



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL TECNOLOGÍA DE MÉDICA



TESIS

**“PERFIL PARASITOLÓGICO Y DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORRO
SOLAR-JAÉN, ENERO - JUNIO 2019”**

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORA:

Bach. CELIA YOLANDA TORRES SANCHEZ

ASESORA:

Mg. TM YOVANNY JANET SANTA CRUZ POZO

CHICLAYO – PERÚ
2021


Mg. Yovanny Janet Santa Cruz Pozo
TECNOLOGO MÉDICO
CTMP. 3225

DEDICATORIA

A ti **Dios** por darme las fuerzas necesarias, y lograr mis metas y proyectos académicos

A ti mi ángel, **DANIEL**, por ser la inspiración y guía.

A mis padres, **SERAPIO** y **LILIAN**, quienes con su ejemplo y perseverancia han moldeado mi ser para seguir adelante.

Al amor de mi vida, **ARLIN**, por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo incondicional.

CELIA

AGRADECIMIENTO

A mi alma máter, Universidad de Chiclayo, por todas sus enseñanzas y experiencias para ser una TECNÓLOGA MÉDICA creativa, competitiva y sobre todo humana.

Al personal del servicio de Obstetricia y Laboratorio Clínico del Centro de Salud Morro Solar, por permitirme desarrollar el presente trabajo; sobre todo las gestantes, objeto de la investigación.

A mi asesora, Mg. TM Yovanny Janet Santa Cruz Pozo, por su permanente apoyo incondicional, guiando mis pasos durante todo el proceso de la investigación.

CELIA

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	05
I. INTRODUCCIÓN	07
1.1 Marco Teórico	09
1.1.1.- Situación Problemática	09
1.2. Antecedentes Bibliográficos	11
1.3. Base Teórica	16
1.4. Formulación del Problema	26
1.5. Hipótesis	26
1.6. Objetivos	26
1.7. Justificación de la investigación	27
1.8. Identificación de Variables	27
II. MARCO METODOLOGICO	29
2.1 Tipo de investigación	30
2.2 Diseño de Investigación	30
2.3 Población y muestra	20
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección Datos	31
2.4.1. Procedimiento	32
2.4.2. Análisis Estadísticos de los Datos	32
III. RESULTADOS DE CUADROS	33
IV. DISCUSIÓN	39
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
VIII. ANEXOS	47

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el perfil parasitológico y el dosaje de hemoglobina en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar - Jaén, enero - junio 2019. Se desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal; con una población de 60 gestantes; las técnicas empleadas fueron el fichaje y gabinete; instrumento, ficha de recolección de datos elaborado por la autora.

Entre los resultados principales: el perfil parasitológico fue negativo en el 40% de los casos; un 26.7% de quiste de Giardia lamblia; dosaje de hemoglobina, el 46.66% fue entre 11 – 13.9 g/dL. El 23.33% presentó anemia leve, respecto a los casos de parasitosis se encontró que un 44.4% tiene quistes de Giardia lamblia; signos y síntomas, un 55.5% de cefalea y palidez. Características sociodemográficas: edad entre 31 – 40 años con un 36.7%, estado civil: conviviente 93.3, 70% secundaria, 80% amas de casa, procedencia urbana el 100%; el 50% tiene una situación económica regular, el 100% dispone de servicios básicos, vivienda propia el 86.7%. Complicaciones obstétricas: edad gestacional: 14 – 29 semanas en un 41.6%, gestantes que asistieron a sus controles fue del 70%, no hicieron visitas domiciliarias a la gestante 66.7%, se realizó el tratamiento profiláctico al sulfato ferroso un 66.7%. Según la adherencia a los controles de laboratorio un 70% son adherentes.

Se concluye que, la Giardia lamblia prevalece en el perfil parasitológico de la gestante y que se relaciona significativamente con la anemia.

Palabras claves: Perfil parasitológico, Anemia, Gestantes, Dosaje de Hg.

SUMMARY

In order to determine the parasitological profile and the hemoglobin dosage in pregnant women treated at the Morro Solar Health Center - Jaén, January - June 2019. A quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional study was developed; with a population of 60 pregnant women; the techniques used were the signing and cabinet; instrument, data collection sheet prepared by the author.

Among the main results: the parasitological profile was negative in 40% of the cases; 26.7% of Giardia lamblia cyst; hemoglobin dosage, 46.66% was between 11 - 13.9 g / dL. 23.33% presented mild anemia, with respect to the cases of parasitosis it was found that 44.4% have Giardia lamblia cysts; signs and symptoms, 55.5% headache and paleness. Sociodemographic characteristics: age between 31 - 40 years with 36.7%, marital status: 93.3 cohabiting, 70% secondary, 80% housewives, 100% urban origin; 50% have a regular economic situation, 100% have basic services, 86.7% own home. Obstetric complications: gestational age: 14 - 29 weeks in 41.6%, pregnant women who attended their controls was 70%, no 66.7% made home visits to the pregnant woman, the prophylactic treatment of ferrous sulfate was carried out in 66.7%. According to adherence to laboratory controls, 70% are adherents.

It is concluded that Giardia lamblia prevails in the parasitological profile of the pregnant woman and that it is significantly related to anemia

Key words: Parasitological profile, Anemia, Pregnant women, Hg dosage.

I.- INTRODUCCIÓN

La anemia, considerada como disminución de concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de 11g/100ml, es una de las deficiencias nutricionales más comunes observadas en todo el mundo y afecta a más de un cuarto de la población mundial.^{1,6} Un problema de salud pública que afecta a todas las edades, entre niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.²

Según la Organización Mundial Salud, reporta que, la anemia afecta a 1,62 mil millones de personas, siendo ello el 25% de los cuales gran parte son mujeres embarazadas.²

Esta problemática durante el embarazo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de gestantes teniendo consecuencias maternas y fetales.³

En el Perú, gestantes mayores de 35 años se considera un factor de riesgo para la morbilidad perinatal y materna; sin embargo, no se están tomando las medidas correctas para controlar la anemia en esta etapa de gestación.⁴

Por otro lado, estudios han demostrado que la baja calidad de dieta es la principal causa de anemia en gestantes. Lamentablemente, no se encuentran datos disponibles sobre la temática en gestantes mayores de 35 años. A su vez es perjudicial para el embarazo asociándose a bajo peso al nacer y retraso en crecimiento intrauterino.⁴

Considerada también, un trastorno nutricional a nivel global, con múltiples etiologías y durante la gestación está asociada a un déficit en ingesta de hierro y a cambios fisiológicos propios de la misma. Esta caída fisiológica de hemoglobina (Hb) se atribuye al aumento del volumen del plasma, y por lo tanto disminución de viscosidad de sangre. Esto se debe en gran parte a la ingesta inadecuada de alimentos ricos en hierro, infecciones parasitarias, etc., que empeoran el nivel final de hemoglobina.⁵

1.1.- MARCO TEORICO

1.1.1.- Situación Problemática:

La anemia es la disminución de concentración de hemoglobina, la cual varía según sexo, edad, y condiciones ambientales. Cuando ello es inferior a los siguientes valores: mujeres adultas no embarazadas, se considera anemia leve entre 11 y 12.9g/dL, anemia moderada 8 y 10.9g/dL, anemia severa < 8g/dL y en embarazadas.⁶

La deficiencia de hierro causante de anemia en países en vías de desarrollo, y en grupos poblacionales más vulnerables a esta deficiencia, como lactantes, niños en edad preescolar y escolar, y mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo.⁸

La anemia es un signo y síntoma que, como fiebre, dolor y cefalea, está asociada a enfermedades, incluyendo parasitosis intestinales, por ello el médico antes de tratar el síntoma es necesario identificar la causa.⁷

Bajo este panorama el Perú a través de su órgano rector de la salud, debe estar en permanente alerta y vigilancia epidemiológica de esta enfermedad con énfasis en la prevención.

