



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN
GESTANTES. CENTRO DE SALUD REQUE, OCTUBRE 2020 –
MARZO 2021

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA:

Br. ALVAREZ FARROÑAN, Yamili Liseth

ASESORA:

OBST. MANAY BARRERA, Ada Flor

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD MATERNA

PIMENTEL, PERÚ, 2022

DEDICATORIA

A Dios, por darme las fuerzas necesarias por haber superado los obstáculos en el proceso de obtener uno de mis deseados anhelos, que sin El nada de esto hubiera sido posible.

A mi madre por ser la motivación constante y el pilar fundamental en todo lo que soy.

Con mucho amor, esto es para ti.

AGRADECIMIENTO

Ante todo, agradezco a Dios que suplió mis necesidades espirituales y emocionales, permitiéndome cumplir esta meta importante en mi vida.

A mis padres Rosa & Santos por el apoyo incondicional y la enseñanza diaria a nunca rendirme.

A mi asesora Obst. Ada Flor Manay Barrera por su asesoría, enseñanzas, direccionalidad y apoyo incondicional durante el tiempo en que se realizó el presente trabajo de investigación.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Particular de Chiclayo, por permitirme ser parte de ella y haber obtenido los conocimientos indispensables para formarme como una profesional holística en mi tan anhelada carrera profesional.

Y a todas aquellas personas que participaron en este proceso.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	02
AGRADECIMIENTO	03
RESUMEN.....	05
ABSTRAC	06
I. INTRODUCCIÓN	07
Formulación del Problema	09
Justificación	9
Objetivos.....	10
II. DESARROLLO	11
MARCO TEORICO	11
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
III. METODOLOGIA	21
3.1. Tipo de Investigación	21
3.2. Diseño de Investigación.....	21
3.3. Variables y Operacionalización.....	21
3.4. Población, muestra y muestreo	25
3.5. Técnica e instrumento de Recolección de datos.....	25
3.6. Procedimiento de recolección de datos e información	25
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	25
IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	26
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
5.1. CONCLUSIONES	32
5.2. RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXO	37

RESUMEN

La anemia es una patología debido a la deficiencia de hierro, donde los eritrocitos no pueden transportar suficiente oxígeno a los tejidos del organismo, esta deficiencia amplía el riesgo de complicaciones tanto maternos como para el feto.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores de riesgo que predisponen a la presencia de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021. Se desarrolló una investigación, descriptiva, de corte transversal, retrospectiva, no experimental; el universo consto de 229 gestantes.

Se empleó una ficha de recolección de datos que constó de 17 ítems, utilizando las historias clínicas de las gestantes.

RESULTADOS: Se mantiene que las gestantes tienen 1 probabilidad de contraer anemia. Además, se muestra una relación estadística con significancia ($p < 0.05$).

El 11.79% tuvieron anemia, de este; el 55.6% se encontró con anemia leve, 44.4% anemia moderada y ninguna gestante con anemia severa. Los resultados principales evidencian que, las gestantes anémicas se caracterizan por mantenerse en el rango de edades de 24 a 29 años (40.74%), siendo convivientes el mayor indicador (59.26%), (70.37%) amas de casas, (44.44%) no concluyeron sus estudios secundarios y un (66.67%) viven en zonas rurales. Se mantiene con el mismo indicador de (47.74%) a las gestantes multigestas, nulíparas y de terminación de embarazo anterior vaginal. Del total de gestantes anémicas se obtuvo que el (18,52%) tuvo al menos 1 aborto en su vida, (48.15%) tuvo un peso pre gestacional de sobrepeso, el (37.04%) no habían utilizado ningún ultimo método anticonceptivo El mismo indicador de (40.74%) a gestantes con periodo intergenésico corto, EG de inicio a sus APN y diagnosticadas durante el II trimestre, por último, el (55.56%) fueron gestantes no controladas.

Se concluye que los factores que se asociaron significativamente a la anemia fueron la edad materna de 24-29 años, convivientes, amas de casa, nivel de instrucción secundaria incompleta, procedencia rural, multigestas, nulíparas, periodo intergenésico corto, sin ultimo MAC, IMC pre gestacional con sobre peso, inicio de sus atenciones prenatales y diagnosticadas durante el II trimestre, no controladas.

Palabras Claves: Anemia, Gestantes, Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Anemia is a pathology due to iron deficiency, where erythrocytes cannot carry enough oxygen to the body's tissues, this deficiency increases the risk of complications for both the mother and the fetus.

The present research aims to identify the risk factors that predispose to the presence of anemia in pregnant women treated at the Reque Health Center, October 2020 - March 2021. A descriptive, cross-sectional, retrospective, non-experimental investigation was developed, the universe consisted of 229 pregnant women.

A data collection sheet that consisted of 17 items was used, using the clinical records of the pregnant women.

RESULTS: It is maintained that pregnant women have 1 probability of contracting anemia. In addition, a statistical relationship with significance is shown ($p < 0.05$).

11.79% had anemia, of this; 55.6% were found with mild anemia, 44.4% moderate anemia and no pregnant women with severe anemia. The main results show that anemic pregnant women are characterized by staying in the age range of 24 to 29 years (40.74%), the highest indicator being cohabiting (59.26%), (70.37%) housewives, (44.44 %) did not finish high school and (66.67%) live in rural areas. The same indicator of (47.74%) is maintained in multigesta, nulliparous and previous vaginal pregnancy termination. Of the total of anemic pregnant women, it was found that (18.52%) had at least 1 abortion in their life, (48.15%) had an overweight pre-gestational weight, (37.04%) had not used any last contraceptive method. Indicator of (40.74%) to pregnant women with short intergenetic period, GA of initiation to their APN and diagnosed during the II trimester, lastly (55.56%) were uncontrolled pregnant women.

It is concluded that the factors that were significantly associated with anemia were maternal age of 24-29 years, partners, housewives, incomplete secondary education level, rural origin, multigesta, nulliparous, short intergenetic period, without last MAC, BMI Pre-pregnancy with overweight, beginning of their prenatal care and diagnosed during the second trimester, not controlled.

Key Words: Iron Deficiency Anemia, Pregnant Women, Risk Factors.

I. INTRODUCCIÓN

Importancia y actualidad del Tema

Una problemática constante en el ámbito de salud pública tiende a ser el estado nutricional de las gestantes, su metabolismo y consumo de alimentos ricos en hierro y en su porcentaje su privación de este por diversos factores que hacen que algún estadio de gestación se vea afectado. El conocimiento de los factores de riesgo que influyen en esta patología, que si bien es cierto no es un problema que afecte a toda gestante, pero si a un porcentaje significativo de ellas, por ello es necesario su investigación para proceder a elaborar estrategias para disminuir la prevalencia e incidencia de la anemia en forma contundente desde el área de salud pública donde la carrera profesional de obstetricia tiene profunda labor.

