

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

NAVARRO ROJAS ILARY JUVISCA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2024**

ASESOR

DR. WALTER BRYSON MALCA

ORCID: 0000-0002-7633-6948

TESISTA

NAVARRO ROJAS ILARY JUVISCA

ORCID: 0009-0005-2543-1370

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública

AGRADECIMIENTO:

Al señor por permitirme tener fortaleza y así poder cumplir mis objetivos, a mi familia por darme la fortaleza necesaria en este largo camino, por apoyarme en cada decisión, siempre confiar en mí y en mis propósitos.

DEDICATORIA

A mi padre, que desde el cielo me
conduce en este largo camino.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Metodología: La indagación tiene diseños observacionales, analíticos de casos y controles, transversales y retrospectivos. La población total fue todas las embarazadas asistidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2022 (372 gestantes y 281 con anemia); la muestra fue de 133 casos y 133 controles. La ficha de recojo de datos fue el instrumento y la prueba estadística principal fue el OR a un 95% de confianza.

Resultados: El estado civil de conviviente se asoció con mayores riesgos de anemia gestacional ($p=0.012$, OR: 2.635), lo mismo ocurrió con ganancias de peso menores a 10 kg ($p=0.024$, OR: 2.438) y control prenatal inadecuado, es decir, menos de 6 CPN ($p=0.003$, OR: 3.133). Clínicamente, las pacientes sin diabetes mellitus presentaron un riesgo más alto de anemia gestacional ($p=0.013$, OR: 2.194), al igual que aquellas con antecedentes de anemia gestacional ($p=0.001$, OR: 3.032).

Conclusiones: Existen factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y clínicos de riesgo para la anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Palabras claves: *Anemia, Gestantes, Factores de riesgo (DeCS).*

ABSTRACT

Objective: Determine the danger issues for gestational anemia in patients pickled at the C.M.I. John Paul II in 2022.

Methodology: The training had a databased, logical situation - switch, cross-section besides reflective project. The total populace was all expectant females treated at the Juan Pablo II Motherly besides Teen Midpoint through the year 2022 (372 pregnant women and 281 with anemia); The sample was 133 cases and 133 controls. The device stood a statistic gathering form and the main arithmetical exam remained the OR at 95% confidence.

Results: Cohabiting marital status was related through an advanced danger of gestational anemia ($p=0.012$, OR: 2.635), the same occurred with a heaviness advance of fewer than 10 kg ($p=0.024$, OR: 2.438) and prenatal controls inadequate, that is, less than 6 CPN ($p=0.003$, OR: 3.133). Clinically, patients without diabetes mellitus had a higher risk of pregnant anemia ($p=0.013$, OR: 2.194), as did those with a history of pregnant anemia ($p=0.001$, OR: 3.032).

Conclusions: Around remain sociodemographic, gynecological-obstetric besides scientific danger issues aimed at pregnant anemia in affected role preserved by the C.M.I. John Paul II in 2022.

Keywords: *Anemia, Pregnant women, Risk factors (MeSH).*

INTRODUCCIÓN

La anemia del embarazo es un padecimiento en la que el nivel de hemoglobina en la sangre de las féminas embarazadas disminuye, lo que reduce sus capacidades para trasladar oxígeno a los órganos y tejidos. Esta condición tiene la facultad de manifestarse clínicamente mediante signos como debilidad, palidez cutánea, fatiga, dificultad para concentrarse y mareos. Las complicaciones potenciales de la anemia gestacional incluyen mayores riesgos de partos prematuros, poco peso al nacer del bebé, y en casos severos, problemas cardíacos y respiratorios tanto para la madre como para el feto. Por ello, es esencial que las féminas gestantes tengan un control médico regular para descubrir y tratar la anemia gestacional a tiempo y reducir el riesgo de complicaciones.

Estudiar los factores gineco-obstétricos, sociodemográficos y clínicos de riesgo en mujeres embarazadas es de suma importancia para garantizar un embarazo saludable y seguro. Los factores sociodemográficos, como los niveles socioeconómicos y la accesibilidad a las atenciones médicas, pueden influir en la calidad de las atenciones prenatales que una mujer recibe. Asimismo, los factores gineco-obstétricos, como el historial de embarazos previos, los números de partos anteriores y las condiciones médicas preexistentes, pueden incrementar los riesgos de dificultades durante la gestación. Los factores clínicos, como la presencia de enfermedades crónicas o la detección temprana de condiciones como la anemia gestacional, son cruciales para proporcionar una atención prenatal adecuada y prevenir problemas graves. Por lo tanto, un enfoque integral que aborde estos componentes es básico para garantizar el confort tanto de las madres como del bebé durante el embarazo.

Este estudio se compone de cinco capítulos con enfoques específicos. El primer capítulo establece la problemática y los objetivos, centrados en identificar factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes del Centro

de Salud C.M.I. Juan Pablo II durante 2022. El segundo capítulo revisa la literatura existente sobre este tema. El tercer capítulo puntualiza la metodología empleada, incluyendo la selección de pacientes y análisis estadístico. El cuarto capítulo evidencia el resultado y discute la relevancia clínica de los factores de riesgo. El quinto capítulo concluye el estudio con recomendaciones para mejorar la detección y los tratamientos de la anemia gestacional en dicho centro de salud.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR Y TESISISTA	II
LINEA DE INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO:	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
ÍNDICE	X
INFORME ANTIPLAGIO	XIII
LISTA DE TABLAS	XV
LISTA DE ANEXOS	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 GENERAL.....	2
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6 OBJETIVOS.....	5
1.6.1 GENERAL.....	5
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	5

1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA.....	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.4 HIPÓTESIS.....	18
2.4.1 GENERAL.....	18
2.4.2 ESPECÍFICOS	18
2.5 VARIABLES.....	19
2.6 DEFINICIONES OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	22
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	23
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	28

4.1 RESULTADOS	28
4.2 DISCUSIÓN.....	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
5.1 CONCLUSIONES.....	39
5.2 RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS	49

INFORME ANTIPLAGIO

TESIS - NAVARRO ROJAS ILARY JUVISCA. FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %	11 %	1 %	5 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	3 %
2	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	3 %
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
6	Isabel Otamendi Goicoechea, Saioa Zalba Marcos, M. Ascensión Zabalegui Goicoechea, Arkaitz Galbete et al. "Prevalencia de anemia en población gestante", Medicina Clínica, 2021 Publicación	<1 %



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

FECHA: 25/01/2024

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

ILARY JUVICSA NAVARRO ROJAS/ DR. WALTER BRYSON MALCA

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (x)
- ARTÍCULO ()
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN): 11%

FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022

COINCIDENCIA: 11%

Conformidad Investigador:

Nombre: Ilary Navarro Rojas

Conformidad Asesor:

Nombre: Dr. Walter Bryson Malca

DNI: 76273140

Huella:



DNI: 08819198

Huella:

MEH-FR-80

V.3

24/05/2023

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Característica sociodemográfica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.	28
Tabla 2 – Característica gineco-obstétrica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.	29
Tabla 3 – Característica clínica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.....	30
Tabla 4 – Factor sociodemográfico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.	31
Tabla 5 – Factor gineco-obstétrico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.	32
Tabla 6 – Factor clínico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.....	33
Tabla 7 – Factor de riesgo de anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.	34

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA	53
ANEXO 4: OPINIÓN DE EXPERTOS.....	55
ANEXO 5: CONSTANCIA DE APROBACIÓN	58

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anemia gestacional, es una de las etapas donde se relaciona con los descensos en el nivel de hemoglobina en la sangre, mostrándose en los resultados de laboratorio que están por debajo de los normales valores durante la gestación, representa una preocupación importante para la salud fetal y materna, por tal razón es fundamental reconocer y comprender el factor de riesgo vinculado con la anemia gestacional ya que es fundamental para prever y trabajar esta condición de forma efectiva ¹.

A nivel mundial, la OMS, señaló que se toma por anemia en la gestación a medida que se muestra el valor de hemoglobina no mayor a 11g/dL y los hematocritos inferiores a 33%, también menciona sobre las clasificaciones, se sabe que la anemia leve se tiene una hemoglobina de 10 a 10,9 g/dl; las anemias moderadas de 7 a 9,9 g/dl y las anemias graves inferiores a 7 g/dl ². En España, este estudio, 1.134 mujeres embarazadas recibieron atención prenatal en 2019 y el resultado expuso que los niveles promedio de Hb fueron de 13,1 g/dL en el primer trimestre, 11,5 en el segundo trimestre y 12 en el tercer trimestre, durante el periodo estudiado se ha detectado anemia en el 14,8% de las gestantes presentaba anemia³.

En Latinoamérica, en Brasil un estudio encontró que la incidencia de anemia en la madre es del 53,7% y en el neonato del 32,6%, y el 50% de los neonatos son hijos anémicos de una madre anémica. De esta manera, entre las féminas embarazadas con anemia, el 79,3% tienen anemias leves y el 20,7% tiene moderada y concluimos que la anemia gestacional se vincula con mayores riesgos de morbilidad materno-fetales y del contexto nutricional en los infantes en la etapa de posparto ⁴. En este sentido, en Colombia, se buscó definir y delimitar la vinculación entre factores familiares, económicos, demográficos y de seguridad alimentaria y las bajas reservas de hierro, y se encontró que la proporción y cantidad de féminas con niveles bajos de hierro fue del 32% con

medias geométricas de ferritina de 39,2 µg/L (rango 38,4 - 40,0 µg/L), las gestantes que no querían quedar embarazadas presentan un 110% más de deficiencia de hierro que las deseaban quedar embarazadas. De esta forma, la desnutrición aumentó la severidad de la insuficiencia de hierro en un 47%. Por otra parte, el soporte familiar aminoró el riesgo de insuficiencia de hierro en un 61% ⁵.

En Perú, se observó en un estudio del 2021 que el 28,3% de las mujeres en estudio tuvieron anemia, los análisis bivariados expusieron vínculos entre anemia, nivel educativo, el sector geográfico, edad y suscripción al seguro de salud ($p < 0,05$). En el estudio multivariable, se demostró que la anemia está relacionada con tener educación primaria al incrementar el riesgo en un 96%. con la educación secundaria al aumentarlo en un 100%, el tener entre 15 y 18 años al incrementarlo en 135%, tener más de 35 años de edad por el incremento en un 51% y no gozan con seguro de salud al incrementar el riesgo en un 82% ⁶.