La anemia por deficiencia de hierro se produce por pérdida de sangre, como consecuencia de parasitosis intestinales, pérdidas menstruales o alimentación inadecuada. Desde el punto de vista clínico, la atención recae en la anemia del embarazo, razón por la cual es frecuente observar en servicios de ginecología y obstetricia la administración de suplementos de hierro a las gestantes.

Esta medida está destinada a prevenir la anemia y sus consecuencias en el feto y recién nacido; así mismo se calcula que en muchos países la misma está alrededor del 40%. La prevalencia de anemia depende

de factores como: carga de malnutrición, malaria, parasitosis intestinales o causas metabólicas.⁷

El no consumo adecuado de hierro y anemia poseen consecuencias severas en el pronóstico de las mujeres gestantes, estando asociadas a una menor capacidad para trabajar, fatiga, debilidad y disturbios psíquicos, afectando la calidad de vida tanto a nivel físico como psíquico.⁷

En el feto/en el recién nacido la deficiencia de hierro puede tener consecuencias serias para el desarrollo de las funciones cerebrales. Incrementa la prevalencia de nacimientos prematuros y la frecuencia de bajo peso al nacer, así como la mortalidad perinatal. Los niños nacidos de madres con deficiencia de hierro tienen un menor desarrollo cognitivo, motor, socio-emocional y neurofisiológico, así como menores valores del cociente de inteligencia en comparación con los infantes y niños nacidos de madres con niveles normales de hierro.⁷

El pronóstico de la deficiencia de hierro posee consecuencias serias en las mujeres y en los fetos/neonatos; y requiere una intervención eficiente con una profilaxis y/o tratamiento con hierro. En el futuro, los sistemas de cuidado de la salud prenatal deberán dedicar más esfuerzos para erradicar este problema tan significativo.⁷

1.2.- ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS:

INTERNACIONAL

Gil Suárez et al., (Cuba, 2014) titulada “Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del Municipio Policlínico de Lidia y Clodomiro en Cuba”; estudio observacional, descriptivo y de corte transversal; población 68 gestantes entre 28 y 32

semanas. Como resultados se tuvo: disminución de los valores medios de hemoglobina entre el primer trimestre (11.2 g/L) y el tercero (10.8 g/L), alta frecuencia de anemia tanto en el primer trimestre (35,3 %) como en el tercer trimestre del embarazo (56,0%), con una anemia moderada más alta. Concluyéndose que: existió una alta frecuencia de anemia, siendo la anemia moderada la más frecuente, tanto en el primer trimestre como en el tercer trimestre de las embarazadas estudiadas.⁸

Albán S. (Ecuador, 2017) en su investigación titulada “Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas – Centro Salud Pumapungo, Cuenca”, con el objetivo de determinar la prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en la población sujeta a estudio; población: 376 madres embarazadas. Respecto a los resultados se evidenció que, de 376 casos la prevalencia de anemia es de 5,58% y con Hb ajustada (<12,3g/dL) es de 41,8% el principal grado de anemia es leve 61%, moderada 39%; Concluyéndose que, existe una asociación con los factores planteados inicialmente con excepción de la multiparidad, IMC y estado civil.⁹

Segura R. (Ecuador, 2016) en su investigación titulada “Prevalencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil 2016”; estudio de tipo observacional descriptivo trasversal; población, 1320; muestra de 174 adolescentes embarazadas; se tuvo como resultados que, el nivel de prevalencia de anemia ferropénica fue de 21,84 %. El análisis multivariable entre parámetros hematológicos en la población expuesta a estudio, presentan anemia 21,84 % y los que no presentaron 78,16 % cuando $p < 0,05$ (IC 0,95) en el conteo de glóbulos rojos GR, no existe diferencia significativa pero si en Hemoglobina Hb, Hematocrito HCT, Volumen Corpuscular Medio VCM y hierro sérico, se observa diferencia significativa característica de la anemia ferropénica, El análisis multivariable de factores predisponentes, el escaso control prenatal ECP fue el grupo que presentó el nivel promedio más bajo de hierro sérico y una prevalencia 60,53 %, que es la

más alta entre los grupos de factores predisponentes de anemia ferropénica. Por lo tanto, se concluye que entre las causas de mayor frecuencia que origina la anemia, está la alimentación.¹⁰

Urdaneta M. et al. (Venezuela, 2015) titula “Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término – Emergencia Obstétrica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza – Maracaibo”; un estudio correlacional, no experimental; población y muestra: 200 adolescentes embarazadas. Se tuvo los siguientes resultados: los valores de hemoglobina oscilaban entre $8,4 \pm 1,0$ g/dl y $11,6 \pm 0,64$ g/dl, mientras que los de Hcto fueron de $28,8 \pm 3,3\%$ y $38,9 \pm 2,2\%$, anémicas y no anémicas, respectivamente. Concluyéndose que, existe una relación directa, proporcional y significativa entre las variables de estudio.¹¹

Cuevas J. (Brasil, 2016) en su investigación “Parasitosis en embarazadas y casos de anemia”; un estudio de tipo observacional; se tomó datos de Historias Clínicas de madres gestantes con anemia; la técnica empleada fue el fichaje, como resultados principales se tuvo: el 29% de la población expuesta a estudio presentó cefaleas y un 43% somnolencia y palidez; llegando a la conclusión que la parasitosis en embarazadas presenta síntomas.¹⁶

Riemann et al, (Ecuador, 2017) titula “Prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre las medidas antropométricas perinatales y el apgar en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, 2017”; se desarrolló un estudio transversal; con una población de 26500 gestantes; se obtuvo como resultados lo siguiente: la prevalencia de anemia gestacional fue 9% donde el 100% presentaron anemia leve; concluyéndose que, la prevalencia de anemia gestacional es alta, al igual que la carga que ésta implica.¹⁷

