

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P. DE OBSTETRICIA



TESIS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS

ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL

“CARLOS SHOWING FERRARI”. AMARILIS,

ENERO - DICIEMBRE 2017.

TESISTAS

PALOMINO JULCA, CHRISTIAN JUNIOR

TORREJÓN SÁNCHEZ, ADLES JOSÉ VÍCTOR

ASESORA

Dra. MITSU QUIÑONES FLORES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUÁNUCO – PERÚ

2018

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS
ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
“CARLOS SHOWING FERRARI”. AMARILIS,
ENERO - DICIEMBRE 2017.**

DEDICATORIA

A Dios, por brindarnos la dicha de la salud y bienestar físico y espiritual.

A nuestros padres y hermanos por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, por brindarnos su apoyo y palabras de aliento, tanto académica, como de la vida y su incondicional apoyo.

Adles y Christian.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por la vida, por vivir todas estas experiencias.

A mis padres y hermanos, que gracias a sus consejos y apoyo incondicional, impulsaron nuestro desarrollo como buenos estudiantes y profesionales.

A mi asesora del proyecto de tesis, Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores.

A todas las personas que de una u otra forma, colaboraron en la realización de este trabajo de investigación, a todos ellos.

Adles y Christian.

RESUMEN

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL “CARLOS SHOWING FERRARI”. AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

La investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, con el objetivo de analizar la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017; con un tipo de estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo; que corresponde al diseño relacional; la muestra estuvo constituida por 180 primigestas adultas y adolescentes, fueron seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica empleada fue la documental y el instrumento fue una ficha de recolección de datos el cual fue validado con la técnica Delphos y el coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,866. Los principales resultados son: el promedio de la edad de las primigestas es de 22 años y teniendo una mayor frecuencia en 16 años, el 56,7% (102) son adultas, el 52,2% (94) son convivientes, el 61,1% (110) proceden de zona urbana y la vía de culminación del parto fue por cesárea en un 54,4% (98). Se procesaron los datos según el valor de la hemoglobina, la clasificación de la anemia y el grupo etario encontrando que del 100% (78) de pacientes adolescentes (10-19 años) un 71,1% (55) presentó una hemoglobina dentro de los parámetros normales, el 23,7% (19) anemia leve, el 2,6% (2) anemia moderada y severa; del 100% (102) de pacientes adultas (≥ 20 años) un 88,2% (90) presentan una hemoglobina normal, el 9,8% (10) presentan anemia leve y el 2,6% (2) anemia moderada; con un valor de $p = 0,008$ concluimos que existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.

Palabras claves: *hemoglobina, anemia, adolescentes, adultas.*

SUMMARY

COMPARATIVE STUDY OF HEMOGLOBIN IN ADOLESCENT AND ADULT PRIMIGRAMS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, JANUARY - DECEMBER 2017.

The research was carried out in the Maternal and Child Hospital "Carlos Ferrari", with the objective of analyzing the incidence of anemia according to the level of hemoglobin in adolescent and adult primigravids that were attended in the Maternal and Child Hospital "Carlos Ferrari", during the period 2017; with a type of observational, analytical, transversal, retrospective study; which corresponds to the relational design; The sample consisted of 180 adult primigravids and adolescents, were selected by simple random probabilistic sampling. The technique used was the documentary and the instrument was a data collection card which was validated with the Delphos technique and the Cronbach's Alpha coefficient equal to 0.866. The main results are: the average of the age of the primigravids is 22 years and having a greater frequency in 16 years, 56.7% (102) are adults, 52.2% (94) are cohabiting, 61, 1% (110) come from urban areas and the culmination route of delivery was by cesarean section in 54.4% (98). The data were processed according to the hemoglobin value, the classification of the anemia and the age group, finding that of 100% (78) of adolescent patients (10-19 years) 71.1% (55) presented a hemoglobin within the normal parameters, 23.7% (19) mild anemia, 2.6% (2) moderate and severe anemia; of 100% (102) of adult patients (≥ 20 years), 88.2% (90) have normal hemoglobin, 9.8% (10) have mild anemia and 2.6% (2) moderate anemia; with a value of $p = 0.008$, we conclude that there is a difference in the incidence of anemia according to the level of hemoglobin in adolescent and adult primigravids. Maternal and Child Hospital "Carlos Ferrari". 2017.

Keywords: *hemoglobin, anemia, adolescents, adults.*

ÍNDICE

TÍTULO.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	v
SUMMARY	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
MARCO TEÓRICO	11
1.1 Antecedentes	11
1.1.1 Antecedentes Internacionales	11
1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
1.1.3 Antecedentes Locales.....	21
1.2 Bases Teóricas	21
1.3. Definición de Términos Básicos.....	41
1.4. Hipótesis	42
1.6. Operacionalización de Variables.....	42
1.7. Objetivos generales y específicos	42
MARCO METODOLÓGICO	44
2.1 Ámbito de Estudio	44
2.2 Tipo de Investigación	44
2.3 Diseño y Esquema de Investigación	45
2.4 Población y Muestra.....	45
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos.....	46
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	62
SUGERENCIAS	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	67

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazos, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente. En el Perú el porcentaje de quienes son madres o están embarazadas es 13.9%, de éstas el 10.5 % son madres y el 3,5 % están gestando por primera vez. Según los resultados de la ENDES 2013. Esta cifra se incrementa, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como, niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados (planificados) y se dan en parejas que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. (1)

La Organización Mundial la Salud menciona que la anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones). (2)

Durante el embarazo normal el volumen plasmático aumenta, aproximadamente, 1,000 a 1,500 ml, casi 40% en relación con la mujer no embarazada; estas cifras alcanzan incluso 65% en embarazos gemelares. La disminución de 1 a 2 g/100 ml en la concentración de hemoglobina que se cuantifica durante el embarazo no es “anemia del embarazo” sino un cambio por hemodilución. La clasificación de las anemias se basa en la morfología o en la cinética de los eritrocitos. Durante el embarazo, la clasificación basada en la cinética es más útil debido a que el promedio de vida de los eritrocitos es de tres a cuatro meses y los cambios morfológicos pueden ser enmascarados por los que permanecen en la circulación. Las más frecuentes son las anemias nutricionales por deficiencia de hierro y ácido fólico seguidas por las que no derivan de sangrados crónicos o agudos (placenta previa, trastornos de la coagulación, sangrados durante peri parto), así como debidas a destrucción de eritrocitos (drepanocitosis), y microangiopáticas, como la preeclampsia y el síndrome HELLP. (3)

Según datos del Ministerio de Salud en Huánuco el porcentaje de gestantes con anemia registradas equivale al 11% del total, por lo cual plantea estrategias para la disminución de la anemia en gestantes y niño menores de 2 años, ya que son la población más vulnerable de sufrir complicaciones a causa de esta enfermedad, y así evitar la morbi-mortalidad materno perinatal. (4)

La presente investigación surge de la formulación de las siguientes interrogantes generales y específicas respectivamente: ¿Cuál es el resultado de la diferencia entre los niveles de hemoglobina de las primigestas a término adolescentes y adultas, atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos

Showing Ferrari” – Amarilis, durante el periodo enero a diciembre 2017? Se planificó una investigación de nivel comparativo; con el objetivo de analizar el resultado de la diferencia entre los niveles de hemoglobina de las primigestas a término adolescentes y adultas, atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” – Amarilis, durante el periodo enero a diciembre 2017; se precisaron las siguientes variables de estudio: Gestantes adolescentes y adultas a término, y el valor de los niveles de hemoglobina, las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos.

La tesis se ha estructurado de la siguiente manera: marco teórico, marco metodológico, resultados, discusión, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes Internacionales

En Ecuador (2014), Pasos, Ana; en su trabajo de investigación “Riesgo obstétrico en el embarazo adolescente: estudio comparativo del riesgo obstétrico y perinatal con embarazadas adultas, Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo, Ecuador – 2014”. Menciona que para determinar los riesgos obstétricos del embarazo adolescente y de la embarazada adulta, y sus consecuencias perinatales en el Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo, Ecuador. Desarrolla una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal analítico. Analiza la data electrónica de 2083 gestantes adolescentes y adultas, atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza. Se realiza un análisis univariado y bivariado del riesgo obstétrico en ambos grupos. Encuentra que las gestantes adolescentes fueron el 33.85 % (705) y las adultas 66.15 % (1378). Las gestantes adolescentes tuvieron una media de edad de 16.99 años, y mediana de 17 años. La media de edad de las gestantes adultas fue 26.58, con una mediana de 25 años. 0.58 % (12) gestantes adolescentes tempranas, 11.62 % (242) gestantes adolescentes media y 21.65 % (461) gestantes adolescentes tardías. 60.25 % (1255) fueron gestantes adultas y 5.9 % (123) gestantes añosas. El 82.05 % de gestantes atendidas provienen de la Provincia Los Ríos, seguido de Guayas 11.23 % (234) y Bolívar 5.23 % (109). No hubo diferencias significativas entre las gestantes adultas

y adolescentes para los días de hospitalización (X^2 , p-valor 0.43). Las gestantes adolescentes tuvieron 2.78 IC [1.42 – 5.44] veces más riesgo de tener un parto prematuro en comparación con las gestantes adultas, 2.63 IC [1.10 – 6.28] veces más riesgo de tener anemia por deficiencias de hierro, y 2.96 IC [1.20 – 7.28] veces más riesgo para embarazo ectópico. La gestante adolescente, presentó menos chance de Salpingitis y ooforitis 0.49 IC [0.30 – 0.78]. Tienen la probabilidad de tener 50.6 % menos Salpingitis y ooforitis comparadas con las gestantes adultas. Concluye que las gestantes adolescentes tienen más riesgo obstétrico en comparación con las gestantes adultas, 2.78 veces más para parto prematuro, 2.63 veces más para deficiencias de hierro y 2.96 veces más para embarazo ectópico. No hubo diferencias significativas entre los pesos de los recién nacidos en ambos grupos.

