



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**ANEMIA: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y
CLÍNICAS EN MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD I-3 LA ARENA- PIURA 2018.**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA:
CARMEN EDITH SOSA CASTILLO**

**ASESOR:
DR. JIMMY GARCIA CHUMACERO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PERINATAL E INFANTIL**

**PIURA – PERU
2018**



ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

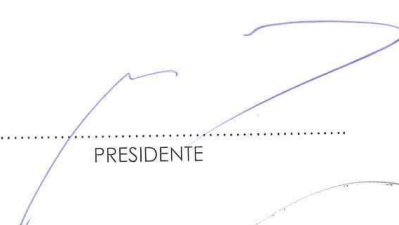
Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 31-03-2017
Página _____ de 4


El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **MEDINA CHAVEZ JHANNINA DEL PILAR** cuyo título es:

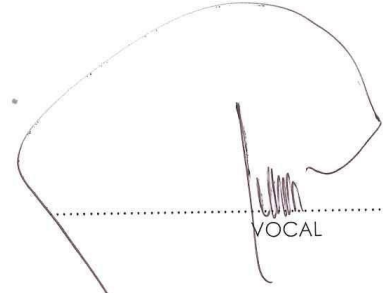
DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.PS. SOMATE ALTO-BELLAVISTA SULLANA .ENERO-JUNIO 2017

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 16 (número)
Dieciséis (letras).

Piura 08 de 02 del 2018.


.....
PRESIDENTE


.....
SECRETARIO


.....
VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

PÁGINA DEL JURADO

Dr. EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO
(PRESIDENTE)

Dr. GONZALEZ RAMIREZ RODOLFO

Dr. ROXY POLO BARDALES

Dedicatoria

Este y todos mis esfuerzos los realizo y dedico a los seres que más amo, sin los cuales habría sido imposible culminar mi carrera, gracias a su apoyo incondicional amados padres Juvencio y Santos, queridos hermanos Bertha, Juvencio Enrique y Ana, a mi esposo Moisés Alejandro y especialmente a mi adorado hijo Juvencio Alejandro, a ustedes va dedicado todo mi esfuerzo y esmero por salir adelante. ¡Por y para ustedes siempre!

Carmen Edith

Agradecimientos

A Dios en primer lugar por su infinita misericordia y amor, porque su presencia me ilumina y guía para actuar en bien de los demás, por haberme regalado esta hermosa misión de cuidar y contribuir en la salud de mis semejantes, a lo que llamo vocación.

A mis amados padres, porque sin ellos no podría haber podido seguir adelante todos estos años, gracias a su dedicación y amor. A mis queridos hermanos por apoyarme siempre en todo.

A mi hermosa y amada familia tanto mi esposo como mi hijo que han sido comprensivos y me han apoyado en cada momento de mi vida inspirándome para esforzarme más aun cuando las fuerzas se agotan.

A mi estimado asesor, el Dr Jimmy Garcia Chumacero, profesor de grado de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Medicina Humana, asesor del presente trabajo.

Asi como a todos mis maestros que en mucho han ayudado y servido para forjarme en base a conocimientos y a buenos habitos a lo largo de toda mi Carrera.

A los trabajadores del E.S. I-3 La Arena y a los pobladores de “La Arena”, los cuales han colaborado enormemente para poder llevar a cabo mi investigación.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Carmen Edith Sosa Castillo, identificada con DNI N° 45149130 estudiante de la Escuela Académico Profesional de Medicina, facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Cesar Vallejo, presento la tesis titulada “**Anemia: incidencia, características demográficas y clínicas en menores de 1 año atendidos en el Centro de Salud I-3 La Arena- Piura 2018.**” Y declaro bajo juramento que:

- 1.- la tesis es de mi autoría.
- 2.- he respetado las normas internacionales de citas y referencias para fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3.- la tesis tampoco ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. los datos presentados en los resultados son reales, no ha sido falseados ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
- 5.- de identificarse algún tipo de fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, 12 de diciembre del 2018

CARMEN EDITH SOSA CASTILLO

INDICE

	Pág.
PAGINA DE JURADO	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	1
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
CAPITULO I	7
1. Introducción	7
2. Formulación del Problema	10
2.3. Justificación	10
3.- Objetivos de la investigación	
3.1. Objetivo general	10
3.2. Objetivos específicos	11
4.- Marco teórico	12
4.1 Antecedentes de la investigación	
Internacionales	12
Nacionales	14
Locales	15
4.2 Marco teórico o conceptual relacionado al tema de Investigación	15
CAPITULO II	
2. MATERIALES Y MÉTODOS	25
2.1. Tipo y diseño de investigación	25
2.2 Población y Muestra de Estudio	25
2.3. Muestra	26
2.5.1. Tamaño de la muestra	27
2.5.2. Tipo de muestra	27
2.5.3. Criterios de Inclusión, exclusión	27

2.6. Métodos y técnicas de recolección de datos	27
2.7. Instrumentos de recolección de datos	27
2.8. Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos	28
2.9. Procesamiento y Análisis de Datos	28
Aspectos Éticos de la Investigación	29
Aspectos Estadísticos	29
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS	30
CAPÍTULO IV	
4. DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES	41
CAPÍTULO VI	
6. RECOMENDACIONES	42
CAPITULO VII	
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	49
ANEXO 1: Tabla de Hemoglobina según altitud	
ANEXO 2. Ficha de recolección de datos	
ANEXO 3: Matriz de operacionalización de las variables de estudio.	

INDICE DE TABLAS

Tabla No 01.	30
Tabla No 02.	31
Tabla No 03.	32
Tabla No 04.	33
Tabla No 05.	34
Tabla No 06.	35
Tabla No 07.	36
Tabla No 08.	37

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No 01.	30
Gráfico No 02.	31
Gráfico No 03.	32
Gráfico No 04.	33
Gráfico No 05.	34
Gráfico No 06.	35
Gráfico No 07.	36
Gráfico No 08.	37

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de anemia en menores de un año en el centro de salud I-3 La arena – Piura.

Material y Métodos: Estudio de nivel básico descriptivo, retrospectivo. Siendo la población menores de 1 año de edad del sector La Arena en Piura, que acudieron por CRED a C. S. La Arena. Utilicé como instrumento para recolectar los datos un programa estadístico, diseñado exclusivamente para este tipo de estudios. Los datos, fueron procesados con el programa estadístico SPSS24.

Resultados: En relación a los datos clínicos se observó que en el diagnóstico y la concentración de hemoglobina 42.8 % (356 niños) no presentaron anemia (11.0 o superior mg/L), no obstante el 57.2 % es decir 475 niños si manifestaron anemia de los cuales el 55% fueron varones y 45% mujeres. Asimismo el 94% presentó anemia leve, el 6% anemia moderada y 1% anemia severa el 1%.

Conclusiones: La incidencia de anemia en menores de un año en el Centro De Salud La Arena I-3, en el periodo 2018 es de 0.46, es decir de 1000 niños 460 tienen anemia. Según edad el mayor porcentaje fue para los lactantes de 29 d - 6 meses (90%), según género el mayor fue para el sexo masculino con un 55%. El tipo de anemia predominante fue anemia leve con 94%.

Palabras claves: Anemia, incidencia y factores de riesgo

ABSTRACT

Objective: *To determine the incidence of anemia in children under one year of age in the health center I-3 La Arena - Piura.*

Material and Methods: *Retrospective descriptive basic level study. Being the population under 1 year of age of the sector La Arena in Piura, who went by CRED to C. S. La Arena. I used as a tool to collect the data a statistical program, designed exclusively for this type of studies. The data was processed with the statistical program SPSS24.*

Results: *Regarding the clinical data, it was observed that in the diagnosis and the concentration of hemoglobin 42.8% (356 children) did not present anemia (11.0 or higher mg / L), nevertheless 57.2% that is to say 475 children if they manifested anemia of which 55% were male and 45% female. Likewise, 94% presented mild anemia, 6% moderate anemia and 1% severe anemia 1%.*

Conclusions: *The incidence of anemia in children under one year of age at the La Arena I-3 Health Center in the 2018 period is 0.46, that is to say, 1000 children have 460 anemia. According to age, the highest percentage was for infants of 29 d - 6 months (90%), according to gender, the highest was for males with 55%. The predominant type of anemia was mild anemia with 94%.*

Key words: *Anemia, incidence and risk factors*

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La anemia, se considerada como una de las patologías más frecuentes a nivel mundial por lo que a lo largo del tiempo se ha convertido en uno de los mayores problemas de Salud pública. Afecta un porcentaje considerable de la población mundial, en todas las razas, religiones y condiciones socio-económica, siendo el grupo más vulnerable: los niños, las gestantes, mujeres en edad fértil y adolescentes (1).

Se estima que En Latino - América padecerían esta deficiencia 130 millones de personas. La importancia del problema no sólo está en su alta prevalencia, sino en las repercusiones que produce en el, desarrollo mental del niño, crecimiento físico la inmunidad y el mayor riesgo de prematurez cuando afecta a mujeres embarazadas.