Requilda D. (Brasil, 2015) en su investigación “ Factores sociodemográficos y obstétricos de pacientes gestantes de una población, Hospital e Maternidad Brasil”; un estudio de tipo observacional; con una población y muestra de 100 pacientes gestantes; la técnica que se empleó fue el fichaje; resultados: características sociodemográficas: 65% amas de casa, 70% secundaria, convivientes 69.5%, 50% zonas urbanas, con una situación media de un 40%; según las características obstétricas se tuvo que el 50% son gestantes controladas, con una edad gestacional que prevalece desde las 12 – 20 semanas con un 56.5% y un 40% reciben tratamiento profiláctico, conclusión: se evidencia que el 69% de gestantes reciben tratamiento.¹⁸

Torre J. (Ecuador, 2016) en su investigación “Niveles de adherencia que se presentan en mujeres gestantes” objetivo: determinar los niveles de adherencia que se presentan en mujeres gestantes – Hospital Isidro Ayora; un estudio de tipo descriptivo; se empleó la técnica de la encuesta; como resultados: el 40% de controles son adherentes, conclusiones: el factor que tuvo mayor influencia para la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento.¹⁹

Iraola F. (España, 2016) en su investigación “Adherencia y no adherencia en mujeres gestantes de una comunidad de Castilla – Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero”, objetivo: determinar la relación de Adherencia y no adherencia en la población sujeta a estudio; población y muestra: 42 gestantes anémicas: 17 baja adherencia y 25 no adherencia; estudio de tipo observacional. Entre los principales resultados: el 85.5% son adherentes y el 14.5% no adherente. Concluyéndose que, el nivel de adherencia es significativamente elevado.²⁰

Silva A, Cardoso, V, De Arruda B y Santos V. (Brasil 2018) en su investigación sobre Estado Nutricional, Anemia, Parasitosis Intestinal en Gestantes de un Municipio de Curimataú Paraibano; objetivo: determinar el perfil socioeconómico, nutricional y hematológico y determinar la prevalencia

de entero parásitos en la población sujeta a estudio. Población y muestra: 120 pacientes embarazadas. Resultados: La población presentó un estado nutricional eutrófico (48,5%). La prevalencia de entero parasitosis encontrada fue 48%, los enteros parásitos más comunes son: Entamaba coli y E. histolytica. El uso de agua de origen inadecuado para beber se asoció con la infección por parásitos intestinales, concluyéndose que, existe una baja prevalencia de anemia en las embarazadas.²¹

NACIONAL

Munares G. et al, (Perú, 2014) titula “Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, Lima 2012 - 2014”; objetivo: determinar la anemia en gestantes añosas; un estudio transversal; con una población de 145 530 gestantes mayores de 35 años atendidas en los 6 328 establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, en dicho periodo. Referente a los resultados: La frecuencia de anemia en gestantes de 35 a más años fue de 26,96%. En el tercer trimestre 30,02%. Concluyéndose que, un cuarto de las gestantes de 35 a más años presentó anemia, cuanto más edad gestacional, la frecuencia de anemia es mayor.²²

Pérez J. (Perú, 2017) titula “Prevalencia de Anemia en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. Julio - Setiembre del 2017”; objetivo: determinar la prevalencia de anemia en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, 2017”, población y muestra: 397 gestantes. Respecto a los resultados: en 397 gestantes la anemia fue 35.0%, siendo anemia leve 18.4%, moderada 15.6%, severa 1.0%. las gestantes más afectadas son entre edades de 21 – 28 años para anemia leve 8.3%, de 13 – 20 años, anemia moderada 6.3% y severa de 29 – 36 años con 0.5%; así mismo para el numero de gestas fueron las que se encontraban mujeres con dos gestaciones tanto para la anemia leve, moderada y severa, lo que representa un 6.8%, anemia leve, 6.3% anemia moderada y el 0.5% severa; seguido de mujeres de 1era gestación con 6.3% anemia leve, moderada 4.3%

y severa en 3era y 4ta gestación con una prevalencia de 0.3%. Concluyéndose que los porcentajes de anemia en mujeres embarazadas son significativos.²³

Reyes, Ch. (Perú, 2017) titula “Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo para anemia gestacional del Hospital Santa María del Socorro Ica 2017”; objetivo: determinar el Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo para anemia gestacional, población y muestra: 102 gestantes, Resultados: Siendo en pacientes con intervalo intergenésico corto el 94.1% de las gestantes, presentaron intervalo intergenésico corto entre 12-24 meses, el 5.9% un intervalo < 12 meses, de las cuales el 51.0% anemia gestacional y el 49% no presento anemia; concluyéndose que la edad donde se presentó un mayor porcentaje con intervalo intergenésico corto es de 20 – 34 años con 79.4%; y un 97.1% de estas pacientes no usaron métodos anticonceptivos.²⁴

1.3.- BASE TEÓRICA.

PERFIL PARASITOLÓGICO: Estudio de parásitos intestinales a través de procedimientos convencionales de laboratorio. Análisis de la frecuencia de los protozoarios y helmintos observados en las muestras fecales.²⁵

Procedimientos de Laboratorio para el diagnóstico parasitológico

Se tiene en cuenta la norma técnica vigente: Manual de procedimiento de laboratorio para el diagnóstico de parásitos intestinales del hombre.²⁶

Examen directo de heces macroscópico

Permite observar directamente las características morfológicas de los parásitos adultos, enteros o fraccionados, así como los cambios en las características organolépticas de las heces eliminadas, (color, presencia de sangre o moco, consistencia, etc.).

Materiales

Suero fisiológico

Aplicador (bajalengua).

Pinza de metal.

Coladera de plástico o malla metálica.

Procedimiento

Se agrega suero fisiológico en cantidad suficiente para homogeneizar la muestra.

En caso de presencia de parásitos adultos extraerlos y tamizar o colar la muestra.

Observe las características organolépticas de las heces, útiles para la ayuda diagnóstica (consistencia, color, presencia de moco, sangre, alimento sin digerir), así como la presencia de gusanos cilíndricos, anillados o aplanados (enteros o parte de ellos

Resultado

En caso que la muestra contenga información útil para el diagnóstico, se debe adicionar al informe del examen parasitológico las características macroscópicas de las heces.²⁶

Examen directo microscópico

Observe, principalmente en muestras frescas, la presencia de formas evolutivas móviles o quistes, ooquistes, larvas o huevos de parásitos de tamaño microscópico.

Materiales

Láminas portaobjetos.

Laminillas cubreobjetos.

Aplicador de vidrio o madera.

Microscopio óptico.

Marcador de vidrio.

Suero fisiológico

Solución de lugol

Verde brillante

Rojo neutro

Procedimiento

Coloque en un extremo de la lámina portaobjeto una gota de suero fisiológico y, con ayuda de un aplicador, agregar 1 a 2 mg de materia fecal; emulsionarla y cubrirla con una laminilla cubreobjetos.

Coloque en el otro extremo de la lámina portaobjeto, una gota de lugol y proceda a la aplicación de la muestra fecal como en el párrafo anterior.

Con el suero fisiológico los trofozoítos y quistes de los protozoarios se observan en forma natural; con lugol se observan las estructuras internas, núcleos y vacuolas.