(5)

En Guayaquil (2014), Icaza, Jahaira y Vásquez, Diego; en su tesis titulada “Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012”. Se diseñó un estudio de tipo analítico, retrospectivo, observacional, caso control para establecer la relación entre la anemia en gestantes menores a 20 años y bajo peso del recién nacido. Se utilizó como población de estudio un total de 658 recién nacidos atendidos en el hospital materno-infantil Mariana de Jesús desde julio a diciembre de 2012, y mediante criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 250 en donde se analizaron 104 neonatos. Los datos se obtuvieron de las historias

clínicas y registros de partos y se los analizó con las siguientes variables: peso del recién nacido y hemoglobina materna. El peso del recién nacido fue clasificado en: bajo < 2 500 g y normopeso: > 2 500 – 4 000 g. La hemoglobina materna clasificada en: baja < 11 g/dl; normal entre 11 – 12 g/dl y alta > 12 g/dl, obtenidos en su control prenatal en un lapso no mayor de tres meses. Se analizaron los datos recolectados y estos muestran que hay 52 neonatos con bajo peso, y que el porcentaje de gestantes anémicas es de 18 %; el grupo etario predominante fue de 16 a 19 años; finalmente se determinó el odds ratio OR: 0,22, por lo que pensamos hay que buscar otros factores que puedan tener una mayor asociación al bajo peso del recién nacido en este grupo etario. (6)

En Medellín (2014), Escudero, Luz; Parra, Beatriz; Herrera, Julián; Restrepo, Sandra y Zapata, Natalia; en su trabajo de investigación titulado “Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes: Medellín-Colombia”. Tuvo como objetivo analizar el estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes de tercer trimestre. La metodología utilizada fue el analítico de corte transversal con 276 adolescentes entre 10 y 19 años, en tercer trimestre de gestación de la Empresa Social del Estado (ESE) Metrosalud (Medellín, 2011-2012), con datos de hemoglobina, volumen corpuscular medio, concentración de hemoglobina corpuscular media e ingesta de suplemento de hierro. La ferritina sérica se analizó en 178 gestantes, controlada por proteína C-reactiva. Se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, porcentajes y pruebas de Chi², ANOVA,

Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Los resultados la prevalencia de anemia fue de 17,1% en el tercer trimestre de gestación y de 51% por deficiencia de hierro. La mediana de ferritina sérica fue 13,3 $\mu\text{g/L}$ (RQ: 7,7 $\mu\text{g/L}$ -17,9 $\mu\text{g/L}$); sólo el 5,6% (n=9) presentó valores adecuados de ferritina. Las madres que tomaron suplemento de hierro diariamente presentaron mejores concentraciones de hemoglobina y ferritina, frente a aquellas que no lo hicieron Hb: 12,1g/dL vs. 11,7 g/dL ($p = 0,019$) y ferritina sérica 14,6 $\mu\text{g/L}$ vs. 7,0 $\mu\text{g/L}$ ($p = 0,000$). Se concluyó que hubo altas prevalencias de anemia y ferropenia en las gestantes, asociadas con la no adherencia al suplemento de hierro.

(7)

En México (2011), Moreno, Aurora; en su tesis titulado "Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMEM)". Afirman que uno de los más comunes trastornos nutricionales en el mundo es la anemia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en mujeres embarazadas el porcentaje de anemia alcanza 42%. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los tipos morfológicos de anemia en mujeres embarazadas durante su ingreso al servicio de urgencias del hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM. El método de estudio fue realizado durante un período de 12 meses. Un total de 12,528 mujeres embarazadas fueron incluidas en el estudio. La presencia y los tipos de anemia fueron determinados

usando valores de fórmula roja e índices eritrocitarios obtenidos en el sistema CELL DYN 1400 (Abbott Laboratories) y relacionados con el análisis de un extendido de sangre periférica. Se obtuvo frecuencia y porcentaje. Se determinó la prevalencia por fórmula. Los resultados obtenidos fueron que la anemia estuvo presente en 9.38 % de las mujeres embarazadas, en un rango de edad 21 a 30 años. Los principales tipos morfológicos de anemia detectados fueron la microcítica hipocrómica con una prevalencia de 88%, la microcítica normocrómica con 8.8%, la normo normocrómica 3.6%. Conclusión. En este estudio reportamos a la anemia como un problema de salud pública. La anemia microcítica hipocrómica fue la más común en mujeres embarazadas jóvenes y multíparas. Estos resultados sugieren la necesidad de implementar acciones para disminuir esta patología y sus complicaciones. (8)

1.1.2 Antecedentes Nacionales

En Lima (2017), Flores, Jesús; en su tesis que tiene como título "Prevalencia de anemia en gestantes del centro de salud La Libertad, San Juan de Lurigancho, Lima, enero-octubre del 2015". Tuvo el objetivo de determinar la prevalencia de anemia en gestantes que acuden a su primer control prenatal del centro de salud "La Libertad" de Lima de enero a octubre del 2015. El método de estudio fue descriptivo observacional de tipo transversal. Mediante una ficha de recolección de datos se incluyó datos de 172 historias clínicas de gestantes del centro de salud "La Libertad" del distrito de San Juan de

Lurigancho, Lima en el 2015. Se analizaron los niveles de hemoglobina, edad, trimestre de gestación (edad gestacional), nivel de instrucción, estado civil, paridad se aplicaron estadísticas descriptivas y chi cuadrado. Los resultados fueron que la prevalencia de anemia de las gestantes incluidas en el estudio fue de 20,3% siendo anemia leve de 18%, moderada de 2,3%. La prevalencia de anemia en el grupo de 14-19 años fue de 30,6%, de 35-43 años fue 28,6% y de 20-34 años fue 16,4%. Las diferencias fueron significativas entre los grupos de 20-34 años vs 14-19, 35-43 años (16,4 vs 30% $P=0,04$). La frecuencia de anemia fue mayor entre las gestantes sin pareja frente a los que si la tenían (40 vs 15,3% $P=0,01$), también fue mayor en las gestantes con antecedente de dos partos o más (32,4% vs 17% $P=0,03$). Asimismo, la prevalencia es mayor cuando la gestante presento mayor trimestre de gestación (12,2% 23,3% 24% $P=0,03$) por otro lado aumentaba cuando el nivel de instrucción fue menor. (11,5% 19,5% 31,8% 100% $P=0,072$). Se concluyó que la prevalencia de anemia es mayor en gestantes con edades de 14-19 y 35-43 años. También es mayor en gestantes sin pareja, antecedente de 2 o más partos y mayor trimestre de gestación.

(9)

En Lima (2017), Huamán, Máximo; en su trabajo de investigación titulado "Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016 ", es una investigación descriptiva simple que tiene como objetivo es determinar la prevalencia de Anemia por deficiencia de hierro en gestantes

adolescentes primerizas en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz- 2016. La muestra de estudio ha estado constituida por las pacientes gestantes adolescentes primerizas que ingresan como pacientes en seis meses al Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, desde febrero hasta Agosto del 2016. El diseño que se ha considerado para desarrollar el presente trabajo de investigación es el diseño descriptivo simple, para observar el nivel de prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro en las adolescentes primerizas. En ese sentido se ha llegado a las siguientes conclusiones; se confirma la prevalencia de Anemia por deficiencia de hierro en un 74% en gestantes adolescentes primerizas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz- 2016. Otra de las conclusiones es, que las adolescentes gestantes primerizas de zonas urbanas presentan en un 81% de anemia, los convivientes presentan 73% de anemia y los que tienen nivel educativo secundario presentan 47% de anemia. Por lo tanto, la presencia de anemia se encuentra más en estratos sociales de nivel social y económico bajos. (10)

En Lima (2016), Parodi, Jordán; en su tesis titulada “Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015”. Tuvo como objetivo identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015. La metodología de estudio fue de tipo observacional, con diseño descriptivo, de corte transversal y

retrospectivo, que tuvo como muestra a 259 gestantes con anemia durante el trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis univariado donde para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas (números) y frecuencias relativas (porcentajes). Los resultados fueron que el 80.7% de las gestantes tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Durante el periodo de dilatación, las gestantes con anemia presentaron complicaciones como: ruptura prematura de membranas (20.5%), trastorno hipertensivo (10%) y fase latente prolongada (2.3%); durante el periodo expulsivo, presentaron desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (1.2%); y durante el periodo de alumbramiento, presentaron atonía uterina (1.2%) y hemorragia durante el alumbramiento (0.4%). La complicación materna que se presentó durante el puerperio fue la infección de las vías urinarias (3.9%). Se concluyó que las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio fueron: ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, desgarros vulvoperineales, atonía uterina e infección de vías urinarias en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015. (11)

En Lima (2014), Munares, Óscar y Gómez, Guillermo; en su trabajo de investigación titulado “Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012”. Tuvo como objetivo el determinar los niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes

atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú durante los años 2009 y 2012. El método de estudio fue transversal de análisis de datos secundarios utilizando el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del niño y la gestante. Se revisaron 265 788 registros de gestantes de 10 a 19 años. Se midieron los niveles de hemoglobina (g/dL) y el porcentaje de anemia en el primer, segundo y tercer trimestre. Se aplicó estadísticas descriptivas con intervalos de confianza al 95%. Los resultados obtenidos son que el 3,4% de las gestantes tenían entre 10 a 14 años (adolescencia temprana), el 21,6% entre 15 a 16 años (adolescencia intermedia) y el 75% entre 17 a 19 años (adolescencia tardía). Los niveles de hemoglobina en las gestantes adolescentes fueron de $11,6 \pm 1,3$ g/dL para el 2009 y de $11,5 \pm 1,3$ g/dL durante los años 2010, 2011 y 2012, la frecuencia global de anemia para el 2009 fue de 25,1% (IC 95%: 24,4-25,8); para el 2010 de 26,0% (IC 95%: 25,3-26,6), para el 2011 de 26,4% (IC 95%: 25,8-27,1) y para el 2012 de 25,2% (IC 95%: 24,6-25,9). Se concluyó que los niveles de hemoglobina son en promedio menores para las gestantes residentes en zonas alto andinas. Alrededor de un cuarto de las gestantes adolescentes presentan anemia. (12)

En Pucallpa (1998), Becerra, César; Gonzáles, Gustavo; Villena, Arturo; De la Cruz, Doris y Florián, Ana; en su trabajo de investigación titulado "Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú". Mencionan que las encuestas demográficas de salud y población del Perú indican que las tasas globales de

fecundidad, la proporción de adolescentes embarazadas y la mortalidad materno infantil son más altas en la selva que en otras zonas del país. Las parasitosis intestinales endémicas agravan el riesgo de anemia ya generalmente presente en las embarazadas por deficiencias de hierro, ácido fólico y otros nutrientes. En muchos países latinoamericanos, esa es la complicación más frecuente del embarazo y está asociada con partos pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. Los estudios realizados sobre este tema en la selva peruana son escasos y no se dispone de estimaciones confiables de la prevalencia de anemia durante la gestación. Los autores se propusieron determinar la prevalencia de anemia en mujeres gestantes que acudían al Hospital Regional de Pucallpa, en la selva del Perú, entre enero de 1993 y junio de 1995. El estudio de corte transversal se basó en los registros de control prenatal y de parto de 1 015 embarazadas y permitió estudiar la asociación entre la prevalencia de anemia y variables como edad cronológica, escolaridad, número de gestaciones previas y peso de la madre al inicio del embarazo. También se compararon los valores de la hemoglobina materna con el peso de los recién nacidos. La prevalencia de anemia en la población de gestantes fue de 70,1%, valor que no se modificó por efecto de la edad materna, la escolaridad ni el intervalo intergenésico. La prevalencia de anemia se asoció directamente con el número de gestaciones e inversamente con la ganancia de peso durante el embarazo. La tasa de mortalidad perinatal fue de 37,7 por 1 000 nacidos. Ni esta tasa ni el peso de los

recién nacidos resultaron asociados con el grado de anemia de la madre. El análisis de regresión multivariado muestra que el peso de la madre al inicio de la gestación ($P = 0,0001$), el peso ganado durante la gestación ($P = 0,0001$) y el número de gestaciones ($P = 0,008$) predicen el peso del recién nacido. Los resultados indican que la alta prevalencia de anemia en las gestantes de Pucallpa no se asocia con un bajo peso al nacer ni con una alta mortalidad perinatal. En estudios futuros deben investigarse las causas principales de la anemia que padecen las embarazadas de Pucallpa y sus efectos en el desarrollo psicomotor de sus hijos. (13)

1.1.3 Antecedentes Locales

No se encontraron estudios de investigación a nivel regional.

