

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. "José Assef Yara"

Ciego de Ávila.

Policlínico Comunitario Docente "José .A. Más Naranjo"

Estudio sobre el comportamiento de la anemia en las gestantes en el área de salud Primero de Enero en el período de Enero a Diciembre del 2010.

Autora: Maria Elena René Anelas.  
Licenciada em Enfermeira.

Tutor: Dr. Walfrido Ferrer Rangel.  
Especialista en Primer Grado en Ginecoobstericia.

Asesora: Norma Pulido Martínez.  
Licenciada en GIS

Tesis para optar por el título de Especialista en Enfermería Comunitaria.

Ciego de Ávila

2010-2011

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. "José Assef Yara"

Ciego de Ávila.

Policlínico Comunitario Docente "José .A. Más Naranjo"

Estudio sobre el comportamiento de la anemia en las gestantes en el área de salud Primero de Enero en el período de Enero a Diciembre del 2010.

Autora: Maria Elena René Anelas.

Licenciada em Enfermeira.

Tutor: Dr. Walfrido Ferrer Rangel.

Especialista en Primer Grado en Ginecoobstericia.

Tesis para optar por el título de Especialista en Enfermería Comunitaria.

Ciego de Ávila

2010-2011

## **PENSAMIENTO.**

“Sólo hay un bien: el conocimiento; sólo hay un mal: la ignorancia”

Sócrates

## **DEDICATORIA.**

A mi familia y en especial a mi mamá.

A mi esposo por su ayuda incondicional.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Deseo expresar con gratitud, la ayuda prestada por compañeros que han dedicado parte de su preciado tiempo a la realización de este trabajo.

En primer lugar la incondicionalidad de mi asesora la Lic. Norma Pulido Martínez quien durante largas horas me ha acompañado en la organización, discusión y redacción final del mismo.

A mi tutor Dr. Walfrido Ferrer Rangel por haberme brindado sus conocimientos e incitado por los caminos de la investigación.

# INDICE.

	Páginas
1-Introducción -----	1-3
2-Objetivos -----	4
3-Marco Teórico -----	5-11
4-Material y Método -----	12-13
5-Análisis y discusión de los resultados -----	14-16
6-Conclusiones -----	17
7-Recomendaciones -----	18
8-Referencias Bibliográficas -----	19-20
9- Anexos -----	21

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de la anemia en las gestantes en el área de salud Primero de Enero en el período comprendido desde Enero a Diciembre del 2010, el universo estuvo conformado por 113 gestantes y la muestra por 79 de ellas, para la obtención más segura de la información utilizamos la ficha familiar, así como las historias clínicas obstétricas, los resultados luego de procesados se expresaron en tablas y como medida de resumen se empleo números y porcentajes. De esta muestra investigada son las gestantes de 17-19 años las que más incidieron con anemia, según su nivel sociocultural predominó el de secundaria, de ellas fueron las multíparas, predominando la anemia en el tercer trimestre de su gestación, etapa en la cual fue más común ferripriva, clasificada como leve.

Palabras claves: Anemia, Embarazo.

## INTRODUCCIÓN.

Uno de los problemas más graves de los países subdesarrollados sobre todo en los del tercer mundo lo constituye la anemia, por lo que las gestantes están sometidas a un alto riesgo sobre el crecimiento y desarrollo de su futura descendencia.

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que puede coincidir con el embarazo o ser producidas por este, según estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones del mundo, se presenta entre el 30 y el 70 % de las gestantes. (1)

La misma se distingue como una de las complicaciones en el embarazo y es más común en mujeres con dieta inadecuada, donde los caprichos y los malos hábitos alimentarios contribuyen al déficit de hierro, en estos casos los riesgos nutricionales se incrementan y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. (2)

Podemos decir que es una de las patologías más frecuentes durante la gestación, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro. La gestante anémica y su hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas graves, que lo sitúan en la categoría de alto riesgo. Con frecuencia el embarazo induce cambios fisiológicos que contribuyen a confundir el diagnóstico de diferentes enfermedades hematológicas así como la evaluación de sus tratamientos. (3)

La anemia va a empeorar el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres, aunque durante el embarazo hay una distribución preferencial del hierro hacia el feto, la anemia severa de la madre se encuentra asociada a bajo peso al nacer y parto pretérmino.

El contenido de hierro de la dieta de la mayoría de las mujeres en todo el mundo es bajo, sólo una fracción del hierro de los alimentos (más o menos 10%) es absorbida por el intestino

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más frecuente en todo el mundo y también es la causa más común de anemia, capaz de producir en función de su intensidad, dificultades en el transporte de oxígeno, con repercusión sobre la fisiología fetal. Además se ha relacionado con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la mortalidad perinatal. (4)

La difícil situación económica que atraviesa el país desde 1989 ha conllevado modificaciones en el estado de nutrición de algunos grupos poblacionales, incrementándose el riesgo de deficiencias nutricionales y la mujer embarazada constituye un grupo vulnerable.

El sistema de vigilancia nutricional en Cuba tiene como objetivo fundamental identificar a las gestantes que comienzan el embarazo con peso bajo, que ganan menos de 8 Kg. en el curso de éste y tienen menos de 110 g/L de hemoglobina en el 3er trimestre de la gestación, éstos constituyen factores de riesgo nutricionales que se relacionan con el incremento de la morbimortalidad de la madre o el producto y el bajo peso al nacer, por lo que la atención especializada y la utilización de los recursos deben encaminarse a la modificación o erradicación de dichos factores de riesgo. (5)

Nuestro país invierte grandes recursos para el estudio de nuestras pacientes gestantes con anemia en sus distintas manifestaciones, no es un secreto que la función de su alimentación es carente desde todos los puntos de vista.

Una de las metas que se ha propuesto el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para mejorar el estado de salud nutricional de las embarazadas en nuestro país es el funcionamiento de hogares maternos, entre sus lineamientos el mismo se ha trazado mantener su trabajo preventivo-asistencial-comunitario con la finalidad de lograr gestantes sanas sin riesgo obstétrico.

También podemos decir que ha sido importante el papel desempeñado por las consultas de nutrición materna y el servicio de alimentación brindado en centros de trabajo y de gastronomía, a embarazada con deficiente estado nutricional. (6)

El crecimiento y desarrollo fetal adecuado en el útero, depende de un suministro constante de nutrientes; durante largo tiempo se creyó que el feto podría extraer de la madre todas sus necesidades dietéticas independientemente del estado nutricional de la mujer.

Estudios realizados en nuestro país reportan que el 35 % de las gestantes padecen de anemia en el tercer trimestre; en menos del 4 % se presenta esta enfermedad en su forma grave y en el 66,5 % se presenta como leve. La causa de la alta frecuencia, es el factor alimentario, ya que el aporte de hierro de la dieta es insuficiente tanto en calidad como en cantidad (7).

El mejor conocimiento de las consecuencias adversas para la salud y el costo económico-social que provoca la anemia, han provocado que se renueven esfuerzos para reducir la prevalencia de esta, por tal motivo nos ha motivado a realizar este estudio para conocer el comportamiento de la misma en nuestra área de salud.

Por todo lo antes expuesto se decidió en nuestra investigación plantearnos el siguiente problema científico: ¿Cuál fue el comportamiento de la anemia en las gestantes en nuestra área de salud?

Con la finalidad de obtener las posibles respuestas sobre el problema nos planteamos la siguiente hipótesis de trabajo: Si se educa a las mujeres en edad reproductiva y a las gestantes sobre aspectos básicos de la nutrición como: distribución de los alimentos en los diferentes horarios del día, confección y combinación de los mismos, que favorezcan la absorción de los nutrientes necesarios, así como la ingestión sistemática y adecuada de los suplementos vitamínicos y minerales (tabletas prenatales) desde el comienzo de su embarazo, entonces se aumentarían las cifras de Hb en las gestantes.

## **OBJETIVOS.**

### **GENERAL:**

1-Identificar como se comportó la anemia en las gestantes en nuestra área de salud en el período de Enero a Diciembre del 2010.

### **ESPECÍFICOS:**

1-Distribuir la incidencia de la anemia según las variables de interés:

- Edad.
- Nivel sociocultural.
- Historia obstétrica.
- Cuadro clínico en los diferentes trimestres.

2-Determinar la incidencia de la anemia según los distintos trimestres de gestación.

## MARCO TEÓRICO.

En el siglo XVII, se creía que la anemia por déficit de hierro, conocida como “la enfermedad verde” o clorosis, se asociaba con el estar enamorado porque eran, en especial, las mujeres jóvenes quienes padecían la enfermedad. Un tratamiento común consistía en beber vino con limaduras de hierro. El método científico se aplicó por primera vez al estudio del hierro en el campo de la nutrición a comienzos del siglo XVIII, cuando se demostró que el mineral era un componente importante de la sangre.

Menghini llamó la atención sobre el contenido de hierro en la sangre al levantar con un imán partículas de sangre seca y convertida en polvo. La generalización del uso terapéutico de los comprimidos de hierro se inició en 1832, con un informe de Blaud sobre la eficacia del tratamiento en mujeres jóvenes, en quienes la sangre “no tenía material colorante”. Las pruebas concluyentes de que el hierro inorgánico podía utilizarse para la síntesis de hemoglobina fueron aportadas en 1932 por Castle y sus colegas, quienes encontraron que la cantidad de hierro administrada por vía parenteral a pacientes con anemia hipocrómica era directamente proporcional al incremento de la cantidad de hierro presente en la hemoglobina circulante. <sup>(8)</sup>

En 1888 Ehrlich describió la anemia aplásica, desde que él describió el primer caso hasta nuestros días, mucho se ha especulado sobre el posible mecanismo de producción de esta afección.

Aunque la palabra anemia se usa diariamente en la práctica médica, no existe una definición sencilla para ella, este término sin otro calificativo no es un diagnóstico satisfactorio ni ofrece una base útil para el tratamiento, ya que en la mayoría de los casos el síndrome anémico se presenta como una complicación de enfermedades de causas muy variadas, en general, se dice que existe anemia cuando el nivel de hemoglobina circulante en un paciente es menor que en las personas sanas de la misma edad, grupo, sexo y además, del mismo entorno.

Según la opinión de Wintrobe, la anemia en medicina clínica se define como una reducción, por debajo de los límites normales, del número de hematíes por milímetro cúbico, de la cantidad de hemoglobina en gramos por ciento y del volumen del hematocrito, a pesar de que parece útil, comporta ciertas dificultades. (9)

La anemia es un problema mundial, de mucha importancia resulta también las complicaciones serias y potencialmente fatales que aparecen y se desarrollan en la grávida anémica y su hijo. Por tanto, la anemia sitúa a la paciente embarazada en una categoría de alto riesgo importante.

Además se define la anemia como: “disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para edad y sexo” (10)

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. (11)

La anemia en el embarazo se ha relacionado con la falta de aumento del volumen plasmático materno, con el consecuente menor riego sanguíneo y función placentaria inadecuada. Esta falla en la expansión del volumen plasmático también puede restringir el crecimiento fetal, lo que puede resultar en aborto y niños con peso bajo para la edad gestacional. La importancia de una adecuada expansión del volumen plasmático parece estar relacionada con una disminución de la viscosidad de la sangre para una mejor irrigación placentaria. (11)

Según Botella “La anemia de la gestante, es un fenómeno habitual, pero patológico” y Holly plantea que “ninguna anemia debe considerarse fisiológica.

Podemos decir que su incidencia en el embarazo varía considerablemente a través del mundo, dependiendo del país. Sin embargo es un problema común en todas partes. Se ve más frecuentemente en grandes multíparas, en gestantes muy jóvenes, en las que no reciben atención prenatal y en las que no toman suplemento de hierro.

Según un estudio de la OMS en 1980, la prevalencia de anemia (Hb.  $< 110\text{g/L}$ ) durante la gestación se estimó en un rango desde 38 a 52 % en mujeres embarazadas del África Subsahariana, América Latina, Sudeste asiático, y Oceanía. (12)

La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia:

- Normal                    Hb.  $< 11.5$
- Leve                        Hb.  $< 11.5\text{g/L}$  hasta  $10.8\text{g/L}$
- Anemia moderada: Hb.  $< 9.0\text{g/L}$
- Anemia Severa:        Hb.  $< 8.0\text{g/L}$
- Anemia muy severa: Hb.  $\leq 7.0\text{g/L}$  en adelante.

Los efectos más severos de las anemias intensas se producen cuando las alteraciones circulatorias debidas a ella llevan a la insuficiencia cardíaca, ya que a medida que descienden los niveles de hemoglobina ocurren cambios compensatorios para mantener una adecuada oxigenación tisular periférica.

La consecuencia más frecuente de la anemia es la inhabilidad de resistir a las hemorragias, la paciente anémica posee menos reserva para tolerar cualquier pérdida apreciable de sangre que pudiera ocurrir, y que sería perfectamente tolerada por una embarazada normal, aunque sólo fuera por este punto de vista, sería muy importante diagnosticar y tratar cualquier anemia gestacional.

No está claramente demostrado si la embarazada anémica está más inclinada hacia el desarrollo de infección. Durante años se ha creído que la anemia del

embarazo lleva a disminuir la resistencia a la infección y que aumenta la incidencia de infección puerperal.

Aunque la deficiencia de hierro se ha considerado un problema grave de salud pública, su tratamiento ha suscitado polémicas, ya que algunos investigadores han notificado que las mujeres con anemia ferropénica son muy susceptibles a las infecciones, en tanto que otros han observado que las infecciones son más frecuentes en las que tienen sobrecargas de hierro. Numerosos microorganismos precisan hierro para crecer y desarrollarse. El aumento de la concentración sérica de transferrina no saturada durante una infección reduce al mínimo la disponibilidad de hierro para dichos microorganismos y, por ello, el tratamiento específico de la anemia ferropénica en pacientes con infecciones podría ser contraproducente si no se administra de modo racional (13).

Los niños nacidos de madres anémicas, generalmente, sufren como grupo una mayor morbilidad perinatal que los que nacen de madres no anémicas.

Según estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales. (11)

Durante la gestación, las anemias que acompañan el embarazo pueden agruparse en dos categorías:

1). Directamente con la gestación.

- Ferropénicas.
- Megaloblásticas.
- Hipoplásicas.

2). Que no guardan relación directa con la gestación.

- Anemias por hematíes falciformes.

➤ Otras anemias hemolíticas y raras.

Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas, por esta razón la anemia más común es la ferropénica, el déficit de hierro ha sido señalado como la causa más frecuente de anemia en el mundo, tanto en países con bajo grado de desarrollo como en los altamente industrializados

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más frecuente en todo el mundo y también es la causa más común de anemia.

Scholl y col. en una revisión bibliográfica concluyeron que las mujeres con deficiencia de hierro tenían riesgo dos veces mayor de padecer un parto prematuro, y el triple de tener un niño con bajo peso. Sifakis y col. vieron que las concentraciones de hemoglobina menores de 6 g/L se asociaban con parto prematuro, aborto espontáneo, bajo peso al nacimiento y muerte fetal.

En Cuba, Robaina y col. señalan que el factor médico asociado con más frecuencia con el nacimiento prematuro es la anemia, con un riesgo de 95%.

De acuerdo a la bibliografía consultada se plantea que la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia en el mundo y se ha señalado como el trastorno orgánico más frecuente en la práctica médica. Su mayor prevalencia se encuentra en países subdesarrollados, sin embargo algunos estudios han demostrado una frecuencia también elevada en los países desarrollados. (9)

Las anemias megaloblásticas se deben fundamentalmente a un déficit de ácido fólico o de vitamina B12, ambos participan en una serie de reacciones bioquímicas del organismo y en cierto modo sus funciones están interrelacionadas. La dieta inadecuada es una causa infrecuente de esta anemia por déficit de vitamina B 12, ya que esta vitamina está presente en una amplia variedad de productos de origen animal. Ocurre casi exclusivamente en

personas con hábitos vegetarianos, y por déficit de ácido fólico su causa es relativamente frecuente.

Durante el embarazo existe un aumento de las necesidades de ácido fólico y vitamina B12 para la síntesis del ADN y del ARN, debida al rápido crecimiento celular del embrión y del feto en desarrollo. La anemia megaloblástica del embarazo es causada por deficiencia de ácido fólico, no de vitamina B12.

La anemia aplásica, es un síndrome de fallo medular caracterizado por pancitopenia e hipoplasia medular, en la mayoría de los casos la falla reside en la célula madre hematopoyética, o se debe a un defecto intrínseco adquirido de esta célula, o bien a un mecanismo inmune, o a ambos.

Se le relaciona con el embarazo, y se considera por algunos como una manifestación de toxemia, puede provocar muerte fetal y parto pretérmino.

La sicelcel anemia está caracterizada por hematíes en diana, drepanositemia (hematíes en forma de platanitos)

La inadecuada alimentación provoca múltiples enfermedades como consecuencias de deficiencias o excesos de algún nutrimento. Se ha señalado que el déficit de hierro es la causa más frecuente de anemia, en el mundo, y el trastorno orgánico más habitual en la práctica médica. Su mayor prevalencia se encuentra en los países subdesarrollados; sin embargo, en estudios recientes se ha demostrado una frecuencia, también elevada, en los países desarrollados, a pesar de que es posible prevenirla desde una base poblacional. Esta carencia nutricional afecta a más de 700 millones de personas, fundamentalmente lactantes mayores, niños pequeños y mujeres en edad fértil.

En Cuba, las deficiencias nutricionales específicas más estudiadas han sido las de hierro y vitaminas A y C. La carencia de hierro es la más frecuente, y por su extensión constituye un problema de salud de magnitud apreciable que afecta a más de 40 % de las embarazadas durante el tercer trimestre de la gestación, alrededor de 50 % de lactantes (6-11 meses), 40-50 % de niños de

1 a 3 años y 25-35 % de mujeres en edad fértil. Entre las causas en la falta de dicho mineral se encuentra, en primer lugar, un bajo contenido de este en la alimentación. <sup>(14)</sup>

El manejo de la gestante anémica dependerá del grado de riesgo sobre el futuro del embarazo, generalmente el grado de riesgo depende de la etiología, la intensidad y la respuesta al tratamiento. Las debidas a deficiencias de hierro o folatos son todas corregibles y pueden ser tratadas con buena respuesta a no ser que se diagnostiquen cerca del parto.

## **MATERIAL Y MÉTODO.**

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de la anemia en las gestantes en el área de salud Primero de Enero durante el período de Enero a Diciembre del 2010. El universo de trabajo estuvo constituido por 113 gestantes y la muestra conformada por 79 de ellas.

Se utilizó para la recolección de la información la ficha familiar, así como las historias clínicas obstétricas, para obtener las variables necesarias que darían salida a los objetivos trazados, además se les brindó información detallada sobre el estudio, recogiendo su consentimiento por escrito de participar (Anexo 1). Los resultados luego de procesados se expresaron en tablas de frecuencias, como medida de resumen de la información se usó los números y la proporción (%), los que fueron analizados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila (Anexo 2).

Control semántico:

Anemia hipocrómica: color disminuido en los glóbulos rojos por la disminución del pigmento férrico

Pancitopenia: depresión de los 3 sistemas hematopoyéticos

Hipoplasia medular: disminución en el número de glóbulos producidos por la médula ósea.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Tabla 1. Incidencia de la anemia según la edad de las gestantes.**

Edad(años)	No	%
12- 16	6	4.7
17- 19	31	24.4
20-25	13	10.2
26- 39	22	17.3
39 y más	7	5.5
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha Familiar e historia clínica obstétrica.

Como puede apreciarse en la tabla 1 se muestra la incidencia de la anemia según la edad de las gestantes, observamos que 31(24.4%) se encontraban entre 17-19 años, estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura revisada donde reportan que los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen a la aparición de esta enfermedad.

**Tabla 2. Incidencia de la anemia según nivel sociocultural.**

Nivel sociocultural	No	%
Primaria	18	14.2
Secundaria	29	22.9
Estudio Superior	27	21.3
Ninguno	8	6.3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha Familiar e historia clínica obstétrica.

En la tabla 2 observamos que según el nivel sociocultural predominó en las gestantes el de secundaria 29(22.9%), lo que demuestra que no están

preparadas para enfrentar un embarazo (etapa infanto-juvenil). Estos resultados coinciden con los reportados por otros autores.

**Tabla 3. Incidencia de la anemia según historia obstétrica.**

Historia Obstétrica	No	%
Nulíparas	12	9.4
Múltiparas	32	25.2
No Partos	19	15.0
No Abortos	12	9.4
Trastornos menstruales	4	3.1
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha Familiar e historia clínica obstétrica.

En la tabla 3 según la incidencia de anemia e historia obstétrica podemos apreciar que 32(25.2%) de las gestantes eran las múltiparas. Estos resultados coinciden con los reportados en otra literatura.

**Tabla 4. Incidencia de anemia según cuadro clínico en los diferentes trimestres en las gestantes.**

Tipo de anemia	1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Leve	5	3.9	35	27.6	39	30.8	<b>79</b>	<b>100</b>
Moderada					25	19.7	<b>25</b>	<b>19.7</b>
Grave					1	0.7	<b>1</b>	<b>0.7</b>

Fuente: Ficha Familiar e historia clínica obstétrica.

En tabla 4 podemos apreciar que más de la mitad del total de las gestantes tenían anemia en el tercer trimestre, etapa en la cual fue más común la clasificada como leve 39(30.8%), fue menor entre las embarazadas del primer trimestre y se encontró un caso de anemia grave. Otros autores han encontrado resultados similares que coinciden con nuestra investigación.

**Tabla 5. Incidencia de la anemia según trimestres de gestación.**

Clasificación de la anemia	1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Ferripriva	25	19.7	4	3.1	50	39.5	<b>79</b>	<b>100</b>
Megaloblástica					3	2.3	<b>3</b>	<b>2.3</b>
Aplásica								
Sikclemia	4	3.1					<b>4</b>	<b>3.1</b>

Fuente: Ficha Familiar e historia clínica obstétrica.

En la tabla 5 observamos que la anemia que incidió más fue la ferripriva 50(39.5%), constituyendo esta un problema de salud de magnitud apreciable que afectó a las gestantes durante el tercer trimestre de su gestación. Estos resultados coinciden con los reportados por otros investigadores.

## **CONCLUSIONES.**

- La incidencia de la anemia según la edad de las gestantes, observamos que se encontraba entre 17-19 años.
- Según el nivel sociocultural predominó en las gestantes el de secundaria.
- Según la incidencia de anemia e historia obstétrica podemos apreciar que predominaron las gestantes multíparas.
- más de la mitad del total de las gestantes tenían anemia en el tercer trimestre, etapa en la cual fue más común la clasificada como leve.
- Observamos que la anemia que incidió más fue la ferripriva constituyendo esta un problema de salud de magnitud apreciable que afectó a las gestantes durante el tercer trimestre de su gestación

## **RECOMENDACIONES.**

- Promover estudios sobre diagnóstico, vigilancia y manejo de la anemia en las gestantes.
- Lograr que la mujer comience su embarazo con condiciones nutricionales óptimas para de esta forma reducir el riesgo de desarrollar anemia y sus complicaciones.
- Encaminar los esfuerzos por parte de los Médicos de la familia para lograr en las gestantes una adecuada incorporación en la dieta de alimentos ricos en Hierro.
- Lograr el diagnóstico correcto del riesgo reproductivo (RR) y riesgo preconcepcional (RPC)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villares Alvares Icilany, Julio Fernández Aguila, Martha Áviles Martínez.et.al. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. Rev Cubana Obstet Ginecol.[serie en Internet].2006 [citado 25 Feb 2011]; 32(1): [aprox.1p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Saez Cantero, Viviana. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Gineco. [serie en Internet ]. 2005 [citado 25 Feb 2011] ;31 (2): [aprox.1p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Oliva José A. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008:225-230.
4. Cruz Tamayo Fernando, Elia Ortiz Arzuaga, Rafael León Ambruster. Relación entre la anemia ferropénica y la infección por Helicobacter pylori. Rev. Cubana. Hematol Inmunol Hemoter 2007; 23(2).
- 5 .Prendes Labrada Marianela de la C,Alberto F.Baños Rodríguez,Olga Toledo Dreppa.et.al. Prevalencia de la anemia en gestantes en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 16(1).
6. Álvares Sintés R.Temas de Medicina General Integral. La Habana:Editorial Ciencias Médicas;2001.p.179-80.
7. Padrón M. El programa de suplementación con “Prenatal” para la prevención de la anemia en el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(6).
- 8.
9. Roca Goderich,Reinaldo.Temas de medicina Interna. La Habana : Editorial ciencias Médicas;2002.3t.p.318-25.
10. Sociedad Argentina de Pediatría Comité Nacional de Hematología. Anemia ferropénica: Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. [serie en Internet ]. 2009 [citado 4 Marzo 2011] ;107(4): [aprox.1p.]. Disponible en: [http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2009/arch09\\_4/v107n4a13.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2009/arch09_4/v107n4a13.pdf)

11. Iglesias Benavides José Luis, Laura Esther Tamez Garza, Ileana Reyes Fernández. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria. [serie en Internet]. 2009 [citado 4 Marzo 2011]; 11(43): [aprox.1p.]. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=21&sid=b338ea76-c47f-4324-8055-33516d01b533%40sessionmgr14&vid=5>
12. Rigor Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología. La Habana :Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.121-26.
13. Mardones Francisco. Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú. Rev Panam Salud Publica 2006; 8(2):9-13.
14. Cardero Reyes Y, Sarmiento González R, Selva Capdesuñer A. Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica. MEDISAN [serie Internet ]. 2009 [citado 4 Marzo 2011]; 13(6): [aprox.1.p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san14609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san14609.htm)

## **ANEXO. 1**

Modelo de consentimiento informado:

Mi estudio a realizar tiene como objetivo conocer el comportamiento de la anemia en las gestantes del área Primero de Enero.

Declaro que he sido informada del objetivo del mismo y la importancia de sus resultados, así como la repercusión que tendrá, además se me comunicó que toda mi información será confidencial utilizada solo con fines científicos y que puedo abandonar la misma cuando lo considere oportuno.

Para constancia de lo expuesto con anterioridad firmamos este documento a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

---

Firma de la gestante.

---

Firma del investigador.