En algunos casos se recomienda el uso de colorantes vitales, debido a que no alteran la actividad del trofozoíto. Los más usados son verde brillante 0,2% y rojo neutro 0,01%, así como fucsina 0,01%.

Observe con el microscopio a 10X o 40X. No es aconsejable usar objetivo de inmersión (100X), puesto que se puede contaminar el microscopio.

Recorra la lámina siguiendo un sentido direccional, por ejemplo, de derecha a izquierda, o de arriba hacia abajo.

Resultado

En un formato y en el cuaderno de registro correspondiente, se anotará el nombre de la especie del parásito y su estadio evolutivo, indicando la densidad (número de formas parasitarias por campo microscópico) expresado en cruces.¹⁵

PARASITOSIS INTESTINAL: enfermedad transmisible más difícil de controlar, no solo por su gran difusión sino por los diversos factores que

intervienen en su cadena de propagación, muchos parásitos son agentes patógenos.

Protozoarios parásitos: microscópicos unicelulares se localizan en diferentes tejidos y algunos son inofensivos, otros producen daños importantes.

Entamoeba histolytica: presenta fases de trofozoíto y quiste. La infección ocurre por ingesta de quiste maduro de 4 núcleos ingresa por vía digestiva con alimentos y agua. Tras pasar por el estómago y llegar a la parte final del intestino delgado donde se produce la ruptura de la pared quística y la liberación de una ameba meta quística de 4 núcleos, que al dividirse por fisión binaria da lugar a 8 pequeños trofozoítos inmaduros que se transportan al intestino grueso donde maduran y se transforman en trofozoíto de la luz intestinal y se dividen por fisión binaria.

Toman tres caminos el primero se elimina con las heces y se destruyen en el medio externo, el segundo se transforman en quistes inicialmente uninucleados que después maduran y son eliminados igualmente con las heces y en tercer lugar los trofozoíto adquieren capacidad invasiva erosionan la mucosa y la ulceran alcanzan inclusive la sub mucosa estos trofozoíto tisulares son de mayor tamaño y tienen mayor movilidad, son hematófagas no se transforman en quistes y no pueden salir por las heces a través del sistema portal pueden llegar al hígado y a otros órganos produciendo la amebiasis extra intestinal.²⁶

Giardia lamblia

Presentan dos fases de vida, trofozoíto y quiste. El trofozoíto fase móvil, mide de 12 a 14 μm de largo por 7 a 9 μm de ancho y de 1 a 2 μm de espesor. Tiene forma de gota o lagrimea. El quiste mide de 10 a 12 μm de forma ovalada incoloro. Se observa quistes inmaduros con 2 núcleos y los maduros con 4

núcleos con cariosoma nuclear céntrico y contienen estructuras como axonemas y flagelos que están enrollados.²⁶

Ciclo biológico La transmisión se da por la ingesta de quistes viables de 4 núcleos mediante alimentos y bebidas contaminadas. El quiste al pasar por el estómago por acción del ácido clorhídrico se debilita y se rompe la pared quística de tal manera que al llegar al duodeno por el jugo entérico empieza a dividirse en dos nuevos individuos.

Diagnóstico Examen coprológico para quistes y solución salina para trofozoíto, se encuentran en las heces formadas o semiformadas. El empleo de métodos de concentración Ritchie y Faust aumenta la sensibilidad del examen sondeo duodenal o biopsia del intestino delgado e indirectamente por coproantígenos.

Helmintos o gusanos que parasitan el intestino humano, son importantes agentes de morbilidad y mortalidad. Comprende dos:

Phylum nelmathelminto: de tamaño grande con cuerpo cilíndrico no segmentado, llamados gusanos redondos, viven como adultos en el tracto gastrointestinal y se reproducen por medio de huevos que dan origen a larvas. La transmisión a través de la tierra, la cual se contamina con huevos o larvas que salen en la materia fecal.²⁷

Platyhelmintos o gusanos planos se subdividen en trematodos y los cestodos o tenías que están compuestos por un órgano de fijación, escólex y un cuerpo constituido por segmentos, proglótides, en forma de cadena.

Áscaris lumbricoides Presenta tres fases de vida; adulto, huevo y larva. El adulto macho mide 15 a 20 cm de largo por 2 a 4 mm de diámetro y la hembra mide 20 a 30 cm de longitud por 3 a 6 mm de diámetro, es alargado, cilindroide y termina en punta roma. **Ciclo biológico** La infección ocurre al contaminarse las manos, alimentos y utensilios con elementos provenientes del suelo, se da al ingerir los huevos larvados, este llega al duodeno allí el jugo intestinal. **Diagnóstico** Visualización de huevos fértiles o infértiles en la materia fecal cuando se utiliza el método directo.

Enterobius vermicularis presenta tres formas de vida adulto, huevo y larva. El adulto macho mide de 2 a 5 mm de longitud por 0,1 a 0,2 mm de ancho y la hembra mide 8 a 13 mm de longitud por 0,5 mm, cilíndricos alargados más o menos fusiforme, de color blanquecino.

Ciclo biológico La fase infectiva es el huevo larvado que entra por vía digestiva, aunque no está comprobado podrá infectarse al inhalarse este huevo larvado pasa al tubo digestivo, al llegar al estómago, duodeno se rompe las cubiertas del huevo para que la larva del segundo estado eclosione.

Diagnóstico Se establece por los datos clínicos específicos. Para demostrar la presencia del parásito se puede utilizar el método de cinta de celulosa engomada o el método de Graham.

Hymenolepis nana Presenta tres formas de vida adulto, huevo y larva. El adulto mide 25 a 40 mm de largo por 1 a 2 mm de ancho de color blanquecino presenta 3 partes cabeza o escólex, cuello y cuerpo o estróbilo. El huevo mide 30 a 50 µm de diámetro, de forma ovalada o esférica, de color pálido, poseen 2 envolturas una externa delgada y una interna. La larva mide 5 mm de largo por 8 a 10 mm de ancho, son vesículas ovoides o casi esféricas en forma de ganchillos de color blanco lechoso conocidos como cisticercos.¹⁸

Ciclo biológico: La transmisión se hace por vía oral, al ser ingeridos los huevos embrionados, allí eclosionan en el duodeno liberando a las oncosferas las cuales penetran en la región anterior del intestino delgado.²⁸

Diagnóstico recuento de huevos que permite conocer la intensidad de la infección, estudios coproparasitológicos que confirman esta parasitosis.²⁸

DOSAJE DE HEMOGLOBINA: Mide los niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína compleja constituida por el grupo Hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina, que está compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas, que comprenden dos cadenas alfa y dos cadenas beta. Siendo la principal proteína

de transporte de oxígeno en el organismo, capaz de fijar eficientemente el oxígeno a medida que este entra en los alveolos pulmonares durante la respiración, así mismo lo libera al medio extracelular cuando los eritrocitos circulan a través de los capilares de los tejidos. La concentración de hemoglobina es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de la sangre, normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL) o gramos por litro (g/L).¹¹

Procedimiento

Identificar y registrar a la gestante.

