

2020

Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú

Jose L. Villalva Luna

Hospital Hipólito Unanue de Tacna - MINSA, Tacna-Perú, Joselo.villa.luna@gmail.com

Jhonattan J. Villena Prado

Follow this and additional works at: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh>



Part of the [Health Information Technology Commons](#), and the [Public Health Commons](#)

Recommended Citation

Villalva Luna, Jose L. and Villena Prado, Jhonattan J. (2020) "Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú," *Revista de la Facultad de Medicina Humana*: Vol. 20: Iss. 4, Article 9.

Available at: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol20/iss4/9>

This Article is brought to you for free and open access by INICIB-URP. It has been accepted for inclusion in Revista de la Facultad de Medicina Humana by an authorized editor of INICIB-URP.



RELACIÓN ENTRE GESTANTES CON ANEMIA EN EDAD MATERNA DE RIESGO Y BAJO PESO AL NACER EN UN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERÚ

RELATIONSHIP BETWEEN GESTANTS WITH ANEMIA IN A MATERNAL AGE OF RISK AND LOW WEIGHT AT BIRTH IN A SOCIAL SECURITY HOSPITAL OF PERU

Jose L. Villalva-Luna^{1,a}, Jhonattan J. Villena-Prado^{2,a}

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre anemia en gestantes con edad materna de riesgo y bajo peso al nacer. **Métodos:** Se realizó un estudio de tipo no experimental, retrospectivo, transversal, analítico, de casos y controles. En el periodo de octubre a diciembre del 2019, se registraron un total de 312 gestantes con edad materna de riesgo (gestantes adolescentes y añosas), de los cuales 72 eran anémicas (Hb < 11 g/dl), siendo este el número de casos, y con el fin de mejorar la potencia estadística se estableció la relación entre casos y controles de 1:2, siendo el número de controles o gestantes no anémicas con edad materna de riesgo 142. Se analizaron características generales por grupo de gestantes anémicas y no anémicas, y su asociación con edad materna de riesgo. Se determinó mediante prueba de Chi-cuadrado y Odds ratio la asociación de anemia en gestantes adolescentes y añosas por separado con bajo peso al nacer. **Resultados:** Entre las variables estudiadas las gestantes anémicas presentaron mayor frecuencia de nuliparidad y parto vaginal, y en menor frecuencia antecedente de aborto y control prenatal adecuado. Las gestantes adolescentes que cursaron con anemia no se asociaron a mayor riesgo de bajo peso al nacer ($p=0.056$). Las gestantes añosas que cursaron con anemia se asociaron a 6 veces mayor riesgo de bajo peso al nacer (IC:95%: 2,219 a 18,026; $p=0,000$). **Conclusión:** Las gestantes añosas tienen mayor riesgo de presentar productos con bajo peso al nacer.

Palabras clave: Anemia en gestante adolescente; Anemia en gestante añosa; Bajo peso al nacer (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the association between anemia in pregnant women with risk maternal age and low birth weight in the Obstetrics-Gynecology service of the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital, in the period from October to December of the year 2018. **Methods:** A study of non-experimental, retrospective, cross-sectional, analytical, case-control type. In the period from October to December 2018, a total of 312 pregnant women with maternal age at risk (teenage and elderly pregnant women) were registered, of which 72 were anemic (Hb <11 g / dl), being the number of cases, and in order to improve statistical power, the relationship between cases and controls of 1: 2 was established, with the number of controls or non-anemic pregnant women with risk maternal age 142. The general characteristics are analyzed by group of anemic pregnant women and non-anemic, and its association with risk maternal age. The association of anemia in separately pregnant adolescents and elderly women with low birth weight is determined by Chi-square test and Odds ratio. **Results:** Among the variables studied anemic pregnant women, the highest frequency of nulliparity and vaginal delivery, and the lowest frequency of a history of abortion and adequate prenatal control. Teenage pregnant women with anemia were not associated with an increased risk of low birth weight ($p = 0.056$). Pregnant women who were anemic were associated with a 6-fold increased risk of low birth weight (95% CI: 2,219 to 18,026; $p = 0.000$). **Conclusion:** Elderly pregnant women have a higher risk of presenting products with low birth weight.

Key words: Anemia in adolescent pregnant women; Anemia in elderly pregnant women; Low birth weight (source: MeSH NLM).