Dentro de los factores de riesgo tenemos de carácter económico, social y hasta educativo que hacen posible que esta patología sea prevalente en el medio. A nivel de salud pública la anemia ha sido tema prioritario y comprometido en proteger la nutrición de las gestantes en los programas de intervención que desarrolla el MINSA, en la cual el Centro de Salud de Reque no es ajeno. En este sentido el presente trabajo de tesis pretende dar una orientación de carácter epidemiológico al tratar los factores de riesgo asociados con anemia ferropénica en gestantes, determinando un perfil de características que deben ser atendidas a través de un seguimiento constante a toda madre gestante.

El trabajo presentado persigue por medio de su implementación y elaboración; obtener organizar, fundamentar e investigar desde la perspectiva del método científico, afrontando una situación problemática del Centro de Salud Reque, dentro de un marco metodológico y un marco administrativo, que dirija el trabajo de investigación con la finalidad de cumplir los objetivos que se trazan en la investigación.

La importancia de desarrollar esta investigación, es identificar el perfil de las gestantes que se predisponen a tener anemia y cuáles serían los factores de riesgo que conllevarían a esta patología.

Realidad Problemática

Actualmente la anemia y la deficiencia de hierro tienden a ser problemáticas de salud a nivel mundial, por las consecuencias sujetas a ellas sobre la salud de la población en general, aspectos económicos y/o sociales que afectan en distintos grados a todos los países. La anemia tiende a ser una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, por ello, es una de las deficiencias nutricionales con mayor indicador que se observan a nivel mundial, afectando a más de $\frac{1}{4}$ de población del mundo. La anemia tiende a ser un problema de salud muy riesgoso, ya que, afecta con mayor prevalencia a las mujeres embarazadas, mundialmente, la anemia mantiene un indicador de 1,62 mil millones de personas (25%), de las cuales, 56 millones son mujeres en gestación. ¹

Cabe indicar que la anemia durante la gestación tiende a ser una de las principales causantes de morbilidad y mortalidad, sobre todo en los países en desarrollo, trayendo con ella consecuencias maternas y fetales, por ello, se estima aproximadamente que, más de 115.000 muertes maternas y 591.000 perinatales a nivel mundial por cada año. ²

Según la OMS, a nivel mundial calcula que un 40% de mujeres en gestación prevalecen de anemia. ³

Cabe indicar que, la anemia se contextualiza como una afección en la cual el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina dentro de ellos es menor del indicador normal.³

Es muy necesaria la hemoglobina para transportar oxígeno, ya que, de ser el caso si una persona tiene pocos glóbulos rojos y si son anómalos o no hay hemoglobina suficiente, será causante para la disminución de la capacidad de la sangre para direccionar o transportar el oxígeno. Según la edad, sexo y tiempo de gestación es que varía la concentración de hemoglobina. Ello, tiende a representar una problemática a nivel mundial de salud, trayendo consigo graves consecuencias para el desarrollo económico, social y en el ámbito de salud. ³

Para el MINSA, 3 de cada 10 mujeres en estado gestacional (29,6%) tienen anemia en el Perú, según informa ENDES – INEI, 2017. ⁴

La anemia en mujeres embarazadas tiende a ser un problema principal de salud en el Perú, en la cual se calcula que, en promedio el 30% de las gestantes contraen anemia, cifras que incluso pueden aumentar y llegar a superar el 40%.⁵

Para el año 2016 afecta en gran dimensión a las mujeres en estado gestacional, 27.9%. Además, el INEI calcula que el 38.9 de mujeres en estado gestacional de edad entre 15 y 19 años, contrae anemia, 2016. ⁶

Sin embargo, el Distrito de Reque no es ajeno a esta problemática, desde hace unos años Reque pasa por problemas sociales y económicos que han generado en la población el consumo de dietas basadas principalmente en carbohidratos y grasas y bajo consumo de alimentos ricos en hierro; adicionándosele a ello el no acudir adecuadamente a sus atenciones prenatales en el Centro de Salud por el desinterés de las madres gestantes; lo que sugiere la posibilidad de que, la presencia de anemia venga desde una línea horizontal desde la etapa pre concepcional y gestacional.

Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021?

Justificación

Se ha demostrado altos porcentajes mundialmente de anemia, siendo en su mayoría mujeres con deficiencia de hierro en la dieta, desconocimiento de los temas de salud, nutrición y suplementación durante embarazo, entre otros, antecedentes observables que posibilitan altos índices de anemia en mujeres gestantes.

Por ser una preocupación constante en salud pública mi investigación se justificó en presentar datos actuales y verídicos, identificando y describiendo los factores de riesgo sobre esta problemática, en el Distrito de Reque.

De forma científica, se recogió datos teóricos de diferentes bases científicas de distintos autores que mantienen su teoría sobre las variables sujetas a estudio.

Así también, se justifica científicamente porque los resultados obtenidos en este estudio, sirvan de fuente de información para próximas investigaciones o de conocimiento científico de quien lo requiera.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la anemia en gestantes.
2. Identificar los factores Gineco-Obstétricos asociados a la anemia en gestantes.
3. Determinar los niveles de anemia en gestantes atendidas.

II. DESARROLLO

MARCO TEORICO

Antecedentes Internacionales

Pérez J. (2020). En su investigación titulada “Factores desencadenantes de la Anemia en gestantes ingresadas en el Hospital del Sur Delfina Torres de Concha”, Ecuador. Se desarrolló con el objetivo de analizar los factores desencadenantes de la anemia en gestantes, para ello, se desarrolló una investigación de tipo cualitativo, transversal y descriptivo; con una población conformada por 52 gestantes. La recolección de datos estuvo sujeta a la encuesta, la cual estuvo conformada por 8 preguntas, además, hicieron uso de las historias clínicas. Analizando los resultados se indica que el mayor índice de anemia se da en las mujeres embarazadas mayores de 26 años con el (48,07%). Los niveles económicos medio (53,84%), y niveles económicos bajos (28,84 %) son los de mayor incidencia. El (75%) de las gestantes que fueron encuestadas estaban en el 3er trimestre de gestación. Dados los resultados, el periodo intergenésico menor de 1 año, indica un (51,92%), el indicador de la anemia leve fue el (69,23%). Se concluyó que la anemia leve fue la del mayor porcentaje de prevalencia y los factores de riesgo de mayor incidencia para su aparición fueron el periodo intergenésico corto menor de 1 año y la edad gestacional de diagnóstico que se encontró dentro del tercer trimestre.⁷