Explicar el procedimiento, de ser necesario se firmará un consentimiento informado.

Colocar la cubierta destinada para el área de trabajo, sobre una mesa.

Colocar una bolsa roja de bioseguridad para la eliminación de residuos sólidos biocontaminados y/o un recipiente rígido de plástico o polipropileno muy cerca al área de trabajo.

Lavarse las manos con agua y jabón.

Colocarse los guantes en ambas manos.

Disponer sobre la superficie de trabajo el hemoglobinómetro.¹¹

ANEMIA

La sangre capilar es la sangre obtenida por punción o la incisión de la piel, mezcla de proporciones indeterminadas de sangre de las arteriolas, vénulas, vasos capilares, y los líquidos intersticiales e intracelulares. La proporción de la sangre arterial en una muestra por punción cutánea es mayor que el de la sangre venosa, porque la presión en las arterias y las arteriolas posteriores que conducen a los capilares es mucho mayor que la presión en la salida de las vénulas de los capilares e incisión.¹⁹

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. Durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria.

Esta problemática estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, considerándose estar en una categoría de alto riesgo. La anemia empeorara el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres.

Clasificación de los grados de anemia

Anemia leve: valores de hemoglobina de 10 a 10.9 gr/dl y se produce por pérdida súbita de sangre y la falta de volumen en el sistema circulatorio, con disminución de la concentración de hemoglobina.²⁰

Anemia moderada: dosaje de hemoglobina entre 7.0 a 9.9 gr/dl y suelen acompañar a procesos gastrointestinales crónicos que cursan con pérdida de sangre como gastritis, hemorroides y otros.²⁰

Anemia severa: descenso de concentración de hemoglobina inferior a 7.0 gr/dl. Situación que compromete altamente la salud y la vida, ya que puede dañar irreversiblemente los signos vitales. Se manifiesta en la lactancia o primera infancia.²⁰

1.4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el perfil parasitológico y el dosaje de hemoglobina en gestantes atendidas en el centro de salud Morro Solar - Jaén, enero - junio 2019?

1.5.- HIPOTESIS

Implícita

1.6.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el perfil parasitológico y el dosaje de hemoglobina en gestantes atendidas en el centro de salud Morro Solar - Jaén, enero-junio 2019.

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.6.2.1.- Identificar el número de casos de anemia y parasitosis intestinal según los protocolos para la toma y procesamiento de las muestras y lecturas de resultados de laboratorio en la población sujeta a estudio.

1.6.2.2.-Conocer los signos y síntomas más frecuentes de anemia y parasitosis intestinal en la población sujeta a estudio.

1.6.2.3.-Determinar las características sociodemográficas y obstétricas en la población sujeta a estudio.

1.6.2.4.-Establecer la adherencia a los controles de laboratorio para anemia y parasitosis intestinal en la población sujeta a estudio.

1.7.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Existe gran interés por la Organización Mundial de la Salud OMS, por salvaguardar a la población en general, de dos de los grandes problemas de salud que más se presentan en el globo terráqueo de manera subrepticia y silenciosa, a pesar de los grandes esfuerzos que hacen todas las naciones

para erradicarlas, incluyendo al Minsa - Perú, a la anemia y la parasitosis intestinal.⁶

La Dirección de Salud de Jaén y sus diferentes funcionarios brindan las capacitaciones pertinentes a todo el personal de los diferentes establecimientos de salud para disminuir los niveles de anemia en gestantes y determinar la presencia de parasitosis intestinal; pero existen factores socioculturales y económicos que aún falta trabajar, desde la aplicación de las políticas públicas e incentivos a las familias a través de los programas sociales.

Este trabajo pretende dar a conocer en el signo-sintomatología, así como las características epidemiológicas de la anemia y su relación con la parasitosis intestinal en gestantes, para elaborar y diseñar protocolos de prevención y detección de nuevos casos para su mejor control epidemiológico; así mismo, que el personal de Tecnología Médica especialidad de Laboratorio Clínico y anatomía patológica esté más potenciado en su capacitación para su contribución al control dichas patologías.

1.8.- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente:

Perfil parasitológico

Variable dependiente:

Dosaje de Hemoglobina en Gestantes

1.8.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	Sub indicadores	ESCALA	INSTRUMENTO
PERFIL PARASITOLÓGICO	Conjunto de procesos que permite diagnosticar una eventual parasitosis intestinal, enfermedad debida a la presencia de un parásito en el tubo digestivo. Las heces del paciente son recogidas en un pote estéril y luego analizadas en laboratorio	Laboratorial	Heces seriado	-Giardia lamblia	Nominal	Ficha de Recolección de Datos y Registro Diario de Laboratorio
			Test de Graham	-Enterobius vermiculares		
				-Áscaris lumbricoides		
				-Oxiuros		
				-otros: Entamoeba coli Blastocystis hominis		
	Medir la hemoglobina en sangre La anemia es una afección por la cual la	Laboratorial	Hb (g/dL)	< 7 7- 9.9 10-10.9 11 a más	Razón	Ficha de Recolección de Datos
			Hto (%)	< 21 21- 29.9 30-32.9 33 a más	Razón	
			Edad (años)	15-20 21-30 31-40	Nominal	
			Gdo.Instruc	Primaria- secundaria- superior		
			Ocupación	Ama de casa- estudiante		

DOSAJE DE HEMOGLOBIN A	cifra de hemoglobina esta disminuida en los glóbulos rojos	Socio- demográfico y económico	Procedencia	Urbano- rural	Nominal	Registro Diario de Laboratorio
			Estado civil	Soltera casada conviviente		
			Edad Gestacional	I Trimestre II Trimestre III Trimestre		
			Control de embarazo	Controlada No controlada		
			Suplemento de fierro	Si – No		
Paciente embarazada	Etapas de la salud reproductiva de la mujer, durante 9 meses calendarios	Clínico				

II.- MARCO METODOLÓGICO

2.1.- Tipo de investigación:

Cuantitativa, Descriptiva, Prospectiva y de corte Transversal.

Por el análisis y alcance de los resultados o por la profundidad del estudio: **Descriptivo**.

Por el tiempo de ocurrencia o época en que se capta la información: **Prospectivo**.

Por el periodo y secuencia o por número de mediciones de la variable en estudio: **Transversal**

2.2.- Diseño de investigación /contrastación de hipótesis:

Diseño descriptivo, Observacional, No experimental

2.3.- Población y muestra:

Población: Estuvo constituida por todo gestante que acudió al centro de salud Morro Solar de la ciudad de Jaén, en el periodo 1° de enero al 30 de junio del 2019. Fueron 60 gestantes.