¹ Hospital Hipólito Unanue de Tacna - MINSU, Tacna-Perú.

² Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral- EsSalud, Lima-Perú.

^a Médico Cirujano.

Citar como: Jose L. Villalva-Luna, Jhonattan J. Villena-Prado. Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. Rev. Fac. Med. Hum. Octubre 2020; 20(4):581-588. DOI 10.25176/RFMH.v20i4.3192

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido anemia en el embarazo como Hemoglobina sérica < 11 g/dl, con sus respectivas variaciones de acuerdo a altitud y espacio geográfico⁽¹⁾.

La causa más frecuente de anemia en la gestación es la deficiencia de hierro. La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos se encuentra disminuido y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno en sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Los cambios fisiológicos en la gestación asociada a la ingesta inadecuada de alimentos ricos en hierro, pueden empeorar el resultado final de Hemoglobina materna, conllevando a alteraciones del crecimiento fetal, tales como bajo peso al nacer y parto pre término⁽²⁻⁶⁾.

Bajo peso al nacer, ha sido definido por la OMS como un peso por debajo de 2500 gramos, cuyo peso es de importancia por estar asociado a mayor morbilidad perinatal, déficit del desarrollo cognitivo y enfermedades crónicas a futuro⁽⁷⁾.

En cuanto a la edad materna de riesgo, considérese como el grupo conformado por gestantes jóvenes, según la FIGO ≥ 35 años de edad⁽²⁾, y gestantes adolescentes, edades de importancia por estar asociadas a patologías perinatales como restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y bajo peso al nacer^(8,9).

Para permitir el progreso económico y social de nuestro país, el Gobierno Peruano tiene el objetivo de mejorar el estado de salud y desarrollo, priorizando poblaciones vulnerables como mujeres gestantes e infantes menor a 3 años⁽¹⁰⁾.

Por lo anterior, el presente trabajo pretende determinar la asociación que existe entre anemia en gestantes con edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo no experimental, retrospectivo, transversal, analítico, de casos y controles, desarrollado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La recolección de la información se realizó en base al historial de laboratorio del Sistema de Gestión Hospitalario y al libro de registro de partos del Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo en el periodo de octubre a diciembre del año 2019. Los datos recolectados fueron: Edad

materna de riesgo (edad materna < 19 años y > 35 años), edad gestacional por semanas, nivel de hemoglobina materno, antecedente de aborto, control prenatal adecuado, nuliparidad, estado civil, vía de parto y peso al nacer del producto.

Se registraron un total de 312 gestantes con edad materna de riesgos (adolescentes y jóvenes), de los cuales revisando el historial de laboratorio se obtuvo un total de 72 gestantes anémicas.

En base a lo descrito anteriormente, no se realizó cálculo del tamaño muestral por ser nuestra población pequeña para el tiempo que plantea este estudio. Entonces, el número de casos o gestantes anémicas es 72, y con el fin de mejorar la potencia estadística se usó una relación casos y controles de 1:2, siendo necesario 144 controles, pero se escatimó el uso de 142 controles que serían las gestantes no anémicas.

Se toman los siguientes criterios de inclusión y exclusión según grupos de casos y controles.

Grupo de casos:

Criterios de inclusión: Gestantes anémicas con edad materna de riesgo que hayan culminado su gestación en el periodo de octubre a diciembre del año 2019 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con gestación múltiple y/o uso de técnicas de reproducción asistida.
2. Pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas: diabetes mellitus pre-gestacional, hipertensión arterial crónica, obesidad mórbida (IMC >40), enfermedad renal crónica, infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida, cardiopatía o neumopatía.
3. Pacientes con historial incompleto.

Grupo de controles:

Criterios de inclusión: Gestantes no anémicas con edad materna de riesgo que hayan culminado su gestación en el periodo de octubre a diciembre del año 2019 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con gestación múltiple y/o uso de técnicas de reproducción asistida.
2. Pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas: diabetes mellitus pre-gestacional, hipertensión arterial crónica, obesidad mórbida



(IMC>40), enfermedad renal crónica, infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida, cardiopatía o neumopatía.