1.2 Bases Teóricas

1.2.1. Hemoglobina

La hemoglobina (Hb) es una proteína globular que se encuentra en el interior de los eritrocitos cuya función es transportar oxígeno desde los pulmones hacia los capilares de los tejidos. Los valores normales en sangre son de 12-15 g/dl en mujeres y de 13-16 g/dl en hombres. Estructuralmente, la Hb es una heteroproteína formada por dos tipos de cadenas peptídicas, cada una unida a un grupo prostético denominado grupo hemo formado por un complejo de protoporfirina IX y hierro ferroso. Las subunidades proteicas se mantienen unidas mediante enlaces no covalentes y ocupan diferentes posiciones relativas en la desoxihemoglobina y la

oxihemoglobina. La forma desoxi se denomina forma tensa (T) y presenta baja afinidad por el oxígeno; la unión del oxígeno causa la ruptura de enlaces iónicos y de puentes de hidrógeno favoreciendo la forma relajada (R). La unión del oxígeno a la Hb presenta una curva de saturación sigmoidea, que refleja la unión cooperativa del oxígeno, consecuencia de la estructura cuaternaria de la Hb. La capacidad de la hemoglobina para unir el oxígeno de forma reversible se ve modulada por la presión de CO₂ (pCO₂), el pH, y la disponibilidad de 2,3-bisfosfoglicerato. Así la liberación de O₂ de la hemoglobina se ve intensificada cuando disminuye el pH o aumenta la pCO₂ (Efecto Bohr). (14)

La hemoglobina, es una proteína del cuerpo encargada de llevar oxígeno y de darle el color a los glóbulos rojos. Su trabajo en la sangre es de suma importancia, se encarga de llevar oxígeno, a través de los pulmones, a todos los tejidos involucrados en el sistema sanguíneo y respiratorio.

Existen dos tipos de esta proteína, una es la hemoglobina tipo A: esta representa casi el 97% de la sustancia que habita en la sangre de un adulto promedio, se compone de dos globinas alfa y dos globinas beta.

La del tipo A2: solo supone el 2.5% de hemoglobina de la sangre, y son los números que se reciben luego del nacimiento. (15)

Niveles recomendados (15)

Los valores se miden dependiendo de cada persona. Esta sustancia se encarga de eliminar el dióxido de carbono, y los números se revelarán a partir de datos como: edad, sexo, tipo de vida deportiva y la alimentación.

- ✓ Niños entre 5 y 12 años: 11,5 g/dL
- ✓ Niños entre 12 y 16 años: 12,0 g/dL
- ✓ Hombres adultos: 13,8 y 17,2 g/dL
- ✓ Mujer adulta: 12,1 y 15,1 g/dL
- ✓ Mujer en estado de embarazo: 11,0 g/dL o más.

¿Qué significan los niveles bajos?

Cuando en el hemograma resaltan datos bajos a los recomendados, quiere decir que nuestro cuerpo no está produciendo suficientes glóbulos rojos, esto puede traducirse en anemia. Esta puede ser a causa de una falta de vitaminas importantes como la B12 y el hierro.

La anemia se desarrolla por producir glóbulos rojos débiles, esto ocasionará fatiga, cansancio y dolores musculares, que provocarán una falta de atención y de ánimo para quien sufre la enfermedad.

¿Qué significan los niveles altos?

Tener los valores elevados es algo peligroso, con esto podemos desarrollar enfermedades como diabetes. Al estar seguros que

padecemos de la enfermedad, es necesario realizarnos la prueba de hemoglobina glicosilada.

Esta prueba se hace normalmente cuando la persona sufre de diabetes tipo 2; esto para conocer el nivel de glucosa que ha almacenado en la sangre en los últimos tres meses. Dicha prueba se le denomina también como HbA1c y el nivel normal debe ser de 5,7%. Si sobrepasa ese nivel, es propenso o con indicios de diabetes. Mientras más alto es el porcentaje de HbA1c, más alto es el azúcar en la sangre y probablemente, una diabetes más avanzada.

1.2.2. Anemia (16)

La anemia se define como la disminución de la hemoglobina en los glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, en relación con un valor establecido como adecuado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo. Es considerada una enfermedad, aunque en algunos casos no es evidente la presencia de síntomas. El hecho de realizar el diagnóstico de anemia conlleva a la aplicación de tratamiento adecuado por parte del médico para corregirla.

La carencia de hierro constituye la principal causa de anemia (anemia ferropénica), dando como resultado el 50% de las anemias del mundo. Las deficiencias de folatos (ácido fólico), vitamina B12 y proteínas pueden asimismo determinar su prevalencia. Otros nutrientes, como el ácido ascórbico (vitamina C), el α tocoferol

(vitamina E), la piridoxina (vitamina B6), la riboflavina (vitamina B2) y el cobre son necesarios para producir y mantener la estabilidad de los glóbulos rojos. La carencia de vitamina A también se asocia con la aparición de la anemia por su participación en la movilización del hierro de los tejidos de depósito (principalmente el hígado). Algunas anemias no tienen causa nutricional y se deben, por ejemplo, a factores hereditarios que incluyen la anemia de células falciformes (conocida también como sickleemia o drepanocitosis) y las talasemias; a hemorragias graves e infecciones agudas y crónicas que causen inflamación. Estos aspectos no se tratarán en este tema ya que son enfermedades diagnosticadas y tratadas por los especialistas. Las enfermedades crónicas que pueden causar anemia incluyen las enfermedades renales, cáncer, artritis reumatoide y tiroiditis. Además, la anemia puede desarrollarse cuando existe una infección parasitaria, debido a que algunos parásitos se alimentan de sangre durante su vida en el intestino (*Necator Americanus* y *Ancylostoma duodenale*); mientras que otros interfieren en la absorción de los nutrientes (*Trichuris Trichiura* y *Áscaris Lumbricoide*). Hasta que no se cure esta infección parasitaria no se podrá corregir la anemia. Existen casos infectados, en la población, que no son diagnosticados y adecuadamente tratados.

Consecuencias de la anemia

Muchas personas con anemia no muestran señales o síntomas. Según progresa la enfermedad, pueden reconocerse varios

síntomas y signos que resultan de una reducción en la capacidad para el transporte de oxígeno. Los síntomas y signos son:

- ✓ Cansancio, fatiga, laxitud y debilidad.
- ✓ Sofocación inclusive después de ejercicio moderado.
- ✓ Mareo o dolor de cabeza.
- ✓ Palpitaciones, la persona se queja de sentir sus latidos cardíacos.
- ✓ Palidez de la piel y de las membranas mucosas (labios y ojos) y debajo de las uñas.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Falta de apetito.
- ✓ Edema (en casos crónicos graves). Aumento de la cantidad de líquido que se retiene en las piernas principalmente.
- ✓ Dificultades en el aprendizaje y la concentración.
- ✓ Crecimiento deficiente.
- ✓ Disminución en la capacidad de defensa a las infecciones.
- ✓ En embarazadas, puede provocar parto prematuro y riesgo de muerte, durante o después del parto, por hemorragias.

La mayoría de estos síntomas se producen cuando la anemia es moderada o severa. La anemia ligera, generalmente no es detectada por la adaptación gradual del organismo a las bajas concentraciones de hemoglobina o porque algunos de los síntomas que pueden aparecer se dan también en otras enfermedades y, por lo tanto, no son específicos de la anemia. Más del 80% del hierro funcional en el organismo se encuentra como hemoglobina dentro de los eritrocitos;

el resto está en forma de mioglobina y en las enzimas que catalizan los procesos de respiración celular, principalmente.

En los últimos años, se ha reconocido cada vez más que el estado de hierro es importante porque una carencia leve o moderada, previa al desarrollo de la anemia, puede influir adversamente en el comportamiento humano, el desarrollo psicológico, el control de la temperatura del cuerpo y en la morbilidad por enfermedades infecciosas, cuando se va agotando gradualmente el hierro almacenado. Es la anemia ligera la que más predomina, pero debido a que ninguno de los síntomas parece grave, dramático o pone en peligro la vida, existe la tendencia a ignorar la enfermedad, que no debe ser menospreciada.

¿Quiénes padecen más la anemia?

- ✓ Lactantes mayores de 6 meses que permanecen con una alimentación solo a base de leche o con una introducción inadecuada de los alimentos que son fuentes de hierro.
- ✓ Niños (fundamentalmente menores de 5 años) donde los requerimientos de hierro son muy altos y adolescentes por el aumento de las necesidades de hierro al encontrarse en una etapa de rápido crecimiento.
- ✓ Embarazadas, por la exigencia de hierro del feto y el comienzo del embarazo con posibles bajas reservas de este mineral en su organismo.

- ✓ Mujeres en edad fértil: por la pérdida de sangre propia de la menstruación. En este último grupo se incluyen, particularmente, las adolescentes, en las que existen irregularidades menstruales y de alimentación.
- ✓ Ancianos, por la dificultad en la masticación de los alimentos y la absorción de los diferentes nutrientes.

Situación mundial

La anemia por deficiencia de hierro es el desorden nutricional más común en el mundo. Se considera un serio problema de salud, debido a la cantidad de personas afectadas y sus consecuencias. Afecta a 2 000 millones de personas en el mundo (un tercio de la población mundial). A diferencia de otros desórdenes nutricionales que han disminuido, esta afección continúa en aumento. Los países desarrollados alcanzan un 11% de prevalencia, mientras que en países del Tercer Mundo se afecta cerca de la tercera parte de la población, llegando a superar el 50% en África y sur de Asia. En los países en desarrollo se estima que la población más afectada son los niños menores de un año (30 al 80%). En las mujeres en edad fértil la prevalencia va del 64 % en el Sudeste Asiático hasta el 23 % en América Latina, con una media global del 42 %. Las cifras de prevalencia son en general considerablemente mayores en mujeres embarazadas, con una media global del 51%.

Diagnóstico

El diagnóstico de la anemia requiere un examen clínico y pruebas de laboratorio como hemoglobina o hematocrito, aunque estas no suministran datos sobre el estado inicial de deficiencia de hierro en el individuo. Los valores de hemoglobina y hematocrito pueden estar influenciados en la población adulta por el hábito de fumar, ya que los fumadores tienen niveles superiores como medida de compensación por la falta de oxigenación que producen los contaminantes del humo del cigarro o tabaco.

¿Qué es el hematocrito y la hemoglobina? (17)

Hematocrito: El hematocrito es el porcentaje de la sangre que es ocupado por los hematíes (glóbulos rojos). El hematocrito normal queda alrededor del 40%-45%, indicando que el 40%-45% de la sangre es compuesta por hematíes. Los hematíes son producidos en la médula ósea y tienen una vida de apenas 120 días. Los hematíes viejos son destruidos por el bazo (órgano situado a la izquierda en nuestra cavidad abdominal). Eso significa que después de cuatro meses nuestros hematíes fueron, todos, renovados. La producción y la destrucción de los hematíes son constantes, de tal manera que se mantiene siempre un número estable de hematíes circulantes en la sangre.

Hemoglobina: La hemoglobina es una molécula portadora de hierro que se encuentra dentro del hematíe. La hemoglobina es el componente más importante del hematíe por ser la responsable por

el transporte de oxígeno por la sangre. El hierro es un elemento esencial de la hemoglobina. Las personas con carencia de hierro no logran producir hemoglobinas, que a su vez son necesarias para la producción de los hematíes. Por lo tanto, una disminución de las hemoglobinas obligatoriamente lleva a una disminución de los hematíes, es decir, a la anemia. En la práctica, la medición de hemoglobina acaba siendo la más precisa en la evaluación de una anemia, ya que el hematocrito puede ser influido por una sangre más o menos diluida.