Muestra: para efectos de la presente investigación se consideró el 100% de la población; es decir, 60 gestantes.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión:

Gestantes que acudieron a su atención prenatal clínica y que participaron voluntariamente a sus respectivos exámenes de laboratorio de sangre, orina y aceptaron realizarse el coproparasitológico, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Gestantes con patologías obstétricas y/o alteraciones mentales

2.4.- Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimientos:

Materiales de gabinete:

- Materiales de oficina: Papel bond, lápices, lapiceros, USB, CDs, folder manila, tablero de mano, calculadora, cámara de video y fotos, laptop, mochila, plumones, papelotes, mandil blanco, fotocheck y otros.

Materiales de Laboratorio para el examen coproparasitológico:

- Vidrio: pipetas, placas Petri, laminas portaobjetos, laminillas
- Látex: guantes
- Reactivos:
- Instrumentos y equipos: centrifuga y microscopio binocular.¹¹
Técnica establecida según normatividad vigente descrita en el marco teórico.¹⁵

Materiales de laboratorio para hemoglobina: Hemoglobinómetro

Materiales de Laboratorio para el Dosaje de Hemoglobina:

- Vidrio: laminas portaobjetos, laminillas
- Látex: guantes
- Reactivos:
- Instrumentos y equipos: Hemoglobinómetro portátil.¹¹

Técnica establecida según normatividad vigente descrita en el marco teórico.¹⁵

Otras técnicas metodológicas:

Técnicas:

- Técnica de fichaje
- Técnica de gabinete – Laboratorio Clínico.

Instrumentos:

- Ficha de Recolección de Datos (ver anexo 1), instrumento elaborado por la autora con opinión de expertos.
- Hojas de Monitoreo que se remite a la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la DISA Jaén, durante el periodo en estudio.
- Resultados de Laboratorio; según el caso

2.4.1.- Procedimiento:

Se efectuaron coordinaciones ante las autoridades del CLAS del centro de salud Morro Solar Jaén para efectuar la presente investigación. Sus representantes autorizaron para que brinden el uso de las instalaciones del establecimiento de salud; así como, en coordinación con los responsables de los programas preventivos promocionales, de Atención Prenatal Reenfocada y del Laboratorio Clínico, respetando la disponibilidad horaria de los encargados. La información fue registrada en las respectivas Fichas de Recolección de Datos, luego fueron analizadas conjuntamente con los especialistas del centro de salud y/o DISA Jaén.

2.4.2.- Análisis estadístico de los datos.

Para efecto de la presente investigación se utilizó la estadística descriptiva. La información final fue procesada en el software SPSS versión 25. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica.

Se utilizó una de las medidas epidemiológicas denominado tasa de prevalencia.

Para presentación de datos

Se realizó con distribución de frecuencias y tablas de contingencia multivariantes; entre otras.

III.- RESULTADOS:

CUADRO N° 1

Distribución del Perfil Parasitológico en Gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019; según Perfil Parasitológico.

PERFIL PARASITOLÓGICO EN GESTANTES	n	%
Negativo	24	40.0
Quiste Entamoeba coli	11	18.3
Trofozoitos de Bastocystis hominis	9	15.0
Quiste de Giardia lamblia	16	26.7
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019 – Libro de registro del servicio de Laboratorio Clínico

En el presente cuadro se observa que el perfil parasitológico en gestante dio como resultados que: el 40% fueron negativos, seguido con un 26.7% quiste de Giardia lamblia.

CUADRO N° 1 - A

Distribución de Gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019; según Dosaje de Hemoglobina.

DOSAJE Hb (g/dL)	n	%
<7	0	0.0
7 – 9.9	6	10.0
10.0 – 10.9	14	23.3
11 – 13.9	28	46.7
>14	02	3.3
TOTAL	60	100%

Fuente: Libro de Laboratorio Clínico - Ficha de recolección de datos del CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019

En el presente cuadro para determinar el dosaje de hemoglobina en gestante dio como resultado que el 46.66% tienen hemoglobina de 11 – 13.9g/dL, seguido de un 23.33% con 10.0 – 10.9g/dL.

CUADRO N° 2

Distribución de Gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019, Según condición de anemia

Condición de anemia	N	%
Anemia severa	0	0.0
Anemia moderada	6	30.0
Anemia leve	14	70.0
TOTAL	20	100%

Fuente: Libro de Laboratorio - Ficha de recolección de datos del CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019

En el presente cuadro se refiere solo a los casos de anemia, 23.33%; de ellas el 70% de las gestantes con anemia leve y 30% moderada, 0% de anemia severa.

CUADRO N°2 –A

**Distribución de Gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar –
Jaén, enero – junio 2019, según perfil parasitológico**

Tipo de parasitosis	n	%
Quiste Entamoeba coli	11	30.6
Trofozoitos de Bastocystis hominis	9	25.0
Quiste de Giardia lamblia	16	44.4
TOTAL	36	100%

Fuente: Libro de Laboratorio Clínico y Ficha de recolección de datos del CS Morro Solar, Jaén;
enero – junio 2019

En el presente cuadro según número de casos de parasitosis se encontró que un 44.4% presenta quiste de Giardia lamblia.

CUADRO N° 3

Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019; según signos y síntomas de anemia y parasitosis

Signos y síntomas	N	%
Somnolencia	36	100.0
Cefalea	20	55.5
Palidez	20	55.5
Mareos	36	100.0
Ruidos hidroaéreos aumentado	16	44.4
Hiporexia	16	44.4

Fuente: Ficha de recolección de datos del CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019

En el presente cuadro los signos y síntomas de anemia y parasitosis intestinal se presentan que el 100% tienen somnolencia y mareos, un 55.5% cefalea y palidez; un 44.4% de hiporexia y ruidos hidroaéreos aumentado.

CUADRO N° 4

Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019; según características sociodemográficas y obstétricas

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
EDAD (años)	n	%
14 – 20	16	26.7
21 – 30	17	28.3
31 – 40	22	36.7
> 40	5	8.3
TOTAL	60	100%
ESTADO CIVIL	n	%
Soltera	3	5.0
Casada	1	1.7
Conviviente	56	93.3
TOTAL	60	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Primaria	5	8.3
Secundaria	42	70.0
Superior	13	21.7
TOTAL	60	100%
OCUPACION	n	%
Estudiante	8	13.3
Ama de casa	48	80.0
Trabajadora Independiente	4	6.7
TOTAL	60	100.0
PROCEDENCIA	n	%
Urbano	60	100.0
Rural	0	0.0
TOTAL	60	100.0
SITUACIÓN ECONÓMICA	n	%
Bajo	22	36.7
Regular	30	50.0
Buena	8	13.3
TOTAL	60	100%
EDAD GESTACIONAL	n	%
I TRIMESTRE (< 14 semanas)	12	20
II TRIMESTRE (14 a 29 semanas)	25	41.6
III TRIMESTRE (30 a 42 semanas)	23	38.4
TOTAL	60	100%
CONTROL PRENATAL	n	%
CONTRALADA	42	70
NO CONTROLADA	18	30

TOTAL	60	100%
VISITA DOMICILIARIA DE LA GESTANTE	n	%
SI	20	33.3
NO	40	66.7
TOTAL	60	100%
TRATAMIENTO PROFILACTICO AL SULFATO FERROSO	n	%
SI	40	66.7
NO	20	33.3
TOTAL	60	100%

Fuente: ficha de recolección de datos del CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019

En el presente cuadro según características sociodemográficas y obstétricas tenemos que las edades son: 31 – 40 años con un 36.7%, estado civil: conviviente con un 93.3, 70% nivel secundario, en la cual un 80% son amas de casa, donde el 100% son de la zona urbana, con una situación económica regular con un 50%, el 100% cuenta con los servicios básicos con una vivienda propia el 86.7%. Según las complicaciones obstétricas la edad gestacional prevalente es de 14 – 29 semanas con un 41.6%, en la cual son gestantes controladas con un 70%, no hicieron las visitas domiciliarias a la gestante con un 66.7%, se realizó el tratamiento profiláctico al sulfato ferroso un 66.7%.