En el grupo de niños de 6 a 24 meses se estimó para América latina una tasa de anemia de 45%. Estos valores oscilaron entre 20% en Chile, 33% en Argentina, 33% en Panamá, 36% en Colombia, 45% en Brasil, 51% en El Salvador, 53% en Honduras, 55% en Nicaragua, 58% en Ecuador y en el Perú 77% (2).

En el Perú, la anemia es un problema prioritario de salud pública, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla perjudicando principalmente a los lactantes como la población de mayor riesgo, por el acelerado crecimiento en esta etapa y la dieta insuficiente y de baja biodisponibilidad de hierro.

Según la última Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), que realizó el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), muestra que en el 2017, entre las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad el 43,6% sufrió de anemia.

En el área rural este porcentaje fue mayor en comparación con el área urbana (53,3% y 40,0%, respectivamente). En el año 2000, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que padecía anemia fue 60,9%, disminuyó hasta 41,6% en el año 2011, este

porcentaje aumentó 5,2 puntos porcentuales en el año 2014 (46,8%), todos estos datos obtenidos de estudios estadísticos por medio de fuentes confiables. (3)

Piura como provincia tiene 47.6% de niños con anemia y 21% con desnutrición; en la actualidad existen diversos programas que buscan reducir esos índices. Las altas tasas de niños menores de cinco años que padecen problemas nutricionales causan preocupación en las autoridades regionales, pues según la coordinadora del Programa Articulado Nutricional (PAN), en la región Piura existen más de 40 mil niños y niñas sufriendo de anemia, según estudios actuales. En cuanto a las cifras por distritos, de los niños menores de cinco años presentan anemia el 80% en Cura Mori al igual que en La Unión, 64.6% en La Arena, el 60% en Piura, 59.8% en Castilla, 43% en Tambogrande, 42% Las Lomas y 33% en El Tallán (4)

Existen diversas causas de anemia, pero la principal radica en el déficit de hierro siendo menor el porcentaje por déficit de ácido fólico, de vitaminas B12, C, E, B6, A y cobre que modifican la eritropoyesis conduciendo a otros trastornos, siendo el de mayor repercusión el retardo en el desarrollo psicomotor del niño que puede ser irreversible, así como la afectación en la función cognitiva y el desempeño escolar. (1)

De manera que, la anemia en la infancia se ha visto asociada a mínimos logros educativos y deficiente capacidad para el trabajo, pero también con un aumento de la morbi-mortalidad debido a enfermedades infecciosas, e incluso consecuencias irreversibles en gestantes que de niñas padecieron anemia. Por ende, se explica que el hallazgo de anemia en niños pequeños constituye un enorme impacto económico y un efecto negativo en el capital humano, ocasionando pérdidas de millones de dólares anualmente en la economía nacional. (5)

Esta entidad ejerce gran impacto en la vida de las personas y en la sociedad peruana, especialmente por sus efectos a largo plazo en la esfera biopsico social. (5)

En el distrito la arena, en la actualidad con una población general de 37.901 habitantes del cual 4.927 son menores de 5 años quienes acuden para manejo y estudio en el área

de CRED, se desconoce la incidencia de anemia de los menores de 1 año atendidos en este centro de salud.

Se han observado cifras alarmantes en menores de 6 meses, aun en niños nacidos a término con adecuada antropometría, lo que significaría que existen factores en el periodo prenatal, natal y postnatal que la favorecerían, por tanto, es necesario conocer la edad en la cual predomina esta entidad patológica. (6)

En nuestro país el porcentaje de lactantes menores de 6 meses que padecen anemia es el 63,7% siendo de éstos, anemia leve el 50% y la otra mitad anemia moderada y según investigaciones habrían iniciado la anemia antes de los 6 meses. (7)

Estudios del Instituto Nacional de Salud (INS-CENAN) donde se empleó información del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), indicaron una disminución de la concentración media de Hb siendo 15.32 g/dL al nacimiento, 11.75 g/dL en el segundo mes de vida, luego el nivel de Hb disminuyó progresivamente siendo al sexto mes de vida (10.9 g/dL). Desde entonces, la Hb fue constante hasta el primer año de vida, sin embargo, no se menciona ningún factor de corrección del hematocrito, ni altura de procedencia del niño (8).

Aunque algunos trabajos no contemplan diferencias estadísticamente significativas entre la anemia y el sexo en menores de un año, para otros la anemia es más frecuente en el sexo masculino; probablemente por el crecimiento longitudinal absoluto en los varones respecto a las mujeres, pero se requiere otras investigaciones para esclarecer este fenómeno (4)

Es importante, también, conocer las características demográficas y clínicas de la anemia en menores de un año; así como las principales patologías que se asocian al cuadro de anemia como son parasitosis intestinal y patología respiratoria entre otras.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de anemia y cuales son las características demográficas y clínicas en menores de un año en el centro de salud I-3 – La Arena?

2.2.- JUSTIFICACIÓN

2.2.1.- Justificación Teórica o Científica

El centro de salud I-3 La Arena, es un centro para diagnóstico y tratamiento de primer nivel en el distrito de la Arena, pese a las estrategias que se han venido aplicando para la erradicación de la anemia infantil, se evidencia un notable incremento de casos en lactantes menores de un año, siendo en esta edad corregible para prevenir consecuencias irreversibles que ocasionaría la anemia a mediano y largo plazo.

Por lo que es de vital importancia identificar la incidencia y características principales sociodemográficas y clínicas en los pacientes con anemia para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de acuerdo a la información encontrada en cada paciente. Este trabajo compromete al servicio CRED, Nutrición y Laboratorio, así como al personal de salud que labora en él, conjuntamente con el programa “LUCHA CONTRA LA ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL”, ong CIPCA para la proporción de estadística y estudios locales realizados por dichas entidades, lo que nos asegura un trabajo organizado y eficiente que encaminará a las autoridades a tomar las mejores decisiones viéndose reflejado en el futuro en la disminución de casos de anemia en la población infantil de este distrito y por ende la formación de potenciales agentes productivos para el país.

3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de anemia en lactantes menores de 1 año del centro de salud La Arena I-3.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el rango etario mayormente afectado por anemia en menores de un año de la población estudiada.
2. Determinar el género con más predisposición a la anemia en la población de estudio.
3. Determinar el tipo de anemia en la población estudiada según la severidad.
4. Determinar las características demográficas y clínicas de la anemia en menores de 1 año del centro de salud La Arena I-3.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- Antecedentes de la Investigación:

Internacionales.

Santamarina Fernández A, Sánchez Díaz R D, Alba Verdecía O. (2017) En su estudio “Caracterización de lactantes menores de 6 meses con anemia ferropénica” en Cuba expresa que la anemia es el trastorno hematológico más frecuente, y se define como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de los niveles aceptados como normales para la edad y el sexo. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 29 niños con anemia ferropénica en el año 2015, en Granma - Cuba. Entre las variables estudiadas se encontraron el sexo, los factores de riesgo, el tratamiento y los cuidados de enfermería; existió predominio en el sexo femenino 20 (68,97 %). Con respecto a los factores de riesgo presentes: 13 (61,90 %) de las madres tenían antecedentes de anemia durante el embarazo. Se observó que el mayor número de niños (14; 66,67 %) tenían anemia ligera. El tratamiento utilizado fue el fumarato ferroso en suspensión y el ácido fólico (1 mg), complementado con la dieta. Al 100 % de los niños se les brindaron los cuidados de enfermería. Entre las Conclusiones: la anemia se clasificó como ligera. Se recomendó la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses. Se brindaron cuidados de enfermería en relación con la nutrición y el tratamiento. (9)

Borge Romero E, Pineda Centeno L, Sandres Huete A14. (2014) Realizaron una Tesis Monográfica con el título “Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad en Hospital de Estelí” En el presente estudio es de tipo descriptivo de

corte transversal cuyo universo fue de 189 niños y niñas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia fueron seleccionados 40 niños y niñas. Se obtuvo la información a través de entrevista a padres y/o tutores y del expediente clínico sobre antecedentes patológicos, hábitos nutricionales y resultados de exámenes de laboratorio. Entre los principales resultados del estudio destaca que la prevalencia de anemia encontrada fue de 21.1% no encontrando diferencia entre sexo, el 72% de los niños tenían IMC normal, un 75% de los niños recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses de edad y que el 80% de los niños recibían una dieta inadecuada de acuerdo a los requerimientos diarios de hierro, el 62% de los casos eran anemia leve, y el 50% de los niños presento anemia microcítica hipocrómica. Se concluye que predomina anemia en niños menores de un año, la mayoría recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses y de estos un tercio recibió leche de vaca. Los niños en su mayoría fueron ablactados antes de los 6 meses pero en su mayoría no recibían una dieta adecuada según requerimientos diarios de hierro y predomino la anemia microcítica hipocrómica que orienta a tratarse de Anemia Ferropénica.(10)