El embarazo normal se caracteriza por cambios profundos en casi todos los sistemas de órganos para acomodar las demandas de la unidad fetoplacentaria. El sistema hematológico debe adaptarse en un número de maneras, tales como el suministro de vitaminas y minerales para la hematopoyesis fetal (hierro, vitamina B12, ácido fólico), que pueden exacerbar la anemia materna, y la preparación para la hemorragia en el parto, que requiere la función hemostática mejorada.

Si bien estos cambios facilitan un embarazo saludable, también aumentan los riesgos de algunas condiciones (por ejemplo, tromboembolismo venoso). Además, los cambios fisiológicos en el recuento de células sanguíneas deben distinguirse de las complicaciones del embarazo que requieren tratamientos específicos.

Entre los cambios más significativos hematológicas durante el embarazo incluyen la anemia fisiológica. El volumen plasmático aumenta en un 10 a 15 por ciento a las 6 y 12 semanas de gestación, se expande rápidamente hasta el 30 a 34 semanas, después de lo cual sólo hay un modesto aumento. La ganancia total en promedios es 1100-1600 ml y los resultados un volumen de plasma de 4700-5200 ml, 30 a 50 por ciento por encima de lo que se encuentra en las mujeres no embarazadas.

La masa de glóbulos rojos comienza a aumentar a las 8 a 10 semanas de gestación y se eleva de manera constante en un 20 a 30 por ciento (250 a 450ml) por encima de los niveles no embarazadas al final del embarazo en las mujeres que toman suplementos de hierro. Entre las mujeres que no están en los suplementos de hierro, la masa de glóbulos rojos sólo puede aumentar en un 15 a 20 por ciento. La duración de la vida de los glóbulos rojos se reduce ligeramente durante el embarazo normal. El principal mediador de aumento de la masa de glóbulos rojos es un aumento en los niveles de eritropoyetina, que estimula la producción de glóbulos rojos. Niveles de eritropoyetina aumentan en un 50 por ciento en los embarazos normales y varían de acuerdo a la presencia de complicaciones en el embarazo. El aumento de la masa de glóbulos rojos resultante apoya parcialmente el requerimiento metabólico más alto de oxígeno durante el embarazo.

Los niveles de 2,3 bifosfoglicerato (2,3-DPG, también llamado 2,3 difosfoglicerato [2,3-DPG]) permanecen elevados durante el embarazo, lo que conduce a una disminución en la afinidad por el oxígeno de los glóbulos rojos maternos. Esta afinidad por el oxígeno más bajo, junto con una baja pCO₂ de la sangre de la madre debido a un aumento de la ventilación minuto, facilita el transporte de oxígeno a través de la placenta.

El embarazo se asocia con una disminución modesta en los niveles de hemoglobina (es decir, anemia fisiológica o por dilución del embarazo). Esta disminución se debe a una mayor expansión del volumen plasmático en relación con el aumento de la masa de glóbulos rojos. La mayor desproporción entre las tasas a las que el plasma y los glóbulos rojos se añaden a la circulación materna se produce durante el final del segundo e inicios del tercer trimestre (hemoglobina más bajo se mide típicamente en 28 a 36 semanas. Más cerca de término, la concentración de hemoglobina se incrementa debido al cese de la expansión de plasma y continuo aumento de la masa de la hemoglobina.

La determinación de una definición precisa de la anemia en mujeres embarazadas no es sencillo, dado el embarazo cambios asociados en el volumen plasmático y la masa de glóbulos rojos, la variación étnica entre mujeres blancas y negras, y el uso frecuente de la administración de suplementos de hierro durante el embarazo.

Anemia severa crónica es más común en las mujeres en los países en desarrollo. Hemoglobina materna por debajo de 6 g / dl se ha asociado con una reducción de volumen de líquido amniótico, la vasodilatación cerebral fetal, y desalentador patrones de frecuencia cardíaca fetal. Aumento de los riesgos de la prematuridad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte fetal también se han comunicado. Además, anemia grave (hemoglobina inferior a 7 g / dL) aumenta el riesgo de mortalidad materna. No hay evidencia de que la anemia materna aumenta el riesgo de anomalías congénitas en la descendencia.

Anemia severa crónica suele estar relacionada con las reservas de hierro inadecuada debido a la deficiencia nutricional y helmintos intestinales, la deficiencia de ácido fólico debido a una ingesta inadecuada, y los estados hemolíticas crónicas, como la malaria. Idealmente, la anemia severa podría ser prevenida y el resultado del embarazo mejorando las medidas de control de administración de suplementos nutricionales y de infección. (17)

Clasificación	gr/dl
Normal	>11 gr/dl
Anemia leve	10.0 – 10.9 gr/dl
Anemia moderada	7.0 – 9.9 gr/dl
Anemia severa	< 7.0 gr/dl

Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y púerperas" MINSA (18)

1.2.3. Embarazo adolescente (18)

El embarazo o parto, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

La adolescencia es una de las etapas mas difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de madurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo". Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo considero que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la adolescencia es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la

adulthood and consolidates socio-economic independence". In general, it sets its limits between 10 and 19 years, being adolescent pregnancy more dangerous the younger the future mother is. Sometimes, the body of the adolescent has not completed its development. Despite the fact that in Spain there has been a moderate decrease in the number of pregnant adolescents, global figures show that there is still a long way to go. (19)

Some of the most striking data are: (19)

- ✓ Unos 16 millones de chicas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- ✓ Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.
- ✓ Cada año, unos 3 millones de chicas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- ✓ Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Although there are many causes of unwanted pregnancies in adolescence, here we expose the ones that have been studied more.

Conocerlos te permitirá actuar sobre ellos y evitar, en la medida de lo posible, que tus hijos/as tengan prácticas sexuales inadecuadas.

Causas de embarazo en la adolescencia

Inicio temprano de relaciones sexuales: En la sociedad actual se viene observando un decremento de la edad media de inicio de las relaciones sexuales. Hace unos años, la media de edad en la que se comenzaba a tener relaciones sexuales era 18 años en hombres y 19 años en el caso de las mujeres. Actualmente, cada vez más adolescentes tienen relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años. De esta forma, al comenzar a tener relaciones sexuales de forma precoz, los adolescentes no están preparados para valorar las consecuencias que conlleva una conducta sexual irresponsable. Como padre o madre, puede que te resulte complicado dejar de ver a tus hijos como niños. Sin embargo, es importante que aceptes la nueva etapa que han alcanzado y cambiar tu actitud con ellos.

Lo ideal es que no ocultes información a tus hijos respecto a la sexualidad.

Habla con ellos abiertamente, para que no se convierta en un tema tabú dentro de la familia. Abandona la percepción del sexo como algo prohibido, que hay que evitar.

Tarde o temprano, tus hijos comenzarán a tener relaciones sexuales, por lo que es mejor que les ayudes a estar preparados.

Falta o distorsión de la información sobre métodos anticonceptivos:
Mitos que circulan entre los adolescentes en relación a la fecundidad. Algunos de ellos son:

- ✓ “Cuando la mujer tiene relaciones por primera vez, no puede quedarse embarazada”.
- ✓ “Sólo se queda embarazada cuando tiene la menstruación”.
- ✓ “Puede evitarse el embarazo teniendo relaciones sexuales de pie”.

Como ves, se trata de información totalmente falsa, que circula entre la población adolescente.

Toda la información veraz que les aportes les beneficiará en un momento de su vida en el que son tan vulnerables a los consejos de sus iguales.

Uso incorrecto de métodos anticonceptivos: Esto se debe, en parte, a la falta de información que hemos comentado anteriormente.

Algunos adolescentes prescinden de métodos anticonceptivos pensando que pueden compensarlo usando tácticas como la “marcha atrás”, en la que interrumpen la penetración momentos antes de eyacular.

Sin embargo, a veces los menores no usan métodos anticonceptivos por la falta de accesibilidad a ellos.

Para evitar esta situación, aunque te parezca sorprendente, algunos padres optan por proveer a los hijos/as con preservativos en casa.

Al principio, esta situación puede resultar muy incómoda pero poco a poco, se va normalizando dentro de la familia.

Consumo de alcohol o drogas: La adolescencia es una época en la que se viven nuevas experiencias en muchos sentidos. No es raro que comiencen a tener contacto con drogas y alcohol.

El uso de este tipo de sustancias, conlleva entre otras cosas que los adolescentes tengan una percepción del peligro aún menor.

Para evitar que esta conducta sea un factor de riesgo en el embarazo adolescente, deberías facilitar información a los menores sobre las consecuencias del consumo.

Además, el consumo de alcohol/drogas puede acarrear numerosos problemas adicionales, como accidentes, enfermedades, adicciones, entre otros.

Por ello, deberías prestar atención a los indicios de que tus hijos estén consumiendo este tipo de sustancias y poner remedio antes de que se agrave la situación.

Recuerda que se trata de una época de vulnerabilidad en muchos sentidos y el consumo de sustancias puede aumentar el peligro al que están expuestos de por sí.

Haber sido hija de madre adolescente: Muchos estudios indican que las madres adolescentes “crean”, de algún modo, futuras madres adolescentes.

Si fuiste madre en tu adolescencia, podrías buscar asesoramiento psicológico sobre el modo de educar a tus hijos.

Es posible que debas hacer más hincapié en algunos aspectos de su educación para evitar un embarazo no deseado.

Consecuencias de un embarazo adolescente

Abandono de los estudios: Una de las consecuencias inmediatas para una futura madre adolescente que decida tener el bebé- es abandonar sus estudios.

El principal objetivo de la adolescente es buscar un trabajo con el que poder hacer frente a los nuevos gastos económicos.

Normalmente, se trata de trabajos poco cualificados y mal remunerados, puesto que la adolescente no ha adquirido aún una completa formación académica.

Posteriormente, le resultará difícil retomar sus estudios, por lo que se puede perpetuar una situación de pobreza en el núcleo familiar.

Finalización de su relación de pareja: Las parejas adolescentes suelen ser de corta duración e inestables, y la presencia de un hijo magnifica esta situación.

A veces, la relación se formaliza y perdura de forma forzada, para hacer frente a la nueva realidad.

No obstante, en la mayoría de los casos, también terminan por finalizar esta relación sentimental obligada.

Así, las menores que se ven envueltas en un embarazo no deseado tienen que afrontar, en muchos casos, esta situación por sí mismas o con ayuda de sus padres.

Por tanto, a la complicada situación de quedarse embarazada en un momento en el que no están preparadas, se le suma que se conviertan en madres solteras.

Riesgos del embarazo en la adolescencia (20)

Un embarazo en la adolescencia supone mayor riesgo para la madre y para el futuro bebé. De hecho supone la segunda causa de muerte en el mundo en mujeres a esta edad y aumento en la tasa de morbi-mortalidad.

- ✓ Partos prematuros.
- ✓ Hipertensión en la gestación.
- ✓ Anemia.
- ✓ Retraso de crecimiento fetal.
- ✓ Infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Alteraciones psicológicas de la madre: sentimiento de culpabilidad, etc.
- ✓ Aumento en la tasa de divorcios de estas parejas tan precoces.

- ✓ Abandono escolar, o en el mejor de los casos de perder dos años escolares, perpetuando así los bajos niveles socioculturales y económicos.
- ✓ Al ser un embarazo no deseado en muchos casos, supone una gran carga afectiva tanto para los padres como para los hijos.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Aumento de mortalidad fetal y tras el parto.

