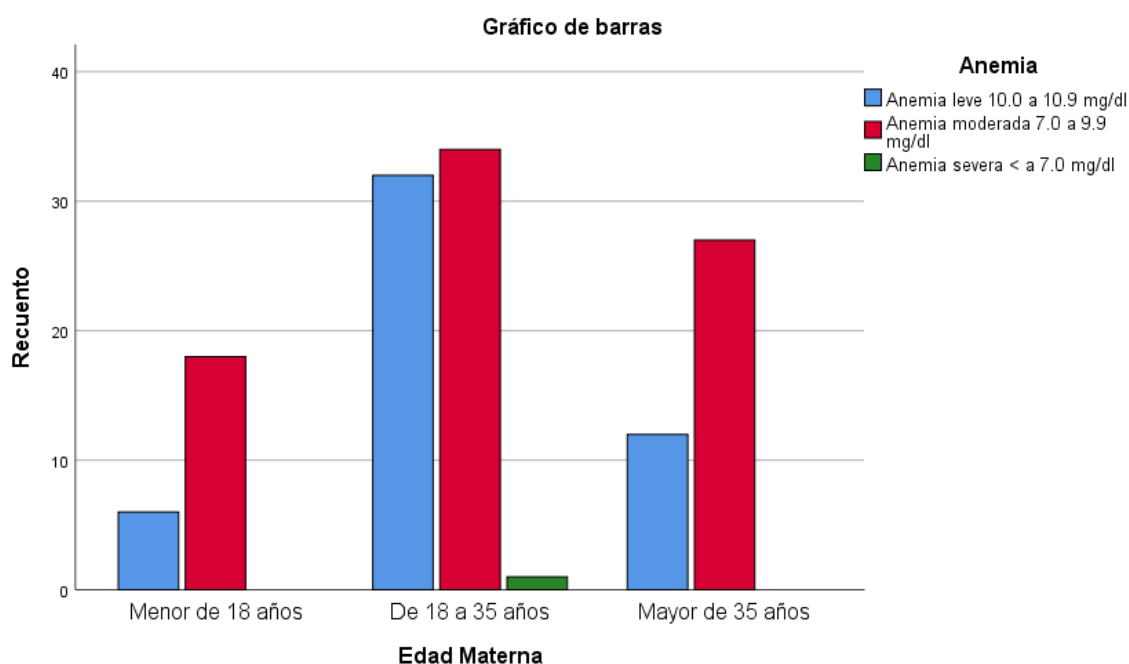
## 2.8 Nivel de hemoglobina al nacer

- a) Mayor o igual a 13 mg/dl
- b) De 14 a 22 mg/ dl
- c) Menor a 23 mg/dl

## 2.9 Anemia

- a) Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl
- b) Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl
- c) Anemia severa < a 7.0 mg/dl

## Diagrama de barra vertical N<sup>a</sup> 01



### Tabla cruzada

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Edad Materna	Menor de 18 años	Recuento	6	18	0	24
		% dentro de Anemia	12,0%	22,8%	0,0%	18,5%
	De 18 a 35 años	Recuento	32	34	1	67
		% dentro de Anemia	64,0%	43,0%	100,0%	51,5%
	Mayor de 35 años	Recuento	12	27	0	39
		% dentro de Anemia	24,0%	34,2%	0,0%	30,0%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