CUADRO N° 5

Distribución de gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, enero – junio 2019; según adherencia a los controles de laboratorio.

Adherencia*	n	%
Adherente	42	70
No adherente	18	30
TOTAL	60	100

Fuente: libro de laboratorio del CS Morro Solar, Jaén; enero – junio 2019

*Adherencia es la asistencia regular a las citas programadas (toma de Hb – heces seriadas)

En el presente cuadro según la adherencia a los controles de laboratorio un 70% son adherentes.

IV.- DISCUSIÓN.

Con respecto al cuadro n°1: según Perfil parasitológico es: 40% fueron negativos, siguiendo con un 26.7 quiste de Giardia lamblia. Por otro lado, Silva A, Cardoso V, De Arruda B y Santos V. en su investigación "Anemia, parasitosis intestinal en gestantes de un Municipio de Curimataú Paraibano" Brasil, 2018; donde se obtuvo como resultados que el 48% presenta entamoeba coli. Mientras que Vergara A. en su investigación "Parasitosis intestinal en mujeres embarazadas de un hospital de Colombia, 2015" su resultado fue que el 72% presenta Giardia lamblia.

Con respecto al cuadro n°1-a: según Dosaje de Hemoglobina son: que el 46.66% tienen hemoglobina de 11 – 13.9. Mientras tanto Munares G. "anemia en gestantes atendidas en el establecimiento el Ministerio de Salud del Perú" se tuvo como resultados que el 52% tienen hemoglobina entre 10.9 – 13. Por otro lado, Montiel V. "Dosaje de hemoglobina en mujeres embarazadas" Ecuador, 2017, se conoció como resultados que el 72% presenta hemoglobina entre 11 – 14 g/dL.

Con respecto al cuadro n° 2: Según condición de anemia son que un 66.7% no presenta anemia. De forma similar Segura R. en su investigación "Prevalencia de anemia en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil – 2016. Resultó que el 78.15% no presentan anemia. Finalmente, Urdaneta M. en su investigación "Prevalencia de anemia en el embarazo y sus efectos sobre las medidas antropométricas" Colombia, 2016, se obtuvo que el 100% presentan anemia leve.

Con respecto al cuadro n°2 –a: según condición de parasitosis se encontró que un 44.4% presenta quiste de Giardia lamblia. Por otra parte, Cañarejo P. en su investigación "Parasitosis intestinal durante el embarazo y niveles de hemoglobina", Brasil, 2017 se obtuvo como resultados que el 38% presenta Giardia lamblia. Por otro lado, Lenis A. en su investigación "Anemia, parasitosis, consecuencias entre

otros durante el embarazo”, donde los resultados fueron que el 65% presenta entamoeba coli.

Con respecto al cuadro n°3: Según signos y síntomas anemia y parasitosis se presentan con un 100% un 55.5% de cefalea y palidez, un 50% de mareos, y un 44% de hiporexia y ruidos hidroaéreos aumentado. Por una parte, Romero A. en su investigación “Anemia y parasitosis en embarazadas signos y síntomas presentados en un hospital de Colombia”, 2019. Se obtuvo como resultado que el 65% presentaron cansancio y sueño aumentados, y un 20% cefaleas. Además, Cuevas J. en su investigación “Parasitosis en embarazados y casos de anemia”, Brasil, 2016 donde dieron como resultados que 29% presentan cefaleas y un 43% somnolencia y palidez.

Con respecto al cuadro n°4: Según características sociodemográficas y obstétricas tenemos que las edades son: 31 – 40 años con un 36.7%, estado civil: conviviente con un 93.3, 70% nivel secundario, en la cual un 80% son amas de casa, donde el 100% son de la zona urbana, con una situación económica regular con un 50%, el 100% cuenta con los servicios básicos con una vivienda propia el 86.7%. Según las complicaciones obstétricas la edad gestacional prevalente es de 14 – 29 semanas con un 41.6%, en la cual son gestantes controladas con un 70%, no hicieron las visitas domiciliarias a la gestante con un 66.7%, se realizó el tratamiento profiláctico al sulfato ferroso un 66.7%. Requilda D. en su investigación “ Factores sociodemográficos y obstétricos de pacientes gestantes de una población de Brasil , 2015” se obtuvieron como resultados que un 65% son amas de casa, 70% nivel secundaria, convivientes un 69.5%, el 50% son de zonas urbanas , con una situación media de un 40% según las características obstétricas tenemos que el 50% son gestantes controladas, con una edad gestacional que prevale desde las 12 – 20 semanas con un 56.5% y un 40% reciben tratamiento profiláctico.

Con respecto al cuadro n°5: según adherencia a los controles de laboratorio. En el presente cuadro según la adherencia a los controles de laboratorio un 70% son adherentes. Por otro lado, Torre J. en su investigación “Niveles de adherencia que se presentan en mujeres gestantes” Ecuador, 2016; donde se tuvo como resultados que el 40% de controles son adherentes. Sin embargo, Iraola F. en su investigación “Adherencia y no adherencia en mujeres gestantes de una comunidad de Castilla” España, 2016, obtuvieron como resultados que el 85.5% son adherentes y el 14.5% no adherentes.

V.- CONCLUSIONES

1. El perfil parasitológico en gestantes está dado por la presencia de *Giardia lamblia* 26.7%, *Blastocystis hominis* 18.3% y *Entamoeba coli* 15%; el dosaje de hemoglobina predomina entre 11 a 13.9 g/dL con 47%, en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Morro Solar”, Jaén, enero – junio 2019.
2. Se identificaron 20 casos de anemia, de los cuales el 70% corresponde a la condición de anemia leve y 30% anemia moderada; por otro lado, se registró 36 casos de parasitosis intestinal; siendo el más prevalente la *Giardia lamblia* con un 44.4%.
3. Se reconoció los signos y síntomas más frecuentes de anemia y parasitosis intestinal en gestantes: 55.5% cefalea y palidez, un 50% mareos, y un 44% hiporexia y ruidos hidroaéreos aumentado.
4. Se determinó las características sociodemográficas en las gestantes sujeta a estudio: edad entre los 31 – 40 años con un 36.7%, gestante adolescente 26.7%; amas de casa 80%, procedencia zona urbana 100%, situación económica regular 50%, estado civil conviviente 93.3%, grado de instrucción secundaria 70%. Respecto a las características obstétricas: edad gestacional entre 14 – 29 semanas (II Trimestre) con un 41.6%; gestantes controladas 70%, recibe tratamiento profiláctico con sulfato ferroso y ácido fólico el 66.7% y solo el 34% fueron visitadas en su domicilio.
5. Se estableció que la adherencia a los controles de laboratorio para su respectivo análisis de anemia y parasitosis fue del 70%.