1.3. Definición de Términos Básicos

Prevalencia: La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. Proporciona una estimación del riesgo o probabilidad de que un individuo de esta población pueda llegar a padecer la enfermedad referida. (21)

Hemoglobina: Se denomina hemoglobina a la proteína presente en el torrente sanguíneo que permite que el oxígeno sea llevado desde los órganos del sistema respiratorio hasta todas las regiones y tejidos. Es posible identificar la hemoglobina como una heteroproteína ya que se trata de una proteína conjugada (donde es posible apreciar una parte proteica bautizada como globina con una parte no proteica que se conoce como grupo prostético). (22)

Anemia: La anemia es una afección que se caracteriza por la falta de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. (23)

Embarazo adolescente: El embarazo en la adolescencia es aquel que se produce cuando la mujer es todavía una adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia “entre los 10 y los 19 años.” La gran mayoría de estos embarazos son embarazos no deseados.
(24)

1.4. Hipótesis

H_i: Existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.

H_o: No existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.

1.5. Variables

1.5.1. Variable Independiente

Gestantes adolescentes y adultas.

1.5.2. Variable Dependiente

Valor de la hemoglobina menor a 11 gr/dl.

1.6. Operacionalización de Variables

(Ver anexo 02)

1.7. Objetivo

1.7.1. Objetivo General

Analizar la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017.

1.7.2. Objetivo Específico

- ✓ Identificar el tipo de anemia más frecuente presente en las gestantes adolescentes y adultas.
- ✓ Describir las características gineco-obstétricas de las gestantes adolescentes y adultas.
- ✓ Identificar el tipo de vía de culminación de parto.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 **Ámbito de Estudio**

El estudio fue realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, ubicado en la Av. Micaela Bastidas N° 756, en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.

Ámbito temporal. Estuvo comprendido de enero – diciembre del 2017.

2.2 **Tipo de Investigación (27)**

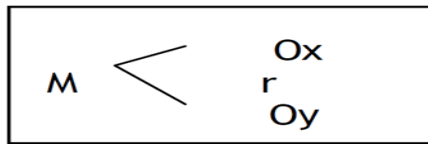
El tipo de estudio fue determinada mediante los criterios excluyentes propuestos por José Supo. (25)

- ✓ Según la intervención del investigador fue descriptivo ya que observa, describe y fundamenta varios aspectos del fenómeno. No existió la manipulación de variables o la intención de búsqueda de la causa-efecto con relación al fenómeno.
- ✓ De acuerdo a la planificación de los datos fue retrospectivo, porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarias).
- ✓ De acuerdo al número de ocasiones en que mide la variable de estudios fue transversal porque todas las variables serán medidas en una sola ocasión.

- ✓ De acuerdo al número de variables de interés fue analítico porque el análisis estadístico fue bivariado, porque se planteó y puso a prueba una hipótesis; y se estableció una comparación entre ellas.

2.3 Diseño y Esquema de Investigación

La investigación corresponde al nivel relacional, cuando se señala como es y se manifiesta un fenómeno o evento, cuando se busca especificar las propiedades importantes para comparar, medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar. (25)



Leyenda:

M= Muestra

Ox= Observación de la Variable 1.

Oy= Observación de la variable 2.

R= relación de dependencia entre variables.

2.4 Población y Muestra

2.4.1. Población

La población estuvo constituida por las primigestas a término adolescentes y adultas (y sus respectivas historias clínicas) atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" durante el periodo enero a diciembre 2017.

2.4.2. Muestra

La muestra fue seleccionada utilizando un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, la cual fue calculada con la fórmula de tamaño muestral para una proporción de una población finita; donde se obtuvo una muestra igual a 180 primigestas.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Tamaño de la población	N	368
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia del problema	p	0.35
Complemento de p	q	0.65
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	179.53

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos

2.5.1. Técnica (27)

La técnica fue la documentaria, porque como lo señala *José Supo*, la documentación constituye la técnica de recolección más básico, pero a la vez más inexacta. Sin embargo corresponden a la investigación de tipo retrospectiva porque fue la única forma de obtener información, en donde a través del instrumento de recolección de datos se trasladó la información que en el documento fue registrada anteriormente.

2.5.2. Instrumento

El instrumento fue una ficha de recolección de datos, la misma que estuvo estructurada en dos segmentos principales: que fueron los datos sociodemográficos, los datos de la variable de interés que fueron los valores de la hemoglobina.

El instrumento fue validado a partir del método Delphos con el propósito de validar el contenido a partir del juicio de cinco expertos, asimismo se validó su fiabilidad utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach el que determinó una fuerte fiabilidad.

Validez del instrumento:

a) Técnica o método Delphos

Jueces	Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
Obst. Walter Castro Moncada	20	MUY BUENO
Ginec. Obst. José Gutarra Vara	20	MUY BUENO
Obst. Gladys Loarte Velasquez	20	MUY BUENO
Obst. Jaime Tuesta del Águila	20	MUY BUENO
Mg. Andy Maque Ponce	20	MUY BUENO
TOTAL	20	MUY BUENO

b) Confiabilidad del instrumento

ESCALA DE FIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N° DE ELEMENTOS
0,751	31

CRITERIO DE FIABILIDAD	VALORES
No es fiable	-1 a 0
Baja fiabilidad	0,01 a 0,49
Moderada fiabilidad	0,5 a 0,69
Buena fiabilidad	0,7 a 0,79
Fuerte fiabilidad	0,80 a 0,89
Alta fiabilidad	0,9 a 1

2.5.3. Procedimiento de Tabulación y Análisis de Datos

Para obtener la información de la presente investigación se realizó la gestión de solicitud de autorización al director del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, para la recolección de datos y el procesamiento de los mismos.

Se revisó la calidad de la información obtenida de cada ítem del instrumento retornando nuevamente a las historias clínicas en casos de información dudosa, para ello cada ficha tuvo un código o clave.

Seguido a esta etapa se clasificó los datos de acuerdo a las variables estudiadas en forma categórica, numérica y ordinal, los cuales se presentan en tablas estadísticas de frecuencia y porcentaje, con sus respectivas figuras según normas de Vancouver.

Se trabajó con un nivel de significancia de p valor menor a 0,05, considerando valores menores a éste como significativos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Los resultados que se presentan están en relación a las variables.

Tabla 01: Medidas de tendencia central de la edad en años de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo de enero a diciembre 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Edad de las gestantes	Frecuencia (N)	
N° Casos válidos	180	
Media	22	
Mediana	21	
Moda	16	
Mínimo	14	
Máximo	40	

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la edad en años de 180 primigestas atendidas en el referido hospital; de los cuales el valor que se obtiene sumando las edades y dividiéndolos por el número total es 22 años (media), el percentil 50 % de las edades es 21 años (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 16 años (moda). También se observa la edad mínima de 14 años y la máxima de 40 años.

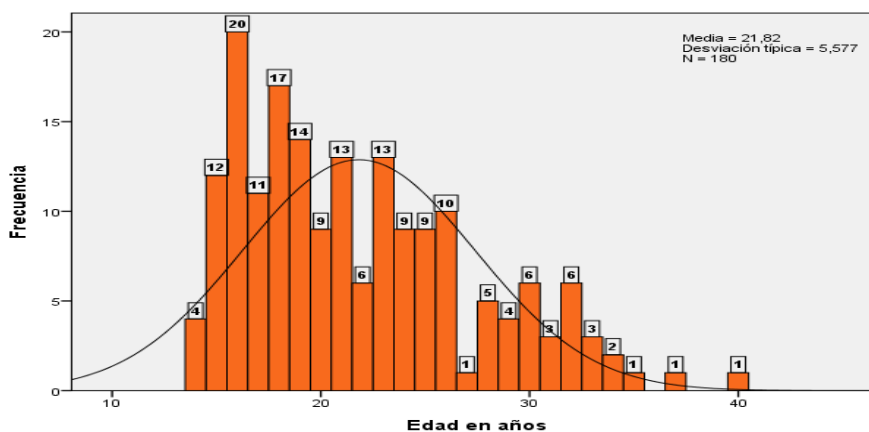


Figura 01. Edad en años.

Tabla 02: Clasificación de la edad en años de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Clasificación de la edad en años	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Adolescentes (10-19 años)	78	43,3
Adultas (>20 años)	102	56,7
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la clasificación de la edad en años de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; presentando que el 56,7% (102) son adultas y el 43,3% (78) son adolescentes.

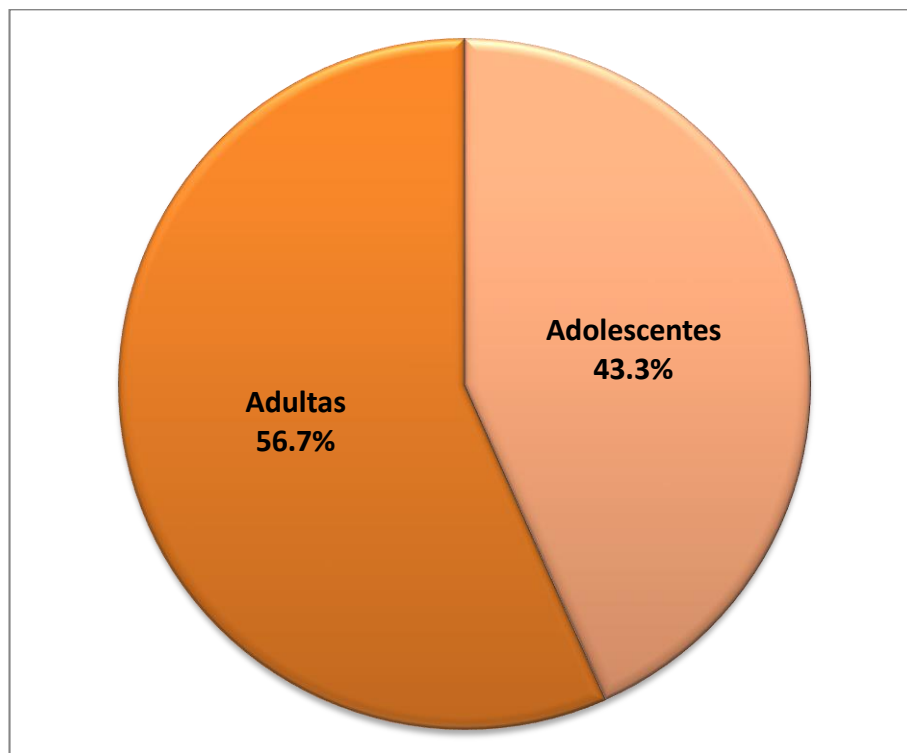


Figura 02. Clasificación de la edad.

Tabla 03: Estado civil de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Estado civil	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Soltera	49	27,2
Casada	37	20,6
Conviviente	94	52,2
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el estado civil de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; presentando que el 52,2% (94) son convivientes, el 27,2% (49) son solteras y el 20,6% (37) son casadas.