Rincón D., Gonzales J. & Urazán Y. (2019). En su investigación titulada “Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a la anemia en mujeres gestantes”, Colombia. La investigación se desarrolló enmarcado en el objetivo de analizar la prevalencia y factores sociodemográficos que están asociados a la anemia en gestantes. La investigación se desarrolló con una muestra de 1 385 gestantes, las cuales mantienen un rango de edad entre los 13 y 49 años. En los resultados se analizaron el nivel de concentración de hemoglobina, factores sociodemográficos e indicadores de masa corporal, en base a las semanas de gestación en la que se encontraban. Dados los resultados la anemia las gestantes

con anemia conformó un (11,0%). Sin embargo, la anemia prevalecía aún más en las gestantes que no contaban con ningún grado de instrucción académica; mujeres del nivel I socioeconómico (12,7%); que habitan en la región atlántica o pacífica (16,0%; y 12,7%, respectivamente) y mujeres afrocolombianas (18,6%;). Se asoció anemia con vivir en la región atlántica (7,21%), oriental (4,50%), pacífica (5,51%) territorios nacionales (4,37%) y pertenecer a etnia afrocolombiana (2,19%). La investigación concluye que, la población sujeta a estudio mantienen un alto indicador de anemia asociadas a diferentes factores, tales como, residencia, niveles socioeconómicos, niveles de instrucción académica y grupos étnicos. ⁸

Caihuara M., Ortega M. & Arteaga A. (2018). En su estudio denominado “Anemia, prevalencia en gestantes y puérperas, centro de salud integral Santiago de Presto”. Se desarrolló bajo el objetivo de determinar la prevalencia de anemia en mujeres gestantes y puerperio; para ello, se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Posterior a ello, se obtuvo como resultados, que del 100% de las mujeres gestantes y en periodo de puerperio el (60,35%) presentó anemia dentro del estudio de hemoglobina, de las cuales el (76,19%) no tenían conocimiento sobre que era la anemia. De las gestantes sujetas al estudio, el (41,17%) tuvieron una alimentación deficiente durante su proceso gestante y el puerperio. Entonces, se concluye que la falta de información y alimentación deficiente durante el proceso de gestación y el puerperio, tienden a ser factores de mayor riesgo para contraer anemia.⁹

Antecedentes Nacionales

Silva K. (2021). En su tesis denominada “Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca”, Cajamarca. La investigación se desarrolló con el objetivo de determinar los factores asociados a la anemia en gestantes atendidas Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, para ello, se desarrolló un estudio de tipo observacional, transversal, analítico, retrospectivo. Se utilizó una muestra constituida por 170 pacientes, con instrumento de recolección de una ficha. Se obtuvo los resultados de la prevalencia de anemia con un (36,47%). Encontró como resultados que la edad promedio obtenida entre 20 y 35 años con un (36,4%), se demostró que de la

población estudiada el (41.7%) fue nulípara, de procedencia rural (70.59%), el no consumo de suplementación con sulfato ferroso (53.3%) .¹⁰

Bazán M. (2018). En su estudio denominado “Factores asociados a anemia en gestantes tardías a término en el Hospital Goyeneche, 2017 - Arequipa”, Analizó 124 casos de gestantes que se encontraban en la edad mayor a 35 años; la incidencia de anemia ferropénica es de (35.5%). Dados los resultados, la anemia leve prevalecía en el 86.4% de las gestantes, anemia grave 0% y moderada mantenía un indicador de 13,2%. El (25.8%) son de zona urbana, el (44.0%) están casadas y el (35.0%) están conviviendo, el (25.8%) tienen grado instrucción secundaria. El (17.7%) tuvieron de 4 a 6 controles prenatales. El (16.1%) son multigestas y presentó relación estadística significativa a las gestantes tardías anémicas, el (28.2%) tuvieron dos abortos o menos presentando relación estadística significativa, el 22,6% se encontraron en espacio intergenésico en el rango mayor a 2 años, el 21,8% de las gestantes recibieron sulfato ferroso de la semana 32 en adelante, presentando relación estadística entre las gestantes tardías. Posterior a ello, se determinó que, con mayor frecuencia se asocian los factores obstétricos, tales como: la ingesta de sulfato ferroso a partir de la semana 32 indicando un 35%, en cantidad de abortos menor o igual a 2 con un rango del 28,2%, entre 4 y 6 controles prenatales indicaron un 17,6% y las gestaciones que fueron mayores a 3 indicaron un 16%.¹¹

Suarez B., & Torres Y. (2019). En su estudio denominado “Factores asociados a la anemia en gestantes de un Centro de Salud de Huancayo -2019“. El objetivo de la investigación se enmarcó en determinar los factores asociados a la anemia en gestantes del Centro de Salud Justicia, Paz y Vida – El Tambo, Huancayo. Presentando los principales resultados: 1. Factores socio demográficos, grado de instrucción secundaria en curso (60.0%), estado civil de convivientes (63.3%), ocupación de amas de casa (58.3%), sin embargo, se asocia de manera significativa con la anemia en gestantes; 2. Factores Obstétricos, multigestas (50%), nulíparas (41.7%), momento al diagnóstico de anemia durante el segundo trimestre, se mantiene la asociación de manera significativa con la anemia en las gestantes.¹²

Contexto Local

Baldera E. (2021). En su investigación titulada “Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del hospital provincial docente Belén de Lambayeque - 2021”. Se enmarcó con el objetivo general de poder determinar la prevalencia de la anemia en las gestantes que asisten al Hospital Provincial Belén. El estudio se desarrolló de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional de tipo transversal; como población se obtuvo a 209 gestantes de las cuales, como resultado dieron que, prevalecen con anemia el 31,6%, de ellos, el 17.2% forman parte de anemia leve, 13,4% moderada y severa el 1%. Entonces, se concluye que, la anemia en gestantes es mayor que la población de 10 a 34 años de edad. Además, las gestantes primíparas, amas de casa, convivientes, con sobrepeso y con grado de instrucción secundaria, mostraron significancia estadística en complicaciones maternas.¹³

Julca F. (2015). En su investigación titulada “prevalencia de anemia en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, Julio – setiembre del 2015”. La investigación se enmarco con la finalidad de evaluar la cantidad de casos que se presentan con anemia en gestantes, además de identificar la clasificación de la misma, así también, determinar la prevalencia de anemia en lo grupo etáreo y gestantes multíparas. La investigación se mantuvo en tipo descriptivo y transversal, haciendo uso de 397 gestantes como población; dados los resultados, muestra que el 35% de las gestantes tienen anemia, de la cual, el 18.4% es el indicador de anemia leve, anemia moderada indica un 15.6% y con tan solo 1% la anemia severa, entonces se concluye que el rango de edad con mayor riesgo tiende a ser entre los 21 y 28 años en base a la anemia leve la cual prevalece con un 8.3%, entre los 13 y 20 años de edad conforman un indicador del 6.2% en lo que respecta a anemia moderada y la severa influye entre los 29 y 36 años.¹⁴

La anemia se define como un trastorno sanguíneo que se caracteriza por una disminución del número de glóbulos rojos en relación a la cantidad normal circulante.