3. Pacientes con historial incompleto.

Análisis estadístico

La información obtenida se registró en tablas de Excel y se trasladaron a una base de datos del programa SPSS versión 25.0; en donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, procediéndose al análisis estadístico, comparándose los resultados de las "gestantes anémicas" y las "gestantes no anémicas", determinándose el Odds Ratio (OR) para las variables planteadas en nuestro estudio, así como los límites del intervalo de confianza del 95% (IC) y su significancia estadística (p-valor). Para este análisis se ha considerado tomar la principal variable materna como el estado de anemia y como variable neonatal

el bajo peso al nacer, más aún esta variable por ser causa importante de morbimortalidad perinatal.

Se obtuvieron los permisos respectivos institucionales para obtener la información de archivos y se respetó en todo momento la identidad de las personas.

RESULTADOS

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el periodo de octubre a diciembre del año 2019, se realizaron aproximadamente 312 atenciones de parto por gestantes con edad materna de riesgo, de los cuales 72 atenciones correspondieron a gestantes anémicas.

Para fines del estudio, se tomó como grupo de casos todas las gestantes anémicas, posterior a ello se dispuso a aplicar los criterios de selección obteniéndose una muestra final de 72 casos y 142 controles.

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 1. Características generales de la muestra por grupos de gestantes anémicas y no anémicas.

| Distribución de la muestra (N=214) | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------|---|-------|---------|
| Características generales | Gestante anémica (N ₁ =72) | | Gestante no anémica (N ₂ =142) | | p-valor |
| Edad gestacional (promedio en semanas) | 38,46 ± 1,1 | | 37,75 ± 2,5 | | 0,025* |
| Nivel de hemoglobina (promedio de hemoglobina sérica en g/dl) | 10,4 ± 0,7 | | 12,5 ± 0,9 | | 0,000* |
| Antecedente de aborto | 26 | 36,1% | 112 | 40,8% | 0,456 |
| CPN adecuado (≥6) | 40 | 55,6% | 96 | 67,6% | 0,084 |
| Nuliparidad | 28 | 38,9% | 25 | 26,1% | 0,054 |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 1, se observa las características generales de la distribución de grupos (categorizados como gestantes anémicas y no anémicas). El grupo de casos con 72 gestantes corresponde al 33,64% de la muestra total, mientras que el grupo de controles cuenta con 142 gestantes (66,36%). Con respecto a la edad gestacional, la media de la edad gestacional de las gestantes anémicas (38,46 ± 1,1 semanas) es mayor que la edad media de las gestantes no

anémicas (37,75 ± 2,5 semanas), siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa (p=0,025). En cuanto al nivel de hemoglobina sérica, la media en el grupo de gestantes anémicas fue 10,4 ± 0,7 g/dl, mientras que en el grupo de gestantes no anémicas fue 12,5 ± 0,9 g/dl, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,000). No hubo diferencia significativa en cuanto al antecedente de aborto, controles prenatales adecuados y nuliparidad.

Tabla 2. Características generales de la muestra por grupos de gestantes anémicas y no anémicas.

| | | | Anémia | | |
|--------------|-------------|----------|---------|------------|--------|
| | | | Anémica | No anémica | Total |
| Estado civil | Soltera | Recuento | 23 | 33 | 56 |
| | | % | 31,9% | 23,2% | 26,2% |
| | Conviviente | Recuento | 32 | 55 | 87 |
| | | % | 44,4% | 38,7% | 40,7% |
| | Casada | Recuento | 17 | 52 | 69 |
| | | % | 23,6% | 36,6% | 32,2% |
| | Separada | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % | 0,0% | 0,7% | 0,5% |
| | Viuda | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % | 0,0% | 0,7% | 0,5% |
| Total | | Recuento | 72 | 142 | 214 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | p-valor | | | 0,259 |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 2, se observa que, en el grupo de gestantes anémicas y no anémicas, predominó el estado civil de conviviente (44,4% y 38,7%, respectivamente); en el estado civil de soltera y conviviente predominaron las gestantes anémicas

(31,9% y 4,4%, respectivamente), mientras que, en el estado civil de casada predominó en las gestantes no anémicas. (36,6%). Sin embargo, no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0,259$).