La anemia gestacional es una enfermedad que daña a muchas gestantes y puede presentar consecuencias negativas tanto para las madres como para los fetos. El análisis del factor de riesgo vinculado con la anemia perinatal es importante para reconocer a las féminas de alto riesgo y amplificar metodologías apropiadas de previsión y control para las mujeres de alto riesgo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?
- ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?
- ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 Justificación teórica

La justificación teórica de este estudio se basa en lo esencial de comprender el factor de riesgo específico que tiene la facultad de estar presente en una población localizada en un entorno y contexto particular, mediante el recojo de datos y los análisis de estos factores de riesgo en las pacientes asistidas en el C.M.I. Juan Pablo II, se puede obtener información relevante que contribuya a la detección temprana, las prevenciones y los manejos de la anemia gestacional en esta colectividad.

1.3.2 Justificación práctica

Este estudio permitió identificar el factor de riesgo específico de anemia gestacional que están presentes en esta población atendida en el C.M.I. Juan Pablo II. Al obtener información precisa y actualizada sobre estos factores, los especialistas de la salud podrán realizar una evaluación más precisa del riesgo de anemia gestacional en las pacientes, esto resultará

en una mejor atención prenatal y una reducción de los posibles efectos negativos de la anemia gestacional tanto para el feto como para la madre.

1.3.3 Justificación metodológica

Al realizar la indagación en el C.M.I. Juan Pablo II, se puede acceder a datos médicos y registros de pacientes, lo que facilita el recojo de información relevante sobre el factor de riesgo de la anemia gestacional, además, es posible contar con las colaboraciones de profesionales de la salud y especialistas en la temática, lo que enriquecerá la calidad del estudio.

1.3.4 Justificación social

La indagación del factor de riesgo de la anemia gestacional permite generar conciencia y promover la educación sobre lo fundamental de una alimentación apropiada durante la gestación y la detección temprana de posibles deficiencias de hierro, esto no solo beneficiará a las pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, sino también al público en general.

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Delimitación espacial

Esta indagación se efectuó en el C.M.I Juan Pablo II, ubicado en Av. César Vallejo, Villa El Salvador.

1.4.2 Delimitación temporal

Esta indagación tuvo como intervalo de tiempo del mes de agosto del 2023, pero con información del año 2022.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones podría ser la ausencia de generalización del resultado obtenidos, esta limitación se debe a que la indagación se realizó en un único centro médico específico y el factor de riesgo identificado tiene la facultad de no ser representativos de otras poblaciones o centros de atención médica.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Establecer los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.
- Establecer los factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.
- Identificar los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

1.7 PROPÓSITO

Este es brindar conocimiento científico y evidencias que permitan comprender mejor el factor de riesgo vinculado con la anemia gestacional en esta población específica, al obtener esta información, se podrán implementar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y manejo efectivo de la anemia gestacional, con el objetivo del mejoramiento de la salud materna y fetal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.2 Antecedentes internacionales

Vinogrin et al ⁷, en el año 2022, en Sudáfrica, en su estudio nombrado “Prevalencias, componentes de riesgo y resultado de la anemia en la gestante sudafricana” cuyo propósito fue reconocer y describir la gravedad, componentes de riesgo y morbimortalidad de anemia en la colectividad de gestantes. De esta forma, el tipo de estudio fue una revisión sistemática y metaanálisis excluyendo el análisis de controles y casos. En este sentido, en los resultados se observó que el 31 % equivalía a las prevalencias combinadas de anemia en gestantes, además de la vinculación entre los trastornos hipertensivos de los embarazos y el poco peso al nacer, las deficiencias del hierro fue la razón principal, entre otros factores de riesgo se encontró el VIH y otras infecciones. Se concluyó elevadas prevalencias de anemia en embarazadas, además de componentes de riesgo variados como la insuficiencia de hierro y la presencia de comorbilidades.

Mohamed et al ⁸, en el año 2022, en Etiopía, en su estudio nombrado “Componentes de riesgo de anemia entre gestantes que acuden a las unidades de atenciones prenatales en establecimiento de salud pública”, cuyo propósito fue puntualizar los componentes vinculados con la anemia entre las gestantes que acuden a las atenciones prenatales. El tipo de estudio fue de controles y casos con una muestra de 228 gestantes. De esta manera, en los resultados se analizó tres predictores de anemia entre las gestantes, ingestas inadecuadas de carne roja, consumo 1-2 veces por semana OR: 7.245, o nada OR: 8.69; Consumo insuficiente de vegetales verdes, 1 -2 veces por semana OR: 2.90, 1-2 veces por mes OR: 8.05, fueron asociados con anemia, asimismo de tener una circunferencia braquial media superior de < de 23 cm OR: 16.432 fue

asociado fuertemente con anemia. Se concluyó que hay tres componentes claves vinculados a anemia y las intervenciones que incluyen asesoramiento y un estado nutricional bajo deben ser componentes centrales para estrategias de control de anemia.

Mohamed et al ⁹, en el año 2021, en Beni, en su indagación nombrada “Prevalencia y determinantes de anemia durante el 3er trimestre de la gestación”, cuyo propósito fue reconocer las prevalencias y sus componentes de riesgo. Los tipos de estudios fueron transversales con un total de 387 gestantes en el 3er trimestre. De esta forma, en el resultado se infiere que las prevalencias de anemia fueron el 72%, dentro de los componentes de riesgo hallados se observó a la multiparidad, visitas prenatales poco frecuentes, baja ingesta de frutas y carnes, irregularidad de ingesta de suplementos de hierro, asimismo, el 23,6% de las féminas con anemia tienen fetos pequeños en comparación con su edad. En este sentido, se concluyó que los componentes de riesgo vinculados a las anemias gestacionales en el 3er trimestre del embarazo requieren de más exámenes preventivos para prevenir dificultades durante el embarazo y el parto.

Ling et al ¹⁰, en el año 2019, en Singapur, en su indagación nombrada “Estados del hierro y componentes de riesgo de deficiencias de hierro entre gestante en Singapur: una indagación transversal”, cuyo propósito fue identificar los componentes de riesgo de las deficiencias de hierro entre gestantes. El tipo de indagación fue la cohorte prospectiva de tipo transversal, con una población de 985 mujeres embarazadas entre la 28-28 semanas de gestación. En el resultado se infirió que la concentración de ferritina plasmática fue 24,2 ug/L, el 67 % presentaban depleción de hierro moderado y el 6,8 % grave, además se observó una depleción de hierro entre aquellas con suficiencia de hierro, la edad < 25 años OR: 2,36; Origen étnico malayo OR: 2,05; indio OR: 1,98, título universitario OR: 1,64, multiparidad OR: 1,73; escasez del suplemento que contiene hierro

OR: 3,37 fueron los que presentaron mayor asociación con probabilidades de agotamiento de hierro moderado y grave. Se concluye que a principios el tercer trimestre de embarazo casi las tres cuartas partes de mujeres embarazadas presentaron insuficiencia de hierro, en este sentido, es significativo la detección universal y la suplementación de embarazos en riesgo como medida preventiva.

Vindhya et al ¹¹, en el año 2019, en la India, su indagación nombrada “Prevalencias y componentes de riesgo de anemia entre gestantes que acuden a un hospital del ámbito público en Bangalore, India”, cuyo propósito fue identificar las prevalencias de anemia y sus componentes de riesgo en gestantes que acuden a un hospital del sector público. El tipo de estudio aplicado fue de cohorte “Cascade” con un total de 280 féminas que acataron con el criterio de elegibilidad. En los resultados se observó un 33,9 % de prevalencia de anemia, el 48,4 % fue leve y el 49.5% moderada, el nivel de hemoglobina fue de 11,33 g/dl, también se observó una elevada concentración de Hb. De esta manera, durante el embarazo temprano con una ligera disminución entre la semana 21 y 24. Las depresiones prenatales fueron fuertes predictores de anemia en el estudio bivariado mas no la ansiedad, no se determinó vinculación con variables obstétricas y sociodemográficas. Se concluyó que la anemia materna fue notablemente alta, es importante también considerar diferentes factores de riesgo para poder implementar intervenciones específicas para un mejor control de anemia.

2.1.1 Antecedentes nacionales

Caramantín ¹², en el año 2022, en Piura – Perú, en su investigación titulada “Componentes de riesgo vinculados a la anemia en embarazadas asistidas en el EE.SS I-4 La Unión, en el año 2021”, cuyo objeto fue resaltar los componentes de riesgo asociados a la anemia en la gestante. Los estudios fueron de tipos analíticos de casos y controles. Se halló que

los niveles de anemia más comunes fueron leves, afectando al 92.7% de las mujeres embarazadas. Se encontró una asociación entre tener múltiples embarazos (multigesta), tener múltiples partos (multiparidad), tener menos de 6 controles prenatales y realizar el primer control prenatal en el segundo trimestre, con la existencia de la anemia en la gestación. Se concluye que la existencia de múltiples partos, múltiples embarazos, menos de 6 controles prenatales y las edades gestacionales en el momento del primer control prenatal fueron identificados como componentes de riesgo obstétricos vinculados al despliegue de anemia en mujeres embarazadas.

Gongora ¹³, en el año 2021, en Lima – Perú, en su indagación nombrada “Componentes de riesgo de anemia ferropénica en infantes menores de un año”, cuyo propósito fue reconocer los componentes de riesgo que pueden asociarse durante la gestación. Los estudios fueron de tipos observacionales, descriptivos y de cortes transversales. Con respecto al resultado se halló que el 61,9% de los participantes eran damas, mientras que la edad más comúnmente observada fue de menos de 6 meses tanto en varones como en féminas, aunque fue más frecuente en mujeres (33,3%); el 61,9% de los participantes presentaron anemia leve; se halló que el 69,0% de las madres con anemia en el embarazo dieron a luz a hijos con anemia ferropénica y el 47,6% de los infantes menores de 1 año tenían antecedentes de negligencia materna. En este sentido, se resaltó que los principales componentes de riesgo vinculados al desarrollo de anemia ferropénica en menores de 1 año son referencias de anemia en la gestación, bajo peso al nacer, ingesta inapropiada de alimentos complementarios y abandono de la exclusiva femenina.

Davirán ¹⁴ en el año 2020, en Lima – Perú, en su indagación nombrada “Anemia como componente de riesgo para dificultades perinatales y maternas en embarazadas asistidas en el HMA en el 2020-2021”, cuyo propósito fue definir si la anemia es un riesgo de dificultades maternas.