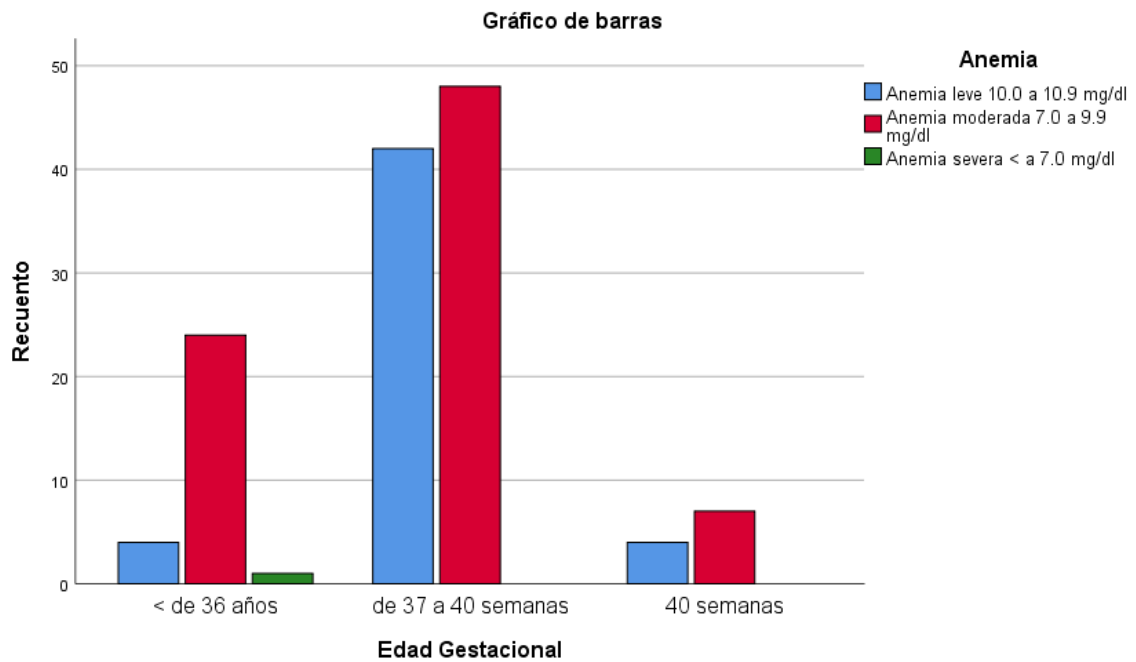
### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,545 <sup>a</sup>	4	,162	,138
Razón de verosimilitud	7,018	4	,135	,102
Prueba exacta de Fisher	6,671			,105
N de casos válidos	130			

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .18.

## Diagrama de barra vertical

Nº 02



**Tabla cruzada**

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Edad Gestacional	< de 36 años	Recuento	4	24	1	29
		% dentro de Anemia	8,0%	30,4%	100,0%	22,3%
	de 37 a 40 semanas	Recuento	42	48	0	90
		% dentro de Anemia	84,0%	60,8%	0,0%	69,2%
	Mayor de 40 semanas	Recuento	4	7	0	11
		% dentro de Anemia	8,0%	8,9%	0,0%	8,5%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	



### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,800 <sup>a</sup>	4	,012	,037
Razón de verosimilitud	13,531	4	,009	,005
Prueba exacta de Fisher	13,623			,004
N de casos válidos	130			

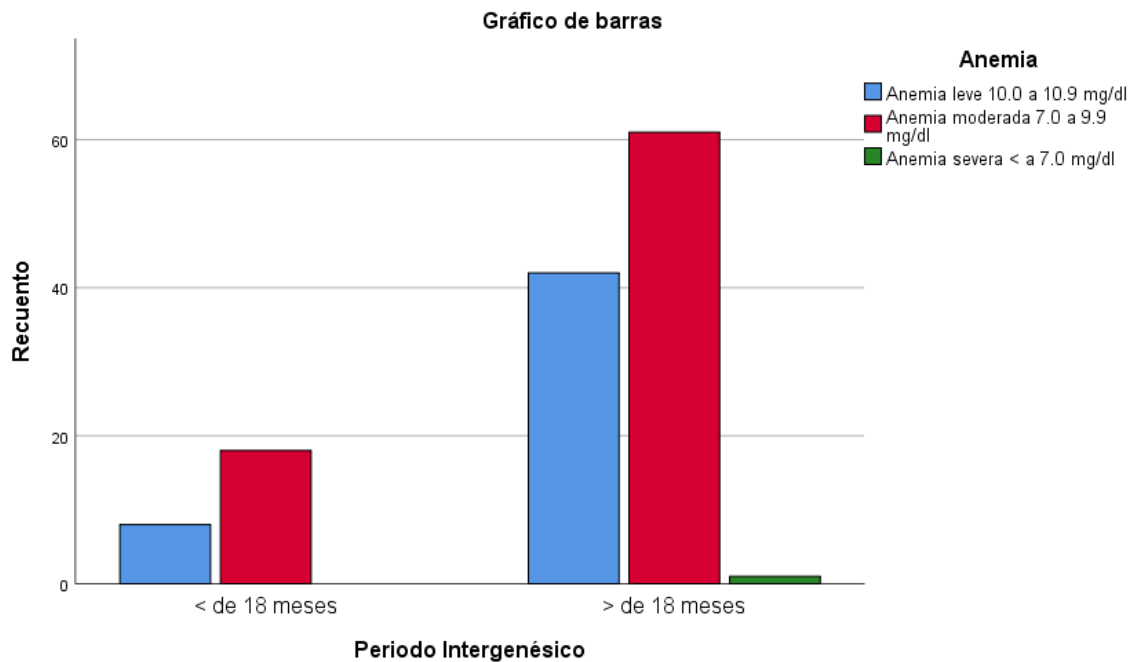
a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.

### Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Phi	,314	,012	,037
Nominal V de Cramer	,222	,012	,037
Coficiente de contingencia	,299	,012	,037
N de casos válidos	130		

## Diagrama de barra vertical

N<sup>o</sup> 03



### Tabla cruzada

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Periodo Intergenésico	< de 18 meses	Recuento	8	18	0	26
		% dentro de Anemia	16,0%	22,8%	0,0%	20,0%
	> de 18 meses	Recuento	42	61	1	104
		% dentro de Anemia	84,0%	77,2%	100,0%	80,0%
Total		Recuento	50	79	1	130
		% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

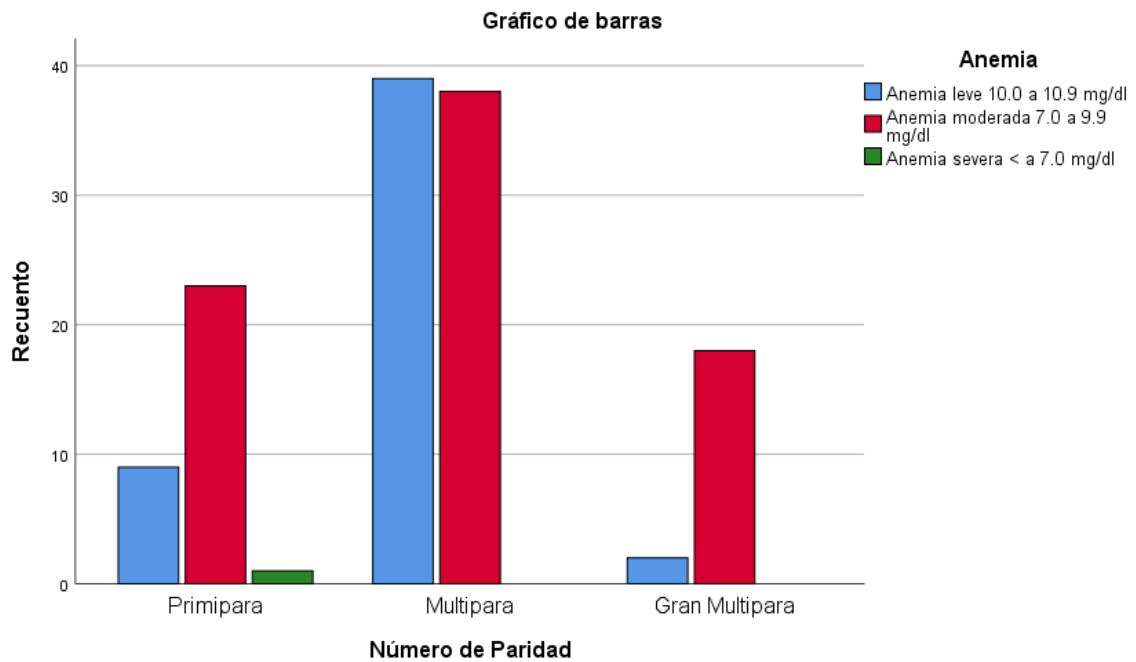
### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,133 <sup>a</sup>	2	,568	,503
Razón de verosimilitud	1,345	2	,510	,503
Prueba exacta de Fisher	1,285			,503
N de casos válidos	130			

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .20.