VI.- RECOMENDACIONES:

1.- A las autoridades del Ministerio de Salud, en especial al Centro de Salud Morro Solar, Jaén, que por su categoría deben de establecer la asistencia del control perfil parasitológico y dosaje de hemoglobina en las gestantes; así mismo, deben afianzar alianzas conjuntas para que la relación facultativo-paciente garantice mejores niveles de bienestar de los pacientes.

2.- Al tecnólogo médico, como especialista y responsable de laboratorio clínico, debe detectar perfil parasitológico y niveles de hemoglobina en pacientes gestante; así mismo, participar de charlas durante el control prenatal con el servicio de obstetricia, explicándoles a las futuras mamás la relación de anemia y parasitosis intestinal.

3.- A las gestantes, para que estén en permanente comunicación con sus obstetras y tecnólogos médicos sobre sus resultados de laboratorio y deben de tomar mayor conciencia para la prevención de anemia y parasitosis intestinal; sobre todo cumpliendo los controles obstétricos y siendo adherentes al control de laboratorio.

4.- A la Universidad para mantener la exigencia de la investigación científica que permita conocer y transformar la realidad en el campo de la tecnología médica, siendo esta una línea de investigación,

VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. New S, Wirth M. Anemia, pregnancy, and maternal mortality: the problem with globally standardised hemoglobin cutoffs. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(2):166-9
2. Balarajan Y, Ramakrishnan U, Özaltin E, Shankar AH, Subramanian S. Anaemia in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2011;378(9809):2123-35.
3. Gil Suárez CIS, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Rev Cuba Med Gen Integral. 2014;30(1):71-81
4. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Rev Peru Epidemiol. 2014;18(2):1-7.
5. Jagadish K. Maternal Anemia in Various Trimesters and its Effect on Newborn Weight and Maturit., International Journal of Preventive Medicine, Int J Prev Med. 2013; 4(2): 193-199
6. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf).
7. MILMAN, Nils. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2012, vol.58, n.4 , pp. 293-312 .
8. Segura Rodríguez BA. Prevalencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil 2013 [Internet] [Tesis de grado]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18319>

9. Montiel V. "Dosaje de hemoglobina en mujeres embarazadas" Ecuador, 2017.
10. Segura R. "Prevalencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil 2016
11. Urdaneta Machado JR, Lozada Reyes M, Cepeda de Villalobos M, García J, Villalobos N, Contreras Benítez A, et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015;80(4):297-305.
12. Romero A. "Anemia y parasitosis en embarazadas signos y síntomas presentados en un hospital de Colombia, 2019"
13. Cuevas J. "Parasitosis en embarazados y casos de anemia" Brasil, 2016
14. Riemann C, Serrano A, Chedraui P, Salgado G, Dassum P, Vásquez D. Prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre las medidas antropométricas perinatales y el apgar en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, 2013. Medicina (Mex). 2017;19(2):91-6.
15. Requilda D. "Factores sociodemográficos y obstétricos de pacientes gestantes de una población" Brasil, 2015
16. Torre J. "Niveles de adherencia que se presentan en mujeres gestantes" Ecuador, 2016
17. Iraola F. "Adherencia y no adherencia en mujeres gestantes de una comunidad de Castilla" España, 2016.
18. Silva A, Cardoso, V, De Arruda B y Santos V. Estado Nutricional, Anemia, Parasitosis Intestinal en Gestantes de un Municipio de Curimataú Paraibano Brasil 2018, Revista de Atencao Primaria a Saude. 2018, vol. 21 N° 3, p 399-407.
19. Munares-García O, Palacios-Rodríguez K. Estudio retrospectivo sobre concentración de hemoglobina y factores asociados a la anemia posparto en primigestantes menores de 30 años de Lima, Perú, 2010. Rev Médicas UIS. 29 de junio de 2017;30(2):37-44.

20. Julca Pérez FE. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015 [Internet] [Tesis de grado]. [Chiclayo, Perú]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
21. Chacaliaza Reyes YM. Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo para anemia gestacional del Hospital Santa María del Socorro Ica 2015 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2017.
22. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante el hemoglobímetro portátil. Lima 2013.
23. Irisarri M. Estudio Epidemiológico De Las Parasitosis Intestinales Detectadas En La Población Infantil De Ruanda (África Central). Tesis (Facultad De Farmacia). Universidad De Valencia. Valencia. 2016. 268.
24. Altamirano P., Prevalencia de Parasitosis Intestinal y su relación con los estados anémicos en los niños que asisten en las guarderías del municipio de riobamba. Tesis (Bioquímica Y Farmacia) Escuela Superior Politécnica De Chimborazo. Riobamba – Ecuador. 2017.
25. Portilla S. Identificación de parásitos que prevalecen en niños de 1 a 10 años que se atendieron en la Unidad Municipal de Salud Sur, 2016. Tesis (Facultad de Ciencias Médicas). Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador. 2017. 71.

VIII.- ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



“Perfil Parasitológico y Dosaje de Hemoglobina en Gestantes atendidas en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén, enero – junio 2019”

I.- DATOS GENERALES N° de Historia Clínica _____

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____

Estado civil _____ Procedencia: _____ Ocupación: _____

Antecedentes socio económicos Marque con X dentro del paréntesis (X)

Ingreso económico familiar: _____

Servicios básicos: Agua potable () luz () desagüe () Ninguno ()

Vivienda: propia () alquilada () Material de construcción de la vivienda:
adobe () noble () rustico () crianza de animales domésticos: perro
() gato () aves de corral () otros ()

II.- DATOS ESPECÍFICOS Marque con X dentro del paréntesis (X)

Edad Gestacional: _____ I Trimestre () II Trimestre () III Trimestre ()

Primigesta () Multigesta ()

Número de controles obstétricos _____

Diagnóstico obstétrico: _____

Tratamiento profiláctico de anemia Sulfato ferroso y ácido fólico Si () No ()

Exámenes de laboratorio:

Hb _____ Hto _____

Heces seriada _____ Resultados (tipo de parásito) _____

Visitas Domiciliaria Si () No ()

Observaciones: _____

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ DNI _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“PERFIL PARASITOLÓGICO Y DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORRO SOLAR-JAÉN, ENERO – JUNIO 2019”**

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

En señal de conformidad asiento mi firma.

Jaén, de enero, 2019

.....

Nombre

DNI