Los estudios fueron de tipos analíticos, observacionales y retrospectivos. Con respecto a los resultados se halló una vinculación significativa estadísticamente ($p=0.007$) con un riesgo relativo (RR) de 2.35 (IC95%: 1.26-4.39) entre la anemia y las dificultades perinatales y maternas, asimismo, se infirió que la presencia de anemia en el embarazo es un componente de riesgo para dificultades maternas como las preeclampsias (RR: 2.72, IC95%: 2.01-3.69) y las hemorragias postpartos (RR: 3.78, IC95%: 1.73-8.27), en cuanto a las dificultades perinatales, se definió que la anemia es un componente de riesgo para las prematuridades (RR: 1.57, IC95%: 1.01-2.44) y el atraso de los desarrollos intrauterinos (RR: 4.8, IC95%: 1.72-13.38). Se concluye que, si una mujer embarazada tiene anemia, hay un riesgo 2.35 veces mayor de experimentar dificultades perinatales y maternas.

González ¹⁵, en el año 2020, en Sullana – Perú, en su proyecto de análisis nombrada “Componentes de riesgo vinculados a anemia gestacional en los servicios Gineco-Obstétricos del Hospital de Apoyo II – 2 de Sullana, 2019”, cuyo propósito fue definir los componentes de riesgo que son vinculados a la anemia en las estaciones. La indagación fue de tipo casos y controles, analíticos, cuantitativos y de cortes transversales. Con respecto a los resultados se halló que el porcentaje de anemia se distribuyó de la siguiente forma: 30.6% presentó anemias leves, 14.5% anemias moderadas y 4.8% anemias severas, al realizar un análisis de los factores de forma individual, se encontró una relación entre las procedencias rurales ($p=0.01$), consumo de cigarrillos ($p=0.03$), nivel educativo ($p=0.00$), falta de control prenatal adecuado ($p=0.04$) y aumento de peso superior a 10 kg ($p=0.00$) con el progreso de anemias gestacionales, mediante análisis regresivos logísticos, se obtuvieron los siguientes resultados: las procedencias rurales (OR:2.53; IC 1.22-5.23), nivel educativo (OR:5.89; IC 2.20-15.78), uso del cigarrillo (OR:2.38; IC 1.07- 5.28), falta de controles prenatales adecuados (OR:2.29; IC 1.01- 5.18) y aumento de peso superior a 10 kg (OR:3.09; IC 1.48-6.43) son

componentes de riesgo significativos para la formación de anemia gestacional. Se concluye que la anemia en el embarazo está vinculada con el nivel de educación escolar, el consumo de cigarrillos, la procedencia rural, un control prenatal inadecuado y un aumento de peso superior a 10 kg, estos factores se identifican como riesgos significativos vinculados a la anemia en gestantes.

Soto ¹⁶, en el año 2020, en Lima – Perú, en su investigación nombrada “Componentes relacionados a la anemia en embarazadas asistidas del Hospital San José”, tuvo como propósito determinar los componentes relacionados con la presencia de anemia en mujeres embarazadas que fueron hospitalizadas. Las indagaciones fueron de tipos observacionales, analíticos, transversales. Con respecto al resultado se halló que el 78,9% de las gestantes hospitalizadas evidenciaban anemia. Se hallaron mayores prevalencias de anemia en la gestante en el primer trimestre (38,6%) en comparación con otros trimestres ($p=0,00$). Además, el 54,6% de las gestantes menores de 30 años tenían anemia ($p=0,01$), con un odds ratio de 2,2 para esta variable de edad. Las gestantes con un IMC de 25 a 29,9 evidenciaron un mayor percentil de anemia (36,3%) aunque sin significancia estadística ($p=0,29$). La embarazada múltipara expuso una mayor prevalencia de anemia (61,7%) en comparación con las primíparas ($p=0,03$), con un odds ratio de 1,83 para la paridad. De esta manera, las gestantes que no recibieron control prenatal (CPN) tuvieron mayores porcentajes de anemia (64,9%) ($p=0,00$), con un odds ratio estimado de 0,03. Se encontró que varios componentes estaban significativamente vinculados con la presencia de anemia, como las edades maternas, las edades gestacionales, la paridad, el control prenatal y el intervalo genéticos; sin embargo, no se observó asociación entre anemia y preeclampsia, eclampsia y peso corporal hay una asociación significativa.

2.2 BASE TEÓRICA

A- ANEMIA GESTACIONAL

La anemia gestacional se refiere al criterio en la cual el nivel de hemoglobina en la sangre de las mujeres embarazadas se halla menor al valor considerado normal para su etapa de gestación, la hemoglobina son proteínas que se encuentran en el glóbulo rojo y que traslada el oxígeno a los tejidos, la anemia durante el embarazo tiene la facultad de ser causada por insuficiencia de hierro, folato u otros componentes fundamentales requeridos para el desarrollo adecuado de glóbulos rojos, esta condición tiene la incidencia de poseer incidencias negativas en la salud de las madres y de los fetos, ya que puede provocar disminuciones en los suministros de oxígeno y nutrientes a los fetos en desarrollo; de esta manera, es importante diagnosticar y tratar la anemia gestacional para prevenir complicaciones y promover un embarazo saludable ¹⁷.

La anemia gestacional es un estado habitual en todo el planeta, afectando a mujeres embarazadas de diferentes regiones y grupos socioeconómicos. La prevalencia varía según la región y los criterios utilizados para definir la anemia, pero se estima que afecta aproximadamente al 20-30% de las mujeres embarazadas a nivel global ¹⁸.

Distintos componentes tienen la facultad de incrementar los riesgos de desplegar la anemia gestacional. Algunos de los criterios principales de riesgo identificados incluyen insuficiencia de hierro, folato o vitamina B12, consumo inadecuado de alimentos ricos en hierro, embarazos múltiples, edad materna avanzada, bajo IMC antes del embarazo y embarazos muy seguidos ¹⁹.

La anemia gestacional puede tener implicaciones negativas para la salud materna y fetal. Para la madre, puede acrecentarse el peligro de una complicación en el embarazo y el parto, como preeclampsia, hemorragia postparto y poco peso al nacer. Para el feto, la anemia gestacional puede

afectar el crecimiento y desarrollo adecuados, aumentando los riesgos de poco peso al nacer y retraso del desarrollo intrauterino ²⁰.

Las detecciones tempranas y los controles apropiados de la anemia gestacional son primordiales para advertir y controlar sus efectos adversos, las intervenciones incluyen las suplementaciones con ácido fólico y hierro, mejoras en la nutrición y alimentación de las mujeres embarazadas, educación sobre el valor de dietas equilibradas y seguimiento regular en el embarazo para realizar pruebas de detección y control de la anemia.

En resumen, la epidemiología de la anemia gestacional nos proporciona información sobre la magnitud del problema, el factor de riesgo y la consecuencia asociada a ella. Esto ayuda a guiar las estrategias de prevención y control para promover embarazos saludables y reducir la carga de la anemia gestacional.

A.1 Manifestaciones clínicas

La manifestación clínica de la anemia gestacional pueden variar en intensidad y presentación, sin embargo se puede apreciar las principales que aparecen en la anemia; la falta de glóbulos rojos y hemoglobina adecuada tiene la facultad de conllevar a disminuciones de las capacidades de envío de oxígeno en el cuerpo, lo que puede manifestarse como una sensación generalizada de fatiga y debilidad; la anemia puede causar palidez en la piel, especialmente en el rostro, las uñas y las membranas mucosas, como las encías y los párpados, esto se debe a la disminución de las cantidades del glóbulo rojo y la consiguiente disminución del flujo sanguíneo oxigenado en el tejido, asimismo, la falta de oxígeno adecuado en el cuerpo puede dar lugar a sensaciones de mareo y dificultad para respirar, especialmente durante actividades físicas o esfuerzos, por otro lado, el corazón puede aumentar su ritmo para subsanar el aminoramiento del oxígeno en la sangre, llevando a una frecuencia cardíaca más rápida, conocida como taquicardia; asimismo la escasez de oxígeno en el cerebro

tiene la facultad de afectar la concentración, la memoria y el rendimiento cognitivo, lo que puede manifestarse como dificultades para pensar con claridad o problemas de concentración

A.2 Factores predisponentes

Los factores predisponentes para la anemia durante la etapa de gestación son las posibles causas que aparezca esta patología muy común en esta etapa, asimismo, es importante darlas a conocer para contrarrestar y disminuir la alta tasa de casos con anemia gestacional.

A.2.1 Factores sociodemográficos

Para la edad es común en un rango etario entre 18 a 24 años, ya que las mujeres jóvenes poseen mayores riesgos de desplegar anemia gestacional, esto sucede porque suelen tener una ingesta de hierro inadecuada y pueden tener dificultades para mantener una dieta equilibrada durante el embarazo ²¹.

En relación con el estado civil no se registra variaciones significativas con respecto a la anemia gestacional, sin embargo; el valor más dominante, se observó en el segundo y tercer trimestres en las personas que a ocho o más controles ²².

A.2.2 Factores gineco-obstétricos

Los factores de riesgo incluyen las edades gestacionales inferiores a 37 semanas, embarazos múltiples, duración gestacional inferior a dos años y sangrado durante la primera y segunda mitad del embarazo ²³.

Por otro lado la gestante con un IMC de 25 a 29,9 posee una mayor asociación de presentar anemia, las gestantes con preeclampsia o eclampsia también tienen una asociación de anemia ferropénica lo cual se asocia también a la edad gestacional, el control prenatal y los periodos intergenésicos ²⁴.

A.2.3 Factores clínicos

Con respecto a los factores clínicos, se asocia a la infección que han podido presentar o durante la gestación; la diabetes gestacional es un trastorno caracterizado por grados altos de azúcar en la sangre que se extiende en el embarazo, en este sentido, la anemia gestacional se refiere a un aminoramiento en el nivel de hemoglobina y glóbulos rojos en la sangre durante el embarazo; aunque no hay un vínculo causal directo entre las diabetes gestacional y la anemia gestacional, ambas condiciones pueden estar influenciadas por factores similares, como la alimentación deficiente, la salud general de la madre y la presencia de otras enfermedades, además, las mujeres con diabetes gestacional pueden tener mayores riesgos de desplegar una anemia por la influencia de la diabetes en los metabolismos del hierro y la producción del glóbulo rojo ²⁵.