## Diagrama de barra vertical

Nº 04



## Tabla cruzada

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Número de Paridad	Primípara	Recuento	9	23	1	33
		% dentro de Anemia	18,0%	29,1%	100,0%	25,4%
	Múltipara	Recuento	39	38	0	77
		% dentro de Anemia	78,0%	48,1%	0,0%	59,2%
	Gran Múltipara	Recuento	2	18	0	20
		% dentro de Anemia	4,0%	22,8%	0,0%	15,4%
Total		Recuento	50	79	1	130
		% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,097 <sup>a</sup>	4	,003	,001
Razón de verosimilitud	17,262	4	,002	,001
Prueba exacta de Fisher	16,366			,001
N de casos válidos	130			

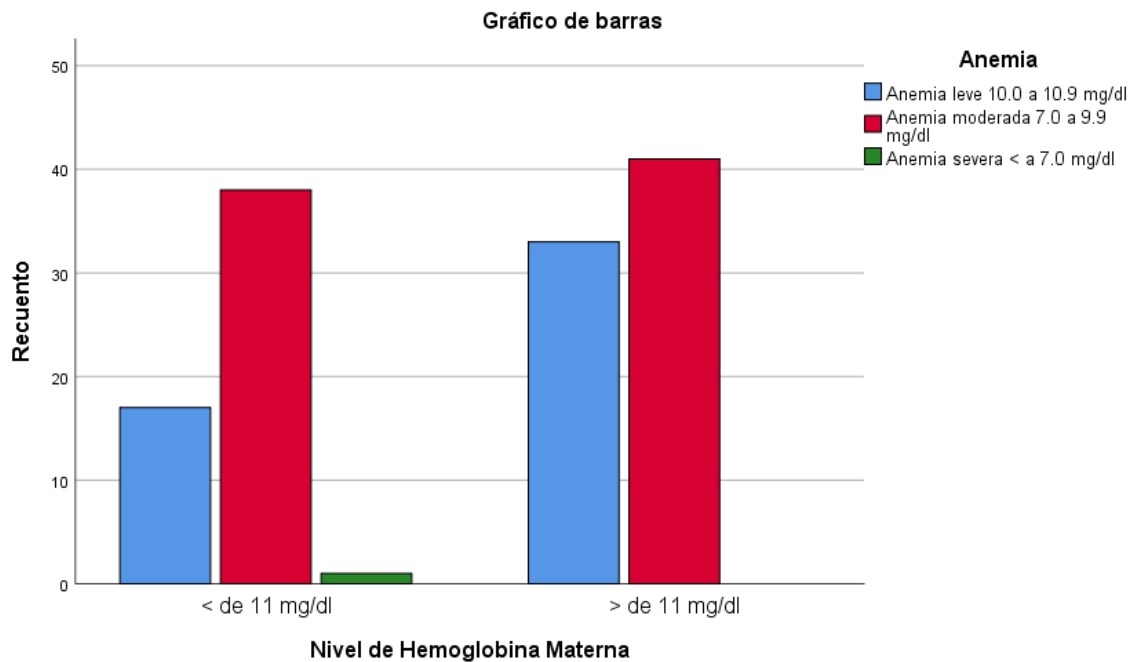
a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .15.

### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	,352	,003	,001
	V de Cramer	,249	,003	,001
	Coefficiente de contingencia	,332	,003	,001
N de casos válidos		130		

## Diagrama de barra vertical

Nº 05



### Tabla cruzada

		Anemia			Total
		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	
Nivel de Hemoglobina Materna	< de 11 mg/dl	Recuento	17	38	56
		% dentro de Anemia	34,0%	48,1%	100,0%
	> de 11 mg/dl	Recuento	33	41	74
		% dentro de Anemia	66,0%	51,9%	0,0%
Total		Recuento	50	79	130
		% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%