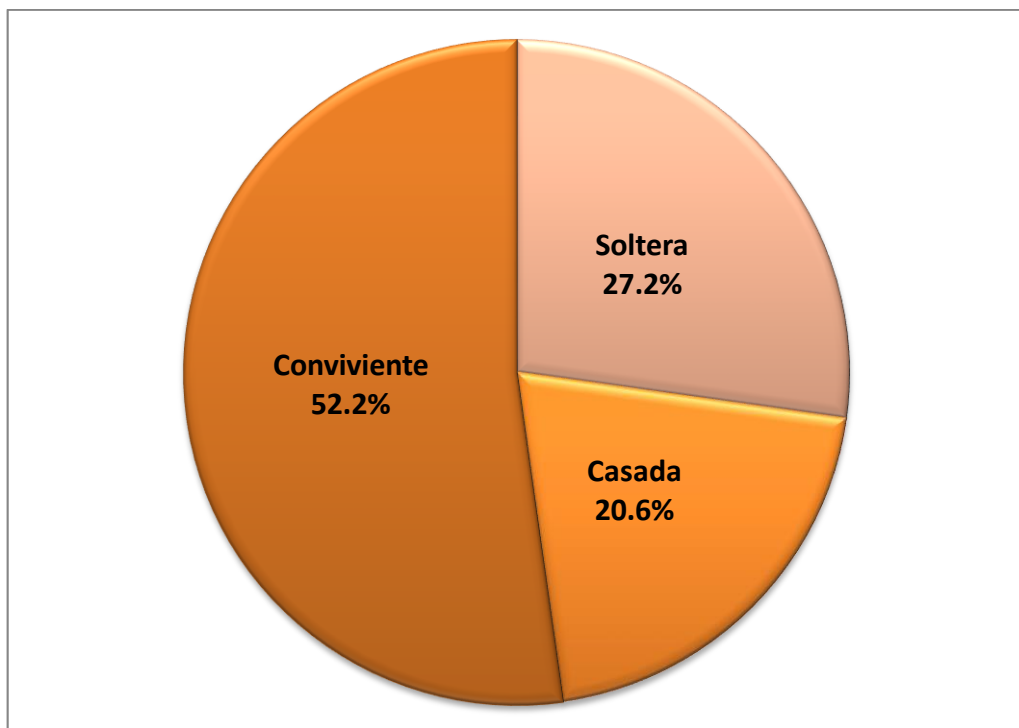


Figura 03. Estado civil.

Tabla 04: Zona de residencia de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Zona de residencia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Urbana	110	61,1
Rural	70	38,9
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la zona de residencia de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; presentando que el 61,1% (110) proceden de zona urbana y el 38,9% (70) son de zona rural.

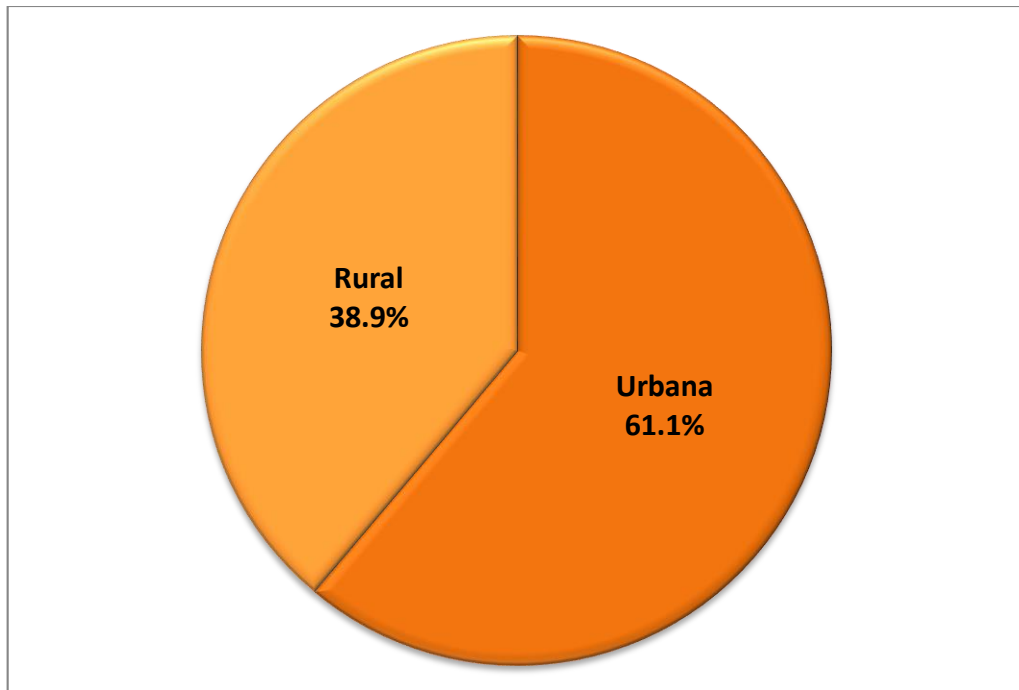


Figura 04. Zona de residencia.

Tabla 05: Medidas de tendencia central de la edad gestacional en semanas de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

2017

Edad gestacional	Frecuencia (N)
N° Casos válidos	180
Media	38
Mediana	38
Moda	38
Mínimo	36
Máximo	40

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la edad gestacional en semanas de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; de los cuales el valor que se obtiene sumando las edades y dividiéndolos por el número total es 38 semanas (media), el percentil 50 % de las edades es 38 semanas (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 38 semanas (moda). También se observa la edad mínima de 36 semanas y la máxima de 40 semanas.

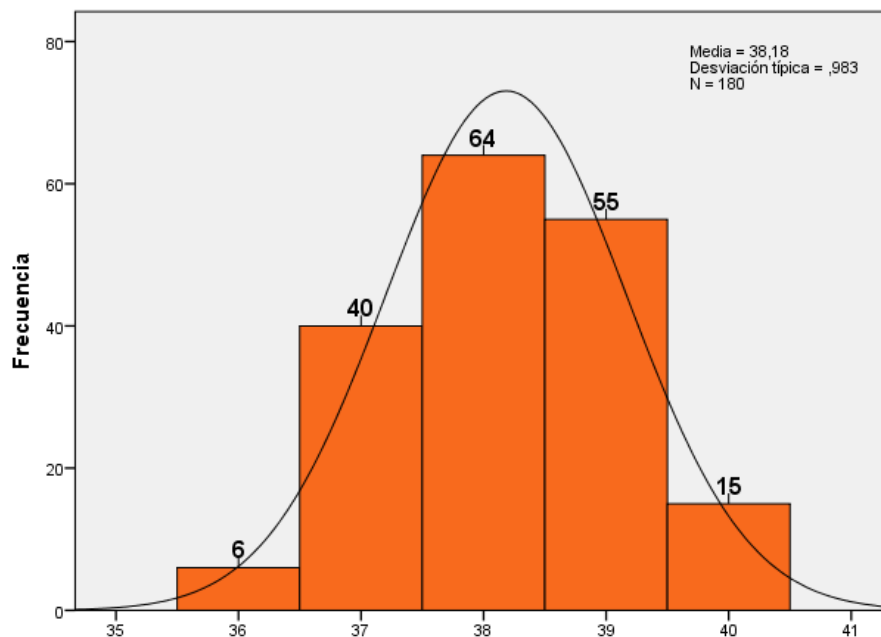


Figura 05. Edad gestacional.

Tabla 06: Nivel de la hemoglobina de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Nivel de la hemoglobina	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Normal 11-15 g/dl	35	19,4
Bajo <11 g/dl	145	80,6
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el nivel de la hemoglobina de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; se encontró que el 80,6% (145) presentaron un valor normal, mientras que el 19,4% (35) bajo.

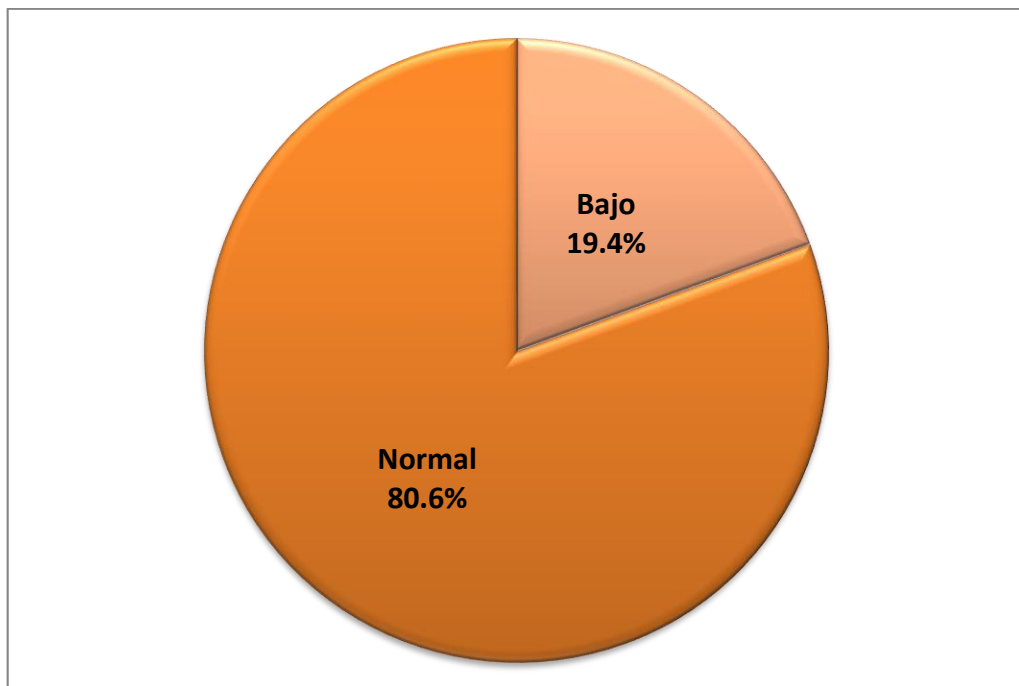


Figura 06. Nivel de la hemoglobina.

Tabla 07: Incidencia de anemia en las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Incidencia de anemia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Anemia leve	29	16,1
Anemia moderada	4	2,2
Anemia severa	2	1,1
Sin anemia (normal)	145	80,6
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la Incidencia de anemia en 180 primigestas atendidas; se encontró que el 80,6% (145) no presentó anemia, el 16,1% (29) anemia leve, el 2,2% (4) anemia moderada y el 1,1% (2) anemia severa.

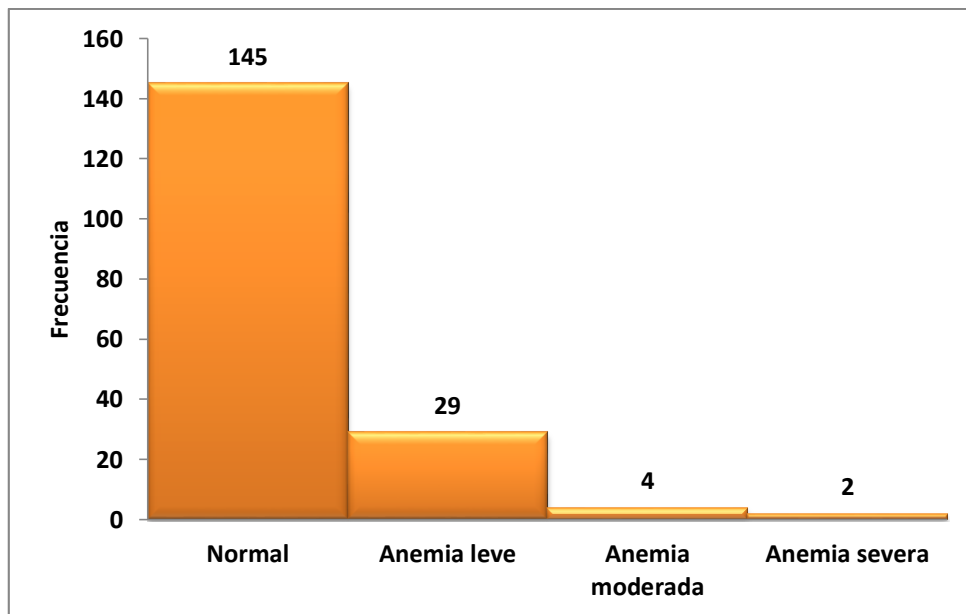


Figura 07. Anemia en primigestas.