A.3 Manejo terapéutico

Dada la importancia de prevenir las consecuencias adversas del déficit de hierro en el embarazo, es necesario concientizar a los proveedores de salud sobre la necesidad de detectar y tratar esta condición de manera efectiva, es fundamental introducir el concepto de la anemia durante el embarazo y resaltar el valor de una intervención adecuada que asegure un tratamiento efectivo; es importante considerar que el enfoque principal para tratar la anemia moderada y leve causada por la insuficiencia de hierro es el uso de suplementos de hierro administrados por vía oral. estos suplementos, como el complejo de hidróxido de hierro polimaltosa, gluconato ferroso, fumarato ferroso o sulfato ferroso, se consideran el tratamiento estándar más efectivo para acrecentar el nivel de hierro en el organismo; se sugiere que la anemia por deficiencia de hierro leve a moderada (con concentración de hemoglobina equivalente o mayor a 8 g/dL) en el primer y segundo trimestre del embarazo se trate con suplementos orales de hierro ferroso ²⁶.

La terapia con hierro en sangre, se utiliza en pacientes con deficiencia de hierro oral que tienen mala respuesta a los tratamientos orales y en el caso de anemia grave, asimismo, en el primer trimestre del embarazo, se desaconseja el uso de hierro intravenoso (IV) y se toma con seguridad en el segundo y tercer trimestre de gestación; en caso se use el agente estimulante de la eritropoyesis se sugiere en pacientes con el estado de anemia grave, alterado por una inflamación y/o infección que no corresponde apropiadamente a los tratamientos de hierro IV o que rechacen las transfusiones de sangre ²⁶.

A.4 Complicaciones

La disminución de hemoglobina durante la etapa gestacional se ha asociado a las anemias gestacionales y este se ha asociado con un mayor riesgo de partos prematuros, esto puede deberse a que la falta de glóbulos rojos y hemoglobina reduce las capacidades de envío de oxígeno, lo que tiene la facultad de incidir en la salud del feto y provocar partos prematuros; la anemia puede afectar los suministros adecuados de nutrientes y oxígeno al feto en desarrollo, lo que tiene la capacidad de resultar en un crecimiento deficiente del feto; también esta patología puede debilitar el sistema inmunológico de la madre, lo que la hace más susceptible a infecciones en el embarazo y el parto; por este motivo es significativo señalar que el tratamiento adecuado de las anemias gestacionales, a través de la corrección de los niveles de hierro y otras unidades fundamentales, tiene la facultad de colaborar a advertir o reducir estas complicaciones, por lo tanto, es fundamental realizar test de detección de anemia en el embarazo y seguir las recomendaciones médicas para tratarla y advertir alguna complicación tanto para las madres como para los fetos. ²⁷.

A.5 Prevención

Es importante prevenir a la anemia mediante los despistajes o medición de la hemoglobina, también es requerido el consumo de alimentos

balanceados y surtido que contenga un alimento rico en hierro, como pescado, aves, legumbres, espinacas, cereales fortificados, carnes magras y frutos secos, también es importante combinar estos alimentos con fuentes de vitamina C, ya que ayudan y benefician a su reabsorción de manera más efectiva ²⁸

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Anemia: Son afecciones médicas en la que se reduce las cantidades de glóbulos rojos o las concentraciones de hemoglobina en la sangre, de esta manera, reduce las capacidades del cuerpo para transportar oxígeno ²⁹.

Gestación: La gestación se refiere al procedimiento de formación y evolución de un nuevo ser humano en la matriz desde la concepción hasta el momento del parto ³⁰.

Factores Sociodemográfico: Son aquellos aspectos relacionados con la interacción entre los ámbitos sociales y económicos en el que vive una persona o una comunidad ³¹

Edad: La edad se puede expresar en diferentes unidades de tiempo, como años, meses, semanas, días u horas, y está supeditado al ámbito en el que se maneje ³².

Paridad: Es la cantidad total de embarazos que presenta una mujer, independientemente del resultado de cada uno de ellos (ya sea que el embarazo haya llegado a término o haya resultado en abortos espontáneos, partos prematuros o un nacimiento vivo) ³³.

Suplementación de hierro: Se refiere al uso de suplementos dietéticos o medicamentos que contienen hierro para aumentar el nivel de estos minerales en el cuerpo ³⁴.

Hemorragia: Se refiere a las pérdidas de sangre del vaso sanguíneo que provienen del interior y del exterior del cuerpo, y puede variar en gravedad

desde pequeñas pérdidas de sangre hasta hemorragias graves y potencialmente mortales ³⁵.

Diabetes mellitus: Es un padecimiento crónico caracterizado por un grado alto de azúcar en la sangre por una deficiencia o insuficiencia de una hormona llamada insulina ³⁶.

Múltipara: Se utiliza en obstetricia y ginecología para describir a una mujer que ha dado a luz a dos o más hijos viables, es decir, ha tenido más de un embarazo que ha resultado en el nacimiento de un bebé vivo ³⁷.

Riesgo: Se refiere a las posibilidades o probabilidades de que acontezca un evento no deseado, dañino o negativo ³⁸

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

H1: Existen factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

H0: No existen factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

2.4.2 ESPECÍFICOS

Hipótesis específica 1

H1: Existen factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

H0: No existen factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Hipótesis específica 2

H1: Existen factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

H0: No existen factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Hipótesis específica 3

H1: Existen factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

H0: No existen factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

2.5 VARIABLES

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Anemia gestacional

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores sociodemográficos

- Edad
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Estado civil

Factores gineco-obstétricos

- Número de gestaciones
- Ganancia de peso
- Paridad
- Periodo intergenésico

- Controles prenatales

Factores clínicos

- Índice de masa corporal
- Suplementación con hierro
- Diabetes mellitus
- Antecedente de anemia gestacional
- Hemorragia durante el embarazo

2.6 DEFINICIONES OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Anemia gestacional: Condición caracterizada por niveles bajos de hemoglobina en el embarazo, lo que tiene la facultad de incidir en la salud de las madres y el desenvolvimiento fetal. Valores: Presente (Hb < 11 g/dL), Ausente (Hb ≥ 11 g/dL).

Edad: Edad cronológica de las pacientes en años completos, que puede influir en la predisposición a la anemia debido a variaciones nutricionales y fisiológicas. Unidad: Años.

Grado de instrucción: Nivel formativo logrado por la paciente, reflejando posiblemente su conocimiento sobre nutrición y autocuidado durante el embarazo. Valores: Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Técnica/Universitaria.

Procedencia: Área geográfica de origen de las pacientes, lo que podría implicar diferencias en acceso a atención médica y alimentación balanceada. Valores: Lima u Otra provincia.

Estado civil: Estado de relación de las pacientes, que puede influir en el apoyo emocional y social durante el embarazo. Valores: Soltera, Casada, Conviviente, Divorciada, Viuda.

Número de gestaciones: Cantidad de embarazos previos, posiblemente relacionado con mayor riesgo de anemia. Valores: 0, 1, 2 o más.

Ganancia de peso: Incremento de kilogramos en el embarazo, indicativo del estado nutricional y su posible asociación con la anemia. Valores: Menos de 10 kg, De 10 a 15 kg, Más de 15 kg.

Paridad: Cantidad de hijos nacidos con vida, posiblemente influenciando la salud materna y la predisposición a la anemia. Valores: 0, 1, 2 o más.

Periodo intergenésico: Tiempo en años entre embarazos, que podría afectar la recuperación nutricional y riesgo de anemia. Valores: Menos de 2 años, De 2 a 5 años o Mas de 5 años.

Controles prenatales: Periodicidad de visitas médicas, potencialmente influyendo en las detecciones y control de la anemia. Valores: Menor a 6 o De 6 a más.

Índice de masa corporal: Categorización del ámbito nutricional, reflejando el vínculo entre peso y talla, y su posible relación con la anemia. Valores: Bajo peso (Menos de 18,5), Normal (De 18,5 a 24,9), Sobrepeso (De 25 a 29,9) o Obesidad (30 a más).

Suplementación con hierro: Recepción de suplementos de hierro, estrategia de prevención de anemia. Valores: Sí, No.

Diabetes mellitus: Presencia de diabetes, posiblemente vinculada con el riesgo de anemia gestacional. Valores: Sí, No.

Antecedente de anemia gestacional: Historia previa de anemia en embarazos, sugiriendo posible predisposición. Valores: Sí, No.

Hemorragia durante el embarazo: Presencia de sangrado vaginal, que podría contribuir a la anemia. Valores: Sí, No.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque metodológico se fundamentó en el paradigma positivista, adoptando un enfoque cuantitativo. Su objetivo fue confirmar teorías mediante una rigurosa verificación de proposiciones generales, utilizando el análisis cuantitativo para obtener inferencias válidas y replicables. Este enfoque se eligió para alcanzar los objetivos planteados en el análisis ³⁹.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando la variedad de teorías de categorización en investigación, fue esencial adoptar una postura teórica que guiara el estudio. En esta línea, el investigador se basó en las premisas taxonómicas de la Sociedad Hispana de Investigadores Científicos, que se consideraron más comprensibles y esclarecedoras del proceso metodológico ⁴⁰.

- En cuanto a la intervención del autor, este análisis se enmarcó en un enfoque observacional, donde el evento o fenómeno se observó, midió y analizó sin intervenciones directas, presentando los hechos sin alterarlos.
- En términos de análisis, el estudio se categorizó como analítico de casos y controles, a través de análisis estadísticos bivariados.
- En cuanto a la medición temporal y espacial, se clasificó como transversal, ya que las unidades de estudio fueron examinadas en un momento y espacio específico, sin seguimientos ulteriores.
- En relación a la naturaleza de la data, se identificó como retrospectivo, utilizando datos preexistentes para delimitar los factores de riesgos de anemia gestacional.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El análisis se desarrolló en el nivel explicativo, debido a que tuvo como intención principal discernir los grados de relación existentes entre la variable dependiente e independiente.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

El análisis planteó una población total que incluyó a las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2022. El área de estadística informó que durante dicho periodo se atendieron a 372 gestantes, donde 281 pacientes evidenciaron anemia gestacional.

3.2.2 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.
- Gestantes con atenciones registradas en el año 2022.
- Gestantes con atenciones de tercer trimestre.

Criterios de exclusión

- Gestantes de concepción in-vitro
- Gestantes con historia clínica incompleta.
- Gestantes con diagnóstico neoplásicos.
- Gestantes con alteraciones hematológicas congénitas.