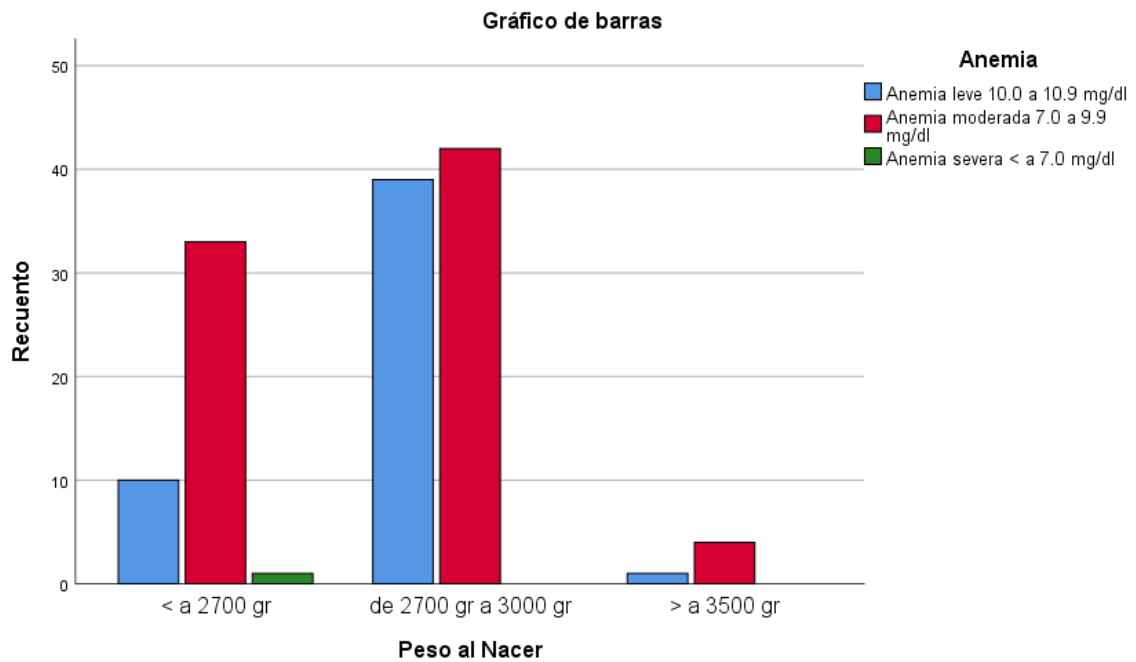
### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,815 <sup>a</sup>	2	,148	,101
Razón de verosimilitud	4,211	2	,122	,101
Prueba exacta de Fisher	3,722			,101
N de casos válidos	130			

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.

## Diagrama de barra vertical

Nª 06



### Tabla cruzada

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Peso al Nacer	< a 2700 gr	Recuento	10	33	1	44
		% dentro de Anemia	20,0%	41,8%	100,0%	33,8%
	de 2700 gr a 3000 gr	Recuento	39	42	0	81
		% dentro de Anemia	78,0%	53,2%	0,0%	62,3%
	> a 3500 gr	Recuento	1	4	0	5
		% dentro de Anemia	2,0%	5,1%	0,0%	3,8%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,036 <sup>a</sup>	4	,040	,049
Razón de verosimilitud	10,614	4	,031	,024
Prueba exacta de Fisher	11,314			,014
N de casos válidos	130			