Tabla 3. Características generales de la muestra por grupos de gestantes anémicas y no anémicas.

| | | | Anémia | | |
|--------------|-------------------|----------|---------|------------|--------|
| | | | Anémica | No anémica | Total |
| Vía de parto | Parto por cesárea | Recuento | 49 | 99 | 148 |
| | | % | 68,1% | 69,7% | 69,2% |
| | Parto vaginal | Recuento | 23 | 43 | 66 |
| | | % | 31,9% | 30,3% | 30,8% |
| | | Recuento | 72 | 142 | 214 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | p-valor | | | 0,803 |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.



En la Tabla 3, se observa que en el grupo de gestantes no anémicas ligera predominancia por el parto por cesárea a comparación de las gestantes anémicas (69,7% vs. 68,1%), mientras que las gestantes anémicas se observa ligera predominancia por

el parto vaginal a diferencia de las gestantes no anémicas (31,9% vs. 30,3%). Sin embargo, no se evidencio diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0,803$).

Tabla 4. Relación entre anemia y bajo peso al nacer en gestantes con edad materna de riesgo.

| | | Bajo peso al nacer | | OR | IC (95%) | p-valor | | |
|--------|-----------------------|--------------------|---------|--------|----------|---------|--------|-------|
| | | Presente | Ausente | | | | | |
| Anemia | Gestantes anémicas | Recuento | 16 | 56 | 6,476 | 2,410 | 17,403 | 0,000 |
| | | % | 72,7% | 29,2% | | | | |
| | Anemia leve | Recuento | 16 | 43 | 9,240 | 3,407 | 25,061 | 0,000 |
| | | % | 27,6% | 22,4% | | | | |
| | Anemia moderada | Recuento | 0 | 13 | - | - | - | 0,208 |
| | | % | 0,0% | 6,8% | | | | |
| | Anemia severa | Recuento | 0 | 0 | - | - | - | - |
| | | % | 0,0% | 0,0% | | | | |
| | Gestantes no anémicas | Recuento | 6 | 136 | | | | |
| | | % | 27,3% | 70,8% | | | | |
| Total | | Recuento | 22 | 192 | | | | |
| | | % | 100,0% | 100,0% | | | | |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.

En la tabla 4, se muestra la distribución de gestantes anémicas y no anémicas con edad materna de riesgo según el diagnóstico de bajo peso al nacer, el cual estuvo presente en el 72,5% de los casos de anemia. Mediante el análisis estadístico por medio de la prueba de chi-cuadrado se encontró que, las gestantes anémicas se asocian a 6,476 veces mayor riesgo de que sus productos tengan bajo peso al nacer (IC95%: 2,410 a 17,403), en comparación al

grupo control ($p=0,000$).

En el análisis según el grado de anemia, se observó que las gestantes con anemia leve se asocian a 9,240 veces mayor riesgo de que sus productos tengan bajo peso al nacer (IC95%: 3,407 a 25,061), con respecto al grupo control ($p=0,000$). Por su contraparte, el grado de anemia moderado y severo no evidencio asociación con bajo peso al nacer.

Tabla 5. Relación entre anemia y bajo peso al nacer en gestantes adolescentes.

| | | Bajo peso al nacer | | OR | IC (95%) | p-valor | | |
|--------|-----------------------|--------------------|---------|--------|----------|---------|---|-------|
| | | Presente | Ausente | | | | | |
| Anemia | Gestantes anémicas | Recuento | 4 | 19 | - | - | - | 0,056 |
| | | % | 100,0% | 50,0% | | | | |
| | Gestantes no anémicas | Recuento | 0 | 19 | | | | |
| | | % | 0,0% | 50,0% | | | | |
| Total | | Recuento | 4 | 38 | | | | |
| | | % | 100,0% | 100,0% | | | | |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.

ARTÍCULO ORIGINAL

En la Tabla 5, se muestra la distribución de gestantes adolescentes anémicas y no anémicas según el diagnóstico de bajo peso al nacer, el cual estuvo en el 100% de los casos de anemia. Mediante el análisis estadístico por medio de la prueba de chi-cuadrado,

no se encontró asociación de que las gestantes adolescentes anémicas tengan el riesgo de presentar productos con bajo peso al nacer en comparación al grupo control ($p=0,056$).

Tabla 6. Relación entre anemia y bajo peso al nacer en gestantes añosas.

| | | | Bajo peso al nacer | | OR | IC (95%) | p-valor | |
|--------|-----------------------|----------|--------------------|---------|-------|----------|---------|-------|
| | | | Presente | Ausente | | | | |
| Anemia | Gestantes anémicas | Recuento | 12 | 37 | 6,324 | 2,219 | 18,026 | 0,000 |
| | | % | 66,7% | 24,0% | | | | |
| | Gestantes no anémicas | Recuento | 6 | 117 | | | | |
| | | % | 33,3% | 76,0% | | | | |
| Total | Recuento | | 18 | 154 | | | | |
| | % | | 100,0% | 100,0% | | | | |

Fuentes: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 4, se muestra la distribución de gestantes añosas anémicas y no anémicas según el diagnóstico de bajo peso al nacer, el cual estuvo presente en el 66,7% de los casos de anemia. Mediante el análisis estadístico por medio de la prueba de chi-cuadrado se encontró que, las gestantes añosas anémicas se asocian a 6,324 veces mayor riesgo de que sus productos tengan bajo peso al nacer (IC95%: 2,219 a 18,026), en comparación al grupo control ($p=0,000$).

DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen de Lima, por ser un Hospital de alta complejidad referencia a nivel nacional, con un servicio exclusivo para gestantes de alto riesgo, el cual puede dar algunas luces en relación a problemática de nuestro país, puesto que las gestantes proceden de diversas regiones del Perú.

En la Tabla 1 – A, B, C. Se observaron las características generales de la distribución de grupos (categorizados como gestantes anémicas y no anémicas).

En cuanto a la edad gestacional de culminación del embarazo, se observó que la media de la edad gestacional de las gestantes anémicas ($38,46 \pm 1,1$ semanas) es mayor que la media de las gestantes no anémicas ($37,75 \pm 2,5$ semanas), siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p=0,025$).

Resultados que difieren del estudio de Urdaneta y col⁽¹¹⁾, donde la media de las gestantes anémicas y

no anémicas fueron semejantes (38,4 semanas), por lo que no se halló diferencia estadísticamente significativa ($p=1,000$). Nuestros resultados demuestran que las gestantes anémicas tienen mayor edad gestacional de culminación del embarazo que las gestantes no anémicas, dato que no contrasta con lo hallado por Villegas⁽¹²⁾, donde si existe asociación entre anemia en gestantes del tercer trimestre y el parto pre término con una razón de probabilidades (OR) de 2,03 (IC95%: 1,30 a 3,17; $p=0,002$). Probablemente nuestros resultados estén influenciados por la menor frecuencia de partos pre término en nuestro estudio.

En cuanto al nivel de hemoglobina sérica, la media en el grupo de gestantes anémicas fue $10,4 \pm 0,7$ g/dl mientras que en el grupo de gestantes no anémicas fue $12,5 \pm 0,9$ g/dl, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). Según Urdaneta y col⁽¹¹⁾, los valores de hemoglobina en gestantes anémicas fue $8,4 \pm 1$ g/dl y en las gestantes sin anemia fue $11,6 \pm 0,6$ g/dl ($p=0,000$). Datos del nivel de hemoglobina promedio menores de lo observado en nuestro estudio, esto nos da a entender que las gestantes incluidas en nuestro estudio probablemente tengan mejor control de sus niveles de hemoglobina sérico que otras poblaciones, ya que las gestantes que acuden al HNGAI, generalmente provienen de familias económicamente estables, por lo que se puede pensar, que reciben dietas y suplementos adecuados, haciendo que la hemoglobina durante el embarazo,



raramente alcance una magnitud considerable para generar sintomatología⁽¹³⁾.

No hubo diferencias significativas en cuanto a la vía del parto, antecedente de aborto, nuliparidad, estado civil y controles prenatales adecuados. Con respecto a este último punto, en el estudio de Soto⁽¹⁴⁾, observó que las gestantes con controles prenatales inadecuados prevalecen el grupo de gestantes anémicas (64,9% vs. 2,6%), mientras que en grupo de las gestantes con controles prenatales adecuados prevalece el grupo de las gestantes no anémicas (18,4% vs. 14%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$), estos hallazgos difieren con lo encontrado en nuestro estudio, si bien es cierto, las gestantes con controles prenatales adecuados predominaron en el grupo de gestantes no anémicas, a diferencia del grupo de anémicas, sin embargo, esta diferencia fue estadísticamente no significativa ($p=0,084$).

En la Tabla 2, se encontró que, las gestantes anémicas se asocian a 6,476 veces mayor riesgo de que sus productos tengan bajo peso al nacer (IC95%: 2,410 a 17,403), en comparación al grupo control ($p=0,000$). Una investigación realizada en Cuba, encontró que las madres que presentan anemia durante su embarazo, tienen 3,6 veces más riesgo de presentar hijos con bajo peso al nacer que las mujeres que no la presentaron, además afirman que la anemia materna favorece la presencia simultánea de anemia en el recién nacido, valores que no superan al resultado encontrando en nuestro estudio⁽¹³⁾.

Urdaneta y col⁽¹¹⁾, determinaron que el peso del recién nacido en las madres anémicas estaba disminuido en 12,39% (420 gramos aprox.) al compararse con los pesos de los neonatos de madres sin anemia, además demostró una relación directamente proporcional y significativa entre el peso al nacer y los valores de hemoglobina, sin embargo, las gestantes anémicas presentaron mayor peso al nacer, sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Lo mismo sucede, con el estudio de Tapia⁽¹⁵⁾, que concluye que la anemia materna durante la gestación no fue un condicionante para la presencia de bajo peso al nacer en las pacientes estudiadas, al parecer, resultados que difieren de nuestro estudio. Por los hallazgos encontrados en nuestro estudio, se debe tener en cuenta que la hemoglobina del tercer trimestre es un factor importante en la determinación de peso al nacer porque este trimestre se produce el rápido crecimiento del feto y las tasas de almacenamiento de hierro y otros micronutrientes son las más altas⁽¹⁶⁾.

En la Tabla 3, no se encontró asociación entre de las

gestantes adolescente anémicas, con el riesgo de presentar bajo peso al nacer en comparación al grupo control ($p=0,056$).

Resultados que se asemejan a los encontrados por Zamudio⁽¹⁷⁾, donde afirma que no existe relación entre anemia en gestantes adolescentes y peso del recién nacido ($p>0,05$). En contraparte, según el estudio de Cisneros⁽¹⁸⁾, concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido ($p<0,05$). Además, según el estudio de Cárdenas⁽¹⁹⁾, concluye que la anemia en embarazadas menores de 20 años está asociada a bajo peso al nacer, sin embargo, tal vez esta no sea el principal factor de riesgo en este grupo etario. Es de esperar los resultados hallados en nuestro estudio, ya que hay menor ingreso de gestantes adolescentes a nuestro servicio que otros centros, por lo que los datos presentados no podrían ser definitivos.

En la Tabla 4, se encontró que, las gestantes añosas anémicas se asocian a 6,324 veces mayor riesgo de que sus productos tengan bajo peso al nacer (IC95%: 2,219 a 18,026), en comparación al grupo control ($p=0,000$). Se ha realizado una revisión exhaustiva para la búsqueda de trabajos relacionados, solo se encontró un trabajo relacionado indirectamente, tal como lo es, el estudio de Munares y col⁽²⁰⁾, donde se evaluaron gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, durante el periodo de año 2009 al 2012, hallando que la frecuencia de anemia en gestantes de 35 años fue del 26,6% y mayor en el tercer trimestre (30,2%), concluyendo que la edad materna y la edad gestacional se relacionan inversamente con el nivel de hemoglobina. Entonces esto se puede traducir en que a mayor edad materna, menores niveles de hemoglobina y por los estudios descritos anteriormente a menor nivel de hemoglobina materna más riesgo de bajo peso al nacer, resultado que concluimos en nuestro estudio.

CONCLUSIÓN

En gestantes anémicas se encontró con mayor frecuencia nuliparidad y parto vaginal, y en menor frecuencia antecedente de aborto y control prenatal adecuado. En ambos grupos predominó el estado civil conviviente.

Las gestantes adolescentes que cursaron con anemia no se asociaron a mayor riesgo de bajo peso al nacer, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima ($p=0,056$).

Las gestantes añosas que cursaron con anemia se asociaron a 6 veces mayor riesgo de bajo peso al

nacer, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima (IC95%: 2,219 a 18,026; p=0,000).

Recomendaciones: Implementar en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen atención diferenciada a gestantes con edad materna de riesgo, especialmente en el grupo de gestantes añosas, con el fin de implementar estrategias para la detección temprana de anemia y tratamiento oportuno de la misma, dar consejería en alimentación variada y rica en hierro; a su vez recomendamos, la realización de nuevos proyectos relacionados en otros centros, con el fin de establecer la asociación encontrada en el presente estudio, ya que como limitación, tenemos una muestra pequeña pero representativa. De esta manera, podrían hacerse un estudio multicéntrico para este propósito.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la génesis de la idea, diseño del proyecto, desarrollo, recolección e interpretación de data, análisis de resultados y preparación de manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Recibido: 26 de abril 2020

Aprobado: 06 de agosto 2020

Correspondencia: Jose L. Villalva Luna.

Dirección: Urbanización Bacigalupo. Calle Ticaco L5. Tacna-Perú.

Teléfono: 953277753

Correo: Joselo.villa.luna@gmail.com

ARTÍCULO ORIGINAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS; 2011 [citado 28 feb 2020]. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf
2. Baranda B.M. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evidencia Médica e Investigación en Salud. 2014; 7(3): 110-113
3. Corres Molina M. Morbilidad materno-fetal en adolescentes: Experiencia en un hospital suburbano de México. Centro Medico ABC. 2013; 58(2): 175-179
4. Ernst D. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada. ARS Medica Revista de Ciencias Médicas. 2017; 42(1): 61-67
5. Figueiredo A. Maternal Anemia and Low Birth Weight: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients 2018, 10, 601; doi: 10.3390/nu10050601
6. Shoboo Rahman B. Maternal Anemia during pregnancy and infant low birth weight: A systematic review and Meta-analysis. Int J Reprod Bio Med. 2017; 15(3):125-134
7. United Nations Children's Fund and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF, New York, 2004.
8. Ríos I, Vera R. Morbi-Mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital "Victor Lazarte Echegaray". IV. EsSalud. Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014. Rev Cienc Tecnol. 2016; 11(4): 53-72.
9. Baranda-Najera N y cols. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Med Invest Salud 2014; 7(3): 110-113.
10. Documento Técnico – Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017 - 1ra. Edición. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU
11. Urdaneta Machado J.R. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. REV CHIL OBSTET GINECOL 2015; 80(4): 297 – 305
12. Villegas García RD. Anemia como factor de riesgo de parto pretermino en gestantes del tercer trimestre del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo 2016 [thesis]. Universidad San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017 [citado 28 feb 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/925/T-TPMC-%20Roberth%20Danjelo%20Villegas%20Garcia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
13. Santillán AG, Amaya A. Prevalencia de bajo peso al nacer en niños de mujeres jóvenes y anémicas atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2011 [citado 18 Sep 2017];36(1):61-62.
14. Soto Ramirez JS. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Jose Callao – Lima 2016. [thesis]. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018 [citado 28 feb 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1256/161%20SOTO%20RAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Miranda Tapia A.M. Anemia en Gestantes y Peso del Recién Nacido. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014. Facultad de Medicina Humana Universidad San Martin de Porres. Lima. 2015
16. Wong Montoya EB, Salcedo Espejo EY. Anemia en el tercer trimestre de gestación como factor de riesgo de bajo peso al nacer en recién nacidos a término. Acta Méd Orreguiana Hampi Runa [Internet]. 2016 [citado 28 Feb 2020];16(1):33-59.
17. Camarena Zamudio O, Guerra Condor RS. Relacion entre anemia en gestantes adolescentes con el peso del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica durante el año 2015. [thesis]. Universidad Nacional del Centro del Peru, Facultad de Medicina Humana; 2016 [citado 28 feb 2020]. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/451/TMH_13.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Solidoro Cisneros F.A. Relación entre Anemia en Gestantes Adolescentes con el Peso del Recién Nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza enero a junio 2015. Facultad de Medicina Humana Universidad San Martin de Porres. Lima. 2015
19. Icaza Cardenas. J.F. Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; hospital materno infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012. Rev. Med. FCM-UCSG, Año XX. 2014; 18(3): 145-148
20. Munares O, et al. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Rev Peru Med Exp Salud Publica Peru 2012; 29(3): 326-336