3.2.3 Muestra

La muestra comprendió un tercio del conjunto total de la población, siendo estas unidades de análisis que fueron examinadas en un instante específico, como se hizo referencia en anteriores párrafos. Por lo tanto, la

determinación de la dimensión de la muestra se llevó a cabo mediante la utilización del desarrollo empleado en los análisis de casos y controles.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(m+1)\hat{p}(1-\hat{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{mP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{m(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de confianza → 1,96 (95%)
- $Z_{1-\beta}$ = Potencia estadística → 0,842 (80%)
- OR = Odds Ratios → 2,53
- m = Razones del control por caso → 1
- P_1 = Proporciones hipotéticas de exposiciones entre los casos → 0,887
- P_2 = Proporciones hipotéticas de exposiciones entre los controles → 0,755
- \hat{p} = Proporciones mancomunadas → 0,821

Considerando el estudio de Gonzáles ⁴¹ se ha establecido el OR de 2,53. Desarrollando la fórmula con los parámetros establecidos se tiene la siguiente ecuación

$$n = \frac{(1,96\sqrt{(1+1) \times 0,821 \times (1-0,821)} + 0,842\sqrt{1 \times 0,887 \times (1-0,887) + 0,755(1-0,755)})^2}{1 \times (0,887 - 0,755)^2}$$

$$n = 133,0 \text{ (133 por grupo)}$$

En base al desarrollo evidenciado en líneas anteriores, la muestra estuvo resuelta por 133 pacientes gestantes con anemia gestacional y 133 pacientes gestantes sin anemia gestacional.

3.2.4 Muestreo

La elección de los sujetos para formar parte de este estudio se efectuó con el apoyo de la técnica del muestreo aleatorio simple. En este

procedimiento, se aplicó la técnica de aleatorización manejando el software estadístico EpiDat4.2, donde se ingresó la lista de historiales clínicos proporcionada por los servicios de estadística del centro médico. Es importante mencionar que la historia clínica escogida fue aquella que se sometieron al procedimiento de acopio de datos.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Fuentes

En relación a la fuente que suministró la data requerida para llevar a cabo este análisis, se obtuvo la información relevante de la historia clínica del paciente que conformaron la muestra seleccionada de la población en análisis.

3.3.2 Instrumento de recolección de datos

El análisis aplicó la técnica de recolección de datos denominada revisiones documentales, que permitió el acopio de datos de una fuente secundaria, como el historial clínico. Los instrumentos utilizados fueron las fichas de recolección de datos resuelta en cuatro apartados. El primero se refería a la anemia gestacional (hemoglobina y categorización de presencia). El segundo apartado se relacionaba con el factor sociodemográfico (edad, estado civil, procedencia y grado de instrucción). El tercer apartado abordaba los factores gineco-obstétricos (gestaciones, ganancia de peso, periodo intergenésico, paridad, y controles prenatales). El cuarto apartado se refería al factor clínico (IMC, suplementación con hierro, diabetes mellitus, antecedente de anemia gestacional y hemorragia durante el embarazo). De esta manera, los instrumentos fueron validados mediante la técnica del juicio de expertos para acreditar su validez de contenido.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento de obtención de datos implicó la realización de una serie de pasos organizados para asegurar su eficiencia:

- Se desarrolló una reunión con el jefe médico del establecimiento de salud para exponer formalmente el proyecto, obtener la aprobación y la autorización necesaria para su realización, garantizando así el acceso a la información esencial.
- Se planificó visitas al sector de estadísticas y archivo para la identificación y selección de historias clínicas a estudiar.
- El acopio de datos se desempeñó con el apoyo de las fichas de recolección, siguiendo los criterios de selección establecidos para la población.
- La ficha de recolección, una vez completadas, fueron resguardadas hasta el intervalo del procesamiento estadístico.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para garantizar una meticulosa manipulación de la información, se siguieron una serie de fases metodológicas determinadas:

- En un primer momento, se llevó a cabo una verificación de la calidad de los instrumentos empleados en el estudio mediante revisiones visuales para asegurar su coherencia. Aquellos que no cumplieron con el estándar fueron excluidos y se reflejaron en los resultados finales.
- Posteriormente, los instrumentos fueron digitalizados y codificados, ingresando los datos en una matriz dentro de Microsoft Excel 365.
- Los análisis estadísticos se desempeñaron manejando el software SPSSv.25.0.

- Para analizar univariadamente las características poblacionales, se recurrió a las estadísticas descriptivas, presentando las frecuencias absolutas y relativas, así como la medida de tendencias centrales.
- Se efectuó un estudio bivariado fundamental con el fin de establecer un vínculo entre las variables independientes y las dependientes. En este sentido, se manejó la prueba de Chi² de Pearson (independencia) para p-valores inferiores a 0,05, y la regresión logística con Odds Ratio (OR) (confianza del 95%, $p < 0,05$).
- El resultado fue expuesto minuciosamente en tablas apropiadas para facilitar su interpretación integral.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

En este análisis, se consideró de suma importancia adherirse al fundamento ético esencial en el escenario de las investigaciones científicas. Para lograrlo, se tomaron como guía los estándares nacionales e internacionales que rigen los estudios biomédicos y establecen los códigos universales de conducta ética. Además, es relevante destacar que la presente investigación fue sometida a un exhaustivo proceso de evaluación y aprobación por parte del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista (CIEI-UPSJB). Este comité se encargó de supervisar minuciosamente que se acataran los requerimientos para asegurar que el estudio fuera conducido de manera ética y de acuerdo a los estándares establecidos.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS LA PRESENTACION DE RESULTADOS SEGUN SUS OBJETIVOS

Tabla 1 – Característica sociodemográfica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Características sociodemográficas	Descriptivo	
	N	%
Edad promedio en años	28,29 (DE±6,24)	
Edad categórica		
Menos de 30 años	165	62,0
30 o más años	101	38,0
Grado de instrucción		
Sin estudios	5	1,9
Primaria	65	24,4
Secundaria	120	45,1
Técnica-universitaria	76	28,6
Procedencia		
Lima	162	60,9
Otra provincia	104	39,1
Estado civil		
Soltera	49	18,4
Casada	85	32,0
Conviviente	132	49,6

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 1 se observa que las edades promedio de las pacientes evaluadas fueron de 28 años y que el 62,0% tenía menos de 30 años. Además, el 45,1% tuvo un grado de instrucción secundaria, el 60,9% era procedente de Lima y el 49,6% indicó ser conviviente referente a su estado civil.

Tabla 2 – Característica gineco-obstétrica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Características gineco-obstétricas	Descriptivo		OR
	N	%	
Gestaciones promedias	2,42 (DE±1,10)		
Gestaciones categóricas			
Primera	61	22,9	
Segunda	86	32,4	
Tercera o posteriores	119	44,7	
Ganancia de peso en kg promedio	7,82 (DE±2,53)		
Ganancia de peso categórico			
Menos de 10 kg	32	12,0	
De 10 a 15 kg	234	88,0	
Paridad promedio	2,42 (DE±1,10)		
Paridad categórica			
1 parto	61	22,9	
2 partos	86	32,4	
3 o más partos	119	44,7	
Periodo intergenésico			
Menos de 2 años	104	39,1	
De 2 a 5 años	76	28,6	
Más de 5 años	86	32,3	
Controles prenatales promedio	3,71 (DE±2,17)		
Controles prenatales categórica			
Inadecuada (<6CPN)	37	13,9	3,133
Adecuada (≥6CPN)	229	86,1	

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 2 se aprecia que las pacientes tuvieron 2 gestaciones en promedio y que el 44,7% se encontraba en su tercera o posterior gestación. Las ganancias de peso promedio fueron de 8 kg y el 88,0% aumento entre 10 a 15 kg en total. El promedio de partos fue de 3 y el 44,7% se encontraba en su 3 o posterior parto. El 39,1% tuvieron periodos intergenésicos inferior a 2 años. El promedio de controles prenatales fue de 4 y el 86,1% llegó a tener un número adecuado de CPN.

Tabla 3 – Característica clínica de la gestante atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Características clínicas	Descriptivo		OR
	N	%	
Índice de masa corporal			
Bajo peso	26	9,8	
Peso normal	63	23,7	
Sobrepeso	77	28,9	
Obesidad	100	37,6	
Suplementación con hierro			
Ausente	164	61,7	
Presente	102	38,3	
Diabetes mellitus			
Ausente	214	80,5	
Presente	52	19,5	
Antecedente de anemia gestacional			
Ausente	52	19,5	
Presente	214	80,5	
Hemorragia en el embarazo			
Ausente	213	80,1	
Presente	53	19,9	3,032

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 3 se infiere que el 37,6% presentó obesidad. Asimismo, el 38,3% recibió suplementación con hierro, el 19,5% eran pacientes diabéticas, el 80,5% tuvo antecedentes de anemia gestacional y solo el 19,9% tuvo hemorragias en el embarazo.

Tabla 4 – Factor sociodemográfico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Factores sociodemográficos	Anemia gestacional				Chi ² p-valor	OR
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
Edad categórica						
Menos de 30 años	78	47,3	87	52,7	1,293 (0,256)	
30 o más años	55	54,5	46	45,5		
Grado de instrucción						
Sin estudios	3	60,0	2	40,0	0,459 (0,928)	
Primaria	33	550,8	32	49,2		
Secundaria	61	50,8	59	49,2		
Técnica- universitaria	36	47,4	40	52,6		
Procedencia						
Lima	78	48,1	84	51,9	0,568 (0,451)	
Otra provincia	55	52,9	49	47,1		
Estado civil						Ref.
Soltera	32	65,3	17	34,7	8,835 (0,012)	1,596
Casada	46	54,1	39	45,9		2,635
Conviviente	55	41,7	77	58,3		

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 4 se infiere que solo el estado civil se vinculó estadísticamente a la anemia gestacional ($p=0,012$). Además, se halló mayores frecuencias de anemia gestacional en aquellas con estado civil de conviviente (58,3%), seguidas de las casadas (45,9%).