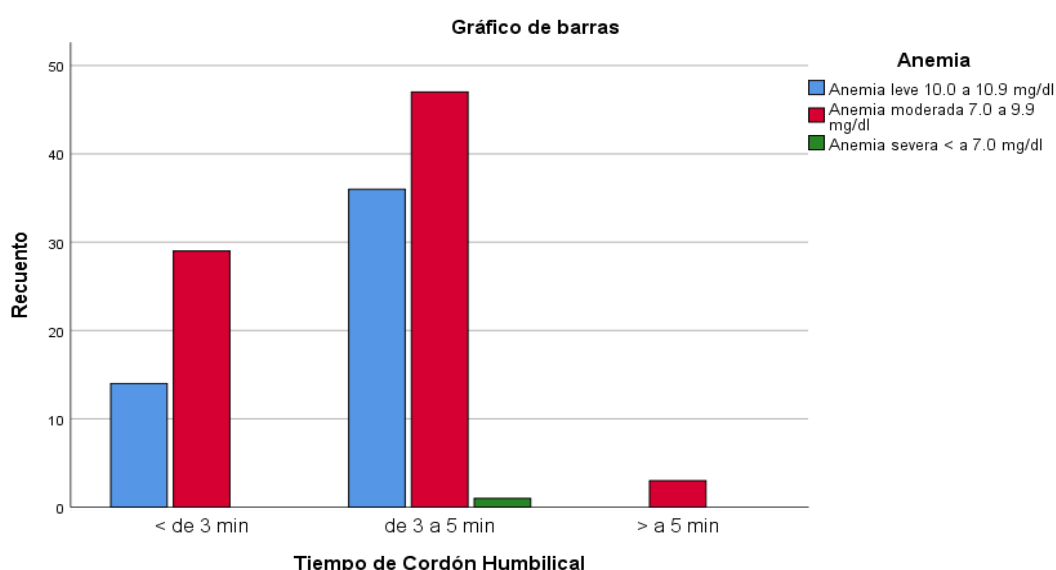
a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .04.

### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	,278	,040	,049
	V de Cramer	,196	,040	,049
	Coefficiente de contingencia	,268	,040	,049
N de casos válidos		130		

## Diagrama de barra vertical

Nº 07



### Tabla cruzada

		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl	Total	
Tiempo de Cordón Umbilical	< de 3 min	Recuento	14	29	0	43
		% dentro de Anemia	28,0%	36,7%	0,0%	33,1%
	de 3 a 5 min	Recuento	36	47	1	84
		% dentro de Anemia	72,0%	59,5%	100,0%	64,6%
	> a 5 min	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de Anemia	0,0%	3,8%	0,0%	2,3%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pruebas de Chi-cuadrado

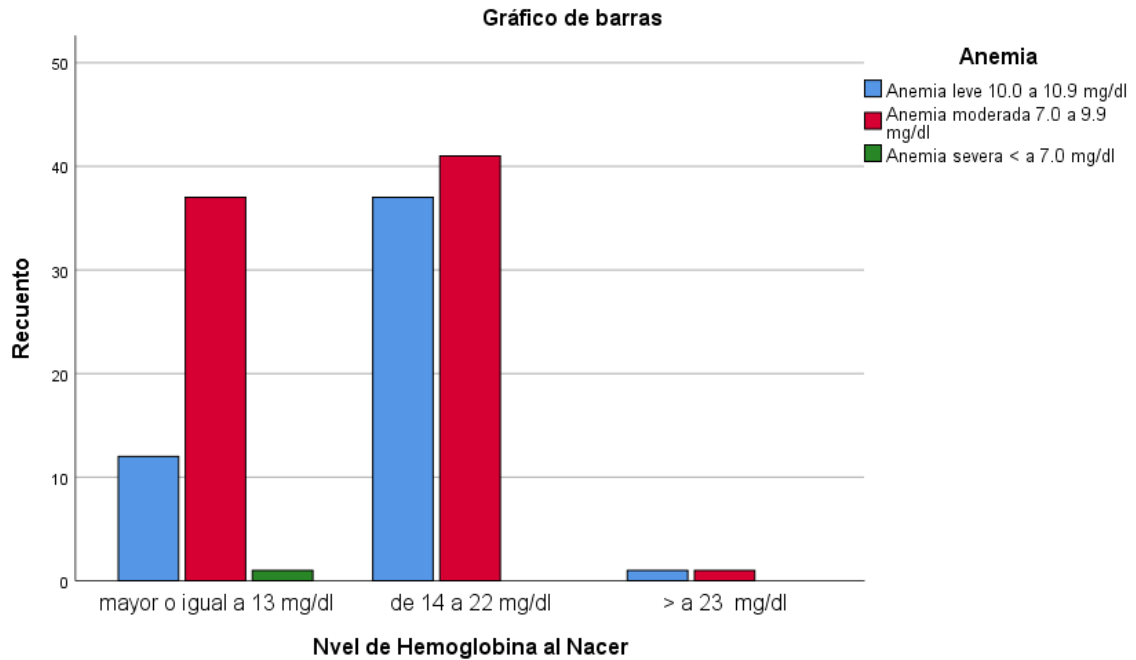
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,909 <sup>a</sup>	4	,419	,292
Razón de verosimilitud	5,267	4	,261	,226
Prueba exacta de Fisher	5,400			,333
N de casos válidos	130			

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.



## Diagrama de barra vertical

Nº 08



**Tabla cruzada**

		Anemia			Total	
		Anemia leve 10.0 a 10.9 mg/dl	Anemia moderada 7.0 a 9.9 mg/dl	Anemia severa < a 7.0 mg/dl		
Nivel de Hemoglobina al Nacer	menor o igual a 13 mg/dl	Recuento	12	37	1	50
		% dentro de Anemia	24,0%	46,8%	100,0%	38,5%
	de 14 a 22 mg/dl	Recuento	37	41	0	78
		% dentro de Anemia	74,0%	51,9%	0,0%	60,0%
	> a 23 mg/dl	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Anemia	2,0%	1,3%	0,0%	1,5%
Total	Recuento	50	79	1	130	
	% dentro de Anemia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,364 <sup>a</sup>	4	,079	,032
Razón de verosimilitud	8,929	4	,063	,034
Prueba exacta de Fisher	11,010			,020
N de casos válidos	130			

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	,254	,079	,032
	V de Cramer	,179	,079	,032
	Coefficiente de contingencia	,246	,079	,032
N de casos válidos		130		

## EVIDENCIAS

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

SEÑORA JEFA DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN

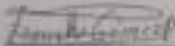
Nosotros, Gabriel Soria Avendaño identificado con DNI 73799679, con domicilio en Av. 4 de noviembre s/n, de la ciudad de Abancay con número de celular 910939574 ; y Zamantha Gómez Palomino identificada con DNI 74499844 , con domicilio en vía de evitamiento km 4 de la ciudad de Abancay con celular número 901904619. Ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

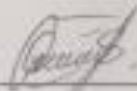
Que, habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la Universidad Tecnológica de los Andes, solicitamos a usted permiso para realizar el trabajo de investigación sobre "CARACTERÍSTICAS MATERNO-PERINATALES QUE INFLUYEN EN LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD TAMBURCO Y PUEBLO JOVEN-2021", en los establecimientos de salud ya mencionados los cuales están a su cargo; para poder optar el título profesional de Lic. En enfermería

**POR LO EXPUESTO:**

Rogamos a Ud. acceder a nuestra solicitud

Abancay 02 de febrero del 2022

  
Zamantha Gómez Palomino  
DNI 74499844

  
Gabriel Soria Avendaño  
DNI 73799679

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

SEÑORA JEFE DEL CENTRO DE SALUD TAMBURCO: MARIA PAREJA BEDIA

RECIBIDO  
2022 FEB 02  
HORA 13:00  
M. PAREJA BEDIA

Nosotros, Gabriel Soria Avendaño identificado con DNI 73799679, con domicilio en Av. 4 de noviembre s/n, de la ciudad de Abancay con número de celular 910939574; y Zamartha Gómez Palomino identificada con DNI 74499844, con domicilio en vía de evitamiento km 4 de la ciudad de Abancay con celular número 901904619. Ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la Universidad Tecnológica de los Andes, solicitamos a usted permiso para realizar el trabajo de investigación sobre "CARACTERÍSTICAS MATERNO-PERINATALES QUE INFLUYEN EN LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD TAMBURCO Y PUEBLO JOVEN-2021", en los establecimientos de salud ya mencionados los cuales están a su cargo; para poder optar el título profesional de Lic. En enfermería

**POR LO EXPUESTO:**

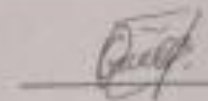
Rogamos a Ud. acceder a nuestra solicitud

Abancay 02 de febrero del 2022



Zamartha Gómez Palomino

DNI 74499844



Gabriel Soria Avendaño

DNI 73799679