Los signos de la Anemia corresponden a fatiga o debilidad disminuyendo así la capacidad de realizar trabajos físicos, la falta de hierro también causa una incapacidad de regular la temperatura corporal, altera el metabolismo y la producción hormonal entre otros signos más notorios como piel pálida, mareo, sed en exceso, pulso débil y rápido, respiración rápida, sensación de falta de aliento, calambres en la parte inferior de las piernas.¹⁵

El Ministerio de Salud describe la clasificación de la anemia ferropénica en gestantes en las siguientes etapas según su gravedad y tratamiento correspondiente:

Anemia Leve: corresponde entre los valores de 10 – 10.9 g/dl

Anemia Moderada: corresponde entre los valores de 7 – 9.9 g/dl

Anemia Severa: corresponde a los valores <7 g/dl

La anemia leve y moderada debe recibir la dosis de: 120 mg de hierro elemental + 800 ug de ácido fólico diario (2 tabletas diarias), cabe indicar que el tratamiento es por 6 meses. El control de hemoglobina debe darse cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más.¹⁵

La anemia es una condición de hemoglobina circulante (Hb) baja en la que la concentración ha caído por debajo de un umbral que se encuentra a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de una población sana de la misma edad, sexo y etapa del embarazo. La definición de la OMS para el diagnóstico de la anemia en el embarazo es una concentración de Hb inferior a 11 g / dl (7,45 mmol / L) y un hematocrito inferior al 33%.¹⁶

La anemia de grado severo, tiene que ser tratada de forma inmediata, además, debe referirse al paciente a un establecimiento con mayor complejidad para el tratamiento adecuado.¹⁵

- El diagnóstico de anemia se realiza determinando la concentración de hemoglobina en sangre. Un valor por debajo de 11 g/dl en mujeres embarazadas es indicativo de anemia. El hematocrito es una herramienta de medición alternativa a la hemoglobina cuando ésta no puede realizarse, pero con un nivel de menos precisión.

Cárdenas D., Almanza A. & Carrión P. (2019) citan a Zepeda, Salinas & Reyes, quienes conceptualizan que, dentro de los grupos de población que se encuentran propensos a sufrir estos riesgos de carencia de hierro se encuentran las mujeres embarazadas. La causa común es el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la velocidad de crecimiento.¹⁷

En el embarazo transcurren tres etapas de forma sucesiva, las cuales tienden a modificar el balance de hierro. En la primera etapa, el balance tiende a ser positivo, ya que, cesan las menstruaciones, posterior a ello, comienzan las expansiones de la masa de glóbulos rojos (aproximadamente entre la semana 20 y 25), en el tercer trimestre tiende a tener un rango mayor de captación de hierro por parte del feto, suele suceder después de la semana 30.¹⁷

Entre la suma de los requerimientos que suelen tener el feto y la placenta más la expansión necesaria del volumen sanguíneo materno y la previsión de la sangre perdida que se produce al momento del parto, causan que la necesidad de hierro llegue a su límite en un corto tiempo. Sin embargo, ninguna dieta suele ser necesaria o suficiente para proveer la cantidad necesaria o suficiente de hierro que es requerida; entonces, podemos indicar que, si la mujer no mantiene reservas previas, la consecuencia natural será que contraiga anemia.¹⁷

Las mujeres embarazadas deben recibir durante el segundo y tercer trimestre, la cantidad de hierro que garantice la absorción de 5-6 mg de hierro por día, lo que implica un consumo de 50-60 mg/día (considerando una absorción promedio del 100%). Esta cifra sólo puede lograrse con suplementación farmacológica.¹

Según el artículo de la Dra. Grille S. Durante el embarazo existe normalmente un aumento progresivo de la masa total eritrocitaria y del volumen plasmático en relación a las necesidades del útero y del feto en crecimiento. Es importante destacar que el volumen plasmático aumenta más que la masa de eritrocitos, lo que provoca una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, a pesar del aumento del número de eritrocitos. Esta disminución en la concentración de Hb es máxima entre las semanas 20 y 24 del embarazo. Esta disminución en la concentración de hemoglobina reduce la viscosidad sanguínea, lo cual se considera que mejora la perfusión placentaria y proporciona un mejor intercambio materno fetal de gases y nutrientes. Estos fenómenos se acompañan también durante el embarazo de un incremento en la absorción de hierro a nivel del duodeno. Algunos de los elementos que se involucran en la reducción de Hb en el 1er trimestre, tiende a ser la disminución de la eritropoyetina sérica, lo que quiere decir que, en conjunto al aumento en el primer y segundo trimestre del volumen plasmático, en un nivel de hemodilución funcional. En el momento en que los depósitos de hierro maternos disminuyen, la cantidad de receptores de transferrina placentarios tienden a aumentar considerablemente para favorecer al momento de captar mayor cantidad de hierro. Por otro lado, una mayor síntesis de ferritina placentaria produce mayor transferencia de hierro al feto. Sin embargo, los mecanismos homeostáticos para el hierro suelen ser vulnerables en la interfase feto – placentaria debido a estados deficitarios de hierro en la gestante.¹⁶

Según la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, indica que, en los países de ingresos altos, el hemograma general, el cual cuantifica la concentración sanguínea de Gb, es parte de la atención prenatal corriente. Pero, esta y otras pruebas suelen ser costosas, lo que causa que en lugares de economía baja sean impracticables estas pruebas. Por ello, se realizan evaluaciones a bajo costo y fiables de detección de la anemia en lugares de acceso limitado. En base a ello, la OMS desarrolló un método de bajo costo (escala colorimétrica de la hemoglobina), la cual consiste en diluir sobre un papel cromatografía, específico de la prueba y comparar el tono con una paleta de colores que representa valores de Hb. Por otro lado, en la prueba con el hemoglobionómetro, la sangre que no es diluida, es colocada de forma directa en una micro cubeta que se ingresa en el hemoglobinómetro, generando una lectura.¹⁸

Factores de Riesgo. - Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un momento de probabilidad de padecer el daño, es decir, es el impacto que ocasiona la presencia del riesgo y depende del tipo y gravedad del factor que dará origen a diversas modalidades.

Los factores de riesgo que se asocian al desarrollo de una anemia ferropénica, tienden a ser aquella probabilidad de la presencia de una característica que se puede producir para la disminución del hierro en el organismo; ello mismo el trabajo presentado se desarrolla según las características básicas socio demográficas y características gineco-obstétricas.

Los factores de riesgo sociodemográfico se enmarcan dentro de las características puntuales de:

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Lugar de residencia
- Nacionalidad

Los factores de riesgo gineco-obstétricos consiste desde los antecedentes maternos pre – gestacionales hasta los factores durante la gestación, por ello, el análisis de los factores influyentes durante el proceso de embarazo es de suma importancia para prevenir la anemia ferropénica. Se evaluará:

- Gravidez
- Paridad
- Terminación del embarazo anterior
- Número de abortos
- Periodo intergenésico
- IMC pre gestacional
- Ultimo método anticonceptivo usado
- Edad gestacional al inicio de la APN

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anemia: se conceptualiza como la disminución de la masa de la hemoglobina por la falta de hierro.¹⁹

Anemia por deficiencia de hierro: se conceptualiza como la disminución de los niveles de hemoglobina, causante de la deficiencia de hierro, además de ser conocida también como anemia ferropénica.¹⁹

Hematocrito: se conceptualiza por ser la proporción del volumen total de la sangre, la cual está compuesta por glóbulos rojos.¹⁵

Hemoglobina: tiende a ser una proteína compleja, la cual está constituida por un grupo hem, ella contiene hierro y le brinda el color rojo al eritrocito, y una proporción proteínica, la globina. Esta es la principal proteína que cumple la función de transportar oxígeno en el organismo humano.¹⁵

Concentración de hemoglobina: tiende a ser la cantidad de hemoglobina que se encuentra en un volumen fijo de sangre. Usualmente se manifiesta en gramos por decilitros (g/dl) o gramos por litro (g/l).¹⁵

Hierro: tiende a ser un mineral que se mantiene almacenado en el cuerpo, se utiliza para producir mioglobina, hemoglobina y proteína, la cual cumple con la función de transportar oxígeno al cuerpo humano. La hemoglobina suele encontrarse en glóbulos rojos y mioglobina, almacenado en el músculo, el hierro además, se encuentra en neurotransmisores y en enzimas.¹⁵

Suplemento de hierro: dicha intervención tiende a ser la indicación y la entrega del hierro, el hierro solo o con vitaminas y/o minerales, puede administrarse en tabletas o jarabe, con el objetivo de reponer o mantener niveles de hierro adecuados.¹⁵

Abortos La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gramos.²⁰

Cuando se producen tres abortos consecutivos son considerados abortos de repetición o recurrentes. Dados los estudios realizados por Villazan y Suarez, indican que, el aborto de repetición tiende a ser un factor de riesgo para desarrollar anemia, debido a la pérdida continua de hemoglobina, además de las causales de hemorragias a las que conlleva.

Ácido Fólico: tiende a ser una vitamina derivada del complejo B, la cual mantiene suma importancia de aplicar antes y durante el proceso de gestación, debido a que se ha comprobado que la ingesta adecuada antes y durante las primeras semanas, contribuirá a la disminución del riesgo defectos del tubo neural, se aplica desde la atención preconcepcional siempre y cuando la gestante haya llevado control antes de la gestación, en todo caso, hasta la treceava semana de gestación.¹⁵

Educación Nutricional: es un conjunto de actividades de aprendizaje, cuya finalidad es adoptar de manera voluntaria una conducta alimentaria y toda índole relacionada a nutrición.¹⁵

Número de gestaciones: las gestantes con más de 3 partos, suelen tener 2 ½ veces más de riesgo al presentar anemia, además de considerar los partos con pérdida sanguínea, por ello, es importante contribuir al déficit de hierro del paciente.

²¹

Primigesta, se considera a aquella mujer que está gestando por primera vez. Segundigesta cuando la embarazada está gestando por segunda vez.

Multigesta se considera aquellas mujeres que han llevado de tres a más embarazos.²²

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Investigación

Descriptiva, va a describir las características de ambas variables de estudio, recogiendo la información detallada de la muestra de la población.²⁴

De corte transversal: Porque se encarga de recolectar los datos dentro de un tiempo establecido y en un momento determinado, de esta manera nos permite estudiar tanto la variable independiente, como la dependiente, analizándolas de manera simultánea en un tiempo fijo, en forma retrospectiva, debido a que se tomaron datos ya consignados en las historias clínicas.²⁴

3.2. Diseño de Investigación

No Experimental. de corte transversal.

3.3. Variables y Operacionalización

Variable independiente: Factores de riesgo.

Los factores que generan riesgo para el embarazo son valorados por medio de información recolectada de las historias clínicas; lo que permite su división de las variables.

Variable dependiente: Anemia.

Se considera a la deficiencia de glóbulos rojos en la sangre.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Índice			Escala	Instrumentos de medición
V. Independiente: Factores de Riesgo	Factores sociodemográficos	Edad	-< 17 -18 – 23	-24 – 29 -30- 35	->35	Razón	Ficha de datos Historia Clínica
		Estado Civil	-Soltera -conviviente	-casada -viuda	-divorciada	Nominal	
		Ocupación	-Ama de casa -Profesional	-Empleada -Estudiante		Nominal	
		Grado de Instrucción	-Analfabeta -Primaria -Secundaria completa -Secundaria incompleta	-Sup no Univer. completa -Sup no Univer. incompleta -Sup univer. completa -Sup no univer. incompleta		Ordinal	
		Lugar de Procedencia	-Urbano	-Rural		Nominal	
		Nacionalidad	-Peruana	-Extranjera		Nominal	
	Factores Gineco – Obstétricos	Gravidez	-Primigesta -Multigesta	-Segundigesta		Ordinal	
		Paridad	-Nulípara -Multípara	-Primípara -Gran Multípara		Ordinal	
		Terminación Embarazo Anterior	-Aborto -Cesarea	-vaginal -ninguno		Nominal	
		Nº de Abortos	-Ninguno	-Uno	-Dos -Tres	Ordinal	
		Periodo intergenésico	-PIL -Adecuado	-PIC - Ningún embarazo anterior		Nominal	
		IMC Pregestacional	-<18.5 (BP) -25.0 – 29.9 (SP)	-18.5 – 24.9 (N) ->30.0 (OB)		Razón	
		Último MAC usado	-Píldora -Iny. mensual -Iny. Trimestral	-Implanon -DIU -Condón		Nominal	
		EG al inicio de APN	-I Trimestre	-II Trimestre	-III Trimestre	Ordinal	
		EG al Dx de anemia	-I Trimestre	-II Trimestre	-III Trimestre	Ordinal	
		Control de Gestantes	-Gestante controlada - Gestante no controlada			Nominal	
V. Dependiente: Anemia Ferropénica	Anemia severa	<7g/dl	Si	No		Ordinal	Ficha de datos Historia Clínica
	Anemia moderada	7.0 – 9.9 g/dl	Si	No		Ordinal	
	Anemia leve	10.0 – 10.9 g/dl	Si	No		Ordinal	

3.4. Población, muestra y muestreo

Población

En esta investigación se tomó el total de la población, a 229 mujeres embarazadas pertenecientes al centro de Salud Reque, atendidas en octubre 2020 a marzo 2021

Muestra

Se tomó como muestra a 27 gestantes con anemia que se atendieron en el centro de salud Reque, atendidas en octubre 2020 a marzo 2021

3.5. Técnica e instrumento de Recolección de datos

Técnica de Recolección de datos

En la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de datos el análisis documentario de las historias clínicas de las gestantes, que nos permitió recolectar la información necesaria de las gestantes con diagnóstico de anemia para llevar a cabo la investigación.

Instrumento de Recolección de Datos

Se empleó una ficha de recolección de datos que consto de 17 ítems, donde se consignó las variables objeto de estudio.

3.6. Procedimiento de recolección de datos e información

El procedimiento que se realizó se esquematizo primero en el permiso solicitado y concedido por el jefe del servicio de Obstetricia para el uso de las historias clínicas y posterior a ello el análisis documentario de las historias clínicas de las gestantes que acudieron en el periodo mencionado.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de datos de esta investigación se hará uso del programa SPSS V.25, el que nos dará las tablas de doble entrada correspondientes a los resultados que obtendremos.

IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de la Anemia en Gestantes atendidas, Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021.

ANEMIA	GESTANTES ATENDIDAS			OR	Chi2	P
	Si	No	Total			
Si	27	0	27	1	p<0.05	P _E =11.79
No	202	0	202			P _E =88.21
Total	229	0	229			P=100

En la presente tabla, se puede apreciar que, el 11.79% de las gestantes atendidas presentaron anemia, mientras que el 88.21% de las gestantes atendidas no presentaron anemia. Además, del universo, se mantiene que las gestantes tienen 1 probabilidad de contraer anemia. Así también, se muestra que hay asociación estadística entre las variables con una significancia de ($p<0.05$).

Referente a ello, Rincon D., Gonzales J. & Urazán Y. en su estudio indica que del total de su población estudiada el 11.0% se prevalecía con Anemia. ⁸

Además, Bazán M. en su investigación nos indica que de los 124 casos de gestantes la anemia prevalece en el 35.5% de los casos estudiados. ¹¹

Así también, Julca F. en su estudio lo desarrollo con un total de 397 gestantes, de las cuales nos indica que el 35% eran gestantes con anemia. ¹⁴

Tabla 2. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a la Anemia en Gestantes, Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICAS		N = 27	
		N°	%
EDAD	<17	5	18.52
	18 – 23	7	25.93
	24 – 29	11	40.74
	30 – 35	4	14.81
	> 35	0	0.00
ESTADO CIVIL	Soltera	11	40.74
	Conviviente	16	59.26
	Casada	0	0
	Viuda	0	0
	Divorciada	0	0
OCUPACIÓN	Ama de Casa	19	
	Empleada	5	3.71
	Profesional	1	7.40
	Estudiante	2	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	0	0
	Primaria	3	11.11
	Secundaria completa	5	18.52
	Secundaria Incompleta	12	44.44
	Sup. No universitaria comp.	1	3.71
	Sup. No universitaria incomp	3	11.11
	Superior universitaria comp	1	3.71
	Sup. Universitaria incompleta	2	7.40
LUGAR DE PROCEDENCIA	Urbano	9	33.33
	Rural	18	66.67
NACIONALIDAD	Peruana	24	88.89
	Extranjera	3	11.11

En la tabla 2, en lo que respecta a los factores de riesgo sociodemográficas, encontrados en la investigación, el (40.74%) presentaron el rango de edad entre 24 a 29 años, el 59.26% son de estado civil convivientes, de las cuales el 70.37% son ama de casa, el 44.44% con nivel de instrucción de secundaria in completa, además, el

66.67% de ellas proceden de zonas rurales, siendo el 88.89% de nacionalidad peruana.

Respecto a ello, Pérez J. (2020), en su investigación obtiene como resultado que el mayor indicador en lo que respecta a edades se sitúa en gestantes mayores de 26 años con un 48,07%. ⁷

Por otro lado, Suarez B., & Torres Y. (2019)., en su investigación menciona que como resultados obtuvo mayor prevalencia en mujeres con grado de instrucción secundaria en curso con un indicador de 60.0%, en estado de convivientes 63.3%, ocupación amas de casa 58.3%¹²

Así también, Bazán M. (2018), en su estudio, en donde el 25.8% son de zona urbanas, el 35.0% de las gestantes son convivientes y el 25.8% tiene el grado de instrucción secundaria. ¹¹

Tabla 3. Factores Gineco-Obstétricos asociados a la Anemia en Gestantes, Centro de Salud Reque, octubre 2020 – marzo 2021.

FACTORES GINECO - OBSTETRICOS		N = 27	
		N°	%
GRAVIDEZ	Primigesta	10	37.04
	Segundigesta	6	22.22
	Multigesta	11	40.74
PARIDAD	Nulipara	11	40.74
	Primipara	9	33.33
	Multipara	7	25.93
	Gran Multipara	0	0
TERMINACIÓN EMBARAZO ANTERIOR	Aborto	6	22.22
	Vaginal	11	40.74
	Cesárea	1	3.71
	Ninguna	9	33.33
NÚMERO DE ABORTOS	Ninguno	19	70.37
	1	5	18.52
	2	3	11.11
	3	0	0
PERIODO INTERGENISICO	PIL	2	7.40
	PIC	11	40.74
	Adecuado	4	14.81
	Ningún embarazo anterior	10	37.04
IMC PRE GESTACIONAL	<18.5 (BP)	2	7.40
	18.5 – 24.9 (N)	13	33.33
	25.0 – 29.9 (SB)	9	48.15
	>30.0 (OB)	3	11.11
ULTIMO MAC	Pildora	3	11.11
	Iny. Mensual	0	0
	Iny. Trimestral	5	18.52
	Implanon	0	0
	DIU	0	0
	Condón	9	33.33
	Ninguno	10	37.04
EG AL INICIO DE LA APN	I Trimestre	9	33.33
	II Trimestre	11	40.74
	III Trimestre	7	25.93
EDAD GESTACIONAL DE DX DE ANEMIA	I Trimestre	4	14.81
	II Trimestre	12	44.44
	III Trimestre	11	40.74
CONTROL DE GESTANTES	Gestante controlada (>6)	12	44.44
	Gestante no controlada (<6)	15	55.56

En la tabla 3, se muestran los factores Gineco-Obstétricas, en los cuales obtuvimos que el 40.74% de las gestantes con anemia son Multigesta, así también, muestra el mismo indicador al Factor Paridad en gestantes Nulíparas; mismo porcentaje a terminación de embarazos anteriores por vía vaginal.

De las gestantes con anemia, el 18.52% han tenido como antecedente 1 aborto y el 11.11% 2 abortos. El 40.74% tuvieron un periodo intergenésico corto, tan solo el 7.40% han tenido un periodo intergenésico largo y el 14.81% tuvieron un periodo adecuado.

Parte importante de todo ello, es el peso pre gestacional, sin embargo, mantenemos que el 48.15% de las gestantes con anemia se encontraron con sobrepeso.

Por otro lado, nos muestra que el 37.04% de las gestantes no usaba ningún ultimo anticonceptivo y el 33.33% hacia uso del condón. Además, el 40.74% iniciaron sus APN durante el II trimestres, el 33.33% en el I Trimestre y solo el 25.93% en el III Trimestre. Cabe indicar que, el 44.44% de las gestantes fueron diagnosticadas con anemia en el II Trimestre gestacional, posterior a ello, el 40.74% fueron diagnosticadas en el III Trimestre y el 14.81% en el I Trimestre; para finalizar el 55.56% fueron gestantes con anemia no controladas y el 44.44% fueron gestantes con anemia controladas.

Referente a ello, Pérez J. (2020), en su investigación indica que el 75% de su población estudiada se encontraba en el III Trimestre de gestación, con un periodo intergenésico corto indicando un 51.92%⁷

Por otro lado, Bazán M. (2018) en su investigación obtiene como resultado que, el 61.1% de su población estudiada eran gestantes multigestas, además, presentaron que el 28.2% tuvieron menor o igual a 2 abortos.¹¹

Suarez B., & Torres Y. (2019) en su resultado nos manifiesta que, de los factores obstétricos de su población estudiada, el 50% eran multigestas, 41,7% nulíparas, diagnosticadas con anemia durante el II trimestre. ¹¹

Tabla 4. Determinación de los niveles de Anemia en Gestantes según la clasificación. Leve, moderada y Severa.

VALORACIÓN DE LA ANEMIA		N = 27	
		Nº	%
ANEMIA SEVERA	<7g/dl	0	
ANEMIA MODERADA	7.0 – 9.9 g/dl	12	44.4
ANEMIA LEVE	10.0 – 10.0 g/dl	15	55.6

En la presente tabla se muestra la valoración de la Anemia dados los casos estudiados, en la cual muestra que, el mayor rango se encuentra con un 55.6% en Anemia Leve y la Anemia moderada se sitúa con un 44.4%.

Así también, Bazán M. (2018) en su estudio se determinó que, el 86.4% de las embarazadas tardías tienen anemia leve siendo el mayor indicador, el 13.6% se situaba en anemia moderada y con el 0% en anemia grave. ¹¹

Por otro lado, Baldera E. (2021) nos muestra que en su estudio la anemia leve prevalece con un 17.2%, la anemia moderada prevalece con un 13.4% y la severa con apenas el 1%. ¹³

Julca F. (2015). Concluye que en su estudio la anemia leve obtuvo un 18,4%, la anemia moderada un 15.6% y con tan solo 1% la anemia severa. ¹³

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se concluye que, el 11.79% de las gestantes atendidas tuvieron anemia. Se mantiene que, las gestantes que fueron atendidas, tenían 1 de probabilidad de contraer anemia, con una relación estadística con significancia de ($p < 0.05$).

Entre los factores sociodemográficos estudiados, las gestantes anémicas se caracterizan por: mantenerse en el rango de edades de 24 a 29 años, convivientes, amas de casa, nivel de instrucción de secundaria incompleta, procedentes de zonas rurales, de nacionalidad peruana.

Así también, de los principales factores gineco obstétricos estudiados de las gestantes con anemia, obtuvimos que: (40.74%) fueron multigestas, nulíparas, con terminación de embarazos anteriores por vía vaginal. (29.63%) tuvieron entre 1 y 2 abortos, con un periodo intergenésico corto, (48.15%) se encontró con un IMC pre gestacional en sobrepeso, (37.04%) no utilizó ningún último método anticonceptivo, (44.44%) iniciaron sus APN durante el II Trimestre, fueron diagnosticadas con anemia durante el II Trimestre de gestación y en mayor porcentaje fueron gestantes con anemia no controladas.

Cabe indicar que, el mayor rango lo obtuvo con un 55.6% Anemia Leve y la Anemia moderada se situó con un 44.4%.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Instruir a las gestantes en el aprovechamiento de los nutrientes de sus alimentos, indicándoles cómo pueden balancearlos correctamente, ya que un gran porcentaje de ellas se encontraban con sobre peso. Pudiéndose realizar un trabajo articulado y completo en consejerías nutricionales entre la nutricionista, la obstetra y el médico para el cambio de conducta.

2. Captación temprana de las gestantes que se encuentren en el primer trimestre para una suplementación nutricional adecuada.

3. Identificar a las gestantes procedentes de zonas rurales, con énfasis a las que tuvieron un grado de instrucción inferior a secundaria completa y brindarles sesiones demostrativas de cómo pueden utilizar los alimentos ricos en hierro en las preparaciones de sus dietas.

4. Establecer un registro de las gestantes diagnosticadas con anemia y mantener una monitorización remota para el seguimiento y cumplimiento del tratamiento de suplementación de hierro.

5. Mantener informadas a las gestantes de la importancia de su asistencia a las atenciones prenatales, para reconocer de una manera oportuna los signos y síntomas en caso presenten anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. New S, Wirth M. Anemia, pregnancy, and maternal mortality: the problem with globally standardised hemoglobin cutoffs. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1 de enero de 2015;122(2):166-9
2. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. Semin Hematol. 1 de octubre de 2015;52(4):339-47.
3. Organización Mundial de la Salud. Anemia [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
4. Ministerio de Salud. Tres de cada diez gestantes en el Perú tienen Anemia, Según ENDES 2017.
5. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2014;31(3):501-8
6. Plan Nacional para la Reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú:2017 – 2021. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
7. Pérez J. Factores desencadenantes de la Anemia en gestantes ingresadas en el Hospital del Sur Delfina Torres de Concha [Internet]. [Esmeraldas-Ecuador]; 2020 [cited 2021 Jul 1]. Available from: https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2085/1/PEREZ_ECHEVERRÍA JOSELYN.pdf
8. Rincón D., González J., Urazán Y. Prevalencia y factores sociodemográficos asociados a anemia en mujeres gestantes de Colombia (análisis secundario de la ENSIN 2010). Nutricion Hospitalaria [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Jul 1];36(1):87–95. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
9. Caihuara M, Ortega M, Arteaga F. Anemia. Prevalencia en gestantes y puérperas. Centro de salud integral Santiago de Presto. septiembre 2017 a febrero 2018. Archivos Bolivianos de Medicina [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 26];29(97). Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004-05252018000100008&script=sci_arttext&tlng=es
10. Silva K. (2021)“Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca”, Cajamarca. Available from:

https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4195/T016_72516593_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Bazán M. Factores asociados a Anemia en gestantes tardías a término en el Hospital Goyeneche 2017 [Internet]. [Arequipa]; 2018 [cited 2021 Jul 1]. Available from:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5583/Mdbarame.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Suarez B., & Torres Y. (2019). "Factores asociados a la anemia en gestantes de un Centro de Salud de Huancayo -2019". Available from:
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1928/TESES%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Baldera E. (2021). Prevalencia de Anemia en Gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque - 2021.
https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9262/Baldera_Tapia_Eder_Steve.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Julca F. (2015). Prevalencia de Anemia en Gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, julio – setiembre del 2015.
<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/997/BC-TES-5760.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Ministerio de Salud. Norma Técnica- Manejo terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Lima- Perú; 2017 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/>
16. Grille S. ANEMIA Y EMBARAZO.
https://www.hematologia.hc.edu.uy/images/Anemia_y_Embarazo.pdf
17. Cardenas D., Almanza A. & Carrion P. (2019). Diagnóstico de anemia en la mujer embarazadas. <https://repositorio.unan.edu.ni/12256/13/12256.pdf>
18. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una Experiencia, 2018
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
19. Rosell A. ANEMIAS.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/anemia.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud, 2014. Glosario para la discusión sobre aborto.
<https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/ABORTO-GLOSARIO.pdf>

21. Cristina G. Complicaciones Obstetricas y Perinatales en Gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola- Cañete. 2014.
22. Cabero L. Obstetricia Y Medicina Materno Fetal 2007 [cited 2018 Enero 16 Available from: https://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA325&lpg=PA325&dq=numero+de+gestaciones+primigesta+secundigesta+definici%C3%B3n&source=bl&ots=R18Zk1PCpv&sig=pkJq4bMHsCKuz3hG57DfD0_iAYw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjaoLvOnfDYAhUEUKwKHSm4BJUQ6AEILDAB#v=onepage&q=numero%20de%20gestaciones%20primigesta%20secundigesta%20definici%C3%B3n&f=false
23. Minsa, 2019. norma técnica de salud. atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
24. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) Metodología de la Investigación. 6° Edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

ANEXO

Anexo 1. Instrumento que se usarán para la recolección de la información validada.

Instrumento de recolección de datos

N° de Hoja de recolección de datos:

PARTE I: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- | | | | |
|---------|-----|---------|-----|
| <17 | () | 30 – 35 | () |
| 18 - 23 | () | >35 | () |
| 24 - 29 | () | | |

2. Estado civil:

- | | | | |
|-------------|-----|------------|-----|
| Soltera | () | Viuda | () |
| Conviviente | () | Divorciada | () |
| Casada | () | | |

3. Ocupación:

- | | | | |
|-------------|-----|-------------|-----|
| Ama de casa | () | Profesional | () |
| Empleada | () | Estudiante | () |

4. Grado de instrucción:

- | | | | |
|------------|-----|---------------------------|-----|
| Analfabeta | () | Superior no Universitario | () |
| Primaria | () | Superior Universitario | () |
| Secundaria | () | | |

5. Lugar de procedencia:

- | | | | |
|--------|-----|-------|-----|
| Urbano | () | Rural | () |
|--------|-----|-------|-----|

6. Nacionalidad:

- | | |
|------------|-----|
| Peruana | () |
| Extranjera | () |

PARTE II: FACTORES OBSTÉTRICOS

7. Gravidez:

- | | | | |
|--------------|-----|------------|-----|
| Primigesta | () | Multigesta | () |
| Segundigesta | () | | |

8. Paridad:

- | | | | |
|-----------|-----|----------------|-----|
| Primípara | () | Gran múltipara | () |
| Múltipara | () | | |

9. Terminación de embarazo anterior:
- | | | | |
|---------|-----|---------|-----|
| Aborto | () | Cesárea | () |
| Vaginal | () | Ninguno | () |
10. Número de abortos:
- | | | | |
|---------|-----|------|-----|
| Ninguno | () | Dos | () |
| Uno | () | Tres | () |
11. Periodo intergenésico:
- | | | | |
|-----|-----|------------|-----|
| PIL | () | Adecuado | () |
| PIC | () | Primigesta | () |
12. IMC pre – gestacional:
- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------|-----|
| <18.5 (BP) | () | 25.0 – 29.9 (SB) | () |
| 18.5 – 24.9 (N) | () | 30.0 (OB) | () |
13. Último método anticonceptivo utilizado:
- | | | | |
|-----------------------|-----|----------|-----|
| Píldora | () | Implanon | () |
| Inyectable Mensual | () | DIU | () |
| Inyectable Trimestral | () | Condón | () |
14. Edad gestacional al inicio de la APN:
- | | |
|---------------|-----|
| I Trimestre | () |
| II Trimestre | () |
| III Trimestre | () |
15. Edad gestacional al DX de anemia:
- | | |
|---------------|-----|
| I Trimestre | () |
| II Trimestre | () |
| III Trimestre | () |
16. Control de gestantes:
- | | |
|------------------------|-----|
| Gestante controlada | () |
| Gestante no controlada | () |

PARTE III: VALORACION DE LA ANEMIA

- ANEMIA SEVERA

<7g/dl si () No ()

- ANEMIA MODERADA

7.0 – 9.9 g/dl si () No ()

- ANEMIA LEVE

10.0 – 10.9 g/dl si () No ()