Tabla 5 – Factor gineco-obstétrico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Factores gineco-obstétricos	Anemia gestacional				Chi ² p-valor	OR
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
Gestaciones						
Primera	29	47,5	32	52,5	0,202 (0,904)	
Segunda	44	51,2	42	48,8		
Tercera o posteriores	60	50,4	59	49,6		
Ganancia de peso						
Menos de 10 kg	10	31,3	22	68,8	5,115	2,438
De 10 a 15 kg	123	52,6	111	47,4	(0,024)	
Paridad						
1 parto	29	47,5	32	52,5	0,202 (0,904)	
2 partos	44	51,2	42	48,8		
3 o más partos	60	50,4	59	49,6		
Periodo intergenésico						
Menos de 2 años	59	56,7	45	43,3	4,914 (0,086)	
De 2 a 5 años	39	51,3	37	48,7		
Más de 5 años	35	40,7	51	59,3		
Controles prenatales						
Inadecuada (<6CPN)	10	27,0	27	73,0	9,073	(0,003)
Adecuada (≥6CPN)	123	53,7	106	46,3		

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 5 se infiere que la ganancia de peso ($p=0,024$) y los CPN ($p=0,003$) estuvieron estadísticamente vinculados a la anemia gestacional. En cuanto a la ganancia de peso, se destacó mayores números de pacientes con anemia gestacional en aquellas que tuvieron ganancias de peso menores a 10 kg. Referente a los CPN, se destacó mayores frecuencias de anemia gestacional en aquellas con CPN inadecuados (73,0%).

Tabla 6 – Factor clínico asociado a la anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Factores clínicos	Anemia gestacional				Chi ² p-valor	OR
	Ausente		Presente			
	N	%	N	%		
Índice de masa corporal						
Bajo peso	16	61,5	10	38,5		
Peso normal	32	50,8	31	49,2	6,212	
Sobrepeso	44	57,1	33	42,9	(0,102)	
Obesidad	41	41,0	59	59,0		
Suplementación con hierro						
Ausente	79	48,2	85	51,8	0,572	
Presente	54	52,9	48	47,1	(0,449)	
Diabetes mellitus						
Ausente	99	46,3	115	53,7	6,1119	2,194
Presente	34	65,4	18	34,6	(0,013)	
Antecedente de anemia gestacional						
Ausente	37	71,2	15	28,8	11,569	
Presente	96	44,9	118	55,1	(0,001)	
Hemorragia en el embarazo						
Ausente	105	49,3	108	50,7	0,212	
Presente	28	52,8	25	47,2	(0,645)	

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 6 se ha podido encontrar que la DM ($p=0,013$) y el antecedente de anemia gestacional ($p=0,001$) estuvieron estadísticamente vinculados a la anemia gestacional. En cuando a la DM, aquellas pacientes que no tuvieron dicha comorbilidad presentaron una menor frecuencia de anemia gestacional (53,7%). En cuando al antecedente de anemia gestacional se observó que las que tenía dicho antecedente tuvieron una mayor frecuencia de presentarlo nuevamente en la última gestación (55,1%).

Tabla 7 – Factor de riesgo de anemia gestacional en la paciente atendida en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

Factores de riesgo	Anemia gestacional		
	OR	Límite inferior	Límite superior
Estado civil			
Soltera	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	1,596	0,772	3,301
Conviviente	2,635	1,332	5,215
Ganancia de peso			
Menos de 10 kg	2,438	1,106	5,373
De 10 a 15 kg			
Controles prenatales			
Inadecuada (<6CPN)	3,133	1,450	6,771
Adecuada (≥6CPN)			
Diabetes mellitus			
Ausente	2,194	1,167	4,125
Presente			
Antecedente de anemia gestacional			
Presente	3,032	1,571	5,852
Ausente			

Fuente: Historias clínicas de la CMI JP-II (2022).

En la tabla 7 se aprecia que la gestante con estado civil de conviviente tiene 2,6 veces el riesgo de evidenciar anemia gestacional que las pacientes solteras (OR:2,6; IC95%: 1,3-5,2). La paciente con ganancias de peso menores a 10 kg tiene 2,4 veces el riesgo de presentar anemia gestacional que las pacientes con ganancia de peso mayores (OR: 2,4; IC95%:1,1-5,3). La paciente con CPN inadecuado tiene 3,1 veces el riesgo de anemia gestacional que las que tienen CPN adecuados (OR: 3,1; IC95%:1,4-6,7). Las pacientes que no tienen DM tienen 2,1 veces el riesgo de tener anemia gestacional que las pacientes diabéticas (OR: 2,1; IC95%:1,1-4,1). La paciente con antecedentes de anemia gestacional tiene 3 veces el riesgo de anemia gestacional que las que no presentan dichos antecedentes (OR;3,0; IC95%:1,5-5,8).

4.2 DISCUSIÓN

En la actual indagación se demostró los factores de riesgo de anemia gestacional en donde se observó a través de los resultados que el estado civil de conviviente se vinculó con un acrecentamiento significativo en el riesgo de anemia gestacional ($p=0.012$, OR: 2.635). De manera similar, se observó mayores riesgos en casos de ganancias de peso menores a 10 kg ($p=0.024$, OR: 2.438) y controles prenatales inadecuados, definidos como menos de 6 CPN ($p=0.003$, OR: 3.133). Desde una perspectiva clínica, las pacientes sin diabetes mellitus mostraron un riesgo elevado de anemias gestacionales ($p=0.013$, OR: 2.194), al igual que aquellas con antecedentes de anemias gestacionales ($p=0.001$, OR: 3.032).

La investigación sobre los factores de riesgo de anemia gestacional es esencial para promover la salud materno-fetal y mejorar la atención prenatal. Comprender los elementos que predisponen a esta condición permite no solo identificar a las mujeres embarazadas con mayor probabilidad de desarrollar anemia, sino también adaptar estrategias preventivas y de intervención de manera específica. Este conocimiento contribuye a la optimización de recursos de atención médica, facilitando una asignación más eficiente de esfuerzos y recursos ⁴².

De acuerdo a la primera hipótesis, se planteó determinar los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en donde se observó que dentro de ellos el 52,7% de las gestantes tenían menos de 30 años, el 52,6% tenían estudios técnicos-universitarios, el 51,9% eran de Lima, el 58,3% eran convivientes; todos estos factores tuvieron relación con la anemia gestacional. Soto ¹⁶ en su análisis verificó que en relación a la edad se observó que el 54,6% de las mujeres embarazadas menores a 30 años evidenciaban anemia ($p=0,01$), con un odds ratio de 2,2 asociado a esta categoría de edad. Gonzáles ¹⁵, observó en su estudio una asociación entre el origen rural

($p=0.01$), el nivel formativo ($p=0.00$) y la incidencia de anemia gestacional mediante un estudio de logístico regresivo.

El análisis de los estudios enfocados en determinar los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional revela similitudes y diferencias significativas. En relación con el primer objetivo, se encontró que el 52,7% de las gestantes tenían menos de 30 años, el 52,6% poseían estudios técnicos-universitarios, el 51,9% eran residentes de Lima y el 58,3% eran convivientes. Estos factores demostraron tener una relación significativa con la anemia gestacional. En un análisis desarrollado por Soto, se destacó que la mujer embarazada menor a 30 años presentaba anemia en un 54,6%, con un odds ratio de 2,2 asociado a esta franja etaria. Por otro lado, Gonzáles observó en su investigación una asociación entre la procedencia rural ($p=0.01$) y el nivel formativo ($p=0.00$) con la incidencia de anemia gestacional mediante un análisis de regresión logística. Aunque ambos estudios coinciden en señalar factores sociodemográficos relevantes, sus enfoques específicos y las variables consideradas difieren, proporcionando así una visión más completa de los determinantes de la anemia gestacional.

De acuerdo a la segunda hipótesis, se buscó establecer los factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional, en donde se observó que el 52,5% fueron primigestas, el 68,8% tuvo un aumento inferior de peso del 10 kg, el 52,5% solo tuvieron 1 parto, el 59,3% tuvieron periodos intergenésicos más de 5 años, finalmente el 73,0% tuvo un control prenatal inadecuado. Mohamed⁹ dio a conocer en su estudio que de 387 mujeres, el 72% de las gestantes fueron multíparas y estuvo asociado como factor de riesgo para las anemias gestacionales, asimismo sucede en el bajo peso al nacer estuvo asociado en el tercer trimestre. Ling¹⁰ demostró que la multiparidad estuvo asociada en una OR: 1,73. Caramantín¹², también demostró que entre las asociaciones en su estudio, el 92,7% de las gestantes uno de las asociación para anemia gestacional fue ser multigesta y ser multípara.

El análisis de los estudios orientados a delimitar el factor gineco-obstétrico de riesgo de anemia gestacional revela tanto similitudes como diferencias significativas. En relación con el segundo objetivo, se infirió que el 52,5% de las gestantes eran primigestas, el 68,8% experimentó un aumento de peso inferior a 10 kg, el 52,5% tuvo solo un parto, el 59,3% presentó periodos intergenésicos superiores a 5 años, y, por último, el 73,0% recibió un control prenatal inadecuado. En un análisis efectuado por Mohamed, se informó que el 72% de las gestantes eran multíparas, y esta condición se asoció como un factor de riesgo para las anemias gestacionales, así como el bajo peso al nacer, que también estuvo vinculado en el tercer trimestre. Ling demostró que la multiparidad estaba asociada con un odds ratio de 1,73. Por su parte, Caramantín destacó, en su investigación, que el 92,7% de las gestantes tenía una asociación para la anemia gestacional al ser multigesta y multípara. Aunque los estudios convergen al señalar la multiparidad como un factor relevante, difieren en las variables específicas consideradas, proporcionando así una visión más completa y detallada de los factores gineco-obstétricos vinculados con las anemias gestacionales.

De acuerdo a la tercera hipótesis, se planteó identificar los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional, donde se apreció que, en las gestantes, el 59,0% tenían obesidad, el 51,8% no tenían suplemento con hierro, el 53,7% tenían ausente la diabetes mellitus, el 55,1% tenían antecedentes de anemia gestacional, el 50,7% estuvo ausente la hemorragia en el embarazo. Vindhya ¹¹ encontró en su estudio que el 33,9% tenía prevalencia de anemia en el cual el 48,4% fue leve con niveles de hemoglobina del 11,33 g/dl. Vinogrin ⁷ reforzó estos resultados cuando en su estudio el 31% presentaba anemia por déficit de hierro como causa principal. Gongora ¹³ demostró que el 61,9% de los participantes presentaron anemias leves y el 69,0% de las gestantes tenían hijos con anemia por déficit de hierro. Finalmente, Davirán verificó que hubo asociaciones significativas para las complicaciones como las hemorragias postpartos (RR: 3.78, IC95%: 1.73-8.27), asimismo llegó a indicar que el

riesgo es de 2,35 veces mayor en este tipo de gestantes por lo cual pueden experimentar complicaciones.

El análisis de los estudios enfocados en delimitar los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional revela tanto similitudes como diferencias significativas. Para el tercer objetivo, se infirió que el 59,0% de las gestantes evidenciaban obesidad, el 51,8% no recibían suplemento de hierro, el 53,7% no tenían diabetes mellitus, el 55,1% tenían antecedentes de anemia gestacional, y el 50,7% no experimentaron hemorragia durante el embarazo. En un estudio conducido por Vindhya, se halló que el 33,9% de las gestantes tenía prevalencia de anemia, siendo el 48,4% de grado leve con niveles de hemoglobina de 11,33 g/dl. Vinogrin respaldó estos resultados al destacar que el 31% presentaba anemia por déficit de hierro como causa principal. Gongora demostró que el 61,9% de los participantes tenía anemias leves y que el 69,0% de las gestantes tenían hijos con anemia por déficit de hierro. Por último, Davirán evidenció una asociación significativa entre complicaciones como las hemorragias postpartos (RR: 3.78, IC95%: 1.73-8.27) y las gestantes con anemia gestacional, señalando un riesgo 2,35 veces mayor en este grupo para experimentar complicaciones. Aunque estos estudios comparten la importancia de factores clínicos como la obesidad y la falta de suplementaciones de hierro, difieren en sus enfoques específicos y variables consideradas, proporcionando así un entendimiento más completo del factor clínico asociado a la anemia gestacional.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Existen factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y clínicos de riesgo para la anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.
- El estado civil de conviviente fue un factor sociodemográfico de riesgo para la anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.
- La ganancia de peso menor a 10kg y los CPN inadecuados fueron factores gineco-obstétricos de riesgo para la anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.
- La ausencia de DM y la presencia de antecedentes de anemia gestacional fueron factores clínicos de riesgo para la anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.

5.2 RECOMENDACIONES

- Establecer programas integrales de educación y seguimiento prenatal, enfocándose en grupos de alto riesgo. Incrementar la concientización sobre los cuidados prenatales y la nutrición, con especial énfasis en comunidades donde estos factores son comunes. Incluir asesoramiento nutricional y psicosocial para abordar los aspectos sociodemográficos y clínicos de manera holística.
- Implementar estrategias de apoyo específicas para mujeres en estado civil de convivencia, mejorando el acceso a cuidado prenatal y educación en salud reproductiva. Crear programas de acompañamiento que involucren a las parejas, ofreciendo asesoramiento y apoyo comunitario para fortalecer la red de soporte durante el embarazo.

- Reforzar la importancia de la nutrición adecuada y el control prenatal regular. Asegurar que todas las embarazadas reciban asesoramiento dietético y control de peso sistemático. Promover programas educativos sobre la importancia del seguimiento prenatal para prevenir riesgos asociados a un aumento de peso insuficiente.
- Priorizar la evaluación y seguimiento prenatal en mujeres con historial de anemia gestacional, independientemente de la presencia de diabetes. Implementar medidas preventivas como suplementación de hierro y educación nutricional. Fomentar la vigilancia continua para detectar y tratar tempranamente cualquier indicio de anemia durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espitia De La Hoz F, Orozco Santiago L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2023 May 24];26(3):45–50. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. Espitia De La Hoz F, Orozco Santiago L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2023 May 24];26(3):45–50. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Otamendi Goicoechea I, Zalba Marcos S, Ascensión Zabalegui Goicoechea M, Galbete A, Osinaga Alcaraz M, García Erce JA. Prevalencia de anemia en población gestante. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2022 Mar 25 [cited 2023 May 24];158(6):270–3. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532100124X>
4. De Sá SA, Willner E, Pereira TAD, De Souza VR, Boaventura GT, De Azeredo VB. Anemia gestacional: influencia de la anemia sobre el peso y el desarrollo del recién nacido. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 Nov [cited 2023 May 24];32(5):2071–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001100024&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Arango CM-, Molina CF, Mejía CM. Factores asociados con inadecuados depósitos de hierro en mujeres en primer trimestre de gestación. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2023 May 24];48(4):595–608. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000400595&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. Espinola-Sánchez M, Sanca-Valeriano S, Ormeño-Julca A. Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazada en Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 May 24];86(2):192–201. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000200192&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Vinogrin Dorsamy; Chauntelle Bagwandeem. Prevalencia, factores de riesgo y resultados de la anemia en mujeres embarazadas sudafricanas: revisión sistemática y metanálisis. *BCM Salud Pública* [Internet]. 2022;16(0):12–20. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-01884-w>
8. Omar Mohamed; Yousuf tahir. Factores de riesgo de anemia entre mujeres embarazadas que asisten a la unidad de atención prenatal en establecimientos de salud pública seleccionados de Jigjiga, región de Somali, Etiopía oriental 2019: estudio de casos y controles sin igual. *Rev atención médica Multidiscip* [Internet]. 2022;13(01):769–77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JMDH.S260398>
9. Ewei Mohamed; Farid E. Prevalencia y determinantes de la anemia durante el tercer trimestre del embarazo. *Nutr Clin ESPEN* [Internet]. 2021;44(01):194–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2405457721002345>
10. Ling LSY. Estado del hierro y factores de riesgo de deficiencia de hierro entre mujeres embarazadas en Singapur: un estudio transversal. *BCM Salud Pública* [Internet]. 2019;397(04):18–23. Available from:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6736-y>

11. Vindhya J, Nath A. Prevalencia y factores de riesgo de anemia entre mujeres embarazadas que asisten a un hospital del sector público en Bangalore, sur de la India. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2019;08(01):105–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6396586/>
12. Caramantín R. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el EE.SS I-4 La Unión, durante el año 2021 [Internet]. Universidad Nacional de Piura; 2022. Available from: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3680>
13. Gongora, Cesar; Mejias R. Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños menores de un año. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2021;10(03):58–61. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/238>
14. Davirán A. Anemia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2020-2021 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2021. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4301>
15. Gonzáles Y. Factores de riesgo asociados a anemia gestacional en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 de Sullana, 2019 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2020. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52815>
16. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas del Hospital San José. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet].

- 2020;09(02):150–3. Available from:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/203>
17. Sifakis, S; Pharmakides G. anemia en el embarazo. Ann NY Acad [Internet]. 2020;11(1):18–22. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10818399/>
 18. Hernández A. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017;34(01):43–51. Available from: <https://cris.usil.edu.pe/es/publications/spatial-analysis-of-gestational-anemia-in-peru-2015>
 19. Forrellat M. Vitamina B12: metabolismo y aspectos clínicos de su deficiencia. Rev Cuba Hematol Inmunol y Hemoter [Internet]. 2010;15(03):158–62. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02891999000300001
 20. Martínez, S; Jaramillo J. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2018;44(02):1–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87493>
 21. Paredes, Iris; Choque L. Factores asociados a los niveles de anemia en gestantes del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2016. Rev Médica Basadrina [Internet]. 2018;12(01):18–22. Available from:
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/630>
 22. Escudero, Luz; Parra B. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la Red Hospitalaria Pública de Medellín. Rev Chil Nutr [Internet]. 2021;38(04):105–9. Available from:

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000400005&script=sci_arttext

23. Tinoco L. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el hospital de Ventanilla julio – diciembre, 2018. [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2019. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5242>
24. Soto Ramirez J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “San José” Callao - Lima. 2016 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1256>
25. Tinoco L. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el hospital de Ventanilla julio – diciembre, 2018 [Internet]. Universidad De San Martín de Porres; 2019. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5242>
26. Alegría, Raúl; Gonzales C. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el puerperio. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2019;65(04):120–6. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400014#:~:text=Cuando la prevalencia de anemia,µg%2Fdía\(16\).](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400014#:~:text=Cuando la prevalencia de anemia,µg%2Fdía(16).)
27. Gonzáles, Carlos; Arango P. Resultados perinatales de la anemia en la gestación. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2019;65(04):5–7. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400016
28. Véliz, Nakin; Peñaherrera V. Prevención frente la presencia de anemia

- en el embarazo. Rev científica la Investig y el Conoc [Internet]. 2019;03(01):971–96. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796774>
29. Clinic M. Anemia [Internet]. 2019. p. 10. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>
 30. Arizmendi J, Carmona Pertuz V, Colmenares A, Hoyos DG, Palomo T. Diabetes Gestacional y complicaciones neonatales. Rev Med [Internet]. 2012 Jan [cited 2021 Sep 1];20(2):50–60. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n2/v20n2a06.pdf>
 31. Al-kassab-Córdova A, Méndez-Guerra C, Robles-Valcarcel P, Al-kassab-Córdova A, Méndez-Guerra C, Robles-Valcarcel P. Factores sociodemográficos y nutricionales asociados a anemia en niños de 1 a 5 años en Perú. Rev Chil Nutr [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 May 6];47(6):925–32. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000600925&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 32. Española RA. Edad [Internet]. 2020. p. 5. Available from: <https://dle.rae.es/edad>
 33. Agüero O, Avilán J. Edad, paridad, embarazo y parto. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2001 Jan 1 [cited 2021 Oct 7];61(03):12–4. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000300002
 34. Roemmers. Vitalix: Hierro polimaltosato [Internet]. 2006. p. 1. Available from: https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/P_000001132901.pdf

35. Vargas Chaves S, Duarte Jeremías M. Hemorragia postparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 May 10];5(11):e603. Available from: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.603>
36. Schneider J. la diabetes mellitus tipo 2. Horm Metab Res [Internet]. 1996 [cited 2021 Jul 22];28(9):413–8. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2007-979829>
37. Rosales AP, Gómez NL, Fonseca BAM, Cedeño LU, González LIF. Efectividad de un programa educativo sobre anemia ferropénica en gestantes. Consultorio 12. Siboney. Bayamo. MULTIMED [Internet]. 2020 Jan 23 [cited 2022 Dec 3];24(1):70–84. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1499/1698>
38. Senado J. Los factores de riesgo. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2023 May 24];15(04):1–5. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
39. Hueso A, Josep Cascant M. Metodología técnicas cuantitativas de investigación [Internet]. 1st ed. Universitat Politècnica de Valencia, editor. Vol. 1, Grupos de Estudios en Desarrollo y Cooperación y ética. España : Editorial Universitat Politècnica de Valencia; 2012 [cited 2023 Feb 7]. 3 p. Available from: <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1737>
40. Chacma-Lara E, Laura-Chávez T. Quantitative research: Seeking the standardization of a taxonomic scheme. Rev Med Chil [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Sep 29];149(9):1382–3. Available from: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000901382>
41. Gonzáles Zabalú Y de J. Factores de riesgo asociados a anemia gestacional en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de Apoyo

II - 2 de Sullana, 2019 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2020. Available from: [https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52815#:~:text=Conclusiones%3A Se concluye que la,la anemia en el embarazo.](https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52815#:~:text=Conclusiones%3A%20Se%20concluye%20que%20la%20anemia%20en%20el%20embarazo.)

42. Vásquez, Cinthya; Gonzales G. Situación mundial de la anemia en gestantes. *Nutr Hosp* [Internet]. 2020;36(04):1–8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000400034

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Ilary Juvisca Navarro Rojas

ASESOR:

LOCAL:

TEMA: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022.

Nombre de la variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medida
Anemia gestacional	Condición caracterizada por niveles bajos de hemoglobina durante el embarazo, lo que puede afectar la salud de la madre y el desarrollo fetal. Valores: Presente (Hb < 11 g/dL), Ausente (Hb ≥ 11 g/dL).	No aplica	Hemoglobina sérica del tercer trimestre	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Presente Ausente
Edad	Edad cronológica de las pacientes en años completos, que puede influir en la predisposición a la anemia debido a variaciones nutricionales y fisiológicas. Unidad: Años.	No aplica	Años hasta la última medición de hemoglobina	Cuantitativa discreta	Escala de razón	Años
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado por las pacientes, reflejando posiblemente su conocimiento sobre nutrición y autocuidado durante el embarazo. Valores: Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Técnica/Universitaria.	No aplica	Máximo nivel instructivo alcanzado	Cualitativa politómica	Escala ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Técnico/Universitario
Procedencia	Área geográfica de origen de las pacientes, lo que podría implicar diferencias en acceso a atención médica y alimentación balanceada. Valores: Lima u Otra provincia.	No aplica	Lugar de origen	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Lima Otra provincia
Estado civil	Estado de relación de las pacientes, que puede influir en el apoyo emocional y	No aplica	Registro en RENIEC	Cualitativa politómica	Escala nominal	Soltera Casada

	social durante el embarazo. Valores: Soltera, Casada, Conviviente, Divorciada, Viuda.					Conviviente Viuda Divorciada
Número de gestaciones	Cantidad de embarazos previos, posiblemente relacionado con mayor riesgo de anemia. Valores: 0, 1, 2 o más.	No aplica	Gestaciones previas	Cuantitativa discreta	Escala de razón	1 a más
Ganancia de peso	Incremento de kilogramos durante el embarazo, indicativo del estado nutricional y su posible asociación con la anemia. Valores: Menos de 10 kg, De 10 a 15 kg, Más de 15 kg.	No aplica	Diferencia del peso al iniciar el embarazo con la última medición	Cualitativa politómica	Escala ordinal	Menos de 10 kg De 10 a 15 kg Más de 15 kg
Paridad	Cantidad de hijos nacidos con vida, posiblemente influenciando la salud materna y la predisposición a la anemia. Valores: 0, 1, 2 o más.	No aplica	Número de partos	Cuantitativa discreta	Escala de razón	1 a más
Periodo intergenésico	Periodo intergenésico: Tiempo en años entre embarazos, que podría afectar la recuperación nutricional y riesgo de anemia. Valores: Menos de 2 años, De 2 a 5 años o Mas de 5 años.	No aplica	Intervalo temporal con el embarazo previo	Cualitativa politómica	Escala ordinal	Menos de 2 años De 2 a 5 años Más de 5 años
Controles prenatales	Frecuencia de visitas médicas, potencialmente influyendo en la detección y manejo de la anemia. Valores: Menor a 6 o De 6 a más.	No aplica	Número de controles asistidos	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Menos de 6 De 6 a más
Índice de masa corporal	Categorización del estado nutricional, reflejando la relación entre peso y talla, y su posible relación con la anemia. Valores: Bajo peso (Menos de 18,5), Normal (De 18,5 a 24,9), Sobrepeso (De 25 a 29,9) o Obesidad (30 a más).	No aplica	Relación entre el peso sobre talla al cuadrado	Cualitativa politómica	Escala ordinal	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad
Suplementación con hierro	Recepción de suplementos de hierro, estrategia de prevención de anemia. Valores: Sí, No.	No aplica	Administración de suplementación con hierro	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	No Sí
Diabetes mellitus	Presencia de diabetes, posiblemente vinculada con el riesgo de anemia gestacional. Valores: Sí, No.	No aplica	Diagnóstico previo de diabetes mellitus	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	No Sí

Antecedente de anemia gestacional	Historia previa de anemia en embarazos, sugiriendo posible predisposición. Valores: Sí, No.	No aplica	Registro de anemia en gestaciones previas	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	No Si
Hemorragia durante el embarazo	Presencia de sangrado vaginal, que podría contribuir a la anemia. Valores: Sí, No.	No aplica	Registro de hemorragias en el embarazo actual	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	No Si

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022.

Ficha de recolección de datos

N° de ficha: _____

Fecha: ____/____/____

ANEMIA GESTACIONAL: Presente / Ausente

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- **Edad:** _____ años
- **Grado de instrucción:** Sin estudios / Primaria / Secundaria / Técnica-universitaria
- **Procedencia:** Lima / Otra provincia
- **Estado civil:** Soltera / Casada / Conviviente / Viuda / Divorciada

FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

- **Gestaciones:** _____
- **Ganancia de peso:** _____ kg
- **Paridad:** _____ partos
- **Periodo intergenésico:** Menos de 2 años / De 2 a 5 años / Más de 5 años
- **Controles prenatales:** _____ CPN

FACTORES CLÍNICOS

- **IMC:** Bajo peso / Peso normal / Sobrepeso / Obesidad
- **Suplementación con hierro:** No / Si
- **Diabetes mellitus:** No / Si
- **Antecedentes de anemia gestacional:** No / Si
- **Hemorragia durante el embarazo:** No / Si

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Ilary Juvisca Navarro Rojas

ASESOR:

LOCAL:

TEMA: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL: ¿Cuáles son los factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022?</p>	<p>GENERAL: Determinar los factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Establecer los factores sociodemográficos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p> <p>OE 2: Establecer los factores gineco-obstétricos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p> <p>OE 3: Identificar los factores clínicos de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p>	<p>H1: Existen factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p> <p>H0: No existen factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II en el 2022.</p>	<p>DEPENDIENTE Anemia gestacional</p> <p>INDEPENDIENTE Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Procedencia - Estado civil <p>Factores gineco-obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de gestaciones - Ganancia de peso - Paridad - Periodo intergenésico - Controles prenatales <p>Factores clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal - Suplementación con hierro - Diabetes mellitus - Antecedente de anemia gestacional - Hemorragia durante el embarazo

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>-Nivel: Relacional</p> <p>-Tipo de Investigación: Observacional, analítico (casos y controles), transversal y retrospectivo</p>	<p>Población: El estudio ha planteado una población total que ha considerado a todas las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2022. El área de estadística ha informado que para dicho periodo se han atendido 372 gestantes de los cuales 281 pacientes presentaron anemia gestacional.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. ● Gestantes con atenciones registradas en el año 2022. ● Gestantes con atenciones de tercer trimestre. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gestantes de concepción in-vitro ● Gestantes con historia clínica incompleta. ● Gestantes con diagnóstico neoplásicos. ● Gestantes con alteraciones hematológicas congénitas. <p>Muestra: 133 casos y 133 controles</p> <p>Muestreo: Aleatorio sistemático</p>	<p>Técnica: Revisión documental</p> <p>Software estadístico: SPSS v25.0</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>

ANEXO 4: OPINIÓN DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

Apellidos y nombres del experto: Walter Bryson Malca

Cargo: Medico asistente HNHU

Tipo de experto: Metodólogo

Nombre del instrumento: FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022.

Autor: Ilary Navarro Rojas

II.-Aspectos de validación:

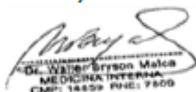
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre: factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022					90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio Analítico-casos y controles.					90

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

90

Lugar y fecha: Lima, 18 de Octubre del 2023



Dr. Walter Bryson Malca
MEDICINA INTERNA
C.M.P. 14859 P.N.E.I. 7809

Firma del Experto

DNI: 08819198

Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

Apellidos y nombres del experto: Elsi Bazán Rodríguez

Cargo: Docente estadística UPSJB

Tipo de experto: Estadístico

Nombre del instrumento: FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022

Autor: Ilary Navarro Rojas

II.-Aspectos de validación:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022					90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I Juan Pablo II, 2022.					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio analítico-casos y controles.					90

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

90

Lugar y fecha: Lima, 18 de Octubre del 2023



Firma del Experto
DNI: 19209983

Informe de Opinión de Experto

I.- Datos generales:

Apellidos y nombres del experto: Leonidas Untiveros Luna

Cargo: Medico asistente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II

Tipo de experto: Especialista

Nombre del instrumento FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022

Autor: Ilyary Navarro Rojas

II.-Aspectos de validación:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances lateoría sobre: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I Juan Pablo II, 2022.					90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer: Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I Juan Pablo II, 2022.					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde a un estudio Anaitico-casos y controles.					90

III.-Opinión de aplicabilidad: APLICABLE

IV.-Promedio de valoración

90

Lugar y fecha: Lima, 18 de Octubre del 2023

MINISTERIO DE SALUD
C.M.I. JUAN PABLO II
Leonidas A. Untiveros Luna
COORDINADOR GINECO OBSTETRA.
* C.M.R.: 19085 RNE: 10341

Firma del Experto

DNI: 10470853

ANEXO 5: CONSTANCIA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N°1618-2023-CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N°1618-2023-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: ***FACTORES DE RIESGO DE ANEMIA GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL C.M.I. JUAN PABLO II, 2022***

Investigador (a) Principal: **NAVARRO ROJAS ILARY JUVISCA**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un período efectivo de **un año** hasta el **04/12/2024**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 04 de diciembre de 2023.




Dr. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle
N° 302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
103, 113 y 123 (Ex km 300)

CHINCHA
Calle Albilla 108
Urbanización Las Viñas
(Ex Toche)

CENTRAL INSTITUCIONAL: (01) 644 9131