Vanessa de la Cruz-Góngora y col (2013) Hicieron un comparativo de tres encuestas nacionales de prevalencia de anemia en niños y adolescentes en la Ciudad de México durante el año 2013, encontrándose la prevalencia en niños de 1 a 4 años de 23.3%, en los niños de 5 a 11 años se encuentra el 10.1% y de 12 a 19 años presentan un 5.6%. El sexo predominante fue el masculino con un 7.7%, mientras que en las mujeres fue de 3.6%. Se concluyó que, pese a la reducción de la anemia en los últimos 13 años, en niños de 1 a 4 años, aún se tiene cifras alarmantes. Por lo cual se debe concientizar a la población que los micronutrientes son un alimento complementario que da soporte nutricional en los niños carentes de Hierro. (11)

Magali Puente Perpiñán y col (2013) Realizaron un estudio titulado: “Factores de riesgo relacionados con la anemia carencial en lactantes de 6 meses”, se realizó un estudio analítico de casos y controles de lactantes de 6 meses, pertenecientes al Consejo Popular Heredia del Policlínico Docente “Camilo Torres Restrepo” de Santiago de Cuba, durante 2013. El universo estuvo constituido por 120 pacientes: 40 casos y 80 controles, seleccionados a razón de 1:2, a partir de las cifras de hemoglobina en estos neonatos. Para la validación estadística se utilizaron la razón de productos cruzados y el riesgo atribuible en expuestos

porcentual. Concluyendo que La lactancia artificial, los antecedentes familiares de madre con anemia en el embarazo, la desnutrición por defecto y las infecciones respiratorias constituyeron los factores de riesgo que influyeron en la aparición de ese trastorno en los lactantes de 6 meses pertenecientes al Consejo Popular investigado. (12)

Nacionales:

Velásquez-Hurtado y col (2016) Determinaron los factores sociodemográficos y las características de cuidado materno-infantil asociadas con la anemia en niños de seis a 35 meses de edad en Perú. Se hizo un estudio observacional que incluyó los datos sobre hemoglobina sanguínea registrados en la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2007-2013, mediante un análisis multivariado de regresión logística, se identificaron los factores asociados con la anemia, definida como una hemoglobina corregida por altitud, menor de 11 mg/dl. La prevalencia de anemia fue alta (47,9 %). Se identificaron doce factores asociados con la anemia: factores sociodemográficos como vivir fuera de Lima y Callao; en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel educativo; ser de sexo masculino con edad menor de 24 meses y antecedentes de fiebre reciente, el cuidado materno-infantil como la falta de control prenatal en el primer trimestre, la falta de suplemento de hierro durante el embarazo o administrado durante un periodo breve, parto en el domicilio, diagnóstico de anemia en la madre en el momento de la encuesta y ausencia de tratamiento antiparasitario preventivo en el niño. Se concluyó que la ENDES proporcionó información valiosa sobre los factores asociados con la anemia, cuyo conocimiento debe mejorar la cobertura y la efectividad de prácticas adecuadas de cuidado materno-infantil (13)

Guillermo Gomèz- Guizado y col (2014) Estudiaron los niveles de anemia y las características en lactantes de 2 a 5 meses en los establecimientos del Ministerio de Salud en el año 2012, realizó un estudio multivariado con una muestra de 7413 lactantes de 2 a 5 meses de las 25 regiones del Perú. Se concluyó que los lactantes que presentaron anemia fue el 10.2%, con las siguientes características: edad, altitud a nivel del mar, regiones y tipo de establecimiento y dentro de los factores asociados tenemos a la edad de 4 a 5 meses, obesidad y desnutrición, asimismo se pudo evidenciar antes de los 6 meses de edad

desnutrición crónica y el riesgo de padecer infecciones recurrentes y anemia aumenta según la edad (14).

Huamán y cols.2012. Se estudió en la región de Apurímac la implementación del programa de suplementación universal con micronutrientes “CHISPITAS” en niños de 6 a 35 meses en el año 2010 a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia. El estudio fue transversal y la población de estudio fue de 714 participantes, de los cuales vivían en hogares pobres un 25.3%, en extrema pobreza un 59.2% y residía a más de 3mil msnm un 52.6%. Siendo la prevalencia de anemia un 51.3%, los que no recibieron ningún tipo de intervención fue un 5.4%; además, los que consumieron 60 sobres o más fue un 60.3%, de los cuales solo el 49.0% lo consumió de manera adecuada. No mostró ninguna muestra significativa entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia. Los que consumieron el suplemento de manera correcta tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron. Se concluye que debemos asegurar el proceso de consumo para lograr una reducción en la prevalencia de anemia, no solo entregar los micronutrientes sino asegurarnos que estará adherirlo de manera correcta a la alimentación complementaria (15).

Locales:

En el año 2017 el Gobierno Regional de Piura realizó un estudio estadístico del porcentaje de niños y niñas menores de 5 años tienen anemia, Las cifras desglosadas por distritos muestran que el distrito de La Arena presenta 64.6% de niños con anemia.

En el presente año el programa de “LUCHA CONTRA LA ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL” en el cual participa el establecimiento de salud, iglesia El Nazareno, ONG CIPCA, Asociación de Jóvenes Barrio 13 y la Municipalidad Distrital de La Arena ha elaborado un diagnóstico nutricional y se estarán entregando los resultados para que las madres conozcan las condiciones de salud que tienen sus niños con respecto a la anemia y desnutrición.

4.2 Marco Teórico o Conceptual relacionado al tema de investigación:

4.2.1.- Concepto de Anemia:

Según la Guía para el diagnóstico de Anemia define a la anemia como la baja concentración de hemoglobina en la sangre. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido los rangos de referencia normales dependiente de la edad y el sexo, los cuales se mencionan a continuación (16):

Cuadro 1: Rango de Referencias Normales para el diagnóstico de Anemia:

Edad	Normal (g/dl)	Anemia (g/dl)
Nacido a término a 2 meses	13.5 – 18.5	< 13.5
De 2 a 5 meses	9.5 – 13.5	< 9.5

Una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina es el uso del sistema HemoCue®. La misma que es usada ampliamente para la detección de anemia en varios países incluido el Perú, desde el año 1996 fue acogida como método básico para la medición de hemoglobina (17).

Los principales anemias nutricionales son: anemia ferropénica, deficiencia de folato y vitamina B12, de los cuales la más importante y la principal causa en menores de un año es ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

Aunque la mayoría de los niños son asintomáticos, ésta se detecta con pruebas de laboratorio (18).

4.2.2.- Etiología:

La principal causa de anemia nutricional es la deficiencia de hierro (16)

Cuadro 2: Causas de Anemia por deficiencia de Hierro

N°	Causas de Anemia por deficiencia de hierro
1	Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro
2	Ingesta de leche de vaca en menores de 1 año
3	Disminución de la absorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales.
4	No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado (menor de 2 años y adolescentes)
5	Pérdida de sangre (menstruación, enteroparasitosis, gastritis entre otros)

6	Malaria e infecciones crónicas
7	Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas.
8	Corte inmediato del cordón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto.

4.2.3.- Clasificación de anemia por deficiencia de hierro:

Cuadro 3: Clasificación de anemia por deficiencia de hierro:

Codigo CIE X	DIAGNOSTICO
D50	Anemia por deficiencia de hierro (ferropénica, hipocrómica y sideropénica)
D50.0	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)
D50.8	Otras anemias por deficiencia de hierro
D50.9	Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones

4.2.4.- Consideraciones Específicas según edad y condición fisiológica:

- Se requiere 27 mg/día de hierro en la gestación para cubrir las necesidades de madre e hijo, sin embargo en el país no se llega a cubrir dichas necesidades. Por lo tanto es necesaria la administración profiláctica con hierro, a pesar que la norma menciona que la gestante debe recibir desde la semana 14 hasta 42 días después del parto para reponer las pérdidas sanguíneas durante el nacimiento. (19)
- Asimismo durante el tercer trimestre el feto adquiere el 80% de las reservas de hierro, los neonatos con bajo peso o prematuridad contribuye al riesgo de anemia.(19)
- La ligadura del cordón (2-3 minutos) debería ser tardío y el apego hacia la madre debe ser inmediatamente precoz, ya que el recién nacido nacería con reservas que le durarían hasta los 4 a 6 meses de vida. (20)
- Un recién nacido debe tener como única fuente de alimentación la lactancia materna exclusiva, pues, aunque esta cuenta con bajas cantidades de hierro

(aproximadamente de 0.3-0.4mg/L) cuenta con una amplia biodisponibilidad del 50%. (20)

- Hasta los primeros 6 meses de vida el requerimiento de hierro será de (0.27 mg/día) estas serán bien cubiertas por las reservas que contrajo desde la vida intrauterina, mientras que a partir de los 7 meses las necesidades variarían a 11mg/día hasta los 12 meses. (21)
- En los casos de los prematuros, debe iniciarse la suplementación a partir de los 30 días de nacido. (21)
- Podemos concluir que las necesidades de hierro por edades son:

Cuadro 4: Necesidades de hierro por edades:

0-6 meses	7 – 12 meses
0.27 mg/día	11 mg/día

4.2.5.- Severidad de Anemia:

La anemia representa una concentración de hemoglobina menor de 11 g/dL, según la OMS, y su gravedad se estratificó del siguiente modo: (22)

Cuadro 5: Severidad de la Anemia:

Anemia	mg/dl
LEVE	10 – 10.9
MODERADA	7 – 9.9
SEVERA	< 7

Se consideraron normales las concentraciones de hemoglobina cuando el valor es de 11g/dL o mayor. (23)

4.2.6.- Control de Crecimiento y Desarrollo:

4.2.6.1.-Crecimiento

Es el aumento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por un aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia), este proceso se regula

por los factores nutricionales, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Son médicas por medio de; peso, talla, perímetro cefálico (21).

4.2.6.2.- Desarrollo

Es la capacidad de maduración somática, psicológica y social. Depende de factores intrínsecos e extrínsecos, influenciada por la nutrición. Por lo tanto indicará la diferenciación de órganos y sistemas, que condicionan a una creciente maduración funcional.(21)

4.2.6.3.- Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas básicamente por el profesional de salud, para vigilar de manera adecuada, constante y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de patologías, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (22)

4.2.6.4.- Tratamiento:

El esquema según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud MINSA 2017 (23)

- Se administra Sulfato Ferroso en gotas ó Hierro Polimaltosado en gotas a dosis de 3mg/kg/día. A partir de los 6 meses (hasta que el niño o la niña comience a consumir alimentos).
- Asimismo la guía menciona el esquema de tratamiento con multinutrientes (Chispitas) y hierro para niñas y niños de 6 a 35 meses con anemia de grado leve y moderado.

A) Anemia Leve (Hg: 10-10.9 mg)

Administrar micronutrientes en polvo durante 12 meses continuos (360sobres).

B) Anemia Moderada

1.- HG: 9 - 9.9mg

Administrar micronutrientes en polvo durante 12 meses continuos (360 sobres)

2.- HG: 7 – 8.9mg

Administrar micronutrientes en polvo durante 12 meses continuos (360 sobres) adicionando una dosis completa de 15-25 mg de hierro elemental en gotas o jarabe.

Dosaje de Hemoglobina durante el tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro:

A) Anemia Leve Hg: 10-10.9 mg)

Realizar dosaje de Hemoglobina a los 6 a los 12 meses de iniciado el consumo de micronutrientes.

B) Anemia Moderada

1.- HG: 9 - 9.9mg

Realizar dosaje de Hemoglobina a los 6 a los 12 meses de iniciado el consumo de micronutrientes.

2.- HG: 7 – 8.9mg

Realizar dosaje de Hemoglobina a los 3,6 y 12 meses iniciado el tratamiento.

C) Anemia Severa (Hg:<7mg)

Se recomienda de 3-5 mg/kg/día de hierro elemental durante 3-5 meses, en función de la gravedad de la deficiencia, la tolerancia al hierro y la respuesta. Tras 1-2 semanas de tratamiento se observa una respuesta reticulocitaria acompañada de una

discreta mejoría clínica, al mes se produce un ascenso mínimo en la Hb de 1 g/dL, y a los 2-3 meses suele estar corregida la anemia y normalizados los índices eritrocitarios, requiriéndose 2-3 meses más para la repleción de los depósitos de reserva. Es conveniente realizar un control biológico a las 2-3 semanas de haber finalizado el tratamiento, con el fin de documentar la normalización de los valores hematológicos y la existencia de una reserva férrica adecuada.

4.2.6.7.- Medidas Alternativas:

El tratamiento se debe complementar con alimentos que ricos en hierro tales como son: sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, entre otros (24)

4.2.6.8.- Definición de Términos:

1) INCIDENCIA:

La incidencia es una medida de frecuencia de la enfermedad, es decir mide el número de casos con que una enfermedad aparece en un grupo de población. Va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado (25)

2) ANEMIA:

La Anemia es una alteración causada por la disminución del número de glóbulos rojos y disminución de la hemoglobina bajo los parámetros estándares dependiendo de factores ambientales (nivel sobre el mar) y geográficas.

A nivel del mar encontraremos valores mínimos, y a gran altura los valores deberán ser más altos (la menor presión parcial de O₂ obliga al organismo a optimizar su transporte) (26)

3) HEMOGLOBINA

Es una proteína que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos, tiene como función transportar el oxígeno desde los pulmones a los tejidos, así como al dióxido de carbono (CO₂) desde los tejidos hacia los pulmones.

Esta proteína está formada por dos fracciones, la globina y el grupo hemo; éste último grupo contiene un átomo de hierro cuya presencia es vital e imprescindible para que el oxígeno pueda fijarse, este ion además es el responsable del color rojo de la sangre. La globina y el hemo se producen en el hígado, de allí pasan a la médula ósea para ser incorporados a los glóbulos rojos durante su formación. (27).

4) LACTANTES

Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el RN se alimenta de leche materna (31)

Dentro de ella se distinguen varios periodos:

Neonato:	0-29 días
Lactante Menor:	29 días-12 meses, 30 días
Lactante Mayor:	1-2 años

5) PESO AL NACER

Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento. (28)

Cuadro 6: Clasificación del Recién Nacido según peso:

Macrosómico	>4000
Peso Adecuado	2500 – 3999
Bajo Peso al Nacer	1500 - 1499
Muy Bajo Peso al Nacer	1000 – 1499
Extremadamente Bajo Peso al Nacer	500 – 999

6) TIPO DE PARTO

Es el término fisiológico del embarazo por el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenan el final de la gestación, que tiene por objetivo la expulsión del producto del mismo de la gestación, la placenta y los anexos. Según la finalización el parto se puede clasificar en: (32)

Eutocico: Se caracteriza por el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto entre la semana 37 y la 42 de la gestación, el producto se encontrara en posición cefálica y tanto el bebe como la placenta interactúan de forma fisiológica y determinan la expulsión del producto por vía vaginal sin complicaciones.

Distocico: Se emplea el término cuando la expulsión procede de manera anormal, es resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del producto, de una desproporción cefalopélvica o por anomalías que afectan el canal del parto.

7) CLAMPAJE

Maniobra quirúrgica consistente en la compresión (generalmente extrínseca), de un conducto, fundamentalmente vascular, con una pinza (clamp) (29).

Clampaje precoz: El pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical es el que se realiza, generalmente, en los primeros 60 segundos tras el parto.

Clampaje tardío: el pinzamiento y corte tardío es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón.

8) APEGO PRECOZ

Contacto piel a piel entre la madre y recién nacido, se da en los primeros 20 minutos.

9) ALTITUD - HEMOGLOBINA:

El ajuste de hemoglobina según la altitud sobre el nivel del mar, se realiza cuando el lactante reside en localidades ubicadas a partir de los 1000msnm (30).

Para ello el Ministerio de Salud elaboro un cuadro en relación a la Hemoglobina - altitud, donde:

Hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada – Factor de ajuste por altura. (Anexo 1).

I-3, de Enero a Septiembre del año 2018, siendo el total de 1031 atenciones hasta la fecha, de los cuales 200 historias clínicas fueron eliminadas debido a que estaban incompletas. Por lo cual la población de estudio fue de 831 neonatos atendidos durante este periodo.

Cuadro 7: POBLACIÓN DE ESTUDIO

POBLACIÓN	TOTAL
Sin anemia	356
Con anemia	475
TOTAL DE ATENCIONES	831

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

2.5.-Muestra

La muestra debe cumplir los criterios de inclusión y exclusión que se presentan más adelante. Son 475 lactantes menores de 1 año que presentan el diagnóstico de anemia, distribuidos por atenciones mensuales como vemos en el siguiente cuadro:

Cuadro 8: Muestra de Estudio.

MUESTRA	
<u>MES</u>	<u>Frecuencia</u>
ENERO	50
FEBRERO	58
MARZO	43
ABRIL	49
MAYO	59
JUNIO	47
JULIO	49
AGOSTO	55
SEPTIEMBRE	65
Total	475

2.5.1.-Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra queda determinada por los pacientes lactantes menores de 1 año con anemia, es decir 475 lactantes.

2.5.2.-Tipo de muestra

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

2.5.3.-Criterios de Inclusión, exclusión

Criterios de inclusión:

1. Lactantes menores de 1 año con tamizaje de hemoglobina.
2. Lactantes a término y pre-término.
3. Aquellos lactantes que presentan lactancia exclusiva y mixto

Criterios de exclusión

1. Lactantes que no tienen el diagnostico de anemia.
2. Historias clínicas incompletas
3. Lactantes menores de 1 año que no tuvieron tamizaje de hemoglobina.
4. Pacientes fallecidos antes de llegar al servicio de emergencia con el diagnostico de anemia

2.6.- Métodos y técnicas de recolección de datos:

De acuerdo a la naturaleza del estudio, el método empleado es el retrospectivo descriptivo, debido a que permite al investigador obtener información de un determinado tiempo y espacio.

La técnica para la recolección de datos es mediante un cuestionario diseñado por el investigador para los fines específicos de este estudio y que será rellenado por la revisión de historias clínicas en el periodo mencionado.

2.7.- Instrumentos de recolección de datos:

El instrumento que se utilizó es una ficha de recolección de datos (cuestionario) formulada para obtener información. (Ver Anexo 2).

2.8.- Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

El cuestionario está conformado por instrucciones, datos y contenido, se realizaron los ajustes necesarios al instrumento en base a las observaciones consideradas a fin de realizar la prueba piloto conformada por 20 pacientes elegidas al azar las cuales cumplen con los criterios de inclusión señalados en el presente estudio.

Para determinar la validez y confiabilidad estadística se realizaron: el juicio de expertos por la determinación de V de aiken y α de Crombach.

El coeficiente de validez de contenido de Aiken obtenido para los 09 ítems se obtuvo como promedio 0.93 al 95% de confianza

(Anexo 2)

La Confiabilidad, mediante el coeficiente alfa de crombach, el instrumento que se evalúa se aplicó a una prueba piloto de 20 lactantes.

Como criterio general, George y Mallery (2003) sugieren que: Cuando el coeficiente Alfa de Crombach es superior a 0.75 se afirma que esta escala tiene una buena confiabilidad.

Cuadro 9: Estadísticos de Confiabilidad

Alfa	N de elementos
0.758	8

El alfa de crombach para 8 ítems es de 0.758 se considera confiable

2.9.- Procesamiento y Análisis de Datos

Para la recolección de datos realicé las coordinaciones y/o trámites administrativos que exige la institución en la cual realicé la investigación.

Los datos recolectados en el instrumento fueron introducidos en la base de datos del paquete estadístico Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) para Windows

versión 24.0 y Excel 2017; para luego presentar los resultados mediante tablas y gráficos estadísticos con su debida interpretación.

Realicé grafico de barras, tablas de frecuencia, además se obtuvo la media y porcentajes de los datos recogidos mediante el instrumento establecido.

Aspectos Éticos de la Investigación

Para llevar a cabo la investigación se requirió el permiso otorgado por parte del servicio de Estadística y de laboratorio, así como un acceso a la información de las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión.

Aspectos Estadísticos:

Los análisis estadísticos fueron realizados mediante estadística descriptiva.

CAPITULO III

RESULTADOS

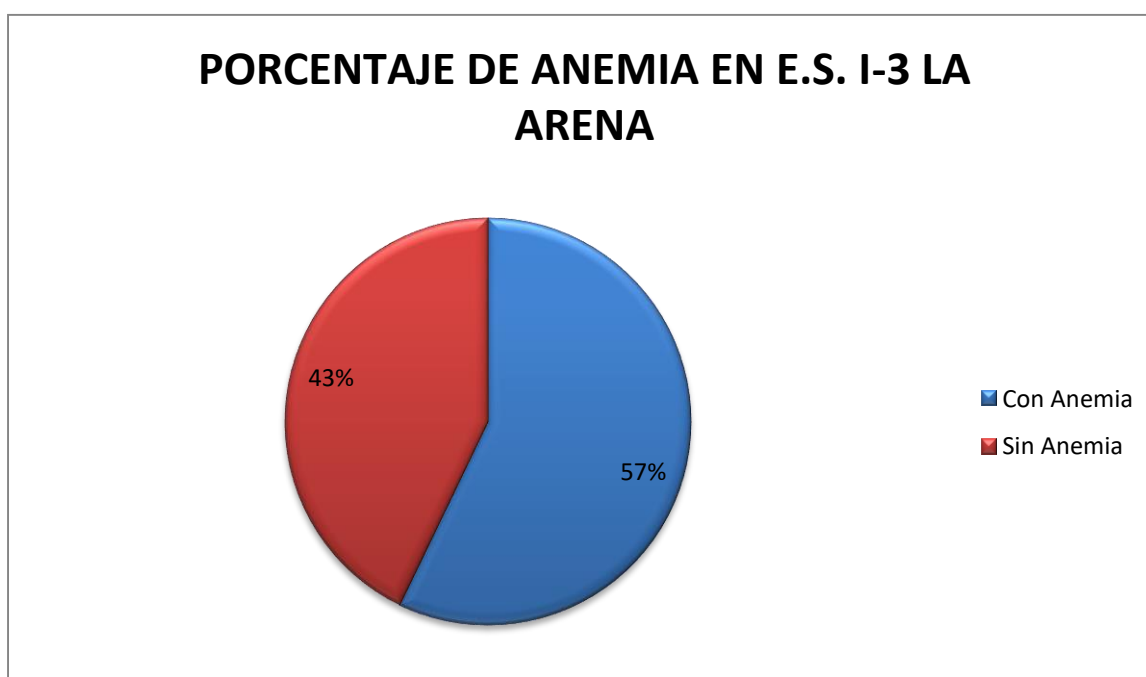
TABLA N° 01: ANEMIA EN MENORES DE 1 AÑO

POBLACIÓN	TOTAL	%
Sin anemia	356	42.8 %
Con anemia	475	57.2 %
TOTAL DE ATENCIONES ANUALES	831	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

La población atendida durante el año 2018 de Enero a Septiembre fue de 1031 pacientes. De los cuales se excluyen 200 historias clínicas por estar incompletas, haciendo un total de 831 atendidos, de estos se distribuyen de acuerdo como señala el siguiente cuadro

GRAFICO N°1



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

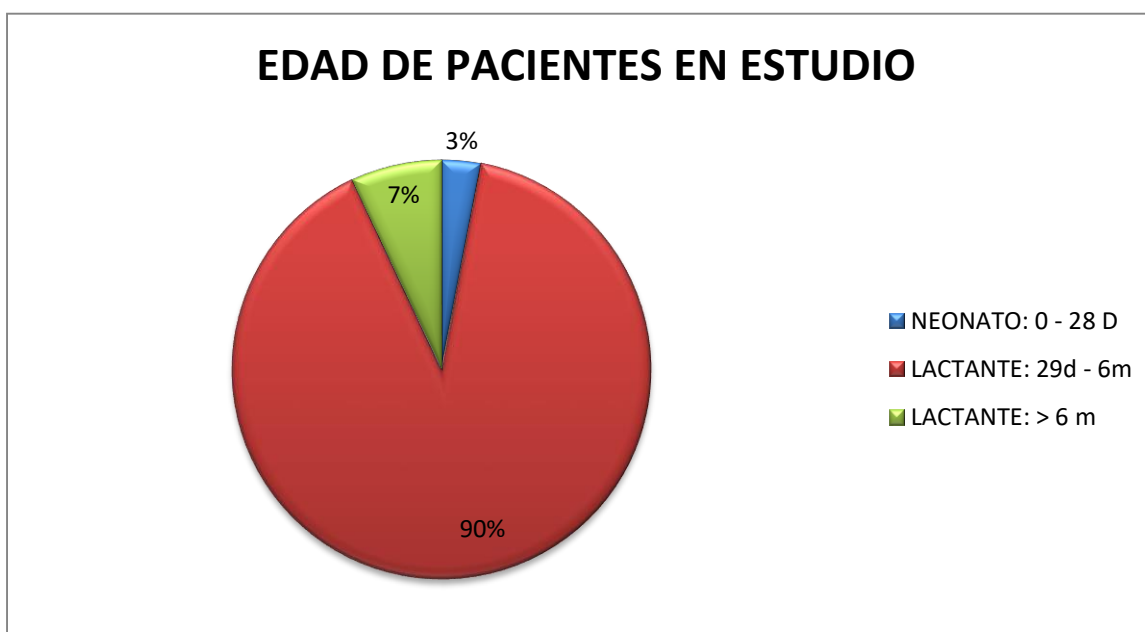
La Tabla y figura N°01 muestran que del total de pacientes atendidos durante el año 2018 que fueron 1031 existieron 475 casos de anemia, haciendo una incidencia de 0.46 lo que significa que de cada 1000 pacientes 460 presentan anemia. Quedando la distribución porcentual de la siguiente manera: con anemia fueron el 57.2% que representa 475 casos no tuvieron anemia el 42.8% que representa 356.

TABLA N° 02 PACIENTES DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Neonato: 0d - 28 días	14	3%
Lactante: 29d- 6meses	428	90%
Lactante: > 6meses	33	7%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRAFICO N°2. Pacientes de estudio según edad



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

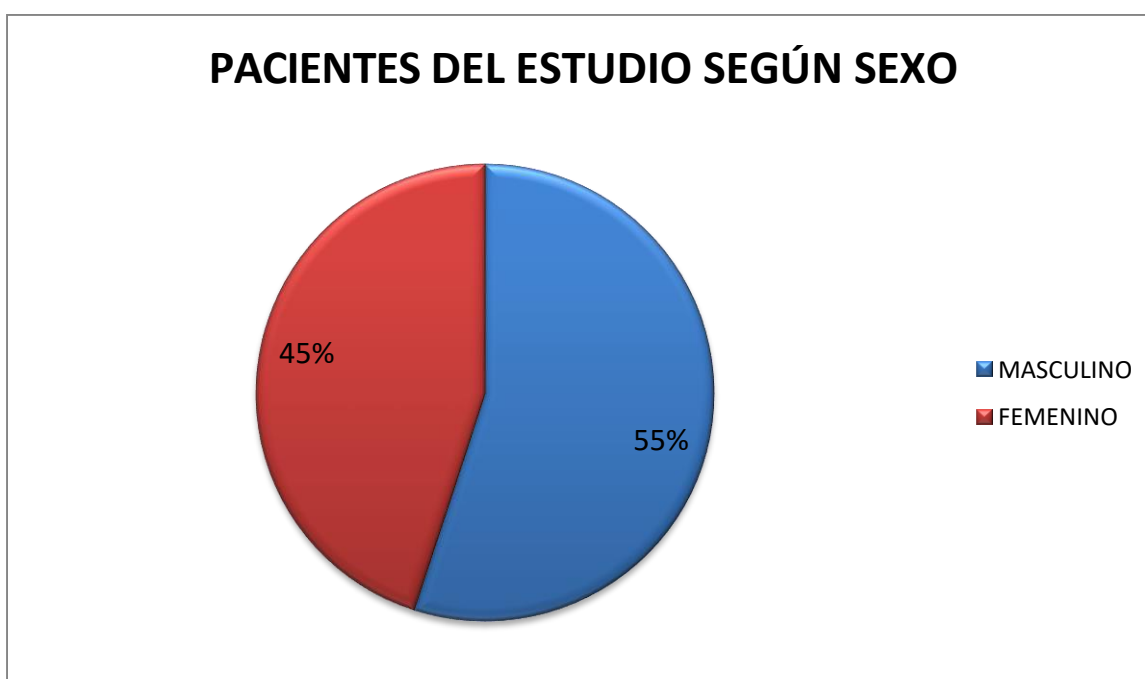
La tabla y gráfico N° 02 nos muestran los resultados para los pacientes del estudio según edad donde encontramos que los neonatos son el 3% que representa 14 casos, lactantes: 29d-6meses es el 90% que representa 428 casos y los lactantes: > 6 meses son el 7% que representa 33 casos. Por lo que podemos afirmar que los lactantes es decir los que cursan entre las edades de 29días a 6 meses son en su mayoría (90%) ya que en esta etapa se les realiza el tamizaje antes del año.

TABLA N° 03 Pacientes del estudio según sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	260	55%
Femenino	215	45%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 03



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 03 nos muestran los resultados para los pacientes del estudio según el género, siendo de sexo masculino por el 55% que representa 260 casos y el sexo femenino por el 45% que representa 215 casos.

Por lo que podemos afirmar que los pacientes en estudio menores de un año del centro de salud LA ARENA I-3, son en su mayoría sexo masculino (55%) en comparación que del sexo femenino (45%) que es menor.

TABLA N° 04: Incidencia de anemia por grado de severidad

SEVERIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Leve	447	94%
Moderada	26	6%
Severa	2	1%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 04

Incidencia de anemia por grado de severidad



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 04 nos muestran los resultados para los pacientes de estudio con anemia por grado de severidad donde vemos que con anemia leve 94% que representa 447 casos, anemia moderada el 5% que representa 26 casos y anemia severa el 1% que representa 2 casos.

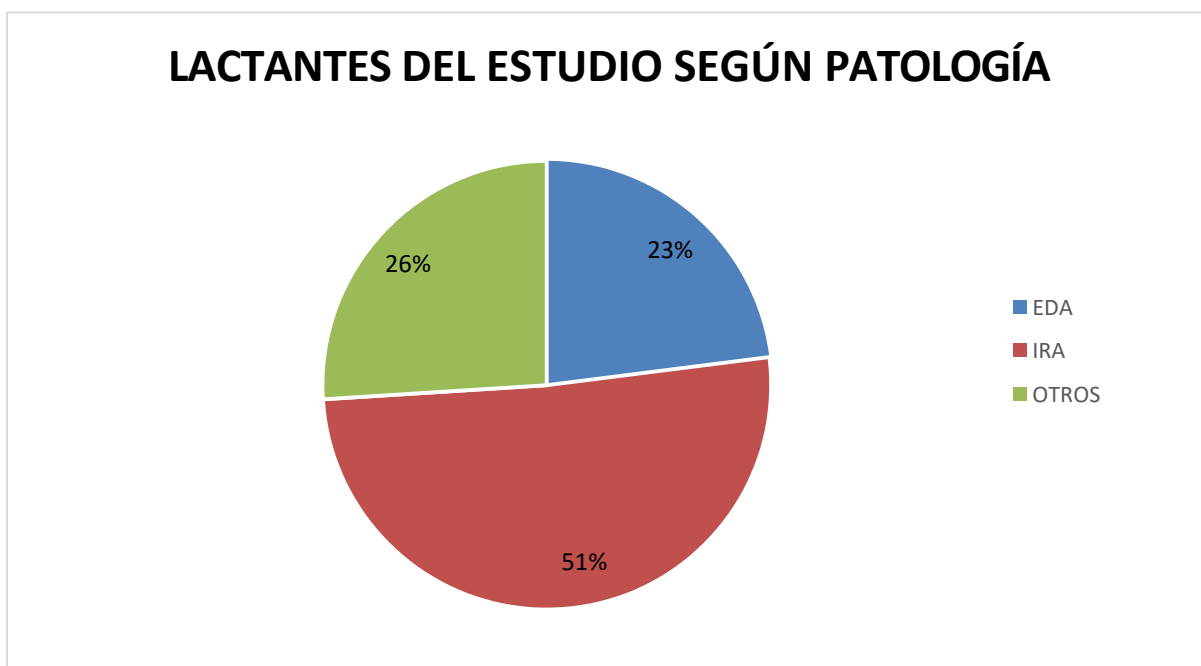
Por lo que podemos concluir que la población estudiada menores de un año del centro de salud La Arena I-3, tienen en su mayoría (94%) anemia leve.

TABLA N° 05: Población de estudio según patología

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedad diarreica	111	23%
Infecciones respiratorias	240	51%
Otros	124	26%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 05



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 05 nos muestran los resultados para la población de estudio según patología donde encontramos: enfermedad diarreica el 23% que representa 11 casos, infecciones respiratorias altas el 51%, que representa 240 casos y otras enfermedades el 26% que representa 124 casos. Por lo que podemos concluir que la población estudiada menores de un año en su mayoría presentó infecciones respiratorias (51%).

TABLA N° 06: Lactantes del estudio según edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
Pretérmino	27	6%
A término	448	94%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 06

Lactantes del estudio según edad gestacional



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 06 nos muestran los resultados para los pacientes del estudio según edad gestacional donde vemos que son pre término el 6% que representa 27 casos y a término son el 94% que representa 448 casos.

Por lo que podemos concluir que los pacientes en estudio menores de un año del centro de salud la arena i-3 la mayoría RN a-término (94%).

TABLA N° 07: Población estudiada según el clampaje tardío-apego precoz

CLAMPAJE	Frecuencia	Porcentaje
Si	320	67%
No	155	33%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 07



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 07 nos muestran los resultados para la población estudiada según el clampaje tardío y apego precoz donde vemos que los que sí tuvieron fueron 67% que representa 320 casos y los que no tuvieron fue 33%, que representa 155 casos.

Por lo que podemos concluir que en la población estudiada en menores de un año en el centro de salud la arena I-3, la mayoría (67%) tuvieron clampaje tardío y apego precoz.

TABLA N° 08: Población de estudio según tipo de lactancia

TIPO DE LACTANCIA	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia Mixta	93	20%
Lactancia materna	382	80%
Total	475	100%

Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

GRÁFICO N° 08



Fuente: Centro de Salud La Arena I-3

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 08 nos muestran los resultados para la población estudiada los lactantes del estudio según lactantes del estudio según tipo de lactancia donde la lactancia era materna en el 80% que representa 382 casos y lactancia mixta el 20% que representa 93 casos. Por lo que podemos concluir que la población estudiada en menores de un año del centro de salud laarena i-3, la mayoría de ellos (80%) presento lactancia materna.

CAPITULO IV

4.- DISCUSIÓN

La anemia en el Perú es un problema de Salud Pública prioritario, donde se observa elevados índices de incidencia, con grupos poblacionales altamente expuestos, dentro de ellos los más vulnerables como niños, las gestantes, las mujeres en edad fértil y los adolescentes. Dentro de este grupo los niños tienen mayor riesgo de padecerla ya que en los primeros años de vida se consolida la estructura básica del cerebro y se generan 700 conexiones neuronales por segundo y son más vulnerables a sufrir cambios del entorno y la calidad de experiencias que los menores, asimismo el impacto de ésta en la vida de los niños y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo, el bajo y pobre rendimiento que pueden causar.

Existe consenso entre los pediatras, quienes señalan que este problema tiene importancia en los niños menores de dos años y las embarazadas del país

En relación a la edad se encontró en el presente estudio que la mayor cantidad de anemia afectaba a los lactantes se encontraban en el rango de edad de 29 días a 6 meses con un porcentaje de 90%, este resultado se da porque en la Oficina de Crecimiento y Desarrollo (CRED) el primer tamizaje de niño tanto de hemoglobina y parasitológico se da a los 6 meses, por ello en su mayoría se encontró que el mayor número de tamizados se daba en esta etapa de vida.

Asimismo, el presente trabajo evaluó el género, siendo el más predominante en menores de un año el sexo masculino con un 55% en comparación que el femenino que fue 45%. Estos resultados coinciden con estudios como realizó Dr Ianicelli y col. Ya que se realizó un estudio a doble ciego, aleatorizado, con hierro y suplementos de zinc en niños del sudeste de Asia (Indonesia, Tailandia y Viet Nam) se informó que el riesgo de anemia y deficiencia de hierro era mayor en los varones, especialmente durante la segunda mitad de la infancia, donde el requerimiento de hierro para los lactantes varones es aproximadamente 0,9 mg/d mayor que para las niñas, mientras que otros estudios señalan que los niveles de hemoglobina estuvieron inversamente asociados con el sexo masculino. Incluso, en un estudio (Gao et al. 2013) los niños varones fueron más propensos de sufrir anemia grave en comparación con las niñas; una posible explicación para ello sería porque los varones desarrollan un mayor crecimiento longitudinal absoluto en comparación con las mujeres, pero aún se necesitan más investigaciones para esclarecer este fenómeno.

Asimismo el estudio encontró los rangos de severidad de acuerdo a la incidencia de anemia, donde observamos que en su mayoría cursa con anemia leve el 94%, en segundo lugar vemos a la anemia moderada el 6% y por ultimo a la anemia severa el 1%, si comparamos con el estudio de Bocanegra Vargas, en su estudio de “Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2011” del total de lactantes presentan anemia leve 67.2%; anemia moderada el 28.5% y anemia severa el 4.3%, en ambos estudios encontramos en igual orden de severidad, es decir que en ambos estudios presentan en su mayoría anemia leve seguida de anemia moderada y después anemia severa, pero en cuanto a los porcentajes son muy alejados, por ejemplo vemos en el primer estudio anemia leve de 94%, mientras que en el segundo de 67.2%, asimismo sucede con anemia moderada que es en un 6%, mientras que en el segundo 28.5% y por último la anemia severa siendo solo un 1% en el primer estudio, mientras que en el segundo llega a un 4.3%, una explicación podría ser porque nuestro estudio solo abarca hasta los 12 meses de edad es decir que primero el menor solo recibe la lactancia materna y si el nivel de hierro en la madre son bajos, entonces el recién nacido recibirá un aporte mínimo, a pesar que el recién nacido compense los depósitos de hierro adquiridos en la etapa intrauterina, estos se agotan a los 4 a 6 meses de la vida extrauterina, por ello se explica que no encontramos mayor grado de severidad en anemia moderada ni severa, mientras que el otro estudio es hasta los 35 meses de edad donde el menor ya dependería del tipo de alimentación que recibe en casa, los hábitos alimenticios y probablemente escasos suministros de hierro por ello observamos un mayor aumento de anemia moderada y severa para el segundo estudio en comparación al primero. De acuerdo a las patologías, encontramos en su mayoría a las infecciones respiratorias con el 51%, le sigue enfermedad diarreica con el 23% y por ultimo otras enfermedades con 26%, Coincide con las estadísticas anuales del Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma donde menciona que en el año 2016 en los menores de un año predominan las patologías respiratorias (neumonías, SOBA, asma, OMA, etc), seguida de las infecciones diarreicas. De acuerdo al tipo de lactancia consideramos como un factor de riesgo a la lactancia materna artificial para desarrollar anemia, porque a pesar de que la leche materna contiene niveles bajos de hierro esta a su vez tiene mayor biodisponibilidad en el recién nacido, en comparación a la leche artificial, que tiene niveles más altos de hierro pero poca biodisponibilidad en el recién nacido.

CAPITULO V

5.- CONCLUSIONES

1. La incidencia de anemia en menores de un año en el Centro De Salud La Arena I-3, en el periodo 2018 es de 0,46.
2. Según edad el mayor porcentaje fue para los lactantes de 29d - 6 meses (90%),
3. De acuerdo al génerose obtuvo que el sexo masculino con un 55% presentó mayor casos de anemia.
4. La mayor parte de la muestra estuvo dentro de las anemias leves con un 90%, mientras que para las anemias moderadas estuvo en un 6% y para las anemias severas llegó a un 1%.
5. De acuerdo a las patologías encontramos la mayor cantidad con infecciones respiratorias siendo un 51% del total de la población estudiada y en segundo lugar a otras patologías con un 26% y en último lugar a las enfermedades diarreicas con un 23%.
6. Dentro de las características demográficas y epidemiológicas de la anemia son de mayor importancia las patologías, la edad gestacional, el tipo de parto, el clampaje tardio-apego precoz, el peso del recién nacido y el tipo de lactancia.

CAPITULO VI

VI.-RECOMENDACIONES

1.- Promover más investigaciones sobre anemia que abarque a muestras estadísticas más amplias (menores de 5 años) para tener mejores características de los afectados por esta patología.

2.- En el Servicio de obstetricia incentivar que la madre opte por el parto eutócico y si el RN se encuentra en buen estado realizar el clampaje tardío y el apego precoz, evitar que la madre elija parto distócico, sólo si fuera necesario se debe realizar; ya que encontramos que el tipo de parto es un factor de riesgo para que el RN desarrolle anemia.

3.- En el servicio de CRED, identificar oportunamente a los menores con diagnóstico de anemia, difundir la importancia de los tamizajes a los 6 meses de hemoglobina y parasitológico e iniciar tratamiento si es necesario realizar el seguimiento a cada paciente para su posterior tamizaje al año, a los dos años y así sucesivamente, asimismo capacitar a la población por medio de charlas, videos, a través de los medios de comunicación, etc y con la ayuda de las entidades de salud correspondientes evitaremos el aumento de anemia y así disminuimos las repercusiones a futuro que conlleva esta enfermedad.

4.- De acuerdo a la alimentación complementaria debemos iniciar a los 6 meses para evitar la anemia infantil, difundir las charlas de nutrición para balancear los alimentos en esta etapa de vida.

CAPITULO VII

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ateneo: Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2011. [Internet]. Ateneo.unmsm.edu.pe. 2017 [citado el 4 March 2018]. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4174>
2. Illa M, Moll M, García A, De Aponte, Satriano R, Ferreira, R, Estefanell C, Sayagués C, “ DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS” 2010 (citado 11 marzo 2018). Disponible en: http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/vol_2/pdf/clinicas%20del%20sur_02_7.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: www.inei.gob.pe
4. V Jornada contra la Anemia- Gobierno Regional de Piura - Piura, [citado el 01 de Diciembre de 2018] Disponible en: <https://www.regionpiura.gob.pe/noticias/16472>
5. . Roman Morillo Y, Rodriguez Tanta Y, Gutierrez Ingunza E, Pablo Aparco J, Sanchez Gomez I, Fiestas F. ANEMIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL PERÚ: ASPECTOS CLAVE PARA SU AFRONTE. 1st ed. Lima; INS- UNAGESP, 2014.
6. Estrategias Multisectoriales para Mejorar la Nutrición. Estrategias Multisectoriales para Mejorar la Nutrición - 2013. THE WORLD BANK. Cito el 17/05/17. Disponible en <http://documents.worldbank.org/curated/en/315921468336622328/text/751020WPOSPANI00Box385381B00PUBLIC0.txt>

7. Gómez-Guizado, Munares-García O, Anemia and nutritional status of infants from two to five months of age treated in facilities of the Ministry of Health of Peru, 2012. Peruvian Journal of Experimental Medicine and Public Health. 2014
Vol 31 (3) Disponible en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/rt/printerFriendly/85/1924>
8. CENAN, I. (s.f.). Resultados de los indicadores del programa articulo nutricional segun MONIN 2008 – 2010. Lima – Perú: CENAN – INS.
9. Santamarina Fernández A, Sánchez Díaz R D, Alba Verdecía O. Caracterización de lactantes menores de 6 meses con anemia ferropénica. Revista Cubana de Pediatría. 2017; 89(1).
10. Borge Romero E C, Pineda Centeno L M, Sandres Huete A. Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí. Nicaragua, 21 Octubre 2015. (On line) Revisado el 18 de Noviembre de 2017. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/1404/1/67905.pdf>
11. De la Cruz-Góngora V, Villalpando S, Mundo-Rosas V, Shamah-Levy T. Prevalencia de anemia en niños y adolescentes mexicanos: comparativo de tres encuestas nacionales. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2: S180- S189
12. Puente P, Reyes L, Riccis S, Torres M, Vaillant R. Factores de riesgo relacionado con la anemia carencial en lactantes de 6 meses MEDISAN vol.18 no.3 Santiago de Cuba mar.2014
12. Dr. Logan C, Dra. Sguassero y Lic. Cuesta B, ANEMIA Y ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACION ORAL CON HIERRO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS USUARIOS DE LA RED DE SALUD PUBLICA DE ROSARIO, SANTA FE Pediatría 2013 vol.111.no.
13. Comité Nacional de Hematología. Anemia Ferropénica: Guía de diagnóstico y Tratamiento. Arch argent pesiatr. . [online]. 2009, vol.107, n.4 [citado 014-03-11], pp.353-361. Disponible

en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-01.

14. Gómez-Guizado, Oscar M, “ANEMIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE DOS A CINCO MESES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PERU”, Rev Peru Med Exp Salud Publica 2013
15. Huaman E, Espino L., CONSUMO DE SUPLEMENTOS CON MULTIMICRONUTRIENTES CHISPITAS® Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES: ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL CONTEXTO DE UNA INTERVENCIÓN POBLACIONAL EN APURÍMAC, PERÚ. rev peru med exp salud publica [online]. 2012, vol.29, n.3, pp.314-323. issn 1726-4642. <http://dx.doi.org/10.1590/s1726-46342012000300004>
17. Guia de Practica clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en Establecimientos de Salud en Primer Nivel de Atención R.M.N°4905-2015/MINSA Direccion General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud Lima-Perú 2015.
18. Guia Técnica para el Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante Hemoglobiómetro Portatil. Ministerio de Salud 2013
19. Olivares G Manuel, Walter K Tomás. CONSECUENCIAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO. Rev. chil. nutr. [Revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2018 Mar 11] ; 30(3): 226-233. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182003000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000300002>.
20. Sosa Zamora M, Suarez Feijoo D, Nuñez Guerra A, Gonzales Díaz Y, Salas Palacio Sara. Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica: artículo original. MEDISAN 2012; 16 (8).1255

21. Norma Técnica de Salud para el control del Crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud Lima – Perú 2011.
22. Sen, A., & Kanani, S. J. (2006). Deleterious functional impact of anemia on Young adolescent school girls. *Indian pediatrics*, 43(3), 219-26.
23. Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M., & Alarcón, J. (2014). [Child malnutrition in children under 5 years of age in Peru: trends and determinants]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 35(2), 104-12.
24. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2010, página 14.
25. Arch Pediatr Urug 2008; 79(1) Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública.
26. Almeida JSG, Novak F. O leite humano: qualidade e controle. In: Santos Jr (org) Fisiologia e patologia da lactação. Natal: Ed Sociedade Brasileira de Mastologia; 1995.
27. Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. BOL PEDIATR 2006; 46: 311-317
28. Rebozo J, Jiménez S, Monterrey P, Macias C, Pita G. Diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 6-24 meses y de 6 a 12 años de edad de las provincias orientales de Cuba. Libro de Memorias del XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición, Acapulco, México, 9-13 de Noviembre. México, DF: 2003. p.100. CNP-291.

29. Arch Argent Pediatr 2009; 107(4):353-361. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento.

30. Rao R, Georgieff MK. Iron in fetal and neonatal nutrition. Semin Fetal & Neonat Med. 2007; 12:54-63.

ANEXO 1

Tabla de Hemoglobina según altitud:

Nivel de Hemoglobina ajustada de acuerdo a la altitud

Niveles de hemoglobina ajustada= Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altura.

Altura (msnm)	Ajuste por altura
1000	0.1
1100	0.2
1200	0.2
1300	0.3
1400	0.3
1500	0.4
1600	0.4
1700	0.5
1800	0.6
1900	0.7
2000	0.7
2100	0.8
2200	0.9
2300	1.0

Altura (msnm)	Ajuste por altura
2400	1.1
2500	1.2
2600	1.3
2700	1.5
2800	1.6
2900	1.7
3000	1.8
3100	2.0
3200	2.1
3300	2.3
3400	2.4
3500	2.6
3600	2.7
3700	2.9

Altura (msnm)	Ajuste por altura
3800	3.1
3900	3.2
4000	3.4
4100	3.6
4200	3.8
4300	4.0
4400	4.2
4500	4.4
4600	4.6
4700	4.8
4800	5.0
4900	5.2
5000	5.5

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: INCIDENCIA DE ANEMIA EN LACTANTES MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD I-3 LA ARENA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y apellidos:

N°HC:.....

DNI:.....

Fecha de Nacimiento: Fecha de Tamizaje:.....

1) Sexo: masculino () femenino ()

2) Edad:

Neonato: 0-28 días ()

Lactante: 29días - 6meses ()

3) Severidad de anemia:

1.- Anemia Leve: 10 - 10.9 mg/dL ()

2.- Anemia Moderada: 7.0 – 9.9 mg/dL ()

3.- Anemia Severa: < a 7 mg/dL ()

4) Patologías Asociadas al cuadro de Anemia:

1.- Enfermedad Diarreica Aguda ()

2.- Infecciones Respiratorias ()

3.- Otros ()

5) Tipo de Lactancia Materna:

1.- Lactancia materna Exclusiva ()

2.- Lactancia Mixta ()

6) Peso al Nacer:

1.- Macrosomico : >4000 ()

2.- Peso Adecuado : 2500 – 3999 ()

3.- Bajo Peso : 1500 – 2499 ()

4.- Muy Bajo Peso: 1000 – 1499 ()

5.- Extremadamente bajo Peso : 500 - 999 ()

7) Edad gestacional:

Pre-término: < de 37ss () A término: 37 a 41 semanas ()

8) Tipo de Parto:

Eutócico () Distócico ()

9) Clampaje tardío y Apego Precoz:

Si () No ()

ANEXO 3

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Tipo de Variable	Medición	Escala de Medición	Estadígrafo	Instrumento	Indicador
Anemia grado de severidad	Cuantitativa	Se cuantifica el porcentaje (g/dl) de hemoglobina en sangre del lactante	Intervalo Leve: 10-10.9mg/dL Moderada: 7.0-9.9mg/dL Severa: < 7mg/dL	Porcentaje (%) Número de casos	Clínica	Grado de anemia que presento el lactante
Sexo	Cualitativa	Según el género de pertenencia	Nominal Femenino masculino	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Condición biológica y genética del lactante que puede ser masculino o femenino
Edad	Cuantitativa	Se cuantifica los meses de vida del lactante	Intervalo <1 mes 2-6 meses 7-12 meses	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Edad del lactante determinada por fecha de nacimiento
Patologías asociadas	cualitativa	Enfermedades que se asocian a padecer anemia.	Intervalo IRA EDA Otros	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Enfermedades relacionadas al cuadro de anemia

Lactancia	Cualitativa	Se consideró el tipo de lactancia que recibió el lactante durante los primeros 6 meses de vida	Nominal Lactancia exclusiva Lactancia mixta	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	El tipo de lactancia que recibió el lactante desde el Nacimiento
Tipo de parto	Cualitativa	Se consideró el tipo de parto con que el RN nació	Eutócico Distócico	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Es el término fisiológico del embarazo que desencadena en el final de la gestación.
Peso al nacer	cuantitativa	Se considero el peso del recién nacido	Intervalo Macrosomico >4000 Adecuado peso 3999-2500 Bajo peso: 1500-2499 Muy bajo peso: 1000-1499 Extremadamente bajo peso: 500-999	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	El peso del menor en el momento del nacimiento.
Clampaje tardio-apego precoz	Cualitativa	Se considero si en el nacimiento se le realizo el clampaje tardio y el apego precoz	Nominal Si No	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Pinzamiento y Corte precoz del cordón umbilical y contacto piel a piel madre - hijo
Edad gestacion al	Cualitativa	Se considero la edad gestacional del lactante	Nominal A termino > 37ss Pretermino < 37ss	Porcentaje (%) Número de casos	Historias Clínicas	Edad de recién nacido determinada por examen físico

SOSA

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE
INTERNET

5%

PUBLICACIONES

18%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	3%
3	www.ins.gob.pe Fuente de Internet	3%
4	scielo.sld.cu Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	2%
6	docplayer.es Fuente de Internet	2%
7	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
8	www.slideshare.net Fuente de Internet	2%
9	www.revistabiomedica.org Fuente de Internet	1%



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO - PIURA
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura



ACTA DE ORIGINALIDAD

Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

"ANEMIA: INCIDENCIA, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS EN MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-3 LA ARENA PIURA 2018" del (de la) estudiante **CARMEN EDITH SOSA CASTILLO** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 29 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 07 de febrero de 2019



Dr. Edgar R. Bazán Palomino
Director de la Escuela de Medicina
UCV - PIURA

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (GRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: SOSA CASTILLO CARMEN EDITH
D.N.I. : 45149130
Domicilio : JR. FRANCISCO PIZARRO 208 – LA ARENA
Teléfono : Fijo : 373086 Móvil: 920395929
E-mail : carmeli167@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : CIENCIAS MEDICAS
Escuela : MEDICINA
Carrera : MEDICINA
Título : MEDICO CIRUJANO

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado :
Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

SOSA CASTILLO CARMEN EDITH

Título de la tesis:

ANEMIA: INCIDENCIA, CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN
MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-3 LA ARENA- PIURA
2018.

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : 

Fecha: 07/02/19

DNI: 45149130



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CARMEN EDITH SOSA CASTILLO

INFORME TITULADO:

ANEMIA: INCIDENCIA, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS EN MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-3 LA ARENA PIURA 2018

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 08/02/2019

NOTA O MENCIÓN: DIECISEIS (16)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZÁN PALOMERO
Coordinador de la Escuela de Medicina
Piura, Peru

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN