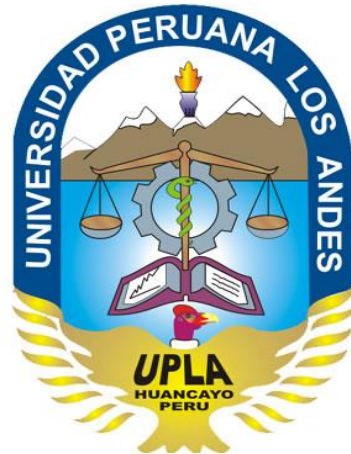


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



**INCIDENCIA DE ANEMIA EN MENORES
DE 1 AÑO EN UN HOSPITAL DE TARMA
AÑO 2016**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER
GARCIA BALDEON, MORGANA ROMINA

HUANCAYO - PERU

2017

JURADO REVISOR:

- *Mg. Erwin Tito Ortega*
- **Mg. Luz Elizabeth Luza Ruiz de Castilla**
 - **Mc. José Severino Broncales**

ASESOR:

Mg. Santiago Cortez Orellana

Dedicatoria

A mis padres Mirtha y José por su apoyo incondicional, amor y comprensión.

A mis hermanos Fiorella y Fabrizzio que son mi motivo para seguir adelante.

A mi abuelo Pedro Abel por su ejemplo y a mi tía María de Lourdes por acompañarme y guiarme en cada paso que doy.

Agradecimientos

Al Mg .Santiago Cortez Orellana, profesor de pre y port-gradp de la Universidad Peruana los Andes, Facultad de Medicina Humana, asesor del presente trabajo.

A la Dra. Pilar Diaz Valer por su dedicación en el externado durante las rotaciones de pediatría, quien tuvo gran esmero e interés para enseñarnos.

A la Dra. Nancy Ramón Musaurieta que con el ejemplo me enseñó que la honestidad, perseverancia y responsabilidad, son los pilares de un buen profesional.

A todos los miembros del Hospital Felix Mayorca Soto- Tarma, la Oficina de Capacitación, Servicio de Pediatría, CRED, Laboratorio y Estadística que colaboraron desinteresadamente para la culminación del presente proyecto.

INDICE

	Pag.
JURADOS.....	i
ASESOR.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIALES Y METODOS.....	16
III.RESULTADOS.....	21
IV.DISCUSION.....	32
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	39
VII. BIBLIOGRAFIA.....	41
VII. ANEXOS.....	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de anemia en menores de 1 año en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma en el año 2016

Material y Métodos: Estudio de nivel básico descriptivo, retrospectivo. Siendo la población de 1361 atendidos y la muestra fue de 475 casos de Anemia, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos por el estudio. Se utilizó como instrumento de recolección de datos diseñado exclusivamente para el estudio los cuales fueron procesados con el programa estadístico SPSS20

Resultados: La incidencia de anemia es 41%, siendo el sexo masculino el que predominó (55%), de acuerdo a la edad la mayoría estuvo entre los 29 días a 6 meses (90%), en cuanto al rango de severidad de anemia la mayoría presentó anemia leve (90%); dentro de las patologías: las infecciones respiratorias 51% son las que predominaron; en cuanto al peso predominó: los de peso adecuado (90%), de acuerdo al tipo de parto es el parto eutócico (78%) el que predominó, en cuanto al clampaje tardío-apego precoz sí se les realizó al 67%, de acuerdo a la lactancia: la lactancia materna exclusiva es quien tuvo mayor incidencia (80%) mientras que para la edad gestacional la mayoría fue recién nacidos a término (96%)

Conclusiones: La incidencia de anemia en menores de 1 año fue de 41% y los factores de riesgo para desarrollar el cuadro de anemia fueron: patologías, tipo de parto, peso del recién nacido, clampaje tardío-apego, la edad gestacional y tipo de lactancia

Palabras claves: Anemia, incidencia y factores de riesgo

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of anemia in children under 1 year of age at Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma in 2016.

Material and Methods: Descriptive, retrospective baseline study. Being the population of 1361 attended and the sample was 475 cases of Anemia, which met the inclusion criteria established by the study. It was used as a data collection instrument designed exclusively for the study, which were processed with the statistical program SPSS20.

Results: The incidence of anemia is 41%, with male predominance (55%), according to age, the majority was between 29 days and 6 months (90%), in terms of severity range Anemia most had mild anemia (90%); Within the pathologies: respiratory infections 51% predominated; (90%), according to the type of delivery, is the eutocic delivery (78%), which predominated, in the case of late-attachment-precocious attachment, 67% Agreement to breastfeeding: exclusive breastfeeding is the one with the highest incidence (80%), while for gestational age the majority were newborns at term (96%).

Conclusions: The incidence of anemia in children under 1 year was 41% and the risk factors for developing anemia were pathologies, type of birth, newborn weight, late-attachment clenching, gestational age and type of anemia lactation.

Key words: Anemia, incidence and risk factors.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

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

En América Latina 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 crecimiento físico, desarrollo mental del niño, 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 es 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 de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla perjudicado 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), nos muestra que en el año 2015 se registró el 46,8% casos de anemia en niños menores de tres años, mientras que en el año 2013 fue un 46,4%, en el 2014 llegó hasta el 48,8%, asimismo la anemia afectó al 60,7% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 63,1% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (63,0%) y de 18 a 23 meses de edad (47,9%); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores: 24 a 35 meses (31,5%), 36 a 47 meses (23,6%) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 21,8%. (3)

Dentro de las regiones del Perú, Puno presentó la más alta proporción (63,5%), seguido por Loreto (54,7%), Junín (51,6%), Madre de Dios (51,3%) y Huancavelica (49,0%). Los menores porcentajes se presentaron en Lambayeque (25,8%) e Ica (25,9%) (3)

La causa radica principalmente a la deficiencia de hierro existiendo otras deficiencias nutricionales tales como: déficit de ácido fólico, de vitaminas B12, C, E, B6, A y cobre que afectan la eritropoyesis y pueden conducir a diversos trastornos, uno de ellos es el retardo en el desarrollo psicomotor del niño que puede ser irreversible, así como la afectación en la función cognitiva y el desarrollo escolar. (1)

Así, la anemia en la infancia se ha visto asociada con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficiente, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas, e incluso pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron de anemia. Debido a estas consecuencias a largo plazo, se explica el hallazgo de que la anemia en los niños pequeños tiene un enorme impacto económico, a través de un efecto negativo en el capital humano, lo que resulta en pérdidas de billones de dólares anualmente (4)

El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus defectos a largo plazo en la salud física y mental (5)

En la región Junín el hospital Felix Mayorca Soto - Tarma en la actualidad es centro de referencia de los diversos distritos aledaños, a este nosocomio llegan pacientes referidos de Centros o Puestos de Salud para estudio y tratamiento en el área de Pediatría, se desconoce cuál es la incidencia de anemia de los lactantes menores de un año de los pacientes atendidos en este hospital.

Es necesario establecer la edad en que predomina la anemia, ya que desde los 6 meses observamos cifras elevadas y alarmantes, aun en niños a-término con peso adecuado al nacer, lo cual sugiere que la anemia podría ser favorecida por factores durante el embarazo, el periodo perinatal, o en ambos.

En el Perú, el 63,7% de lactantes a esta edad son anémicos, de los cuales prácticamente la mitad son anemias leves y la otra mitad anemias moderadas, resultando que estas últimas han iniciado la anemia antes de los 6 meses (6)

Un estudio realizado en Argentina determinó una prevalencia de anemia (Hb < 10,3 g/dL) a los 4 meses de 20,6% y a los 5 meses de 30% (2). En Brasil, se encontró una frecuencia de anemia (Hb < 10,3 g/dL) de 20% para los niños menores de 6 meses (6).

Investigadores del Instituto Nacional de Salud (INS-CENAN) utilizaron la base de datos del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), con la finalidad de mostrar el patrón de los niveles de concentración de Hb y la proporción de niños con anemia durante el primer año de vida. Los resultados indicaron una disminución de la concentración media de Hb de 15.32 al nacimiento, hasta 11.75 g/dL en el segundo mes de vida.

Posteriormente, el nivel de Hb continuó disminuyendo progresivamente hasta el sexto mes de vida (10.9 g/dL). A partir de entonces, el nivel de Hb se mantuvo constante en este valor hasta el primer año de vida, asimismo dentro de las características de este estudio no mencionan si hubo un factor de corrección de la hemoglobina, ni altura de donde procede el niño(7).

Actualmente, no se tiene una precisión de la incidencia de anemia en menores de un año en el Hospital Felix Mayorca Soto - Tarma.

Se debe conocer el género a quien más afecta esta enfermedad. Se ha descrito que en lactantes menores de un año, el género en la anemia es más predisponente que lo padezcan el sexo masculino que el femenino, aunque algunos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la anemia y el sexo mientras que otros estudios señalan que los niveles de hemoglobina estuvieron inversamente asociados con el sexo masculino. Incluso, en un estudio los niños varones fueron más propensos de sufrir anemia grave en comparación con las niñas; una posible explicación para ello sería un mayor crecimiento longitudinal absoluto en los varones respecto a las mujeres, pero aún se necesitan más investigaciones para esclarecer este fenómeno (4)

La importancia de conocer los diversos factores asociados que incrementan el riesgo de presentar anemia en lactantes menores de un año. Diversos estudios mencionan que la anemia podría ser favorecida por factores prenatales, natales y postnatales, entre ellos se menciona a los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer, PEG (pequeños para la edad gestacional), corte precoz de cordón umbilical, apego precoz alimentación complementaria deficiente, niños y niñas menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva e hijo de madre anémica.

Existen a su vez causas infecciosas entre ellas: Parásitos que incrementan el riesgo de padecer esta enfermedad, las diversas patologías y las infecciones recurrentes también se asocian al cuadro de anemia y serán descritas en este trabajo de investigación.

1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.1.PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es la incidencia de anemia en menores de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma en el año 2016?

2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- 1.- ¿Cuál es la edad más afectada en los pacientes menores de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma en el año 2016?
- 2.- ¿Cuál es el sexo con más predisposición para desarrollar esta enfermedad en la población estudiada?
- 3.- ¿Cuál es el grado de severidad de anemia en la población estudiada?
- 4.- ¿Qué patologías son las más frecuentes asociadas al cuadro de anemia en los pacientes menores de un año en el Hospital Felix Mayorca Soto - Tarma en el año 2016?
- 5.- ¿Cuáles son los factores de riesgo en la población estudiada?

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Justificación Teórica o Científica:

En el Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma es centro de referencia para diagnóstico y tratamiento en la Provincia de Tarma, en los últimos años se observa un incremento en el número de casos de anemia en menores de un año, no se conoce cuál es la incidencia y cuáles son los factores de riesgo más importantes para desarrollar un cuadro de anemia en los lactantes en dicho hospital.

Al identificar la incidencia y los factores de riesgo más importantes en los pacientes con anemia se podrá brindar un diagnóstico oportuno y mejor tratamiento de acuerdo a los factores encontrados en cada paciente y si previamente se hallan establecidos como de buen pronóstico para su recuperación y puedan tener un desarrollo adecuado para su edad.

3.2 Justificación Práctica o Social:

Al realizar este trabajo se va contar con el apoyo del Servicio de Pediatría, CRED, Nutrición y Laboratorio de este hospital, el personal de salud que labora en él y que hacen el seguimiento adecuado para plantear juntos mejores estrategias y para poder realizar el tamizaje adecuado y oportuno e identificar la gravedad de la patología de manera temprana, para así brindar un tratamiento más eficaz.

3.3 Justificación Metodológica:

En cuanto a la realización de los objetivos trazados en la investigación, esta se lograra con la utilización de técnicas de investigación que más se ajusten al tema sujeto de análisis, se recogerán datos por la técnica de la observación de historias clínicas de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión; previo permiso de la institución en donde se realizara el estudio.

3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de anemia en menores de 1 año en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma en el año 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la edad más afectada en menores de un año de la población estudiada con relación a la anemia.
2. Determinar el sexo con más predisposición a desarrollar anemia en los pacientes del Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma en el año 2016.
3. Determinar el grado de severidad de anemia en la población estudiada.
4. Determinar que patologías son las más frecuentes y están asociadas al cuadro de anemia en la población estudiada
5. Describir factores asociados de anemia en menores de un año en el Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma en el año 2016.

4.- MARCO TEÓRICO

4-1 Antecedentes de la Investigación:

✓ Internacionales.

Ianicelli.2012.

Realizó un estudio en niños menores de 6 meses sobre la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados durante los años 2007-2010. Teniendo como muestra a 363 niños con edades comprendidas entre 4 y 5 meses de edad. Analizó la asociación entre anemia y tipo de alimentación (exclusiva o complementaria), asimismo consideró el tipo de parto el sexo, también se compararon las medidas del peso al nacer y la puntuación x de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, en relación a los niños anémicos contra los no anémicos.

De toda la muestra de estudio fue el 28.9% de los niños presentaron anemia y la prevalencia fue significativamente mayor en los varones (38.3%) en comparación al de las mujeres. Concluyó que no hubo diferencias significativas según el tipo de parto ni de alimentación, asimismo, en relación al peso al nacer fue significativamente menor en los anémicos en comparación con los no anémicos.

Se concluye que la prevalencia de anemia durante el año 2007 fue el 37.8% y en el 2010 fue el 20.3% encontrándose un descenso significativo. Siendo mayor en varones y en niños nacidos con bajo peso y bajo índices antropométricos. (8)

Pita Rodríguez Gisela y col (2012)

Estudió el progreso de la reducción de anemia en niños(as) de un año durante dos periodos de tiempo 2005 y 2007, en la Ciudad de La Habana, evaluando el estado nutricional del Fe mediante indicadores bioquímicos y hematológicos, para ellos realizó las determinaciones de Hemoglobina, índice de distribución de eritrocitos, volumen corpuscular medio, ferritina, proteína C reactiva, receptores de Trans-ferrina y zinc protoporfirina.

Concluyen que en el año 2005 presentó una prevalencia de anemia de 44.8%, mientras que en el año 2007 fue de 29.1%, siendo este último estudio mayor en Hemoglobina y volumen corpuscular medio.

No se encuentra diferencias significativas en cuanto a la deficiencia del hierro, en las dos etapas se encontró elevación de las mismas.

Asimismo se observó una disminución significativa de la prevalencia llegando a un 15.7% comprendidos entre 10 a 14 meses, también hubo una disminución de los indicadores hematológicos, a pesar de ello las reservas de hierro continuaron deficientes.(9)

Vanessa de la Cruz-Góngora y col (2013)

Estudió un estudio comparativo de tres encuestas nacionales de prevalencia de anemia en niños y adolescentes en la Ciudad de México durante el año 2012. El estudio fue dividido por nivel rural/urbano, regional y nacional, hallándose la prevalencia en niños de 1 a 4 años de 23.3% en el año 2012, asimismo durante los años 5 a 11 años se encuentra el 10.1% y entre los 12 y 19 años se observa un 5.6% . De acuerdo al sexo en adolescentes el género que predominó fue el masculino con un 7.7%, mientras que en las mujeres fue de 3.6%.

Se describió también una disminución de la prevalencia de anemia entre los años 1999 y 2012 de 8.3 puntos porcentuales en los menores de cinco años, se observó durante los años de 5 a 11 un 5.1%, mientras que en los adolescentes un 3.6%.

En conclusión describe la autora de este estudio que a pesar de la reducción de la anemia en los últimos 13 años, en niños de 1 a 4 años, aun las cifras son alarmantes. Por ello se necesita reunir a las comunidades y concientizar a los pobladores que existen micronutrientes como alimento complementario que son elementos ricos en hierro e incentivar a la ingesta especialmente para los menores(10).

Magali Puente Perpiñán y col (2013)

Estudió la relación sobre los Factores de Riesgo y la anemia carencial en lactantes de 6 meses en el año 2013 en el policlínico "Camilo Torres Restrepo" de Santiago de Cuba; la muestra del estudio fue de 120 pacientes de los cuales 40 casos y 80 controles, seleccionados 1:2. Concluyendo que los factores que desencadenan la anemia carencial fueron: antecedentes familiares de la madre, anemia en el embarazo, lactancia artificial, infecciones respiratorias y desnutrición (11).

Dr. Logan Christensena y col (2013)

Realizó un estudio sobre la adherencia a la suplementación oral con hierro y la Anemia en niños en Santa Fé durante los años diciembre del 2011 y abril del 2012.

Donde las variables relacionadas fueron las adherencias de madres a la administración del hierro.

La muestra fue de 325 entre madres y niños menores de 42 meses, siendo la prevalencia de 40% y entre los 6 a 23 meses fue de 56%.

El 52% de las madres refirió que su hijo había tomado hierro alguna vez. En comparación de la adherencia fue mayor en las madres de los niños sin anemia en comparación a los niños con anemia, y dentro de las causas que refieren la adherencia fueron: intolerancia digestiva (38%) y el olvido (36%).

Concluyendo que es alta la prevalencia de la anemia infantil, asimismo se observó menos adherencia a las madres a la administración de hierro en el grupo de niños que presentó anemia (15).

Comité Nacional Argentino de Hematología (2009)

La causa más frecuente de anemia en edades comprendidas entre 6 y 24 meses es la deficiencia de hierro, con una prevalencia que llega al 35%. Su la prevención, el diagnóstico, detección y tratamiento correcto constituye hoy una prioridad en nuestro país.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Argentina presenta un 16% de anemia de los menores de 5 años, de 6 a 24 meses presentó un 35% y de en mujeres en edad fértil llega a un 20%.

Estos valores varían de acuerdo a las distintas regiones, en algunos registran valores más altos, en otros más bajos, aunque depende también de las condiciones socioeconómicas de cada región (13)

✓ **Nacionales:**

Velásquez-Hurtado y col (2016)

Determinaron los factores sociodemográficos y las características del 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 (14)

Guillermo Gómez- 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 evidenció antes de los 6 meses de edad desnutrición crónica y el riesgo de padecer infecciones recurrentes y anemia aumenta según la edad (15)

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 3 mil msnm un 52.6%. Siendo la prevalencia de anemia un 51.3%, los que no recibieron ningún tipo de intervención fue un 5.4%; asimismo 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(16).

✓ **Locales:**

No se encontró ningún estudio sobre la incidencia de anemia en menores de 1 año en el Hospital Félix Mayorca Soto–Tarma.

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 (17):

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®. 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(18).

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, esta se detecta con pruebas de laboratorio (19).

4.2.2.- Etiología:

La principal causa de anemia nutricional es la deficiencia de hierro (17)

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:

Codigo CIE X	DIAGNOSTICO
D50	Anemia por deficiencia de hierro (ferropenica, 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 describirá a continuación las características según edad y necesidades de hierro que puedan presentar los lactantes menores de un año (20)

- La gestante necesita 27 mg/día de hierro para cubrir las necesidades básicas para ella y su bebe, actualmente el tipo de alimentación del país no llega a cubrir dichas necesidades. Por ello la administración profiláctica con hierro es vital en este grupo de población, 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.
- Asimismo el feto adquiere el 80% de las reservas de hierro durante el tercer trimestre del embarazo, es por ello que los recién nacidos con bajo peso o la prematuridad contribuye a que el menor tenga mucho mas riesgo a padecer anemia.
- La ligadura del cordón (2-3 minutos) debería ser tardío y el apego hacia la madre debe ser precoz, ya que el recién nacido nacería con reservas que le durarían hasta los 4 a 6 meses de vida.

- Un recién nacido debe tener como alimento único la lactancia materna exclusiva ya que aunque esta cuenta cantidades bajas de hierro (aproximadamente de 0.3-0.4mg/L) cuenta con una biodisponibilidad del 50%.
- 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.
- En los casos de los prematuros, debe iniciarse la suplementación a partir de los 30 días de nacido.

Podemos concluir que las necesidades de hierro por edades son:

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

4.2.5.- Severidad de Anemia:

La anemia en niños se define como una concentración de hemoglobina menor de 11 g/dL, conforme a los criterios de la OMS, y su gravedad se estratificó del siguiente modo:

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. (25)

4.2.6.- Control de Crecimiento y Desarrollo:

2.6.1-Crecimiento

El término crecimiento es el aumento de la masa corporal de un ser vivo, que va ser producido por un aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño(hipertrofia), este proceso estará regulado por los factores nutricionales, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Son medidas por medio de; peso, talla, perímetro cefálico (21).

2.6.2- Desarrollo

Se define al desarrollo como 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.

2.6.3- Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (22)

4.2.7.- Tratamiento:

El esquema de tratamiento en menores de tres años 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 2015 (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.

ANEMIA LEVE (Hg: 10-10.9 mg)

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

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:

ANEMIA LEVE (Hg: 10-10.9 mg)

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

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.

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.

4.2.7.1 Medidas Alternativas:

Se recomienda complementar el tratamiento con alimentos que contengan mayor contenido de hierro como son: sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, entre otros (24)

4.2.8 Definición de Términos:

4.2.8.1 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)

4.2.8.2 ANEMIA:

La Anemia es una alteración causada por disminución del número de glóbulos rojos y disminución de la hemoglobina bajo los parámetros estándares. Rara vez se registra en forma independiente una deficiencia de uno solo de estos factores. Los rangos de normalidad son muy variables en cada población, 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)

4.2.8.3 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. a éste último contiene un átomo de hierro cuya presencia es imprescindible para que pueda fijarse el oxígeno, este ion además le confiere su color rojo a la sangre. La globina y el hemo se producen en el hígado, de allí pasan a la medula ósea para ser incorporados a los glóbulos rojos durante su formación. (27)

4.2.8.4 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

FACTORES DE RIESGO:

4.2.8.5 PESO AL NACER

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

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

4.2.8.6 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)

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

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

7

4.2.8.7 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.

4.2.8.8 APEGO PRECOZ

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

4.2.8.9 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)

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación. es un estudio retrospectivo, observacional de tipo descriptivo, realizado mediante el análisis de la información obtenida de la revisión de las historias clínicas de los lactantes menores de un año que presentaron anemia en el Servicio de Pediatría y CRED en el Hospital Felix Mayorca Soto - Tarma durante el año 2016

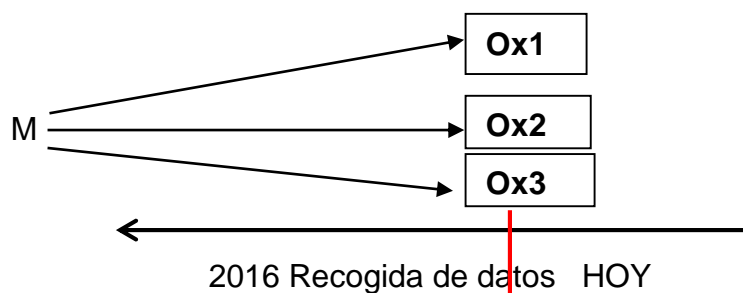
Nivel de investigación

En la presente investigación se realizó un nivel de investigación básico.

Diseño gráfico de investigación

Diseño de estudio retrospectivo observacional –descriptivo

Esquema:



Donde:

M = muestra de estudio

Ox1 = Observación de la variable

Ox2, Ox3, etc. = Observación de las variables

Población y Muestra de Estudio

Población

La población en estudio estará constituida, por todos los pacientes menores de un año atendidos en el Servicio de Pediatría y CRED que se les hizo tamizaje de anemia en el Hospital Felix Mayorca Soto - Tarma, de Enero a Diciembre del año 2016, siendo el total de 1361 atenciones anuales, de los cuales 200 historias clínicas fueron eliminadas debido a que estaban incompletas.

Por lo cual la población de estudio fue de 1161 neonatos atendidos durante este periodo.

POBLACIÓN

POBLACION	TOTAL	%
Sin anemia	686	59.0 %
Con anemia	475	40.9 %
TOTAL DE ATENCIONES ANUALES	1161	100%

Fuente: Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma 201

Muestra

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

MUESTRA		
MES	Frecuencia	Porcentaje
ENERO	34	7.2%
FEBRERO	42	8.8%
MARZO	27	5.6%
ABRIL	33	6.9%
MAYO	41	8.6%
JUNIO	31	6.5%
JULIO	34	7.2%
AGOSTO	39	8.2%
SEPTIEMBRE	50	10.8%
OCTUBRE	37	7.7%
NOVIEMBRE	50	10,8%
DICIEMBRE	56	11.7%
Total	475	100.0%

Tamaño de la muestra

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

Tipo de muestra

El muestreo fue no probabilístico, es decir a criterio del investigador

Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

1. Lactantes menores de un año con tamizaje de hemoglobina.
2. Aquellos lactantes con diagnóstico de anemia en el año 2016.
3. Lactantes a término y pre-término.
4. Aquellos lactantes que presentan lactancia exclusiva y mixta.

Criterios de exclusión

1. Lactantes que no tienen el diagnóstico de anemia.
2. Historias clínicas incompletas
3. Lactantes menores de 1 año que no tuvieron tamizaje de hemoglobina.

Criterios de eliminación

1. Pacientes fallecidos antes de llegar al servicio de pediatría con el diagnóstico de anemia.

Métodos y técnicas de recolección de datos:

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

La técnica para 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.

Instrumentos de recolección de datos:

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

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 Cronbach.

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 Cronbach, 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 Cronbach es superior a 0.75 se afirma que esta escala tiene una buena confiabilidad.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.758	8

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

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones y/o trámites administrativos que exige la institución en la cual se llevó a cabo la investigación. Los datos recolectados en el instrumento serán introducidos en la base de datos del paquete estadístico Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) para Windows versión 22.0 y Excel 2015; para luego presentar los resultados mediante tablas y gráficos estadísticos con su debida interpretación.

Se realizaron 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 requerirá 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 serán realizados mediante estadística descriptiva.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Resultados del Objetivo General

Determinar la incidencia de anemia en menores de 1 año en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma en el año 2016.

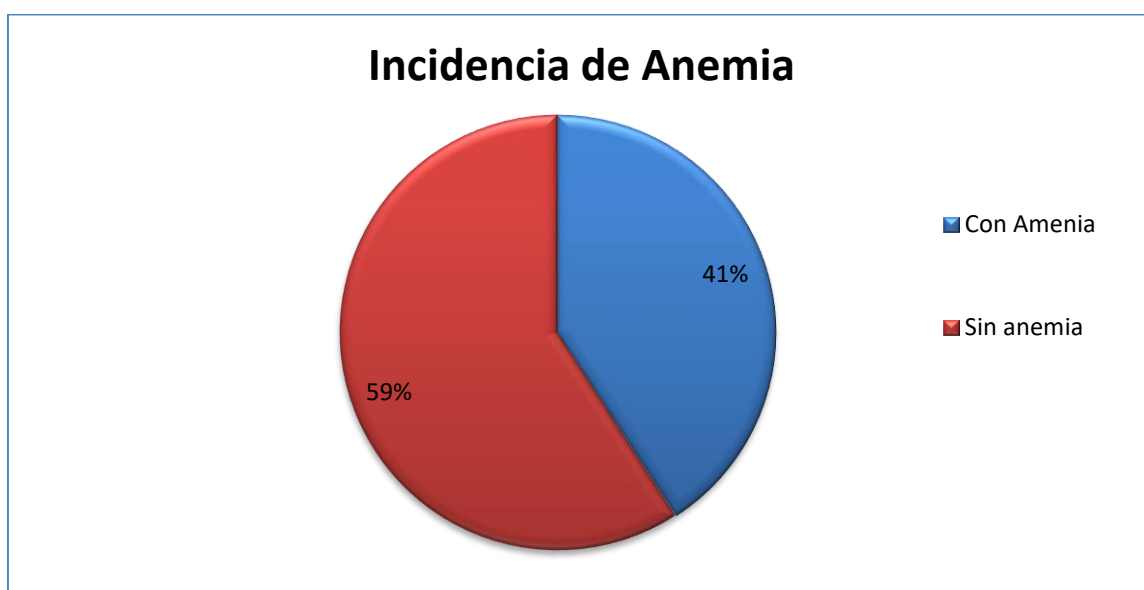
La población atendida durante el año 2016 de Enero a Diciembre fue de 1361pacientes. De los cuales se excluyen 200 historias clínicas por estar incompletas, haciendo un total de 1161 atendidos, de estos se distribuyen de acuerdo como señala el siguiente cuadro:

TABLA Nº 01
INCIDENCIA DE ANEMIA

POBLACION	TOTAL	%
Sin anemia	686	59 %
Con anemia	475	41 %
TOTAL DE ATENDIDOS ANUALES	1161	100%

Fuente: Base de datos SPSS

GRAFICO N°1



INTERPRETACIÓN

La Tabla y figura N°01 muestran los resultados para incidencia de anemia donde podemos notar que del total de pacientes atendidos durante el año 2016 que fueron 1161. De los cuales: con anemia fueron el 40.9% que representa 475 casos no tuvieron anemia el 59.1% que representa 686 casos y pacientes con anemia fueron el 40.9% que representa 475 casos.

Por lo que podemos afirmar que LA INCIDENCIA DE ANEMIA EN MENORES DE UN AÑO EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO - TARMA EN EL AÑO 2016 ES 41%

Objetivos Específicos:

Objetivo N°1:

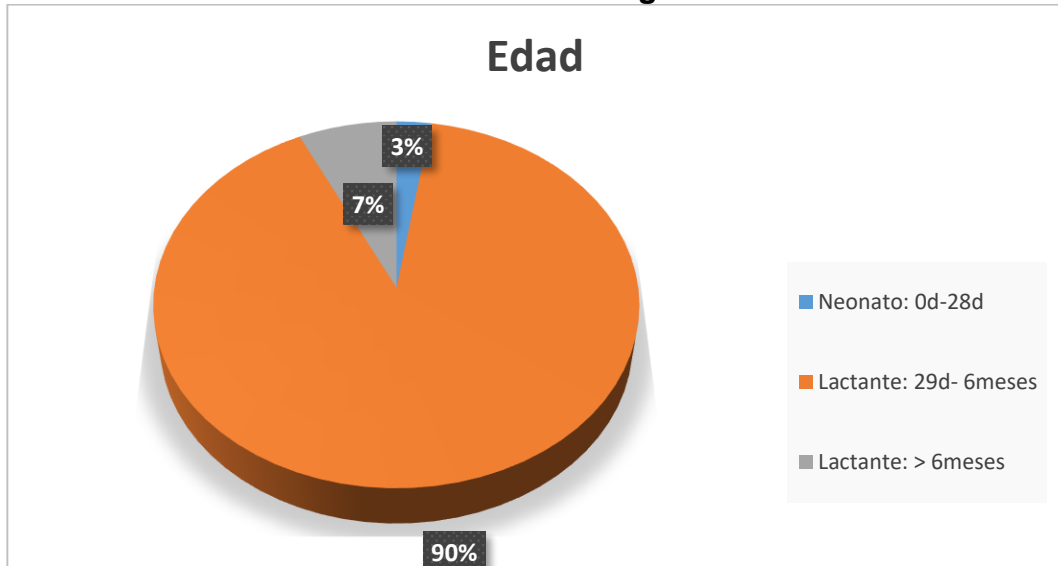
Describir la edad más afectada en menores de un año de la población estudiada con relación a la anemia.

TABLA N° 02
Pacientes del estudio según edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Neonato: 0d - 28 días	12	3%
Lactante: 29d- 6meses	429	90%
Lactante: > 6meses	34	7%
Total	475	100%

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 02
Pacientes de estudio según edad



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 02

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 2% que representa 12 casos, lactantes: 29d-6meses es el 90% que representa 429 casos y los lactantes: > 6 meses son el 7% que representa 34 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.

Objetivo N°2:

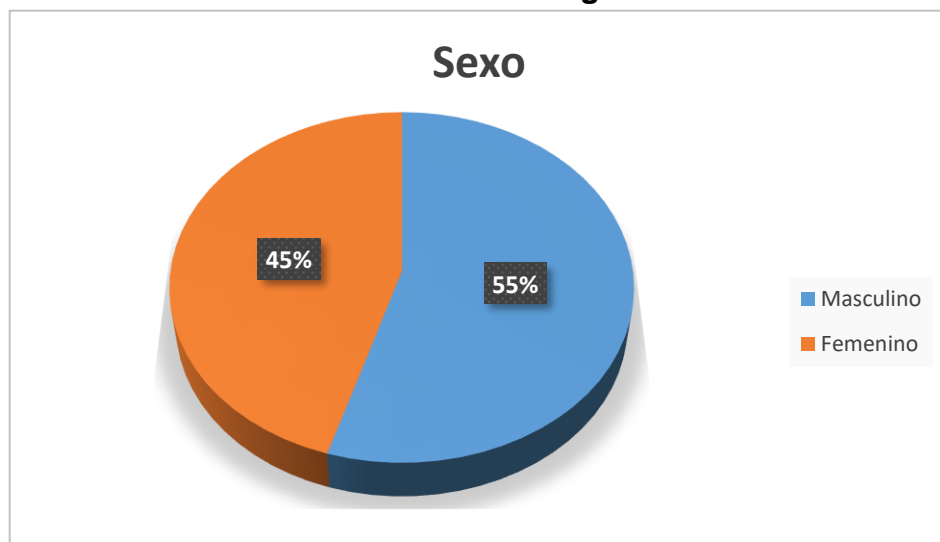
Determinar el sexo con más predisposición a desarrollar anemia en los pacientes del Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma en el año 2016.

TABLA N° 03
Pacientes del estudio según sexo

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

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 03
Pacientes del estudio según sexo



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 03

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 Hospital de Tarma son en su mayoría sexo masculino (55%) en comparación que del sexo femenino (45%) que es menor.

Objetivo N°3:

Determinar el grado de severidad de anemia en los pacientes del Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma en el año 2016.

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: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 04
Incidencia de anemia por grado de severidad



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 04

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 04 nos muestran los resultados para los pacientes de estudio según incidencia de anemia por grado de severidad donde vemos que con anemia leve 94% que representa 447 casos, anemia moderada el 6% 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 Hospital de Tarma en el 2016 tienen en su mayoría (94%) anemia leve

Objetivo N°4:

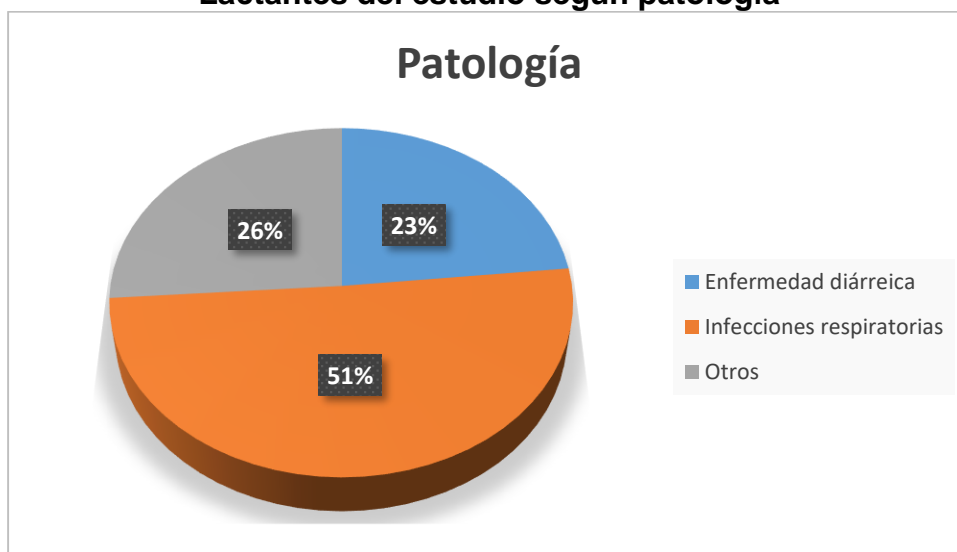
Determinar que patologías son las más frecuentes y están asociadas al cuadro de anemia en la población estudiada

TABLA N° 05
Población de estudio según patología

PATOLOGÍA	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad diarreica	111	23%
Infecciones respiratorias	240	51%
Otros	124	26%
Total	475	100%

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 05
Lactantes del estudio según patología



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 05

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%).

Objetivo N°5

Describir los factores de riesgo para la incidencia de anemia en menores de un año en el Hospital Felix Mayorca Soto-Tarma en el año 2016

Para el logro de este objetivo se ha tomado en cuenta los siguientes factores: Edad gestacional, tipo de parto, clampaje tardio-apego precoz, peso al nacer, tipo de lactancia.

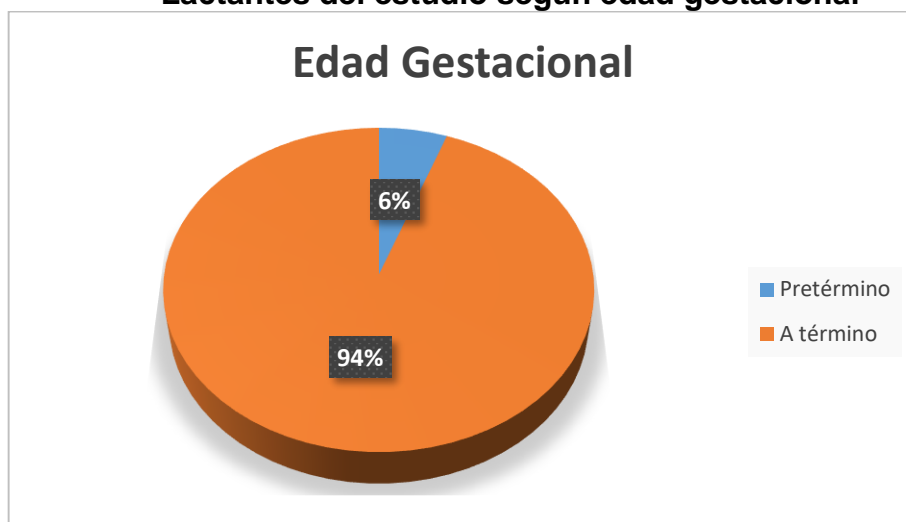
EDAD GESTACIONAL

TABLA N° 06
Lactantes del estudio según edad gestacional

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

Fuente: Base d datos SPSS

GRÁFICO N° 06
Lactantes del estudio según edad gestacional



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 06

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 Hospital de Tarma la mayoría RN a-término(94%).

TIPO DE PARTO

TABLA N° 07
Pacientes según el tipo de parto

Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	372	78%
Distócico	103	22%
Total	475	100.0

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 07
Pacientes de estudio según el tipo de parto



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 07

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 07 nos muestran los resultados para los pacientes del estudio según el tipo de parto donde vemos que tuvieron parto eutócico el 78% que representa 372 casos y parto distócico el 22% que representa 103 casos.

Por lo que podemos concluir que en los pacientes en estudio menores de un año del Hospital de Tarma la mayoría fueron de tipo eutócico

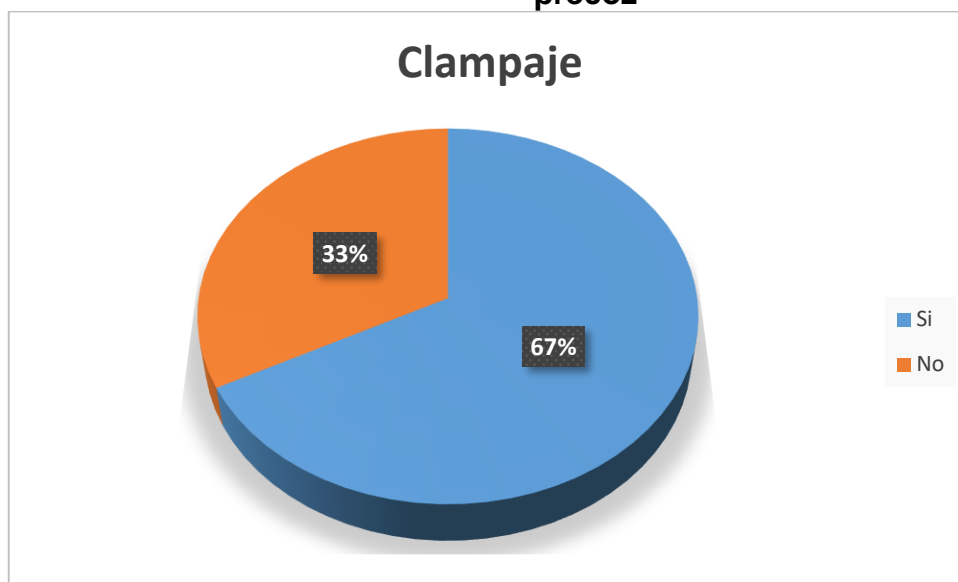
CLAMPAJE TARDÍO Y APEGO PRECOZ

TABLA N° 08
Poblacion estudiada según el clampaje tardío-apego precoz

CLAMPAJE	Frecuencia	Porcentaje
Si	320	67%
No	155	33%
Total	475	100.0

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 08
Lactantes del estudio según el clampaje tardío y apego precoz



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 08

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 08 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 del Hospital de Tarma la mayoría (67%) tuvieron clampaje tardío y apego precoz

PESO DEL RECIÉN NACIDO

TABLA N° 09

Población de estudio según el peso al nacer

Peso del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
Macrosómico (> 4,000)	25	5%
Peso adecuado (2,500 - 3,999)	425	90%
Bajo peso (1,500 - 2,499)	23	4%
Muy bajo peso (1,000 - 1,499)	2	1%
Total	475	100.0

Fuente: Base de Datos SPSS

GRÁFICO N° 09

Población de estudio según el peso al nacer



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 09

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 09 nos muestran los resultados para la población estudiada según el peso al nacer donde vemos con peso macrosómico (>4,000) el 5%, que fueron 25 casos, con peso adecuado (2,500 – 3,999) el 90%, que representa 435 casos, con bajo peso (1,500 – 2.499) el 4%, que representa 23 casos y muy bajo de peso (1,000 – 1,499) el 1% que representa 2 casos.

Por lo que podemos concluir que la población estudiada menores de un año del Hospital de Tarma la mayoría (90%) tienen peso adecuado.

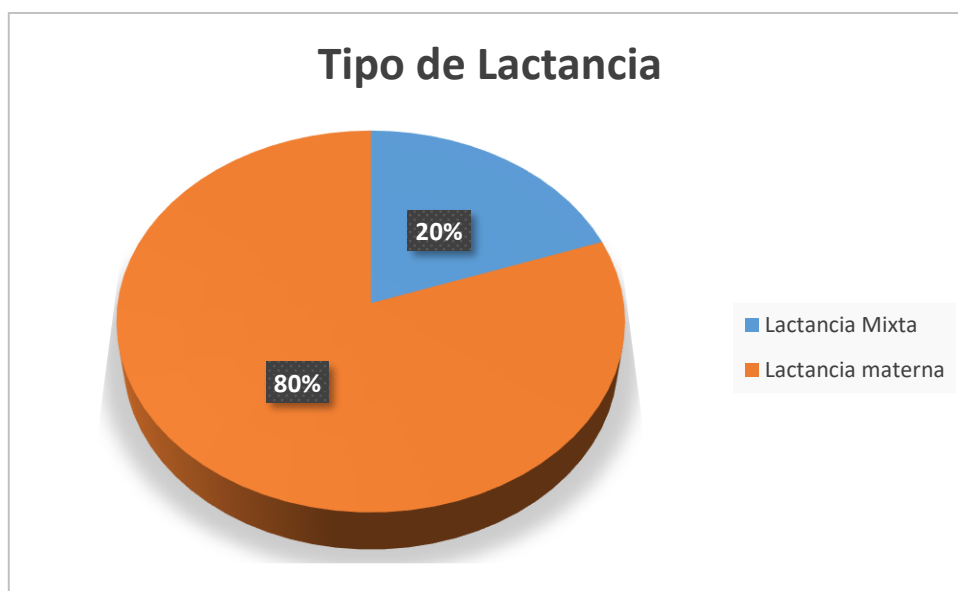
TIPO DE LACTANCIA

TABLA N° 10
Poblacion de estudio según tipo de lactancia

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

Fuente: Base de datos SPSS

GRÁFICO N° 10
Población de estudio según tipo de lactancia



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 13

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico N° 10 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 Hospital de Tarma la mayoría de ellos (80%) presento lactancia materna.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La anemia en el Perú es un problema de Salud Pública prioritario, donde se observa una alta incidencia, con grupos poblacionales expuestos, dentro de ellos los 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 el presente trabajo, va identificar la incidencia de anemia en menores de un año ya que no se cuenta con estudios previos. Esta información puede ayudar actuar oportunamente afrontar e identificar los factores de riesgo y así disminuir las repercusiones que a futuro contraería esta enfermedad.

Nuestros resultados muestran una incidencia de anemia en menores de un año en el Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma en el año 2016 es de 41% y según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) la incidencia de anemia para el 2014 fue del 64%, mientras que para el 2015 se redujo hasta llegar al 53.9%. Podemos concluir que los menores de un año tienen un porcentaje menor de riesgo de padecer anemia en comparación con los menores de 5 años.

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 evaluamos 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 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 último 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 último 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 a los factores de riesgo asociados al cuadro de anemia, describiremos los siguientes: patologías, edad gestacional, tipo de parto, clampaje tardío-apego precoz, peso al nacer y tipo de lactancia.

Las patologías si consideramos que es un factor de riesgo a desarrollar anemia porque mientras el menor esta con algún tipo de tratamiento antibiótico no recibe adecuada nutrición ni menos aportes suplementarios como vitamina "A" ni sulfato ferroso por ello es que tienen más riesgo a desarrollar anemia en comparación con los que no cursan con ninguna patología y su alimentación es la adecuada.

Como lo menciona en su estudio Bocanegra Vargas en su estudio que diversos factores pueden afectar el estado de nutrición de hierro, en el niño, por ejemplo, la mala alimentación de la madre, destete precoz, ablactación incorrecta, infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA).

También Magali Puente Perpiñán, I MsC. Alina de los Reyes Losada, II MsC. Sara Riccis Salas Palacios, III MsC. Inés Torres Montaña IV y MsC. Maribel Vaillant Rodríguez en el 2013 realizaron un estudio sobre: Factores de riesgo relacionados con la anemia carencial en lactantes de 6 meses. Habiendo encontrado que entre los factores desencadenantes del mencionado trastorno figuraron: lactancia artificial, antecedentes familiares de madre con anemia en el embarazo, desnutrición por defecto e infecciones respiratorias a diferencia de nuestra investigación donde sólo es el sexo el factor de riesgo ($p = 0.03 < 0.05$).

Para considerar como factor de riesgo a desarrollar anemia al tipo de parto, peso del recién nacido y clampaje tardío - apego precoz, encontramos este artículo que respalda y apoya que si es considerado factor de riesgo.

"Departamento de Pediatría del Sanatorio Americano, conjuntamente con la Federación Médica del Interior, estudiaron los niveles de hemoglobina en 148 lactantes del interior del país, cuyas edades oscilaron entre 8 y 11 meses. Se trató de niños a término, productos de gestaciones y partos normales, con peso adecuado al nacer y sin patología sostenible al momento del estudio. En el total de la muestra estudiada la prevalencia de anemia fue de 53,13%. Cuando se

distribuyeron los niños, según nivel socioeconómico, se observó que 50% de los niños provenientes de medio socioeconómico adecuado presentaron niveles de hemoglobina baja (inferiores a 11 g/l), cifra que se elevó a 85% en los niños de medio socioeconómico bajo”.

Podríamos concluir que para el desarrollo de anemia de los pacientes, no solo depende del recién nacido sino de los factores externos que actuaron sobre él, por ejemplo como menciona el estudio que el recién nacido aparentemente no tuvo ningún factor de riesgo para que desarrolle anemia, y a pesar de ello éste desarrolla, es decir se concluye que existen factores externos que afectan sobre el recién nacido como es en este caso el factor socioeconómico que eleva las cifras de anemia.

Podríamos también llegar a la conclusión que la que desarrolló anemia fue la madre y muy probablemente tuvo insuficientes controles pre natales y no cumplió con los requerimientos de sulfato ferroso que se da durante el embarazo.

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.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. La incidencia de anemia en menores de un año en el Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma en el periodo 2016 es de 41%
2. Según edad la mayor incidencia fue para los lactantes de 29d - 6 meses (90%),
3. La mayor incidencia de anemia de acuerdo al género fue para el sexo masculino con un 55%.
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 la mayor incidencia encontramos en las infecciones respiratorias con un 51%, en segundo lugar a otras patologías con un 26% y en ultimo lugar a las enfermedades diarreicas con un 23%

6. En comparación con diversos estudios, si son considerados como factores de riesgo a: las patologías, la edad gestacional, al tipo de parto, al clampaje tardío-apego precoz al peso del recién nacido y al tipo de lactancia.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Director del Hospital Felix Mayorca Soto:

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

- 2.- En el Servicio de Ginecoobstetricia 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 Pediatría y 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

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 [cited 4 March 2014]. 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 2014). 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. 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.
5. Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A. H., & Subramanian, S. V. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9809), 2123-35. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5)

6. 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>
7. CENAN, I. (s.f.). Resultados de los indicadores del programa articulo nutricional segun MONIN 2008 – 2010. Lima – Perú: CENAN – INS.
8. Ianicelli J. Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata. Archivos Argentinos de Pediatría. 2012;110(2):120-125.
9. Pita R, Basabe T, Diaz S, Mercader C, Rebozo P, Carrillo S, Dominguez A. Progress in the reduction of anemia in one year old childrens in La Havana from 2005 to 2007. Nutr.clin.diet.hosp.2012;32(1):13-25
10. 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
11. 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 Ferroopenica: Guía de diagnostico 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 1668-3501.
14. Velasquez H, Presa, Jesus. Cuidado materno-infantil [en línea] Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Clases de Residentes 2007. [fecha de acceso 05 de Mayo del 2016] URL disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.cuidadomaterno infantil.pdf
15. 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

16. 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 2014 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: articulo 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.

ANEXOS

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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: INCIDENCIA DE ANEMIA EN MENORES DE 1 AÑO EN UN HOSPITAL DE TARMA AÑO 2016

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 ()
 - Lactante: > 6 meses ()

- 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 02

CONFIABILIDAD

Prueba Piloto (Muestra = 20)

*FIABILIDAD.sav [Conjunto_de_datos1] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

27 : Clampaje

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGESTACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	SUMA	var
1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	19	
2	2	1	4	4	4	1	1	1	2	1	1	20	
3	4	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	21	
4	4	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	19	
5	5	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	23	
6	6	1	4	4	4	1	1	1	2	1	1	21	
7	7	2	4	4	4	1	1	1	2	1	1	21	
8	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	
9	8	1	4	4	4	1	1	1	2	1	1	20	
10	8	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	17	
11	8	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	19	
12	9	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	18	
13	9	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	16	
14	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	18	
15	9	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	18	
16	10	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
17	10	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20	
18	10	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	17	
19	11	1	4	4	4	1	1	1	2	1	1	20	
20	11	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	18	
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													

Vista de datos / Vista de variables /

PASO 1

The screenshot shows the SPSS 'Análisis de fiabilidad' (Reliability Analysis) menu. The menu is open, showing options like 'Análisis de fiabilidad...', 'Despliegamiento multidimensional...', 'Escalamiento multidimensional (PROXSCAL)...', and 'Escalamiento multidimensional (ALSCAL)...'. The background data spreadsheet has columns: MesTamizaje2016, SEXO, EDAD, SEVERIDAD, TipoParto, Clampaje, SUMA, var, and vbr.

MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	TipoParto	Clampaje	SUMA	var	vbr
1	2	2	1					
2	2	1	4					
3	4	2	2					
4	4	2	2					
5	5	2	4					
6	6	1	4					
7	7	2	4					
8	8	2	2					
9	8	1	4					
10	8	1	1					
11	8	2	2					
12	9	1	2					
13	9	1	2					
14	9	1	1					
15	9	2	1					
16	10	1	2					
17	10	2	2					
18	10	1	2					
19	11	1	4					
20	11	1	1					

PASO 2

The screenshot shows the 'Análisis de fiabilidad' dialog box in SPSS. The 'Elementos' list contains: MesTamizaje2016, SUMA, SEXO, EDAD, SEVERIDAD, PATOLOGIAS, TIPO LACTANCIA, EDAD GESTACION, and TANTIPARASITAF. The 'Modelo' is set to 'Alfa'. The background data spreadsheet is the same as in Step 1.

MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	TipoParto	Clampaje	SUMA	var	vbr
10	8	1	1	1	1	1	1	1
11	8	2	2	2	2	1	1	1
12	9	1	2	2	2	1	1	2
13	9	1	2	2	2	1	1	1
14	9	1	1	1	1	1	1	2
15	9	2	1	1	1	1	1	2
16	10	1	2	2	2	2	2	2
17	10	2	2	2	2	2	1	2
18	10	1	2	2	2	1	1	2
19	11	1	4	4	1	1	2	1
20	11	1	1	1	1	2	1	2

RESULTADO

The screenshot shows the SPSS Reliability dialog box on the left and the output window on the right. The dialog box is titled 'Resultados1 [Documento1] - Visor SPSS' and has a menu bar with 'Archivo', 'Edición', 'Ver', 'Datos', 'Transformar', 'Insertar', 'Formato', 'Analizar', 'Gráficos', 'Utilidades', and 'Ventana'. The dialog box contains several sections: 'Correlaciones', 'Análisis de fiabilidad', 'Escala: TODAS LAS VARIABLES', and 'Resumen del procesamiento de los casos'. The 'Análisis de fiabilidad' section is selected, and the 'Escala: TODAS LAS VARIABLES' is chosen. The 'Resumen del procesamiento de los casos' section shows a table with 20 valid cases and 0 excluded cases. The 'Estadísticos de fiabilidad' section shows a Cronbach's Alpha of .758 for 10 elements.

RELIABILITY
/VARIABLES=SEXO EDAD SEVERIDAD PATOLOGIAS TI
TANTIPARASITARIO PesoReciÃnNacido TipoPartc
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos1] H:\TESIS ROMINA\TESIS COM

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

Casos	Válidos	N	%
	Válidos	20	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

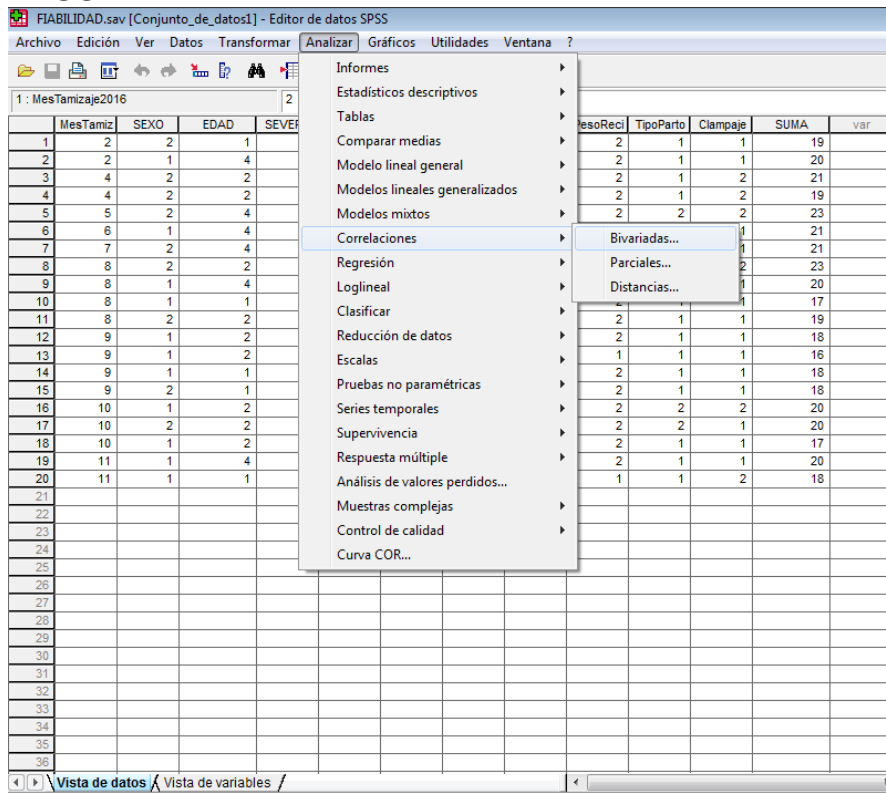
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.758	10

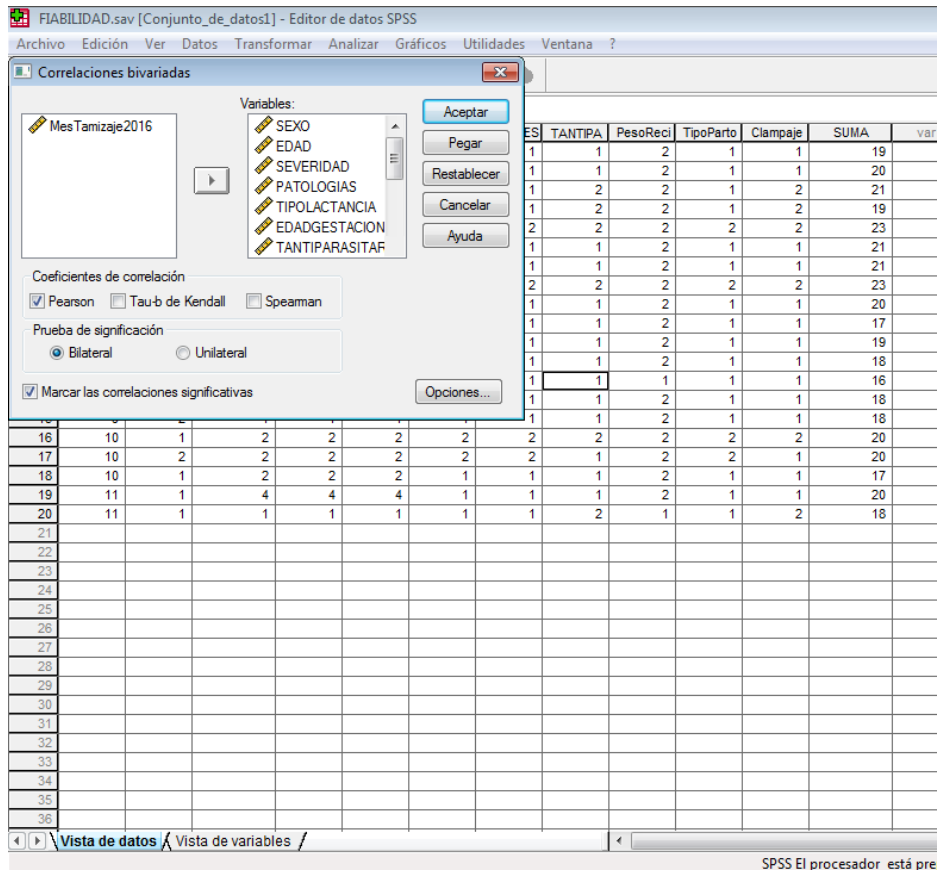
ALFA DE CRONBACH = 0.758

CORRELACIÓN PEARSON

PASO 1



PASO 2



RESULTADO

		SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPO LACTANCIA	EDAD GESTACIONAL	PESO RECIENTE NACIDO	TIPO PARTO	CLAMPAJE	SUMA
SEXO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	-.100	-.100	-.100	.302	.302	.302	.302	.285	.462(*)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EDAD	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.100	1	1.000(**)	1.000(**)	.065	.065	.246	.065	-.104	.575(**)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
SEVERIDAD	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.100	1.000(**)	1	1.000(**)	.065	.065	.246	.065	-.104	.575(**)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
PATOLOGIAS	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.100	1.000(**)	1.000(**)	1	.065	.065	.246	.065	-.104	.575(**)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
TIPOLACTANCIA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.302	.065	.065	.065	1	1.000(**)	.167	1.000(**)	.491(*)	.575(**)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EDADGESTACIONAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.302	.065	.065	.065	1.000(**)	1	.167	1.000(**)	.491(*)	.575(**)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

PESO RECIEN NACIDO	Correlación de Pearson	.302	.246	.246	.246	.167	.167	1	.167	-.145	.438
	Sig. (bilateral)	.196	.296	.296	.296	.482	.482		.482	.541	.054
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
TIOPARTO	Correlación de Pearson	.302	.065	.065	.065	1.000(**)	1.000(**)	.167	1	.491(*)	.575(**)
	Sig. (bilateral)	.196	.785	.785	.785	.000	.000	.482		.028	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
CLAMPAJE	Correlación de Pearson	.285	-.104	-.104	-.104	.491(*)	.491(*)	-.145	.491(*)	1	.454(*)
	Sig. (bilateral)	.223	.662	.662	.662	.028	.028	.541	.028		.044
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
SUMA	Correlación de Pearson	.462(*)	.575(**)	.575(**)	.575(**)	.575(**)	.575(**)	.438	.575(**)	.454(*)	1
	Sig. (bilateral)	.040	.008	.008	.008	.008	.008	.054	.008	.044	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

BASE DE DATOS SPSS

MUESTRA DEL 01 AL 48

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGETACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	VER
1	2	2	4	3	1	2	2	1	2	1	1	
2	2	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
3	4	2	4	2	2	2	2	2	2	1	2	
4	4	2	4	2	2	2	1	1	2	1	2	
5	5	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
6	6	1	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
7	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
8	8	2	5	2	2	2	2	1	3	2	2	
9	8	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
10	8	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
11	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
12	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
13	9	1	4	2	2	1	1	1	2	1	1	
14	9	1	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
15	9	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
16	10	1	5	2	2	2	1	1	2	2	2	
17	10	2	4	2	2	2	2	1	2	2	1	
18	10	1	4	2	2	2	1	1	2	1	1	
19	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
20	11	1	4	2	1	1	2	1	3	1	2	
21	5	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	
22	5	1	4	2	4	1	1	1	2	1	1	
23	12	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
24	8	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
25	12	1	5	2	2	2	2	1	2	1	2	
26	2	1	4	3	2	2	2	1	2	1	1	
27	4	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	
28	4	1	5	2	1	2	2	2	2	1	1	
29	4	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
30	4	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	
31	11	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
32	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
33	11	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
34	9	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
35	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
36	9	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
37	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
38	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
39	9	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	
40	8	2	4	3	2	2	2	2	2	1	1	
41	8	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
42	7	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
43	7	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
44	7	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
45	6	1	5	2	1	2	2	1	2	2	2	
46	5	2	4	2	1	1	2	1	2	2	2	
47	8	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
48	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables /

MUESTRA DEL 49 AL 96

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLECTANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	var
49	3	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
50	6	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
51	12	2	4	2	2	2	1	1	3	1	1	
52	2	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
53	2	1	4	2	2	1	1	2	3	1	1	
54	2	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
55	2	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
56	2	1	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
57	3	1	5	2	2	2	2	1	2	2	2	
58	5	1	4	2	1	2	1	1	2	1	2	
59	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
60	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
61	4	2	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
62	12	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	
63	6	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
64	6	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
65	5	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
66	5	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
67	6	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
68	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
69	5	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
70	7	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
71	1	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
72	1	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
73	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
74	2	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
75	2	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
76	9	1	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
77	10	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
78	10	1	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
79	10	2	4	2	4	2	2	1	1	2	2	
80	11	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
81	5	2	4	3	2	1	2	1	2	1	1	
82	10	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
83	2	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
84	3	2	5	2	1	2	2	1	2	1	1	
85	10	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
86	2	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
87	3	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
88	5	2	4	2	1	2	2	1	1	2	2	
89	5	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
90	10	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
91	7	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
92	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
93	7	1	2	2	4	2	2	1	2	1	1	
94	7	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
95	7	2	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
96	8	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 97 AL 144

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	va
97	8	2	5	2	4	1	2	1	2	1	1	
98	8	2	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
99	9	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
100	10	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
101	10	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
102	9	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
103	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
104	11	1	5	2	1	2	2	2	2	1	1	
105	12	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
106	1	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
107	2	1	5	2	2	2	2	1	2	2	2	
108	3	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
109	3	1	4	3	2	2	2	1	2	1	1	
110	3	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
111	4	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
112	4	1	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
113	4	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
114	6	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
115	6	2	4	2	1	1	2	1	2	1	2	
116	8	2	4	2	4	1	2	1	2	1	2	
117	7	2	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
118	8	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
119	8	2	2	4	4	1	2	1	4	2	2	
120	9	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2	
121	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
122	7	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
123	9	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
124	12	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
125	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
126	10	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
127	10	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
128	10	2	4	3	1	2	2	2	2	2	2	
129	10	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
130	8	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
131	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
132	5	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
133	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
134	11	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
135	12	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
136	4	2	4	2	1	1	2	1	1	2	2	
137	12	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
138	4	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
139	6	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
140	12	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
141	5	1	4	2	2	2	2	1	3	1	2	
142	12	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
143	12	1	4	2	2	2	1	1	3	2	2	
144	12	1	4	2	2	1	2	1	1	2	2	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 145 AL 192

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	var
145	11	1	4	2	2	2	2	2	3	1	1	
146	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
147	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
148	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
149	8	2	4	2	2	1	2	1	2	1	2	
150	3	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
151	11	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
152	3	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	
153	3	1	4	2	2	1	2	2	2	1	1	
154	3	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
155	3	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
156	4	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
157	6	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
158	7	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
159	7	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
160	8	1	4	3	4	2	2	1	2	1	1	
161	9	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	
162	9	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	
163	9	1	4	2	4	1	2	2	2	2	2	
164	9	1	4	2	4	2	2	1	3	2	2	
165	10	2	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
166	10	2	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
167	10	2	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
168	2	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
169	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
170	9	2	4	3	1	2	2	1	2	1	2	
171	11	1	4	3	2	2	2	1	2	2	2	
172	2	2	4	2	4	1	2	1	2	1	2	
173	2	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
174	3	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
175	3	1	4	2	4	2	2	2	2	2	2	
176	4	1	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
177	6	1	5	2	4	2	2	1	2	2	2	
178	7	2	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
179	7	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
180	7	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
181	8	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	
182	9	1	4	2	4	2	2	1	3	1	1	
183	9	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
184	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
185	9	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
186	10	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
187	11	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
188	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
189	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
190	12	2	4	2	4	2	2	1	1	2	2	
191	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
192	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 193 AL 240

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	v
193	1	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
194	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
195	3	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
196	3	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
197	11	2	4	3	2	1	2	1	2	1	1	
198	4	1	4	2	1	1	2	1	1	2	2	
199	10	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
200	10	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
201	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
202	2	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
203	6	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
204	5	1	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
205	5	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	
206	6	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
207	8	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
208	9	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
209	9	2	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
210	9	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
211	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
212	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	2	
213	9	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
214	9	1	4	2	2	2	2	1	3	1	1	
215	5	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
216	6	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
217	11	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
218	12	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
219	12	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	
220	2	2	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
221	2	2	5	2	2	2	2	1	2	2	2	
222	3	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
223	3	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
224	10	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
225	10	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
226	5	2	4	2	4	2	2	2	2	1	2	
227	5	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
228	5	2	4	3	2	1	2	1	2	1	1	
229	7	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
230	8	2	4	2	4	1	2	1	2	2	2	
231	8	2	4	2	4	2	2	2	2	1	2	
232	8	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
233	9	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
234	1	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
235	9	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
236	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
237	11	2	4	2	4	2	2	1	2	1	2	
238	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
239	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
240	11	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 241 AL 288

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

1 : MesTamizaje2016 2

	MesTamizaje2016	SEXO	EDAD	SEVERIDAD	PATOLOGIAS	TIPOLACTANCIA	EDADGESTACIONAL	TANTIPARASITARIO	PesoReciénNacido	TipoParto	Clampaje	var
241	5	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
242	4	1	4	2	4	2	2	2	2	1	2	
243	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
244	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
245	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
246	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
247	1	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
248	6	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
249	6	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
250	7	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
251	7	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
252	6	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
253	2	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	
254	9	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
255	9	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
256	9	2	4	3	1	2	2	2	2	1	1	
257	9	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
258	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
259	11	1	4	2	2	2	2	2	3	2	2	
260	2	2	4	3	1	2	2	1	2	1	1	
261	2	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
262	4	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
263	4	2	4	2	2	2	1	1	2	1	2	
264	5	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
265	6	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
266	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
267	8	2	5	2	2	2	2	2	3	2	2	
268	8	1	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
269	8	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
270	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
271	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
272	9	1	4	2	2	1	1	1	2	1	1	
273	9	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
274	9	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
275	10	1	5	2	2	2	1	2	2	2	2	
276	10	2	4	2	2	2	2	1	2	2	1	
277	10	1	4	2	2	2	1	2	2	1	1	
278	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
279	11	1	4	2	1	1	2	1	3	1	2	
280	5	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	
281	5	1	4	2	4	1	1	2	2	1	1	
282	12	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
283	8	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
284	12	1	5	2	2	2	2	1	2	1	2	
285	2	1	4	3	2	2	2	1	2	1	1	
286	4	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	
287	4	1	5	2	1	2	2	1	2	1	1	
288	4	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 289 AL 336

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

322 :

	MesTamiza e2016	SEXO	EDAD	SEVERIDA D	PATOLOGI AS	TIPOLACT ANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPAR ASITARIO	PesoReciA nNacido	TipoParto	Clampaje	var
289	4	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	
290	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
291	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
292	11	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
293	9	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
294	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
295	9	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
296	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
297	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
298	9	2	4	2	2	1	2	1	2	1	2	
299	8	2	4	3	2	2	2	1	2	1	1	
300	8	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
301	7	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
302	7	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
303	7	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
304	6	1	5	2	1	2	2	1	2	2	2	
305	5	2	4	2	1	1	2	1	2	2	2	
306	8	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
307	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
308	3	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
309	6	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
310	12	2	4	2	2	2	1	1	3	1	1	
311	2	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
312	2	1	4	2	2	1	1	1	3	1	1	
313	2	1	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
314	2	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
315	2	1	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
316	3	1	5	2	2	2	2	1	2	2	2	
317	5	1	4	2	1	2	1	1	2	1	2	
318	5	1	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
319	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
320	4	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
321	12	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	
322	6	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
323	6	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
324	5	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
325	5	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
326	6	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
327	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
328	5	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
329	7	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
330	1	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2	
331	1	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
332	11	1	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
333	2	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
334	2	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
335	9	1	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
336	10	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 337 AL 384

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

322 :

	MesTamza e2016	SEXO	EDAD	SEVERIDA D	PATOLOGI AS	TIPOACT ANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPAR ASITARIO	PesoReciA OnNacido	TipoParto	Clampaje	var
337	10	1	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
338	10	2	4	2	4	2	2	1	1	2	2	
339	11	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
340	5	2	4	3	2	1	2	2	2	1	1	
341	10	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
342	2	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
343	3	2	5	2	1	2	2	1	2	1	1	
344	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
345	2	1	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
346	3	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
347	5	2	4	2	1	2	2	1	1	2	2	
348	5	2	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
349	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
350	7	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
351	7	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
352	7	1	2	2	4	2	2	1	2	1	1	
353	7	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
354	7	2	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
355	8	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
356	8	2	5	2	4	1	2	2	2	1	1	
357	8	2	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
358	9	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
359	10	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
360	10	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
361	9	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
362	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
363	11	1	5	2	1	2	2	1	2	1	1	
364	12	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
365	1	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
366	2	1	5	2	2	2	2	1	2	2	2	
367	3	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
368	3	1	4	3	2	2	2	1	2	1	1	
369	3	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
370	4	1	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
371	4	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
372	4	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
373	6	1	4	2	2	1	2	2	2	1	1	
374	6	2	4	2	1	1	2	1	2	1	2	
375	8	2	4	2	4	1	2	1	2	1	2	
376	7	2	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
377	8	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
378	8	2	2	4	4	1	2	1	4	2	2	
379	9	1	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
380	4	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
381	7	1	4	2	4	2	2	2	2	1	1	
382	9	1	4	2	4	2	2	2	2	2	2	
383	12	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
384	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 385 AL 432

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

322 :

	MesTamiza e2016	SEXO	EDAD	SEVERIDA D	PATOLOGI AS	TIPOLACT ANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPAR ASITARIO	PesoReciA nNacido	TipoParto	Clampaje	var
385	10	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
386	10	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
387	10	2	4	3	1	2	2	1	2	2	2	
388	10	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
389	8	1	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
390	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
391	5	1	4	2	2	1	2	2	2	1	1	
392	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
393	11	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
394	12	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
395	4	2	4	2	1	1	2	2	1	2	2	
396	12	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
397	4	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
398	6	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
399	12	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
400	5	1	4	2	2	2	2	1	3	1	2	
401	12	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
402	12	1	4	2	2	2	1	1	3	2	2	
403	12	1	4	2	2	1	2	2	1	2	2	
404	11	1	4	2	2	2	2	1	3	1	1	
405	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
406	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
407	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
408	8	2	4	2	2	1	2	1	2	1	2	
409	3	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
410	11	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
411	3	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	
412	3	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
413	3	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
414	3	2	5	2	2	2	2	1	2	1	1	
415	4	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
416	6	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
417	7	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
418	7	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
419	8	1	4	3	4	2	2	1	2	1	1	
420	9	1	4	3	2	2	2	1	2	2	2	
421	9	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	
422	9	1	4	2	4	1	2	1	2	2	2	
423	9	1	4	2	4	2	2	1	3	2	2	
424	10	2	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
425	10	2	4	2	2	1	2	1	2	1	1	
426	10	2	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
427	2	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
428	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
429	9	2	4	3	1	2	2	1	2	1	2	
430	11	1	4	3	2	2	2	1	2	2	2	
431	2	2	4	2	4	1	2	1	2	1	2	
432	2	1	4	2	2	1	2	2	2	1	1	

Vista de datos / Vista de variables

MUESTRA DEL 433 AL 475

MUESTRA 1.sav [Conjunto_de_datos2] - Editor de datos SPSS

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventana ?

322 :

	MesTamiza e2016	SEXO	EDAD	SEVERIDA D	PATOLOGI AS	TIPOLACT ANCIA	EDADGES TACIONAL	TANTIPAR ASITARIO	PesoReciA EnNacido	TipoParto	Clampaje	V
433	3	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
434	3	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
435	4	1	4	2	1	2	2	1	2	1	2	
436	6	1	5	2	4	2	2	2	2	2	2	
437	7	2	4	2	2	1	2	2	2	1	1	
438	7	1	4	2	1	1	2	1	2	1	1	
439	7	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
440	8	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	
441	9	1	4	2	4	2	2	1	3	1	1	
442	9	2	4	2	4	2	2	1	2	2	2	
443	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
444	9	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	
445	10	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
446	11	1	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
447	11	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
448	11	1	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
449	12	2	4	2	4	2	2	1	1	2	2	
450	10	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
451	1	2	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
452	1	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
453	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
454	3	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	
455	3	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
456	11	2	4	3	2	1	2	1	2	1	1	
457	4	1	4	2	1	1	2	1	1	2	2	
458	10	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
459	10	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
460	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
461	2	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
462	6	1	4	2	4	1	2	2	2	1	1	
463	5	1	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
464	5	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	
465	6	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
466	8	1	4	2	2	2	2	1	1	2	2	
467	9	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	
468	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	1	
469	9	2	4	2	2	2	2	1	2	1	2	
470	9	1	4	2	2	2	2	2	2	1	1	
471	9	2	4	2	4	2	2	1	2	1	2	
472	9	2	4	2	1	2	2	1	2	1	1	
473	9	1	4	2	2	2	2	1	3	1	1	
474	5	1	4	2	4	1	2	1	2	1	1	
475	6	1	4	2	2	2	2	1	2	1	1	
476												
477												
478												
479												
480												

Vista de datos / Vista de variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDICION	ESCALA DE MEDICION	ESTADIOGR AFO	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: 7.0-99mg/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 <1mes 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	Eutocico Distocico	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