Tabla 08: Vía de culminación del parto de las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

<i>Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</i>		<i>2017</i>
Vía de culminación	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Parto vaginal	82	45,6
Cesárea	98	54,4
Total	180	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la vía de culminación del parto de 180 pacientes atendidas en el referido hospital; se encontró que el 54,4% (98) son cesáreas, mientras que el 45,6% (82) partos vaginales.

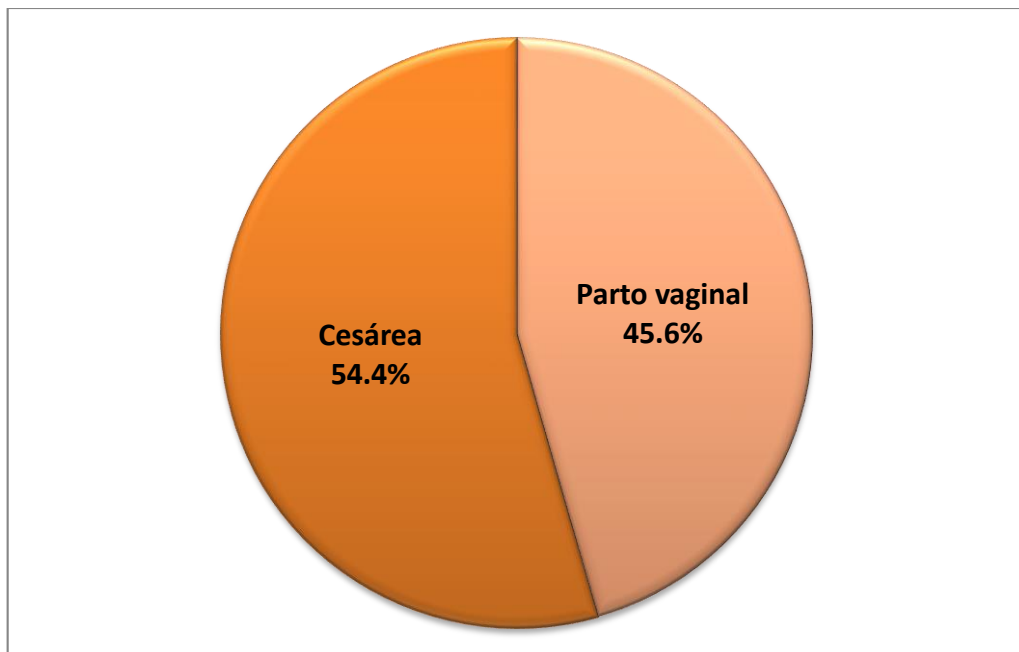


Figura 08. Vía de culminación.

Tabla 09. Relación de la clasificación de la edad y del nivel de la hemoglobina en las primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, 2017.

Incidencia de anemia *		Clasificación de la edad				Total	
		Adolescente		Adultas			
		N°	%	N°	%	N°	%
Sin anemia (normal)	56	71,8	89	87,3	145	80,6	
Anemia leve	18	23,1	11	10,8	29	16,1	
Anemia moderada	2	2,6	2	2,0	4	2,2	
Anemia severa	2	2,6	0	0,0	2	1,1	
Total	78	100,0	102	100,0	180	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS V 21

* Anemia según los valores de hemoglobina.

Interpretación

En la presente tabla de doble entrada se observa la clasificación de la edad y de la incidencia de anemia según el nivel de la hemoglobina de 180 pacientes atendidas en el referido hospital encontrando que, del 100% (78) de pacientes adolescentes (10-19 años) un 71,1% (55) presentó una hemoglobina dentro de los parámetros normales (sin anemia); el 23,7% (19) anemia leve; el 2,6% (2) anemia moderada y severa; del 100% (102) de pacientes adultas (≥ 20 años) un 88,2% (90) presentan una hemoglobina normal, el 9,8% (10) presentan anemia leve y el 2,6% (2) anemia moderada.

Comprobación de hipótesis

Tabla 10. Incidencia de anemia en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017.

<i>Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”</i>						<i>2017.</i>	
Anemia	Clasificación de la edad				Total		
	Adolescente		Adultas				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Sí	22	28,2	13	12,7	35	19,4	
No	56	71,8	89	87,3	145	80,6	
Total	78	100,0	102	100,0	180	100,0	

P=0,008

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación

En la presente tabla se observa la clasificación de la edad y la presencia de anemia en 180 pacientes atendidas en el referido hospital encontrando que, del 100% (78) de pacientes adolescentes (10-19 años) un 71,8% (56) no presentó anemia, mientras que el 28,2% (22) sí; del 100% (102) de pacientes adultas (\geq 20 años) un 87,3% (89) no presentó anemia y el 12,7% (13) sí.

Planteamiento de Hipótesis

- H1 Existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.
- Ho No existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.

Toma de decisión

Con un valor de $p=0,008$ decimos que existe diferencia en la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,745 ^a	1	,009		
Corrección por continuidad ^b	5,794	1	,016		
Razón de verosimilitudes	6,708	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,008
Asociación lineal por lineal	6,707	1	,010		
N de casos válidos	180				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

DISCUSIÓN

Para poder analizar la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017, se ha calculado el valor de $p= 0,008$ decimos que existe diferencia entre los niveles de la hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas. Al respecto Pasos encontró en su trabajo de investigación obtuvo resultados donde evidencia que las gestantes adolescentes tuvieron en comparación con las gestantes adultas, 2.63 IC [1.10 – 6.28] veces más riesgo de tener anemia por deficiencias de hierro en comparación con las gestantes adultas.

Con la finalidad de identificar el tipo de anemia presente en las gestantes adolescentes y adultas se ha procesado los datos calculando que del 100% (78) de pacientes adolescentes (10-19 años) un 71,1% (55) presentó una hemoglobina dentro de los parámetros normales, el 23,7% (19) anemia leve, el 2,6% (2) anemia moderada y severa; del 100% (102) de pacientes adultas (≥ 20 años) un 88,2% (90) presentan una hemoglobina normal, el 9,8% (10) presentan anemia leve y el 2,6% (2) anemia moderada (ver tabla 09). Al respecto Flores señala que la prevalencia de anemia de las gestantes incluidas en el estudio fue de 20,3% siendo anemia leve de 18%, moderada de 2,3%. La prevalencia de anemia en el grupo de 14-19 años fue de 30,6%, de 35-43 años fue 28,6% y de 20-34 años fue 16,4%.

Para describir las características gineco-obstétricas de las primigestas adolescentes y adultas; se analizaron las medidas de tendencia central de la edad en años (ver tabla 1) encontrando una media de 22 años y mediana de 21

años y la moda de 16 años; también se analizaron los datos encontrando que, el 56,7% son adultas, el 43,3% fueron adolescentes (ver tabla 2); asimismo se identificó que el 52,2% (94) son convivientes, el 27,2% (49) son solteras y el 20,6% (37) son casadas (ver tabla 3); se encontró que el 61,1% (110) procedieron de zona urbana y el 38,9% (70) son de zona rural (ver tabla 4); también se evidenció que el 54,4% (98) son cesáreas, mientras que el 45,6% (82) partos vaginales (ver tabla 8); el 70,5% son de religión católica y el 29,5% son de otras religiones (ver tabla 6). Al respecto Huamán que las adolescentes gestantes primerizas de zonas urbanas presentan en un 81% de anemia, los convivientes presentan 73% de anemia y los que tienen nivel educativo secundario presentan 47% de anemia. Por lo tanto, la presencia de anemia se encuentra más en estratos sociales de nivel social y económico bajos.

CONCLUSIONES

- ✓ La incidencia de anemia en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari", durante el periodo 2017, es diferente.
- ✓ El tipo de anemia más frecuente en las gestantes adolescentes y adultas es la anemia leve; con 19 y 10 casos cada una respectivamente.
- ✓ Las características gineco-obstétricas de las gestantes adolescentes y adultas que se describieron son: la edad en años con un promedio 22 años, el 56,7% son adultas, el 52,2% (94) son convivientes, se encontró que el 61,1% (110) procedieron de zona urbana.
- ✓ Se identificó el tipo de vía de culminación de parto se encontró que el 54,4% (98) son cesáreas, mientras que el 45,6% (82) partos vaginales.

SUGERENCIAS

- ✓ Se sugiere al profesional obstetra tener en cuenta los valores de la hemoglobina según el grupo etario, para un manejo adecuado y evaluación oportuna.
- ✓ Se sugiere a los profesionales obstetras profundizar las investigaciones relacionadas a los niveles de la hemoglobina y así poder relacionarlo con las diferentes complicaciones maternas fetales.
- ✓ Recomendar al obstetra enfatizar en la realización de actividades promocionando la buena salud, una correcta nutrición y así prevenir la anemia.
- ✓ Recomendar al profesional obstetra tener en cuenta los resultados de las características gineco-obstetras como factores de riesgo del embarazo en los diferentes grupos etarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2013 [cited 2018 Abril 24. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1.
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 24. Available from: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.
3. Lazarte S, Issé B. Prevalencia y etiología de anemia en el embarazo, Estudio observacional descriptivo en el instituto de maternidad de Tucuman. Revista Argentina de Salud Pública. 2011; II(8).
4. Ministerio de Salud. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 25. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/1%20Plan%20Anemia.pdf>.
5. Pasos Baño AM. Riesgo obstétrico en el embarazo adolescente: estudio comparativo del riesgo obstétrico y perinatal con embarazadas adultas, Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo, Ecuador - 2014. Tesis de Doctor en Ciencias de la Salud. Ecuador: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Unidad de Postgrado; 2017.
6. Icaza Cardenas JF, Vásquez Cedeño DA. Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012. Revista "Medicina". 2014; XVIII(3).
7. Escudero L, Parra B, Herrera J, Restrepo S, Zapata N. Estado nutricional del hierro en gestantea adolescentes: Medellín-Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2014; 32(I).
8. Moreno A. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acuden a consulta en el servicio de urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMEM). Tesis de especialidad. Toluca: Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina ; 2013.

9. Flores Hidalgo JM. Prevalencia de anemia en gestantes del centro de salud La Libertad, San Juan de Lurigancho, Lima, enero-octubre del 2015. Tesis Profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2017.
10. Huamán Aguilar MM. Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016. Repositorio Institucional Universidad de San Pedro. 2017 Agosto.
11. Parodi Quito JJ. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Tesis Profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Profesional de Obstetricia; 2016.
12. Munares García Ó, Gómez Guizado G. Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014 Mayo; XXXI(3).
13. Becerra C, Gonzáles G, Villena A, De la Cruz DyFA. Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú. Revista de Panamá Salud Pública. 1998; III(5).
14. Ríos Tapia C, Izquierdo Vega J, Sánchez Gutiérrez M, Zúñiga Pérez C. Hemoglobina. Boletín Científico: Publicación Semestral Educación y Salud. 2018 Junio; II.
15. Hemoglobina: Niveles, Enfermedades Asociadas y Causas. [Online].; 2017 [cited 2018 Julio 15. Available from: <https://www.hemoglobina.top/>.
16. Pita Rodriguez G, Basabe Tuero B, Jiménez Acosta S, Mercader Camejo O. La anemia: Aspectos nutricionales, conceptos actualizados para su prevención y control Alimentos IdNeHdl, editor. Cuba: UNICEF; 2007.
17. Pinheiro P. MD. SAUDÉ. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 24. Available from: <https://www.mdsauade.com/es/2015/10/anemia-sintomas-y-causas.html>.
18. Kenneth A Bauer M. Maternal adaptations to pregnancy: Hematologic changes. The Hematologist, ash news and reports. 2015 Diciembre 4; 15(429): p. 1-27.

19. MINSA. Directiva Sanitaria para la Prevencion y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puerperas. 2016. RM N° 069 - 2016/MINSA que aprueba la "Directiva Sanitaria N°069-MINSA/DGSP-V.01.
20. Loza Alcalá CI. monografias.com. [Online]. [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos55/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>.
21. Gonzalez M. lifeder.com. [Online]. [cited 2018 Abril 24. Available from: <https://www.lifeder.com/embarazo-en-la-adolescencia/>.
22. Zorrilla F. Mi Pediatría Online. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.mipediatraonline.com/embarazo-en-la-adolescencia/>.
23. Adserá Bertran A. enciclopediasalud.com. [Online].; 2009 [cited 2018 Abril 20. Available from: <http://www.enciclopediasalud.com/categorias/otros-temas/articulos/que-es-la-prevalencia-de-una-enfermedad>.
24. Pérez Porto J, Gardey A. Definición.De. [Online].; 2012 [cited 2018 Julio 01. Available from: <https://definicion.de/hemoglobina/>.
25. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 20. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>.
26. BalnearialS. clinicasabortos.mx. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 23. Available from: <https://www.clinicasabortos.mx/embarazo-en-la-adolescencia>.
27. Supo J. Seminarios de Investigación científica en salud. Primera ed. Bioestadístico.com , editor. Arequipa: Bioestadístico.com; 2016.
28. Supo J. Scribd. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 13. Available from: <https://es.scribd.com/document/340375996/INVESTIGACION-CIENTIFICA-Jose-Supo-pdf>.

ANEXOS

**ANEXO N° 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Título: Estudio comparativo de la hemoglobina en primigestas a término adolescentes y adultas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. Enero a diciembre 2017.

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	VARIABLES Y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA																								
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017?</p> <p>ESPECÍFICO</p> <p>¿Cuál es el tipo de anemia presente en las gestantes adolescentes y adultas según el tipo de anemia?</p> <p>¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las gestantes adolescentes y adultas?</p> <p>¿Cuál es el tipo de vía de culminación de parto?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Analizar la incidencia de anemia según el nivel de hemoglobina en primigestas adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar el tipo de anemia presente en las gestantes adolescentes y adultas.</p> <p>Describir las características gineco-obstétricas de las gestantes adolescentes y adultas.</p> <p>Identificar el tipo de vía de culminación de parto.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Gestantes adolescentes y adultas.</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>Valor de la hemoglobina menor a 11 gr/dl.</p> <p>VARIABLE 3:</p> <p>Características gineco-obstétricas.</p>	<p>Edad en año:</p> <p>Edad categórica:</p> <p>Adolescentes: 10 a 19 años.</p> <p>Adultas: 20 a 35 años.</p> <p>Valor de la hemoglobina:</p> <p>Nivel normal: 11-15 g/dl</p> <p>Nivel Bajos: <11 g/dl</p> <p>Nivel educativo.</p> <p>Zona de procedencia.</p>	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El tipo de investigación será descriptivo. Será retrospectivo, porque los datos se recogerán de acuerdo como irán ocurriendo los hechos, será transversal porque las variables serán medidas en un solo momento.</p> <p>DISEÑO DE INV.</p> <p>El diseño de este estudio será relacional.</p> <p>Dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> $M < \begin{matrix} O_x \\ O_y \end{matrix}$ </div> <p>Leyenda: M= Muestra Ox= Observación de la Variable 1. Oy= Observación de la variable 2. R= relación de dependencia entre variables</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>Los objetos de estudio el cual estará representada por las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” durante el periodo enero a diciembre 2017.</p> <p>MUESTRA: La muestra fue seleccionada utilizando un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, la cual fue calculada por la fórmula de tamaño muestral para una media de una población finita; donde se obtuvo una muestra igual a 180 primigestas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tamaño de la población</td> <td>N</td> <td>368</td> </tr> <tr> <td>Error Alfa</td> <td>α</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>Nivel de Confianza</td> <td>$1-\alpha$</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Z de (1-α)</td> <td>Z (1-α)</td> <td>1.96</td> </tr> <tr> <td>Prevalencia del problema</td> <td>p</td> <td>0.35</td> </tr> <tr> <td>Complemento de p</td> <td>q</td> <td>0.65</td> </tr> <tr> <td>Precisión</td> <td>d</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>Tamaño de la muestra</td> <td>n</td> <td>179.53</td> </tr> </table> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Encuesta.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>- Ficha de recolección de datos.</p>	Tamaño de la población	N	368	Error Alfa	α	0.05	Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95	Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96	Prevalencia del problema	p	0.35	Complemento de p	q	0.65	Precisión	d	0.05	Tamaño de la muestra	n	179.53
Tamaño de la población	N	368																											
Error Alfa	α	0.05																											
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95																											
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96																											
Prevalencia del problema	p	0.35																											
Complemento de p	q	0.65																											
Precisión	d	0.05																											
Tamaño de la muestra	n	179.53																											

ANEXO N° 02
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables		Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Valor final
V1	Gestantes adolescentes y adultas a término.	Gestantes a término con resultado de análisis de hemoglobina clasificadas según edad en adolescencia y la adultez.	Control de gestantes.	Edad en años.	Edad categórica: Adolescentes: 10 a 19 Adultas: 20 a 35
V2	Valor de los niveles de hemoglobina.	Valor de los niveles de la hemoglobina en gramos por decilitro.	Control de la hemoglobina en gestantes.	Valor de la hemoglobina en gramos por decilitro (Hb: g/dl)	Nivel normal: 11-15 g/dl Nivel anormal: - Bajos: <11 g/dl - Altos: >15 g/dl
V3	Características gineco-obstétricas.	Caracterización epidemiológica de las gestantes según los niveles alcanzados de hemoglobina.	Epidemiológica.	Nivel educativo.	- Sin estudios. - Primaria. - Secundaria. - Superior.
				Zona de procedencia.	- Rural. - Urbana

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

TÍTULO: Estudio comparativo de la hemoglobina en primigestas a término adolescentes y adultas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”. Enero a Diciembre 2017.

OBJETIVO: Analizar la incidencia de anemia en primigestas a término adolescentes y adultas que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, durante el periodo 2017.

I. DATOS GENERALES:

1.1. N° HC: _____

1.2. Edad en años: _____

1.3. Estado civil: Soltera ()

Conviviente ()

1.4. Zona de procedencia: Urbano ()

Rural ()

II. CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS

2.1. Edad gestacional en semanas : _____

2.2. Valor de la Hemoglobina : _____

2.3. Vía de culminación del parto: Parto vaginal: ()

Cesárea : ()

Observación: _____

ANEXO N° 04**ESTADÍSTICOS DEL ALFA DE CRONBACH****Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Clasificación de la edad	58,472	20,096	-,221	,909
Zona de residencia	58,650	16,064	,780	,844
Edad Gestacional en semanas	21,856	11,956	,947	,804
Valor de la hemoglobina	47,928	9,866	,914	,825
Anemia	58,233	17,023	,666	,856
Clasificación de la anemia	58,806	16,713	,533	,860
Vía de culminación del parto	58,539	15,866	,812	,841
Estado Civil	57,789	13,260	,859	,819

ANEXO N° 05


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**


TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

EXPERTO: *Andy Mague Ponce*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

Andy Mague Ponce
ANDY MAGUE PONCE
OBSTETRA

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: *22494193*

TELEF. *967981895*

ANEXO N° 06


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**


TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

EXPERTO: *Jaime Tuesta del Águila*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....

.....

 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI:.....*22999675*
 TELEF.....*062542007*

ANEXO N° 07


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**


TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

EXPERTO: *José Gutarra Vara*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(2)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES: *Ninguna*

FIRMA DEL EXPERTO *José Gutarra Vara*
 DNI: *226 4720*
 TELEF: *943 47 6616*

ANEXO N° 08


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**


TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

EXPERTO: *Walter Castro Moncada*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: *09259781*

TELEF: *962938642*

Walter Castro Moncada

OBSTETRA
COP. N° 9122
RED ASISTENCIAL HUÁNUCO



ANEXO N° 09


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**


TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO - DICIEMBRE 2017.

EXPERTO: *Glady's Lante Velasquez*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: *22484316*

TELEF. *978488687*

ANEXO N° 10

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO



Amarilis, 04 de Diciembre del 2018

PROVEIDO N° 026- 2018-JO-HMI.CSF

Visto La solicitud de ADLES JOSE VICTOR TORREJON SANCHEZ, de autorización de recolección de datos para ejecución de Proyecto titulado "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTOS-HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERERARI" AMARILIS. ENERO-DICIEMBRE 2017" para obtener el título profesional

Se le concede proveído favorable para la recolección de datos estadísticos.



ACTA DE SUSTENTACIÓN



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 20 días del mes de diciembre de 2018, siendo las 12:00 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO – DICIEMBRE 2017", presentada por la Bachiller en Obstetricia TORREJON SANCHEZ Adles Jose Victor, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dr. León Rocano Rojas
SECRETARIA	:	Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida Cordova Ruiz


Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
..... - Papeleta (S) DESAPROBADOS


Con nota cuantitativa de: 19 y cualitativa de: diecinueve

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

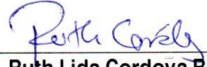
En fe, de lo cual firmamos.



Dr. León Rocano Rojas
PRESIDENTA
D.N.I. 272191087



Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia
SECRETARIA
D.N.I. 22408869



Mg. Ruth Lida Cordova Ruiz
VOCAL
D.N.I. 22520276

Asesor: Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los20..... días del mes de diciembre de 2018, siendo las12:00.... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LA HEMOGLOBINA EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y ADULTAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI". AMARILIS, ENERO – DICIEMBRE 2017", presentada por la Bachiller en Obstetricia PALOMINO JULCA Christian Junior, para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dr. León Rocano Rojas
SECRETARIA	:	Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida Cordova Ruiz


Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:


.....03..... Papeleta (S) APROBADOS
-..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

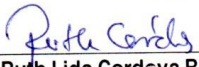
Con nota cuantitativa de:19..... y cualitativa de:
diecinueve.....

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.


 Dr. León Rocano Rojas
 PRESIDENTA
 D.N.I. 72497087


 Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia
 SECRETARIA
 D.N.I. 22488669


 Mg. Ruth Lida Cordova Ruiz
 VOCAL
 D.N.I. 22520276

Asesor: Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores.