

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



TESIS

**Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes Atendidas en
un Hospital de Chiclayo**

**Para Optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica –
Especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica**

Autor:

Bach. Achaca Espinoza Kateysa Naydu

Asesora:

Dra. Lazo Pérez María Aurelia

<https://orcid.org/0000-0002-8291-6949>

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Integral Humana

Pimentel, Perú, 2024



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Dra. Mará A. Lazo Pérez**, asesor (a) del Programa/Escuela de Tecnología Médica; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado/posgrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe cuyo Título es: **“Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes Atendidas en un Hospital de Chiclayo”**; presentado por la estudiante :

Achaca Espinoza Kateysa Naydu.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 23 %, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN** de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 04 de marzo del 2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. Lazo", is written over a horizontal dashed line.

María Aurelia Lazo Pérez
Doctora en Ciencias
Master en Educación Avanzada
CE. 002675854



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los trece días del mes de agosto del año dos mil veinticuatro,
ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : **DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ**
SECRETARIO : **MG. OSCAR MANTECON LICEA**
VOCAL : **DRA. VILMA MONTEAGUDO ZAMORA**

La Graduada : **ACHACA ESPINOZA KATEYSA NAYDU**

El título de la Tesis a sustentar es **FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO;**

Para optar el Título Profesional de **Licenciada en TECNOLOGIA MEDICA - ESPECIALIDAD LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA**, obteniendo el siguiente calificativo: **Aprobada por UNANIMIDAD**

DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ
Presidente

MG. OSCAR MANTECÓN LICEA
Secretario

DRA. VILMA MONTEAGUDO ZAMORA
Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado con todo mi amor y cariño a mis queridos padres José Achaca y Luz Espinoza por su sacrificio y esfuerzos, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi amada hermana quien con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mi compañero y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegría y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad

Achaca Espinoza Kateysa Naydu

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

Agradezco a la Universidad Particular de Chiclayo por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi Asesora de Tesis a la Dra. Lazo Pérez María Aurelia por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Mi agradecimiento también va dirigido al “Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo” a la Dra. Carmen Sánchez Leca Jefa del Servicio de Laboratorio Clínico, por haber aceptado que se realice mi tesis en dicho servicio.

Y para finalizar, también agradezco a mi amigo Roberto gracias a su apoyo moral ha aportado un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante y alentándome de cerca a concretar este hermoso sueño para llegar a ser Licenciado Tecnólogo Médico.

Achaca Espinoza Kateysa Naydu

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. DESARROLLO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo de investigación.....	15
3.2. Diseño de investigación.....	15
3.3. Variables y operacionalización.....	15
3.4. Población.....	18
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	19
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	19
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	20
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Representación de los factores sociodemográficos en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes.....	21
Tabla 2. Resultados de la dimensión obstétrica de las gestantes participantes.....	23
Tabla 3. Comportamiento del grado de anemia en las gestantes participantes.....	26
Tabla 4. Relación entre la edad de las gestantes y el grado de anemia....	28
Tabla 5. Relación entre el estado civil de las gestantes y el grado de anemia.....	29
Tabla 6. Relación entre el Grado de instrucción de las gestantes y el grado de anemia.....	31
Tabla 7. Relación entre la Procedencia de las gestantes y el grado de anemia.....	32
Tabla 8. Relación entre el control prenatal de las gestantes y el grado de anemia.....	34
Tabla 9. Relación entre la paridad de las gestantes y el grado de anemia..	35
Tabla 10. Relación entre la edad gestacional de las gestantes y el grado de anemia.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfica 1. Representación gráfica Representación de los factores sociodemográficos en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes.....	22
Gráfica 2. Representación gráfica de la dimensión factores obstétricos.....	25

RESUMEN

En el contexto de la salud materna, la anemia en gestantes constituye una preocupación significativa. Este estudio, de tipo observacional transversal, se propuso identificar los factores vinculados a la prevalencia de la anemia en 40 gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo. Los resultados destacaron patrones claros: gestantes entre 20 y 35 años, con educación secundaria, procedentes de áreas urbanas y un control prenatal adecuado, exhibieron tasas más bajas de anemia. En contraste, las gestantes multíparas y aquellas en el segundo trimestre de gestación mostraron una mayor prevalencia de anemia. La relación estadísticamente significativa entre la paridad y la anemia resalta la importancia de este factor. Se concluye que la anemia en gestantes está asociada a características sociodemográficas y obstétricas específicas. Estos resultados respaldan la necesidad de intervenciones focalizadas, especialmente en poblaciones de mayor riesgo. Estrategias educativas y de atención prenatal específicas pueden ser clave para reducir la prevalencia de la anemia y mejorar la salud materno-fetal en el ámbito hospitalario estudiado.

Palabras claves: Anemia; gestantes; factores sociodemográficos y obstétricos.

ABSTRACT

In the context of maternal health, anemia in pregnant women is a significant concern. This cross-sectional observational study aimed to identify the factors linked to the prevalence of anemia in 40 pregnant women treated at the Las Mercedes Hospital in Chiclayo. The results highlighted clear patterns: pregnant women between 20 and 35 years old, with secondary education, from urban areas and adequate prenatal care, exhibited lower rates of anemia. In contrast, multiparous pregnant women and those in the second trimester of pregnancy showed a higher prevalence of anemia. The statistically significant relationship between parity and anemia highlights the importance of this factor. It is concluded that anemia in pregnant women is associated with specific sociodemographic and obstetric characteristics. These results support the need for targeted interventions, especially in higher risk populations. Specific educational and prenatal care strategies may be key to reducing the prevalence of anemia and improving maternal-fetal health in the hospital setting studied.

Keywords: Anemia; pregnant women; sociodemographic and obstetric factors.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la anemia en mujeres embarazadas es un problema de salud significativo en América Latina y el Caribe. En algunas áreas, los porcentajes de mujeres embarazadas afectadas por la anemia pueden ser considerables. En general, se ha observado que la anemia afecta a una proporción sustancial de mujeres gestantes; la prevalencia de anemia puede ser debido a factores geográficos, demográficos y socioeconómicos específicos de una región en particular. ^(1,2)

En el ámbito local, el enfoque se centrará en un hospital en Chiclayo, donde se llevará a cabo el estudio. La comprensión de los Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes en este contexto particular, es una realidad que las prácticas de atención médica, las características demográficas de la población y los factores culturales pueden desempeñar un papel fundamental en la prevalencia de la anemia en gestantes en este entorno específico.³ Este análisis integral, que abarca desde la perspectiva internacional hasta la local, proporcionará una visión completa de los Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes. La frecuencia de anemia entre mujeres embarazadas según los datos estadísticos de la OMS (2020), se situó en el 28,3%. ⁽³⁻⁶⁾

En lo que respecta a la prevalencia nacional de anemia gestacional, Perú muestra cifras ligeramente inferiores en comparación con algunos países de la región, como Brasil (32%), Argentina (28%), Chile (25%), Uruguay (29%), Ecuador (29%) y Colombia (30%). No obstante, al realizar comparaciones con naciones desarrolladas, la brecha se amplía, destacando la posición favorable de Perú frente a países como Estados Unidos (17%), Reino Unido (23%) y Canadá (23%), así como otros de nivel similar de desarrollo como Nicaragua (20%) y México (21%). Estos últimos, al exhibir prevalencias de anemia en gestantes inferiores a la media de Latinoamérica y el Caribe (28.2%), podrían ofrecer valiosas lecciones para identificar factores que contribuyeron a su éxito en la reducción de la anemia en mujeres embarazadas. ⁽⁴⁻⁶⁾

En el contexto peruano, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el 21.1% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) ha experimentado anemia. Entre los grupos más vulnerables, las gestantes ocupan una posición destacada, siendo afectadas en un 28.2%. Le siguen en prevalencia las mujeres que han tenido seis o más hijos, con un 22.8%. Además, se observa una disparidad por área de residencia, afectando más a las mujeres en el área urbana con un 21.4%, así como a las residentes en la región natural de la Selva, con un 22.3%.⁷

En el contexto de Chiclayo, datos locales indican que un porcentaje considerable de mujeres embarazadas atendidas en los hospitales de la región presenta anemia. Este aspecto particular subraya la necesidad urgente de abordar los Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes de manera específica y adaptada a las condiciones locales.⁸ Según datos del Instituto Nacional de Salud, específicamente el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, durante el primer semestre de 2022, se evaluaron 2103 gestantes en Lambayeque, de las cuales 473 presentaron anemia, representando el 22.5% de la población estudiada. Estas cifras subrayan la importancia de abordar de manera específica y efectiva la anemia en gestantes en la región de Chiclayo.⁶

El problema de investigación es: ¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo? La investigación se justifica teóricamente al contribuir al entendimiento de los factores que influyen en la anemia durante el embarazo. Desde una perspectiva teórica, la investigación ampliará el conocimiento existente sobre los determinantes de salud que impactan la prevalencia de la anemia en mujeres gestantes. Al sistematizar los resultados de otros investigadores y las bases teóricas relacionadas con la salud materna, se proporcionará una base sólida para el diseño de estrategias de intervención promocionales educativas efectivas y personalizadas.

Desde un enfoque práctico, la investigación busca abordar un problema de salud pública real y relevante en la región de Chiclayo. Los resultados obtenidos

tendrán implicaciones prácticas directas en la planificación y ejecución de programas de atención prenatal, así como en la implementación de políticas de salud materna. La identificación de factores específicos que contribuyen a la anemia permitirá desarrollar intervenciones prácticas y adaptadas a las necesidades locales, mejorando así la calidad de la atención médica y reduciendo la prevalencia de la anemia en gestantes. La metodología de la investigación se justifica al utilizar un enfoque riguroso y científico para recopilar, analizar e interpretar datos, a partir del análisis de historias clínicas, garantizará la obtención de datos fiables y representativos. La metodología proporcionará una base sólida para la generalización de los resultados y la aplicación de las conclusiones a otras poblaciones similares. Además, la investigación metodológica contribuirá al desarrollo de buenas prácticas en la investigación sobre salud materna.

La investigación también se justifica desde un punto de vista promocional educativo al ofrecer oportunidades para la sensibilización y la educación comunitaria. La difusión de los hallazgos de la investigación a través de campañas educativas contribuirá a aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la nutrición durante el embarazo y la prevención de la anemia. Esta promoción educativa tiene el potencial de empoderar a las comunidades locales, brindándoles conocimientos prácticos para mejorar la salud materna y fomentando la participación activa en la promoción de estilos de vida saludables durante el embarazo.

El objetivo general versa en cuanto a: Determinar los factores asociados a la prevalencia de la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo y, los objetivos específicos van hacer: Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo; Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en un Hospital de Chiclayo; Establecer la relación entre los factores asociados a la prevalencia de anemia en las gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo. Elaborar un plan de intervención educativa promocional para prevenir la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

II. DESARROLLO.

Mariño Niña (2019), en Bolivia desarrollo una investigación sobre los factores maternos asociados a la presencia de anemia en gestantes, el estudio se enfocó en analizar la relación entre factores maternos y la presencia de anemia en gestantes atendidas en el centro de salud 16 de febrero durante 2018. Se recopilaron datos de 330 mujeres embarazadas, empleando un diseño transversal y analítico. Los resultados señalaron asociaciones significativas, como la relación entre anemia y nivel educativo hasta secundaria, multiparidad, espacio intergenésico corto y comenzar el control prenatal a partir del segundo trimestre. Por lo que se puede concluir que los factores, identificados como modificables, sugieren la implementación de programas para promover el inicio temprano del control prenatal y el uso de anticonceptivos, con el objetivo de reducir la prevalencia de la anemia en este grupo.⁹

En Ecuador Murillo-Zavala, Chancay-Sabando, Baque-Parrales, (2020), investigó sobre la prevalencia durante el embarazo de la anemia, el propósito de la investigación fue detallar la anemia durante el embarazo, abordando sus tipos y consecuencias. El enfoque metodológico adoptado fue de naturaleza documental y exploratoria, utilizando la revisión de fuentes bibliográficas a través de plataformas electrónicas como Scielo, PubMed, Medigraphic y Science Direct. Tras el análisis de los datos recopilados, se logró verificar el objetivo establecido. Las conclusiones revelaron que la anemia en el embarazo tiene dos formas de clasificación y está asociada con trastornos hipertensivos, parto pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Además, se señaló que la prevalencia de anemia en Ecuador alcanza el 15%, y se identificaron características sociodemográficas, como el nivel socioeconómico, educativo, ocupacional y el grupo etario con mayor prevalencia.¹⁰

En Ecuador Vásquez-Velásquez, Gonzales (2020) profundizaron sobre la anemia y la situación que reflejan los controles en las gestantes. El estudio tiene como propósito detallar la anemia en el embarazo, analizando sus diversos tipos y las consecuencias asociadas. Se llevó a cabo mediante un diseño documental y

exploratorio, utilizando fuentes electrónicas como Scielo, PubMed y otras. Entre los resultados obtenidos, se identificaron dos formas de clasificación de la anemia en el embarazo, encontrándose asociaciones con trastornos y características sociodemográficas. Además, se destacó que la prevalencia de la anemia en Ecuador alcanza el 15%. En las conclusiones del estudio se resalta la importancia del diagnóstico basado en la medición de la hemoglobina, mientras se destaca que durante el embarazo, la hemodilución impacta la concentración de la hemoglobina. Se subraya la necesidad de diferenciar entre la anemia verdadera y la hemodilución fisiológica. Asimismo, se aborda la controversia en los puntos de corte para el diagnóstico global de la anemia gestacional, señalando su relación con resultados materno-perinatales.¹¹

En esta misma línea Garro Urbina, Thuel Gutiérrez (2020) investigaron sobre la anemia durante el embarazo por deficiencia de hierro, este estudio busca explorar la significativa problemática global de la anemia en la práctica obstétrica, enfocándose especialmente en su relación con la deficiencia de hierro durante el embarazo y las consiguientes complicaciones tanto para la madre como para el feto. Adoptando un enfoque descriptivo, se ha realizado una revisión de la literatura con el propósito de comprender la prevalencia y el manejo de la anemia en el ámbito obstétrico. Se destaca que la deficiencia de hierro se erige como la causa primordial de anemia en este contexto, siendo más prevalente en países en desarrollo, influenciada por factores socioeconómicos y nutricionales. A pesar de que la presentación clínica se asemeja a la de un embarazo normal, se subraya la necesidad de una vigilancia activa. La confirmación diagnóstica se lleva a cabo mediante exámenes de laboratorio, resaltando la importancia de niveles bajos de hemoglobina y ferritina sérica. En las conclusiones, se enfatiza la relevancia del tratamiento temprano y personalizado para mitigar las complicaciones asociadas a la anemia durante el embarazo, y se señala la terapia de hierro intravenosa como una alternativa efectiva, especialmente después del segundo trimestre.¹²

Pérez Facio (2022) en Uruguay investigó sobre la prevalencia y evolución de la anemia en embarazadas, este estudio se propuso examinar la frecuencia de la

anemia entre las embarazadas atendidas en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y evaluar su evolución después del parto. Se optó por un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal para abordar esta problemática. Los resultados revelaron que el 15,7% de las pacientes presentaba anemia durante el embarazo, con un notable seguimiento del tratamiento con hierro, aunque un reducido porcentaje realizaba un adecuado control de la anemia después del parto. Se concluye que es importante comprender estas dinámicas para mejorar la atención postparto y optimizar el manejo de la anemia en este contexto específico.¹³

Este mismo análisis al realizarse dentro de la región se encuentran diferentes investigadores que se preocuparon por este tema entre los que se encuentran:

En Arequipa- Perú Díaz Gonzales, Huichi Jara (2020) profundizaron en el tema de la anemia en las gestantes que ya estaban a término, el propósito de este estudio fue investigar la relación entre diversos factores y la presencia de anemia en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Mariscal Castilla, Arequipa, durante el período de enero a diciembre de 2019. Se llevó a cabo un estudio de campo retrospectivo y relacional, utilizando una ficha de recolección de datos en 30 gestantes que cumplían con criterios específicos. Los resultados revelaron asociaciones significativas en los factores sociales, obstétricos, terapéuticos y preventivos. Por ejemplo, se observó que el 80.0% de las gestantes a término con anemia tenían edades entre 19 y 35 años, siendo este un factor frecuente asociado a la anemia en este grupo. Además, se identificaron otras relaciones estadísticamente significativas, como la correlación entre la edad materna y la presencia de anemia. En conclusión, el estudio proporciona información valiosa sobre los factores asociados a la anemia en gestantes a término, destacando la importancia de considerar aspectos sociales y de salud para mejorar la atención y la prevención de esta condición.¹⁴

Muñoz Cuadra (2023) en Perú, desarrolló un estudio en el que profundizó en lo factores que se asociaban a la aparición de la anemia en las mujeres gestantes que asistieron al Centro de Salud Ex Fundo Naranjal, este estudio buscó identificar los factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud

Ex Fundo Naranjal entre julio y diciembre de 2022. Utilizando un enfoque observacional-retrospectivo, de diseño transversal y correlacional, se analizaron variables sociodemográficas, obstétricas y nutricionales en una muestra de 218 gestantes. Los resultados mostraron una prevalencia del 22% de anemia, siendo más común en el grado leve (15.6%). Factores como edad menor de 35 años, procedencia de zona rural, estado civil con pareja, ocupación remunerada y educación básica se asociaron con mayor frecuencia de anemia. En factores obstétricos, se destacaron embarazos previos mayores de dos gestaciones, menos de seis controles prenatales y periodo intergenésico menor de dos años. Respecto a factores nutricionales, el índice de masa corporal pregestacional normal y el uso inadecuado de sulfato ferroso se identificaron como factores de riesgo para la anemia.¹⁵

En Andahuaylas – Perú Velásquez Ccorisoncco (2023) sustentó su investigación relacionada con los factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, el estudio se propuso determinar los factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo en 2022. Se empleó un diseño básico, transversal y correlacional. Los resultados indicaron que el 50.8% de las gestantes tenía edades entre 18 y 30 años, con predominio urbano (73.8%), instrucción secundaria (36.1%), y estado civil conviviente (68.9%). Se observó una asociación significativa entre factores sociodemográficos y la anemia ($p\text{-valor}=0.04\leq 0.05$). En términos nutricionales, el índice de masa corporal normal (62.3%), ganancia de peso adecuada (77%), y no recibir suplementación de sulfato ferroso (55.7%) mostraron asociación significativa con la anemia ($p\text{-valor}=0.001\leq 0.05$). Respecto a factores obstétricos como multiparidad, periodo intergenésico corto y edad gestacional en el II trimestre, también se identificó asociación significativa con la anemia ($p\text{-valor}=0.002\leq 0.05$). En conclusión, se evidenció asociación entre factores sociodemográficos, obstétricos y nutricionales con la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo.¹⁶

Siguiendo esta misma línea de investigación Choque Barboza, Solis Sierra (2022) investigaron sobre los factores que se asocian a la prevalencia de la anemia en las gestantes adultas, el objetivo principal de este estudio fue determinar los factores frecuentes asociados a la anemia en gestantes adultas atendidas en el área de emergencia del Hospital Ate Vitarte en el año 2022. La metodología adoptada fue de enfoque cuantitativo, tipo básica, nivel descriptivo y diseño no experimental transversal, utilizando una muestra censal de 50 gestantes adultas con diagnóstico de anemia en dicha área. Los resultados identificaron niveles de anemia leve y moderada en la muestra, detallando los indicadores prevalentes de factores sociodemográficos, obstétricos y nutricionales. En conclusión, la mayoría de la muestra presentó anemia leve, y se obtuvieron datos significativos sobre los indicadores asociados a factores sociodemográficos, obstétricos y nutricionales en estas gestantes.¹⁷

En Lima- Perú Rodríguez Reis (2020) sustentó su investigación sobre los factores que se asocian a la aparición de los diagnósticos de anemia en gestantes adolescentes, el objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados a la anemia en gestantes adolescentes, se utilizó un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo de corte transversal, se encuestó a una población de 80 gestantes adolescentes en dicho centro. Los resultados revelaron una alta prevalencia de factores asociados a la anemia, con dimensiones sociodemográficas, obstétricas y nutricionales evaluadas. En conclusión, los factores asociados a la anemia en estas gestantes adolescentes fueron predominantemente altos, seguidos por niveles medio y bajo, destacando características como edad, estado civil, nivel educativo, características obstétricas y aspectos nutricionales.¹⁸

De esta misma manera en Lima- Perú Calla Carrasco (2023) desarrolló un estudio relacionado con el nivel de conocimiento y las prácticas para prevenir la anemia en las gestantes que son atendidas, el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los conocimientos y prácticas relacionadas con la anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Chacarilla de Otero, San Juan de Lurigancho, durante marzo-mayo de 2023. Utilizando un enfoque cuantitativo y

un diseño no experimental, correlacional y transversal, se encuestó a 66 mujeres gestantes. Los resultados revelaron que la mayoría de las gestantes tenían 25 años o menos, eran convivientes, con estudios de secundaria, presentaban anemia gestacional leve y tenían prácticas adecuadas en la prevención de la anemia. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre los conocimientos y las prácticas sobre la prevención de la anemia en estas gestantes. Además, se observó que presentaban un nivel medio de conocimiento en la prevención de la anemia y prácticas adecuadas en este aspecto.¹⁹

Por otra parte, en Piura- Perú Caramantin Malca (2022) presentó su estudio en el cual profundizó en los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un Centro de Salud, el objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 La Unión durante el año 2021. Se llevó a cabo un estudio analítico de casos y controles, de tipo transversal y retrospectivo. La muestra incluyó 150 gestantes con anemia y 150 sin anemia. Se encontró que la multiparidad, multigesta, tener menos de 6 controles prenatales y realizar el primer control prenatal en el segundo trimestre estuvieron asociados significativamente con la anemia en la gestación. En conclusión, estos factores obstétricos se identificaron como riesgos para el desarrollo de anemia en gestantes.²⁰

En Lambayeque- Perú Baldera Tapia (2021) profundizó en la prevalencia de los factores que se asociación a la anemia en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de anemia en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Provincial Belén de Lambayeque durante el periodo enero-marzo de 2021. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de tipo transversal, donde se analizaron 209 historias clínicas de gestantes. Los resultados indicaron que la prevalencia de anemia fue del 31.6%, siendo más frecuente en mujeres de 20 a 34 años, con sobrepeso, instrucción secundaria, convivientes y amas de casa. Las complicaciones maternas fueron significativamente más comunes en gestantes con anemia, mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

en las complicaciones fetales. En conclusión, la prevalencia de anemia fue mayor en gestantes de ciertos grupos demográficos y se asoció con complicaciones maternas significativas.²¹

Así mismo en Lambayeque Cervantes Parvina, Rojas Ramos (2020) sustentaron su investigación la cual se relacionó con los factores que se asociaban a la condición de anemia en las gestantes con el propósito de determinar los factores relacionados con la condición de anemia en gestantes atendidas en dos centros de salud del distrito Lambayeque durante enero-junio de 2018. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional. La población de interés consistió en gestantes con anemia atendidas en dichos centros de salud, utilizando una ficha de recolección de datos validada por expertos y revisión de historias clínicas prenatales. Los resultados indicaron que un porcentaje significativo de gestantes presentaban anemia en los centros de salud evaluados, destacando la relevancia del problema de salud pública en la población gestante.²²

Como bases teóricas de esta investigación se reconocen los siguientes presupuestos teóricos.

La anemia durante el período de gestación constituye un componente destacado de un problema de salud pública en aumento. Por ende, se convierte en un asunto de relevancia sanitaria a nivel nacional, implicando la participación del Estado. En este contexto, las organizaciones políticas tienen la responsabilidad y el deber de establecer políticas sociales y sanitarias destinadas a combatir la anemia, no solo durante el proceso de gestación, sino también en diversos grupos etarios.

La anemia representa un desafío global en el ámbito de la salud pública, durante el embarazo, se requiere un mayor suministro de hierro para satisfacer las necesidades de la placenta y el feto. Fisiológicamente, este periodo se caracteriza por una reducción en la concentración de hemoglobina, manifestándose de manera más evidente a partir del segundo trimestre, debido a la expansión vascular y el aumento de la eritropoyesis para garantizar una mayor disponibilidad de hierro. Según la OMS, la anemia en el embarazo se define por niveles de hemoglobina

inferiores a 11 g/dL, experimentando notables variaciones en su concentración desde el segundo hasta el tercer trimestre. (1,2,23)

De acuerdo con las pautas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera anemia durante el embarazo cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 110 g/L. Esta clasificación se fundamenta en los niveles específicos de concentración sérica, donde se define anemia leve en el rango de 100 a 109 g/L, anemia moderada entre 70 y 99 g/L, y anemia severa cuando la concentración es menor a 70 g/L (2,3). (1,2,23)

La presencia de anemia durante el embarazo aumenta las posibilidades de experimentar un parto prematuro o dar a luz a un bebé con bajo peso, incrementando, además, el riesgo de depresión postparto y, en casos extremos, la probabilidad de muerte neonatal antes o después del nacimiento. Aunque comúnmente se diagnostica esta condición mediante el análisis de la hemoglobina, también puede identificarse a través de la manifestación de síntomas como fatiga, debilidad, mareos, cefaleas, palidez, dificultad para respirar, taquicardia, hipertensión y problemas de concentración. (1,2,23)

En el contexto de la investigación médica y epidemiológica, un "factor asociado" a la anemia se refiere a cualquier variable o condición que está vinculada de manera estadísticamente significativa con la presencia o prevalencia de la anemia. En otras palabras, es un elemento que puede influir en el desarrollo o la exacerbación de la anemia. Los factores asociados no necesariamente implican una relación causal directa, pero muestran una conexión estadística con la condición estudiada. (24,25)

Por ejemplo, en un estudio sobre la anemia en gestantes, los factores asociados podrían incluir variables como la edad materna, el estado nutricional, la multiparidad, la presencia de enfermedades crónicas, el acceso a la atención prenatal, entre otros. Analizar estos factores asociados ayuda a comprender mejor las condiciones y circunstancias que pueden contribuir a la anemia en un grupo específico de personas.²⁴

Es importante señalar que la identificación de factores asociados no implica necesariamente una relación causal directa y que la interpretación de estos resultados debe realizarse con cuidado, considerando la complejidad de los factores interrelacionados que pueden contribuir a la anemia.

La prevalencia de la anemia durante el embarazo puede estar asociada a diversos factores. Algunos de los factores comunes que se asocian a esta condición incluyen:

Deficiencia de Hierro: Es la causa más frecuente de anemia durante el embarazo. La gestante tiene un aumento en la demanda de hierro para el desarrollo del feto y la placenta.

Nutrición Inadecuada: Una dieta pobre en alimentos ricos en hierro y otros nutrientes esenciales puede contribuir a la anemia.

Multiparidad: El número de embarazos anteriores puede influir en la prevalencia de anemia, ya que cada embarazo aumenta la demanda de hierro.

Espaciamiento Inadecuado entre Embarazos: Un corto periodo de tiempo entre embarazos (intervalo intergenésico corto) puede aumentar el riesgo de anemia.

Edad Materna: La edad de la gestante puede ser un factor, siendo las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años más propensas.

Condiciones Socioeconómicas: Factores socioeconómicos, como bajos ingresos, falta de acceso a alimentos nutritivos y limitado acceso a atención médica, pueden contribuir a la anemia.

Infecciones y Parasitosis: Infecciones como malaria, gusanos intestinales u otras parasitosis pueden afectar la absorción de hierro y contribuir a la anemia.

Enfermedades Crónicas: Algunas enfermedades crónicas, como enfermedades renales crónicas, diabetes o enfermedades inflamatorias, pueden aumentar el riesgo de anemia durante el embarazo.

Frecuencia y Calidad de los Controles Prenatales: Un acceso limitado o la falta de controles prenatales pueden contribuir a la falta de detección y manejo temprano de la anemia.

Educación y Conocimiento: La falta de información sobre la importancia de la nutrición y la prevención de la anemia durante el embarazo puede contribuir a su prevalencia.

Es fundamental que las gestantes reciban atención prenatal adecuada, que incluya pruebas regulares para detectar la anemia y un enfoque integral que aborde los factores subyacentes que puedan contribuir a esta condición. ⁽²⁴⁻²⁷⁾

Entre los factores más comunes se encuentran la deficiencia de hierro, la falta de suplementación adecuada, condiciones nutricionales subóptimas, como el bajo consumo de alimentos ricos en hierro, y la presencia de enfermedades crónicas. Además, variables sociodemográficas como la edad materna, el nivel educativo, el estado socioeconómico y el acceso a la atención prenatal también han demostrado estar asociadas con la anemia en gestantes.²⁶ Una comprensión más profunda de estos factores de riesgo permite diseñar intervenciones y estrategias preventivas dirigidas a poblaciones específicas. La implementación de programas de educación nutricional, acceso mejorado a la atención prenatal, y la promoción de una alimentación balanceada pueden contribuir significativamente a la reducción de la prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas. ⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Factores Sociodemográficos: Se refieren a las distintas particularidades que caracterizan a un grupo específico de individuos, las cuales suelen estar determinadas por aspectos como la edad, género, nivel educativo, ingresos económicos, lugar de origen, etnia, estado civil, ocupación, creencias religiosas, tamaño de la familia, entre otros. Estas características tienen un impacto

significativo en el estilo de vida de las personas, moldeando sus experiencias y circunstancias.

Es fundamental realizar investigaciones continuas y evaluaciones periódicas para adaptar y mejorar las estrategias de prevención, abordando los factores de riesgo de manera integral y personalizada. Además, la colaboración entre profesionales de la salud, investigadores y responsables de políticas puede desempeñar un papel crucial en el desarrollo de enfoques eficaces para reducir la carga de la anemia en gesta

Factores Obstétricos: Son aquellas características o atributos presentes en la gestante, pueden ser: el control prenatal (CPN), la paridad, la edad materna, la edad gestacional, el periodo intergenésico, los antecedentes obstétricos de muerte fetal previa, estado nutricional deficiente, hemorragia antes del parto, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa, circular de cordón y trauma materno entre otros. ²⁸

Control prenatal: Es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de profesionales de la salud ofrece a la mujer grávida, con la finalidad de controlar la evolución del embarazo e identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del feto. ²⁸

Edad gestacional: Es el tiempo de duración de la gestación, cuyo cálculo se determina desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el parto o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. ²⁸

Paridad: Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo los abortos. ²⁸

Periodo intergenésico: Es el intervalo de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos que ha tenido una mujer. La OMS ha establecido como adecuado un período intergenésico de al menos 24 meses. ^(28,29)

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es básica ya que de acuerdo al criterio de Hernández (2017), se centra en la adquisición de conocimientos y la comprensión de fenómenos, para aumentar el entendimiento de principios fundamentales y leyes, contribuyendo al desarrollo de teorías y al avance general del conocimiento en un campo particular.

3.2. Diseño de investigación.

El diseño de la investigación es no experimental descriptivo ya que el investigador observa y recopila información sin manipular directamente las variables, se centran en la observación, descripción y análisis de fenómenos tal como ocurren naturalmente, de acuerdo a lo planteado por Hernández (2017).

3.3. Variables y operacionalización.

Factores asociados: Elementos que están conectados o tienen relación con un fenómeno específico y que, por lo tanto, son relevantes para comprender y abordar dicho fenómeno en el contexto de la investigación.

Anemia en gestantes: Condición caracterizada por la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre de mujeres embarazadas, su diagnóstico se basa en la medición de la concentración de hemoglobina en la sangre, y su manejo implica la corrección de deficiencias nutricionales y la administración de suplementos de hierro, en coordinación con el seguimiento médico durante el embarazo.

Operacionalización de la variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Factores asociados	Elementos que están conectados o tienen relación con un fenómeno específico y que, por lo tanto, son relevantes para comprender y abordar dicho fenómeno en el contexto de la investigación.	Son los elementos que están vinculados con la frecuencia de la anemia en mujeres embarazadas, entre ellos se reconocen los sociodemográficos, obstétricos y nutricionales.	Factores socio-demográficos	Edad	a) Menores de 20 años. b) De 20 -35 años. c) Mayores de 35 años.	Ficha de recolección de datos sobre: "Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes Atendidas en un Hospital de Chiclayo"
				Estado civil	a) Soltera, b) Conviviente, c) Casada b) Divorciada, d) Viuda	
				Grado de instrucción	a) Sin estudio, b)Inicial, c)Primaria, d)Secundaria, e)Superior	
				Lugar de residencia	a) Urbana b) Rural	
				Nivel socioeconómico	a) Bajo, b) Medio, c) Alto.	
			Factores obstétricos	Control prenatal	a) Menos de 6 APN. b) 6 APN. c) Más de 6 APN.	
				Paridad	a) Primípara. b) Multípara. c) Gran multípara	
				Periodo intergenésico	Menor de 02 años de 02 a 04 años mayor de 04 años Ninguno (Nulípara)	
				Edad gestacional	a) Primer trimestre: 1-13 6/7 semanas b) Segundo trimestre: 14-27 6/7 semanas. b) Tercer trimestre: >= 28 semanas.	

Anemia en gestantes	Condición caracterizada por la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre de mujeres embarazadas, su diagnóstico se basa en la medición de la concentración de hemoglobina en la sangre, y su manejo implica la corrección de deficiencias nutricionales y la administración de suplementos de hierro, en coordinación con el seguimiento médico durante el embarazo.	Niveles de hemoglobina en su sangre, medidos a través de análisis de laboratorio, se encuentran por debajo de los valores de referencia establecidos para mujeres embarazadas.	. Grado de anemia	Leve Hb: 10 g/dl 10.9 g/dl	
				Moderada Hb: 7.1 g/dl a 9.9 g/dl	
				Severa Hb: menor a 7 g/dl	

3.4. Población

En esta investigación se trabajó con las 40 gestantes que asistieron al Hospital Las Mercedes durante el periodo de enero a marzo del 2021, constituyen el 100% de la población y que cumplieron con el criterio de inclusión.

Criterio de inclusión:

Se incluyeron a las gestantes que sus expedientes clínicos tenían todos los datos relacionados con los análisis hematológicos durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los expedientes clínicos de las pacientes que no tuvieron datos concluyentes de las gestantes con anemia o que los datos estaban incompletos.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La metodología empleada se basó en la Técnica de la revisión bibliográfica, la cual se realizó de manera minuciosa a los registros clínicos seleccionados, respaldada por el instrumento que fue la ficha de recolección de datos, específicamente diseñada para la recolección de la información necesaria, el cual fue cuidadosamente adaptado y contextualizado para reflejar fielmente la realidad del desarrollo de la investigación. Dicho instrumento se estructuró en cuatro secciones fundamentales:

En la primera sección, se recopilaron datos generales a través de dos ítems clave. La segunda sección abordó factores sociodemográficos, incluyendo un total de seis ítems. La tercera sección se centró en factores obstétricos, abarcando cinco ítems esenciales. Finalmente, la cuarta sección evaluó el grado de anemia, siendo esta sección compuesta por un único ítem. Este enfoque metodológico brindó una estructura integral para la obtención precisa de información valiosa relacionada con los factores asociados a la anemia en gestantes en el contexto de la investigación.

3.6. Procedimientos de recolección de datos.

En una primera etapa, se solicitó la autorización de la administración del Hospital Las Mercedes, una vez obtenido el permiso de las autoridades del establecimiento de salud en cuestión, se procedió a la clasificación y revisión de las Historias Clínicas, permitiendo así la recolección de datos necesarios para la investigación.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó para la recolección de los datos y su organización lógica el instrumento de recolección de datos. Después de definir la muestra, se procedió a organizar los expedientes clínicos de las gestantes mediante un muestreo simple aleatorio, siguiendo los criterios de inclusión establecidos. Los datos recopilados de las distintas variables a través de la ficha de recolección se estructuraron y procesaron en una base de datos organizada mediante Microsoft Excel 2016. La evaluación de la relación y coherencia de los factores asociados con los niveles de anemia se llevó a cabo mediante la aplicación de la prueba Chi Cuadrado. Esta evaluación buscaba establecer la probabilidad (p) de relación entre la anemia y los diversos factores, determinando la asociación y correlación de las variables. Para realizar este análisis, se utilizó el valor de confianza establecido conforme a los estándares científicos ($\alpha < 0.05$), y se empleó el software estadístico SPSS en su versión 25.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis y la discusión de los resultados permite presentar la interpretación de los datos recopilados y comunicar las conclusiones obtenidas.

Tabla1. Representación de los factores sociodemográficos en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes.

Factores sociodemográficos	n	n=40	%
Edad			
Menor de 19 años	7		17.5
20-35 años	26		65.0
Mayores de 35	7		17.5
Estado Civil			
Soltera	11		27.5
Conviviente	26		65.0
Casada	3		7.5
Grado de Instrucción			
Primaria	2		5.0
Secundaria	31		77.5
Superior	7		17.5
Procedencia			
Urbana	36		90.0
Rural	4		10.0
Nivel Socioeconómico			
Alto	3		7.5
Medio	21		52.5
Bajo	16		40.0
Total	40		100

Fuente de elaboración propia

El análisis detallado de los indicadores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes revela una distribución equitativa en cuanto a la edad, con un 65.0% de las gestantes ubicadas en el rango de 20 a 35 años, reflejando una representación significativa de mujeres en edad fértil. Se destaca la presencia del 17.5% de gestantes menores de 19 años y mayores de 35 años, señalando la importancia de una atención obstétrica especializada para estos grupos extremos.

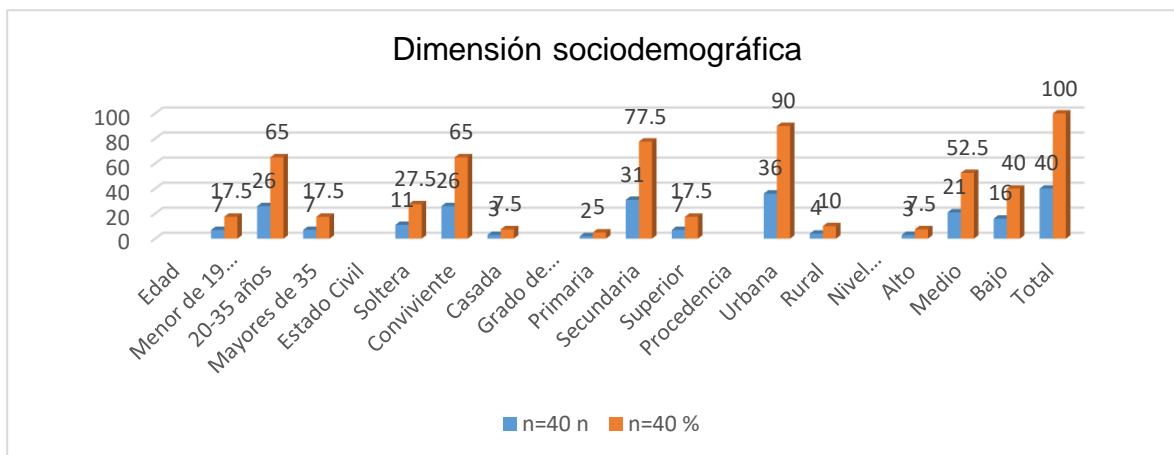
En relación al estado civil, la mayoría de las gestantes son convivientes (65.0%), seguidas por las solteras (27.5%). Este patrón diversificado sugiere la

necesidad de considerar la variedad de estructuras familiares y redes de apoyo. En cuanto al grado de instrucción, el 77.5% cuenta con educación secundaria o superior, siendo un indicativo positivo para la comprensión de las prácticas de salud. Sin embargo, la presencia del 5.0% con educación primaria destaca la importancia de estrategias de comunicación específicas.

En términos de procedencia, el 90.0% de las gestantes proviene de áreas urbanas, subrayando la influencia del entorno urbano en las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud. La representación del 10.0% de gestantes de áreas rurales subraya la necesidad de abordar las disparidades en el acceso a la atención prenatal entre poblaciones urbanas y rurales.

Por otro lado, en cuanto al nivel socioeconómico, la diversidad es evidente, con un 52.5% ubicado en el nivel medio. Esta variabilidad resalta la importancia de personalizar las estrategias de atención, considerando las necesidades específicas de cada estrato socioeconómico. La presencia de gestantes en los niveles alto (7.5%) y bajo (40.0%) indica la importancia de abordar las disparidades económicas en la planificación y prestación de servicios de salud.

Gráfica 1. Representación gráfica Representación de los factores sociodemográficos en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes.



Fuente de elaboración propia

Los resultados revelan una representación diversa de gestantes en el servicio de obstetricia del Hospital Las Mercedes. El rango de edad equitativamente distribuido destaca la presencia significativa de mujeres en edad fértil (65.0% entre 20-35 años). La variabilidad en el estado civil, con un 65.0% de gestantes convivientes y un 27.5% solteras, subraya la diversidad en las estructuras familiares. La mayoría con educación secundaria o superior (77.5%) sugiere un nivel educativo adecuado. La abrumadora representación de gestantes urbanas (90.0%) destaca las disparidades entre áreas urbanas y rurales (10.0%). La diversidad socioeconómica, con un 52.5% en el nivel medio, señala la necesidad de estrategias de atención específicas para abordar las distintas realidades económicas de las gestantes atendidas en el hospital. Este análisis coincide con el presentado por la investigadora Mariño Nina (2019)⁹, cuando afirmó que los elementos de riesgo vinculados a la presencia de anemia en las gestantes son: nivel educativo hasta la secundaria, la condición de multiparidad, la brecha de tiempo entre gestaciones reducida y la demora en el comienzo del control prenatal a partir del segundo trimestre, más adelante la misma investigadora asevera que estos aspectos podrían ser objeto de programas orientados a monitoreo y fomento de la iniciación temprana del control prenatal, así como a la promoción del uso de métodos anticonceptivos, con el propósito de incidir en estos factores susceptibles de ser modificados.

De ahí que en esta investigación se afirma que estos porcentajes reflejan la complejidad sociodemográfica, subrayando la importancia de estrategias de atención personalizadas y adaptadas a las características diversas de la población, con estos resultados

Tabla 2. Resultados de la dimensión obstétrica de las gestantes participantes

Factores obstétricos	n=40	
	n	%
Control prenatal		
Menos de 6 APN	17	42.5
6 APN	12	30.0
Más de 6 APN	11	27.5
Paridad		
Nulípara	11	27.5

Múltipara	28	70.0
Gran múltipara	1	2.5
<hr/>		
Edad gestacional		
<hr/>		
Primer trimestre	10	25.0
Segundo trimestre	21	52.5
Tercer trimestre	9	22.5
<hr/>		
Periodo intergenésico		
<hr/>		
Menor de 02 años	10	25.0
de 02 a 04 años	8	20.0
mayor de 04 años	11	27.5
Ninguno (Nulípara)	11	27.5
<hr/>		
Total	40	100

Fuente de elaboración propia

El análisis de la dimensión obstétrica de las gestantes participantes revela varios aspectos clave en términos de control prenatal, paridad, edad gestacional y periodo intergenésico. En cuanto al Control Prenatal, la frecuencia de consultas de atención prenatal muestra una diversidad, con un 42.5% de gestantes que han tenido menos de 6 consultas. Esto sugiere la necesidad de mejorar el acceso o la conciencia sobre la importancia del control prenatal temprano. El 30.0% con exactamente 6 consultas y un 27.5% con más de 6 consultas indican una participación adecuada en el cuidado prenatal, lo que puede asociarse positivamente con resultados obstétricos favorables.

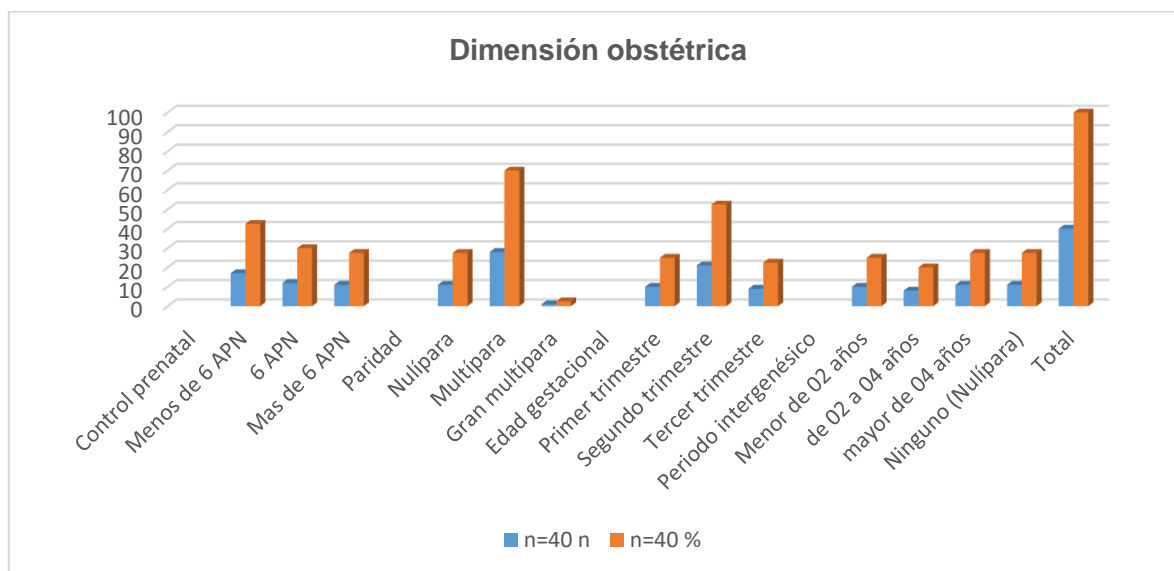
Los análisis de los resultados de la paridad muestran que la mayoría de las gestantes son múltiparas (70.0%), lo que refleja una experiencia previa en el parto. Sin embargo, la presencia de un 27.5% de nulíparas destaca la importancia de brindar un apoyo y atención especial a este grupo con menos experiencia obstétrica.

En el caso de la edad gestacional, la distribución en los trimestres de gestación muestra que el 52.5% se encuentra en el segundo trimestre, indicando una participación temprana en el cuidado prenatal. La atención específica puede ser necesaria para las gestantes en el tercer trimestre (22.5%) debido a sus necesidades cambiantes y la proximidad del parto.

La variabilidad en el periodo intergenésico es evidente, con un 27.5% de gestantes que han pasado más de 4 años desde el último parto. Este grupo podría requerir una atención específica debido a la brecha temporal y las posibles diferencias en las necesidades obstétricas.

En conjunto, estos indicadores ofrecen una imagen detallada de las prácticas obstétricas y las experiencias de las gestantes participantes. Aunque la participación temprana en el cuidado prenatal es positiva, se identifican áreas específicas de mejora, como el número de consultas, la experiencia obstétrica previa y el periodo intergenésico, que deben abordarse para garantizar un cuidado obstétrico óptimo y personalizado.

Gráfica 2. Representación gráfica de la dimensión factores obstétricos



Fuente de elaboración propia

Los resultados de la dimensión obstétrica en las gestantes del Hospital Las Mercedes revelan aspectos distintivos para la investigación y la mejora de la atención obstétrica. Destaca la diversidad en el control prenatal, con un 42.5% de gestantes que han tenido menos de 6 consultas, resaltando la necesidad de estrategias para fomentar un mayor compromiso en esta fase crucial del cuidado prenatal. La presencia equitativa de gestantes en diferentes trimestres gestacionales (25.0%, 52.5%, 22.5%) indica una participación temprana, pero también sugiere áreas de enfoque específicas, especialmente para las gestantes en

el tercer trimestre. Además, la mayoría de gestantes siendo multíparas (70.0%) señala la experiencia previa, pero el 27.5% de nulíparas destaca la importancia de adaptar la atención a las necesidades específicas de este grupo. Estos resultados ofrecen una base valiosa para desarrollar estrategias de intervención específicas, mejorar la calidad de la atención obstétrica y personalizar el cuidado según las características y necesidades obstétricas distintivas de la población estudiada.

Son varios los investigadores que coinciden con estos resultados entre los que se encuentran Mariño Nina (2019)⁹, Vásquez-Velásquez, Gonzales (2020)¹¹, en ambas investigaciones hay puntos de contactos relacionado con el reconocimiento de que los factores que coinciden en los índices de prevalencia de la anemia en el embarazo están relacionados con los sociodemográficos, pero también con los obstétricos como el control prenatal, la edad gestacional,

Tabla 3. Comportamiento del grado de anemia en las gestantes participantes.

Grado de anemia	N=40	
	N	%
Anemia leve: Hb 10.0-10.9 gr/dl.	36	90,0
Anemia moderada: Hb 7.0-9.9 gr/dl.	4	10,0
Anemia severa: Hb < 7.0 gr/dl.	0	0
Total	40	100

Fuente de elaboración propia

El análisis detallado de la Tabla 3, describe el comportamiento del grado de anemia en las gestantes participantes, este ofrece una visión clara de la prevalencia y gravedad de la anemia en este grupo específico. El 90.0% de las gestantes presenta anemia leve, con niveles de hemoglobina (Hb) entre 10.0 y 10.9 gr/dl. Este alto porcentaje señala una incidencia significativa de anemia en la población estudiada, aunque en su mayoría en una forma leve.

Un 10.0% de las gestantes muestra anemia moderada, con niveles de Hb entre 7.0 y 9.9 gr/dl. Aunque este porcentaje es menor, la presencia de anemia moderada destaca la necesidad de una intervención y seguimiento más intensivos en este grupo específico.

No se observa ningún caso de anemia severa ($Hb < 7.0$ gr/dl) en las gestantes participantes. Este resultado es alentador, ya que la ausencia de anemia severa indica que ninguna gestante presenta una condición crítica que requiera una intervención inmediata.

Esto lleva a la investigadora afirmar que, aunque la mayoría de las gestantes tiene anemia leve, es fundamental reconocer que la anemia, incluso en formas más leves, puede tener implicaciones para la salud materna e infantil. Por lo tanto, se debe considerar la implementación de estrategias de prevención y tratamiento. De esta misma manera concluye en su trabajo los investigadores

Con estos resultados coinciden Díaz Gonzales, Huichi Jara (2019),¹⁴ cuando concluyen que los gestantes a término con anemia muestran factores sociales destacados: 80.0% de 19 a 35 años, 96.7% de entornos urbanos, 56.7% con educación secundaria. Aspectos obstétricos indican baja prevalencia de antecedentes maternos anémicos (96.7%), estado nutricional normal (60.0%), 40.0% son primíparas y 93.3% realizan controles prenatales adecuados. Terapéuticamente, el 96.7% recibe tratamiento según diagnóstico, el 70.0% es derivado a consultorio nutricional, y el 76.7% realiza dosaje de hemoglobina según normas técnicas, con un 60.0% de adherencia. En cuanto al tipo de anemia, el 80.0% es leve, el 20.0% moderada, sin casos severos.

La presencia de anemia moderada en un 10.0% de las gestantes indica la necesidad de una atención más enfocada en este subgrupo, que podría enfrentar mayores riesgos y requerir intervenciones específicas. Este análisis destaca la prevalencia de anemia en las gestantes participantes, principalmente en su forma leve. La ausencia de casos de anemia severa es positiva, pero la presencia de anemia moderada indica la importancia de implementar estrategias de manejo y tratamiento adecuadas para mejorar el estado nutricional de las gestantes y prevenir complicaciones asociadas a la anemia durante el embarazo.

Tabla 4. Relación entre la edad de las gestantes y el grado de anemia

Edad de la gestante	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Menor de 19 años	6.3	15.0%	0.7	2.5%	7.0	17.5%		
20-35 años	23.4	60.0%	2.6	5.0%	26.0	65.0%	0.422	0.810
Mayores de 35	6.3	15.0%	0.7	2.5%	7.0	17.5%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40	100.0%		

Fuente de elaboración propia

El análisis detallado de los resultados en la tabla 4 en cuanto a la relación entre la edad de la gestante y el nivel de anemia proporciona una visión integral de la prevalencia de la anemia en diferentes grupos de edad.

En el grupo de gestantes menores de 19 años, se observa una prevalencia de anemia leve del 15.0% y anemia moderada del 2.5%, sumando un total del 17.5%. Este grupo muestra una incidencia moderada de anemia. Las gestantes de 20-35 años presentan la prevalencia más alta, con un 60.0% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 65.0%. Este grupo destaca como el más afectado por la anemia en general. El grupo de gestantes mayores de 35 años muestra una prevalencia de anemia leve del 15.0% y anemia moderada del 2.5%, con un total del 17.5%. Aunque se observa una incidencia similar a las gestantes menores de 19 años, la prevalencia total es menor en comparación con el grupo de 20-35 años.

Análisis Estadístico: La prueba chi-cuadrado (X²) es de 0.422, con un valor p de 0.810, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad de la gestante y el nivel de anemia. Esto sugiere que la prevalencia de anemia no varía significativamente según la edad en este conjunto de datos.

Es criterio de la investigadora que, a pesar de la falta de asociación estadística, la alta prevalencia de anemia en el grupo de 20-35 años destaca la

importancia de una atención y monitoreo específicos en esta franja etaria durante el embarazo; La incidencia moderada de anemia en gestantes menores de 19 años y mayores de 35 años resalta la necesidad de estrategias preventivas y de intervención temprana para reducir el impacto de la anemia en estos grupos.

Este análisis sugiere que, aunque no hay una asociación estadística significativa entre la edad de la gestante y el nivel de anemia, la prevalencia varía notablemente entre los grupos de edad. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la planificación de intervenciones y programas de salud materna que aborden la anemia de manera específica en función de la edad de la gestante. En este mismo sentido Muñoz (2023)¹⁵ en su investigación sobre la anemia en las gestantes afirmó que el 22% de las gestantes presentan anemia, siendo la forma leve predominante (15.6%). Factores asociados incluyen edad menor de 35 años, estado civil con pareja, ocupación remunerada y educación básica. En obstetricia, la anemia es más común en gestantes con múltiples embarazos, menos de seis controles prenatales y periodo intergenésico inferior a dos años. En aspectos nutricionales, el peso normal, falta de consejería y un uso inadecuado de sulfato ferroso se vinculan a la anemia, siendo considerados factores de riesgo (OR=2.3; OR=2.5).

Tabla 5. Relación entre el estado civil de las gestantes y el grado de anemia

Estado civil	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%				
Soltera	9.9	25.0%	1.1	2.5%	11.0	27.5%	0.708	0.702
Conviviente	23.4	57.5%	2.6	7.5%	26.0	65.0%		
Casada	2.7	7.5%	0.3	0.0%	3.0	7.5%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40	100.0		

Fuente de elaboración propia

El análisis detallado de la relación entre el estado civil y el nivel de anemia en las gestantes proporciona información valiosa para la investigación. En el caso

de la prevalencia de anemia por estado civil se observa que entre las gestantes solteras, el 25.0% presenta anemia leve y el 2.5% anemia moderada, con una prevalencia total de anemia del 27.5%. Aunque esta cifra sugiere una incidencia moderada de anemia, no se observa una diferencia significativa entre los niveles de anemia leve y moderada en comparación con otros grupos de estado civil.

Las gestantes convivientes presentan la prevalencia más alta de anemia, con un 57.5% de anemia leve y un 7.5% de anemia moderada, sumando un total del 65.0%. Este grupo destaca como el más afectado por la anemia en general. Mientras las gestantes casadas muestran una prevalencia más baja, con un 7.5% de anemia leve y ninguna anemia moderada. La baja prevalencia de anemia en este grupo podría indicar una diferencia significativa en comparación con las gestantes solteras y convivientes.

El análisis estadístico realizado mediante la prueba chi-cuadrado (X^2) es de 0.708, con un valor p de 0.702, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de anemia en las gestantes. Esto sugiere que la prevalencia de anemia no varía significativamente según el estado civil en este conjunto de datos.

Aunque no se observa una asociación estadística, la alta prevalencia de anemia en gestantes convivientes sugiere la necesidad de estrategias de intervención específicas en este grupo. La diferencia en la prevalencia de anemia entre gestantes solteras y casadas podría indicar posibles factores socioeconómicos o de estilo de vida que podrían influir en la salud nutricional durante el embarazo.

Este análisis indica una prevalencia significativa de anemia entre las gestantes convivientes, mientras que las gestantes solteras y casadas muestran patrones de anemia más bajos. Aunque la asociación estadística no es significativa, estos resultados sugieren la importancia de considerar factores específicos del estado civil al diseñar estrategias de prevención y manejo de la anemia en el contexto de la atención prenatal. Velásquez Ccorisoncco (2023),¹⁶. en su investigación sobre la anemia en gestantes y los factores que se asocian de acuerdo

a los resultados obtenidos declara que: El estudio revela que el 50.8% de las gestantes de 18 a 30 años, de origen urbano, con educación secundaria y estado civil conviviente, presentan asociación significativa con la anemia (p-valor=0.04≤0.05). Factores nutricionales como índice de masa corporal normal (62.3%), ganancia de peso adecuada (77%), y falta de suplementación de sulfato ferroso (55.7%) también se asocian significativamente con la anemia (p-valor=0.001≤0.05). Asimismo, factores obstétricos como multiparidad (47.5%), periodo intergenésico corto (36.1%), y edad gestacional en el segundo trimestre (47.5%) tienen asociación significativa con la anemia (p-valor=0.002≤0.05).

Tabla 6. Relación entre el Grado de instrucción de las gestantes y el grado de anemia

Grado de instrucción de las gestantes	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Primaria	1.8	5.0%	0.2	0.0%	2.0	5.0%	0.553	0.758
Secundaria	27.9	70.0%	3.1	7.5%	31.0	77.5%		
Superior	6.3	15.0%	0.7	2.5%	7.0	17.5%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40.0	100.0%		

Fuente de elaboración propia

El análisis detallado de la relación entre el grado de instrucción de las gestantes y el grado de anemia, según la Tabla 6, proporciona información sobre la distribución de la anemia en función del nivel educativo. Las gestantes con educación primaria muestran una prevalencia del 5.0% de anemia leve y ninguna anemia moderada. Aunque la incidencia de anemia es baja en este grupo, la falta de anemia moderada podría ser un indicador positivo.

Aquellas con educación secundaria presentan la prevalencia más alta, con un 70.0% de anemia leve y un 7.5% de anemia moderada, sumando un total del 77.5%. Este grupo destaca por la alta incidencia de anemia en comparación con otros niveles educativos. Las gestantes con educación superior muestran un 15.0% de anemia leve y un 2.5% de anemia moderada, con un total del 17.5%. Aunque la

prevalencia de anemia es menor en comparación con el grupo de educación secundaria, sigue siendo significativa.

La prueba chi-cuadrado (X^2) es de 0.553, con un valor p de 0.758, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción de las gestantes y el grado de anemia. Esto sugiere que la prevalencia de anemia no varía significativamente según el nivel educativo en este conjunto de datos.

La investigadora pudo constatar que, a pesar de la falta de asociación estadística, la alta prevalencia de anemia en gestantes con educación secundaria destaca la necesidad de estrategias de intervención específicas en este grupo, que podría enfrentar barreras adicionales para mantener una salud nutricional óptima durante el embarazo.

La menor prevalencia de anemia en gestantes con educación superior es alentadora, pero aun así indica que la educación puede ser un factor influyente en la salud nutricional durante el embarazo.

Este análisis revela una prevalencia significativa de anemia entre las gestantes con educación secundaria, mientras que las gestantes con educación primaria y superior muestran patrones de anemia más bajos. Aunque la asociación estadística no es significativa, estos resultados resaltan la importancia de considerar el nivel educativo al desarrollar estrategias de prevención y manejo de la anemia en el contexto de la atención prenatal. Choque Barboza, Solis Sierra (2022)¹⁷ reconoce el grado de escolaridad como uno de los factores que se asocia a la prevalencia de la anemia, de ahí que defiende con firmeza la necesidad de educar a las gestantes y mujeres en edad fértil sobre la identificación de estos factores para evitarlos, además de que deben mantener una conducta responsable durante este periodo.

Tabla 7. Relación entre la Procedencia de las gestantes y el grado de anemia

Procedencia	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Rural	32.4	85.0%	3.6	5.0%	36.0	90.0%	5.013	0.025
Urbana	3.6	5.0%	0.4	5.0%	4.0	10.0%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40.0	100.0%		

Fuente de elaboración propia

El análisis de la relación entre la procedencia de las gestantes y el grado de anemia, según la Tabla 7 de relación, ofrece los resultados sobre la distribución de la anemia según el entorno de residencia; muestra que el grupo de gestantes de procedencia rural, se observa una alta prevalencia de anemia, con un 85.0% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 90.0%. Este resultado indica una incidencia significativa de anemia en este entorno, con una mayoría experimentando niveles leves.

Las gestantes de procedencia urbana muestran una prevalencia más baja, con un 5.0% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 10.0%. Este grupo presenta una incidencia sustancialmente menor de anemia en comparación con las gestantes de procedencia rural.

La prueba chi-cuadrado (X²) es de 5.013, con un valor p de 0.025, indicando que hay una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia de las gestantes y el grado de anemia. Esto sugiere que la prevalencia de anemia varía significativamente según el entorno de residencia en este conjunto de datos.

La asociación significativa entre la procedencia rural y la alta prevalencia de anemia subraya la importancia de abordar factores específicos en entornos rurales que podrían contribuir a la anemia, como acceso limitado a recursos nutricionales y servicios de salud. La menor prevalencia de anemia en gestantes urbanas indica la necesidad de examinar y comprender las diferencias en condiciones de vida y acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales.

Este análisis resalta una asociación significativa entre la procedencia de las gestantes y el grado de anemia, siendo las gestantes de entornos rurales más propensas a experimentar anemia. Estos resultados sugieren la necesidad de estrategias de intervención específicas para abordar las disparidades en la prevalencia de anemia entre áreas urbanas y rurales, con un enfoque especial en mejorar el acceso a recursos nutricionales y servicios de salud en entornos rurales.

Tabla 8. Relación entre el control prenatal de las gestantes y el grado de anemia

Control prenatal	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Menos de 6 APN	15.3	37.5%	1.7	5.0%	17.0	42.5%	3.260	0.196
6 APN	10.8	30.0%	1.2	0.0%	12.0	30.0%		
Más de 6 APN	9.9	22.5%	1.1	5.0%	11.0	27.5%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40.0	100.0%		

Fuente de elaboración propia

El análisis de la relación entre el control prenatal de las gestantes y el grado de anemia, según la Tabla 8 refleja que: Las gestantes con menos de 6 consultas de atención prenatal (APN) muestran una prevalencia del 37.5% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 42.5%. Este grupo destaca por la alta incidencia de anemia, sugiriendo que la falta de consultas prenatales puede estar asociada con un mayor riesgo de anemia durante el embarazo.

Aquellas con exactamente 6 consultas de APN presentan un 30.0% de anemia leve y ninguna anemia moderada. Aunque la prevalencia total de anemia es menor en comparación con el grupo anterior, aún muestra una incidencia significativa, subrayando la importancia de un mayor número de consultas prenatales.

Las gestantes con más de 6 consultas de APN tienen una prevalencia del 22.5% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, con un total del 27.5%. Este grupo exhibe la menor incidencia de anemia, indicando que un mayor número de consultas prenatales podría estar asociado con una menor prevalencia de anemia.

La prueba chi-cuadrado (X^2) es de 3.260, con un valor p de 0.196, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el grado de anemia en este conjunto de datos. Aunque la falta de significancia estadística, las diferencias en las prevalencias sugieren una tendencia que puede requerir una exploración más detallada.

Aunque la asociación no es estadísticamente significativa, la alta prevalencia de anemia en gestantes con menos de 6 consultas de APN es notable y sugiere la necesidad de fomentar el acceso temprano y regular a la atención prenatal. La menor incidencia de anemia en gestantes con más de 6 consultas de APN respalda la importancia de la atención prenatal regular en la prevención de la anemia durante el embarazo.

Este análisis destaca la posible asociación entre el control prenatal y la prevalencia de anemia, aunque la falta de significancia estadística sugiere la necesidad de investigaciones adicionales. Estos resultados subrayan la importancia de promover el acceso temprano y regular a la atención prenatal como una estrategia clave para prevenir la anemia durante el embarazo.

Tabla 9. Relación entre la paridad de las gestantes y el grado de anemia

Paridad de las gestantes	Nivel de anemia				Total		X^2	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%				
Nulípara	9.9	22.5%	1.1	5.0%	11.0	27.5%	1.166	0.558
Múltipara	25.2	65.0%	2.8	5.0%	28.0	70.0%		
Gran múltipara	0.9	2.5%	0.1	0.0%	0.1	0.0%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40.0	100.0%		

Fuente de elaboración propia

La tabla 9 muestra los resultados de las gestantes nulíparas muestran una prevalencia del 22.5% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 27.5%. Aunque la incidencia es moderada, no se observa una prevalencia significativamente más alta en comparación con otros grupos de paridad. Aquellas con experiencia obstétrica múltiple (múltiparas) presentan la

prevalencia más alta, con un 65.0% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 70.0%. Este grupo destaca por la alta incidencia de anemia, lo que sugiere una asociación entre la multiplicidad de embarazos y la prevalencia de anemia. Las gestantes clasificadas como gran multíparas muestran una prevalencia baja de anemia, con un 2.5% de anemia leve y un 0.0% de anemia moderada. Sin embargo, el bajo porcentaje en este grupo podría deberse a la cantidad limitada de casos.

La prueba chi-cuadrado (X^2) es de 1.166, con un valor p de 0.558, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la paridad de las gestantes y el grado de anemia en este conjunto de datos. Aunque la falta de significancia estadística, las diferencias en las prevalencias sugieren tendencias que podrían ser exploradas en investigaciones adicionales.

Aunque la asociación no es estadísticamente significativa, la alta prevalencia de anemia en gestantes multíparas es un hallazgo notable y sugiere la necesidad de una atención más enfocada en este grupo, posiblemente con intervenciones preventivas y de seguimiento más intensivas.

La baja prevalencia de anemia en las gestantes clasificadas como gran multíparas podría requerir una investigación más detallada para comprender las posibles razones detrás de esta baja incidencia. Se destaca la posible asociación entre la paridad de las gestantes y la prevalencia de anemia, aunque la falta de significancia estadística sugiere que esta relación debe ser explorada más a fondo. Estos resultados resaltan la importancia de considerar la experiencia obstétrica previa al desarrollar estrategias de prevención y manejo de la anemia durante el embarazo.

Tabla 10. Relación entre la edad gestacional de las gestantes y el grado de anemia

Edad gestacional	Nivel de anemia				Total		X ²	P
	Anemia leve		Anemia Moderada		n	%		
	n	%	n	%				
Primer trimestre 1-13 6/7. semanas	9.0	22.5%	1.0	2.5%	10.0	25.0%		
Segundo trimestre 14-27 6/7. semanas	18.9	47.5%	2.1	5.0%	21.0	52.5%		
Tercer trimestre >= 26 semanas	8.1	20.0%	0.9	2.5%	9.0	22.5%		
Total	36.0	90.0%	4.0	10.0%	40.0	100.0%	0.017	0.991

Fuente de elaboración propia

Según la Tabla 10 en la que se proporciona información sobre cómo la etapa del embarazo puede influir en la prevalencia de la anemia, evidencia que: En el primer trimestre (1-13 6/7 semanas), las gestantes muestran una prevalencia del 22.5% de anemia leve y un 2.5% de anemia moderada, sumando un total del 25.0%. Aunque la incidencia es moderada, no se observa una prevalencia significativamente más alta en comparación con otros trimestres gestacionales.

En el segundo trimestre (14-27 6/7 semanas), se registra la prevalencia más alta, con un 47.5% de anemia leve y un 5.0% de anemia moderada, sumando un total del 52.5%. Este resultado destaca una incidencia significativa de anemia durante este período específico del embarazo. En el tercer trimestre (>= 26 semanas), las gestantes muestran una prevalencia del 20.0% de anemia leve y un 2.5% de anemia moderada, con un total del 22.5%. Aunque la incidencia es menor en comparación con el segundo trimestre, sigue siendo significativa.

La prueba chi-cuadrado (X²) es de 0.017, con un valor p de 0.991, indicando que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional de las gestantes y el grado de anemia en este conjunto de datos. La falta de significancia estadística sugiere que la prevalencia de anemia no varía significativamente según la edad gestacional.

Aunque la asociación no es estadísticamente significativa, la alta prevalencia de anemia en el segundo trimestre resalta la importancia de un monitoreo y atención específicos durante esta etapa crítica del embarazo.

La menor incidencia de anemia en el primer trimestre y en el tercer trimestre sugiere la necesidad de seguir investigando para entender las razones detrás de estas diferencias en la prevalencia de anemia en diferentes etapas del embarazo. Este análisis destaca la posible asociación entre la edad gestacional y la prevalencia de anemia, aunque la falta de significancia estadística sugiere que esta relación debe ser explorada más a fondo. Estos resultados subrayan la importancia de un monitoreo cuidadoso y estrategias de intervención adaptadas a diferentes etapas del embarazo para abordar eficazmente la anemia en mujeres gestantes.

El análisis de la relación entre la edad de las gestantes y el grado de anemia revela que la categoría de 20 a 35 años presenta la prevalencia más alta de anemia leve, sugiriendo una asociación significativa entre estas variables. Sin embargo, el análisis chi-cuadrado no muestra una diferencia significativa. Similarmente, al examinar el estado civil, grado de instrucción, procedencia, control prenatal, paridad y edad gestacional, se observan patrones interesantes, pero en varios casos, el análisis de chi-cuadrado no alcanza significancia estadística. Este contraste sugiere que, aunque hay indicios de asociación, se necesitan más investigaciones y análisis para comprender completamente las relaciones entre estos factores y la anemia en gestantes. Además, la significancia estadística en la relación entre la procedencia y la anemia destaca la importancia de abordar diferencias regionales en futuras intervenciones de salud. Este análisis lleva a la investigadora a coincidir con los resultados encontrados por Rodríguez Reis (2028) ¹⁸, Calla Carrasco (2023) ¹⁹, en sus investigaciones donde aseveraron que los factores sociodemográficos y obstétricos influyen en la prevalencia de la anemia en las gestantes, por lo que su identificación es esencial para disminuir su prevalencia.

Plan de Intervención Educativa Promocional para Gestantes con Anemia

Objetivo General:

Reducir la prevalencia de la anemia en gestantes mediante la implementación de un programa educativo promocional en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Fundamentación:

La anemia en gestantes puede tener consecuencias adversas para la salud materna e infantil. Este plan se enfoca en empoderar a las gestantes con conocimientos sobre la importancia de una dieta balanceada, la adherencia al control prenatal y la toma de suplementos nutricionales, buscando así mejorar la salud hemática y prevenir complicaciones asociadas.

Objetivos Específicos:

- Incrementar el conocimiento de las gestantes sobre los factores nutricionales que influyen en la anemia.
- Promover la importancia del control prenatal regular y las pruebas de detección de anemia.
- Mejorar la adherencia al consumo de suplementos nutricionales y una dieta rica en hierro.

Actividades:

1. Sesiones Educativas:

Desarrollo de sesiones mensuales dirigidas por profesionales de la salud.

Tema 1: importancia del hierro, fuentes alimenticias ricas en hierro, y beneficios del control prenatal.

Tema 2. Uso de material educativo visual y participación activa de las gestantes.

2. Material Educativo Personalizado:

- Creación de folletos, infografías y videos informativos adaptados a diferentes niveles educativos y culturales.
- Distribución de material impreso y acceso a recursos audiovisuales en salas de espera y consultorios prenatales.

3. Talleres Prácticos:

- Organización de talleres prácticos sobre preparación de alimentos ricos en hierro.
- Involucramiento de nutricionistas y chefs para enseñar recetas saludables y apetitosas.

4. Visitas Domiciliarias:

- Implementación de visitas domiciliarias por profesionales de la salud para brindar apoyo personalizado.
- Evaluación del entorno hogareño para identificar posibles barreras para una dieta saludable.

5. Campañas de Concientización:

- Ejecución de campañas regulares en redes sociales y carteleras del hospital.
- Testimonios positivos de gestantes que han mejorado su estado hemático a través de la participación en el programa.

6. Grupos de Apoyo:

- Creación de grupos de apoyo entre gestantes con anemia para compartir experiencias y motivarse mutuamente.
- Facilitación de sesiones moderadas por profesionales de la salud y testimonios de gestantes exitosas.

7. Evaluación del Programa:

- Medición periódica de los niveles de hemoglobina de las gestantes participantes.
- Encuestas de satisfacción para evaluar la efectividad y relevancia del programa.
- Análisis de la asistencia y participación en las actividades propuestas.

Este plan de intervención educativa busca abordar de manera integral los factores asociados a la anemia en gestantes, fomentando cambios positivos en el conocimiento y las prácticas de las mujeres embarazadas, con la meta de mejorar la salud hemática y reducir la prevalencia de la anemia en la población atendida en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

V. CONCLUSIONES

La colaboración entre el laboratorio clínico y el equipo médico es esencial para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia en gestantes. La integración de los resultados de laboratorio en la atención médica permite una respuesta rápida y eficaz.

El laboratorio clínico desempeña un papel crucial en la detección temprana de la anemia, lo que permite iniciar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones durante el embarazo. La mejora en los métodos de cribado y la implementación de análisis más específicos pueden optimizar esta detección.

La precisión en los análisis de laboratorio es fundamental para el manejo adecuado de las pacientes. Cualquier error en los resultados puede llevar a diagnósticos incorrectos y, en consecuencia, a un tratamiento inadecuado, lo que subraya la importancia de mantener altos estándares de calidad.

La incorporación de tecnologías avanzadas en el laboratorio clínico ha mejorado significativamente la capacidad para diagnosticar condiciones como la anemia de manera más rápida y precisa. Esto ha sido especialmente importante en el manejo de casos complicados y en la reducción de tiempos de espera para los pacientes.

Además de realizar análisis, el laboratorio clínico puede desempeñar un papel educativo, informando al personal médico sobre la interpretación correcta de los resultados y actualizando al equipo sobre nuevas pruebas disponibles que podrían ser beneficiosas en la atención prenatal.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el servicio de laboratorio clínico fortalezca sus protocolos de control de calidad para garantizar la precisión y fiabilidad de los resultados de las pruebas hemáticas. Esto incluye la calibración regular de equipos y la actualización constante de los reactivos utilizados.

Es importante que el personal del laboratorio clínico reciba formación continua en técnicas modernas de análisis y en el manejo de nuevas tecnologías. Esto garantizará que los resultados de las pruebas sean consistentes y que el personal esté preparado para interpretar correctamente los resultados.

Se sugiere mejorar la comunicación de los resultados de laboratorio entre el personal del laboratorio y los médicos tratantes. Esto puede incluir la implementación de un sistema digital que permita el acceso rápido y seguro a los resultados de las pruebas, asegurando que los médicos puedan tomar decisiones informadas en tiempo real.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Anemia. 2023. [Consultado el 27 de enero del 2024], Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
2. OPS. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. . [Consultado el 27 de enero del 2024], Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>
3. OMS/OPS. Anemia en el Embarazo. 2020. [Consultado el 27 de enero del 2024], Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
4. World Health Organization (WHO). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: WHO; 2016 [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
5. Banco Mundial. Prevalencia de anemia entre embarazadas [Internet]. BM; 2016 [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.PRG.ANEM»>
6. Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional De Alimentacion Y Nutricion (INS). Estado Nutricional de niños menores de cinco años y gestantes que acceden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional. 2022 – I Semestre. Lima; 2022. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Recuperado a partir de: <http://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2022/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%20I%20SEMESTRE%202022.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informatica. Encuesta Demo grafica y de Salud Familiar - ENDES. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica; 2019.
8. MINSA. El 28% de gestantes padece de anemia en el Perú. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34848-el-28-de-gestantes-padece-de-anemia-en-el-peru>
9. Mariño Nina NI. Factores maternos asociados a la presencia de anemia en gestantes atendidas en el centro de salud 16 de febrero - gestión 2018. Bolivia.

2019. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24266/TM-1620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Murillo-Zavala, A., Chancay-Sabando, C J. Baque-Parrales, GH., Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: Ecuador. 2021. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8229765.pdf>

11. Vásquez-Velásquez C., Gonzales F. Situación mundial de la anemia en gestantes. 2020. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000400034

12. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Anemia por deficiencia de hierro en el embarazo, una visión general del tratamiento. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 27 de enero de 2024];5(3):e397. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/397>

13. Pérez Facio A. Prevalencia y evolución de la anemia en embarazadas del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Salud Mil [Internet]. 27 de julio de 2022 [citado 27 de enero de 2024];41(2):e301. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/320>

14. Díaz Gonzales N N., Huichi Jara R M. Factores relacionados a la anemia en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Mariscal Castilla, Arequipa, enero-diciembre 2019. Arequipa –Perú. 2020. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10397>

15. Muñoz Cuadra G K. Factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Ex Fundo Naranjal en el periodo julio-diciembre del 2022, 2023. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5086>

16. Velásquez Ccorisoncco S. Factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo, 2022. Perú. 2023. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en:

https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8168/253T20230690_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Choque Barboza C A., Solis Sierra A. Factores asociados a la anemia en gestantes adultas atendidas en emergencia del Hospital Ate Vitarte en el año 2022. 2022. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/browse?type=author&value=Solis%20Sierra,%20Anakarim>

18. Rodríguez Reis J J. Factores asociados a la anemia en gestantes adolescentes en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto, 2019. 2020. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <http://190.12.84.13:8080/handle/20.500.13084/4308>

19. Calla Carrasco V. Conocimientos y prácticas de prevención de la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Chacarilla de Otero, San Juan de Lurigancho, Marzomayo, 2023. 2023. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1813/TESIS%20CALLA-SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Caramantin Malca R B. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el EE. SS I-4 la unión, durante el año 2021. Piura-Perú. 2022. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d62aff09-6c33-45b7-87ad-daa80216c96d/content>

21. Baldera Tapia E S. Prevalencia de anemia en gestantes, servicio de obstetricia del Hospital Provincial docente Belén de Lambayeque – 2021. 2021. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9262/Baldera_Tapia_Eder_Steve.pdf?Sequence=1&isallowed=y

22. Cervantes Parvina E F., Rojas Ramos E A. Factores relacionados a la condición de anemia en gestantes de dos centros de salud del distrito Lambayeque, enero – junio 2018. 2020. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en:

<https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Author/Home?author=Cervantes+Parvina%2C+Edh%C3%BA+Francis>

23. Espinola-Sánchez Marcos, Sanca-Valeriano Silvia, Ormeño-Julca Alexis. Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazada en Perú. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 mayo 16]; 86(2): 192-201. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000200192#:~:text=La%20prevalencia%20de%20anemia%20en,con%20un%20seguro%20de%20salud.

24. García Odio Amado, Izaguirre Mayor Diana Rosa, Álvarez Bolívar Daymeris. Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Mar [citado 28 de enero del 2024]; 33(1): 146-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100013&lng=es.

25. Ayala FD, Ayala D. Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):487-488. [citado 28 de enero del 2024] Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2209>

26. Cisneros E, Lázaro M. Factores asociados a anemia en la gestación en Huánuco 2018. [En línea] Huánuco: 2019 [citado 28 de enero del 2024] 37 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174452>

27. Dodzo RC, Ogunsakin RE, Ginindza TG. Prevalence and associated risk factors for anaemia amongst pregnant women attending three antenatal clinics in Eswatini. African journal of primary health care & family medicine [Internet]. 2022 Apr 25 [citado 28 de enero del 2024];14(1): e1–9. Available from: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3339> | <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35532109/>

28. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018. [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria Para La Prevención Y Control De La Anemia Por Deficiencia De Hierro En Gestantes Y Puerperas. 2016. . [Consultado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.cnp.org.pe/pdf/RM_069-2016%20MINSAs%20ANEXO.pdf

ANEXOS 1. Carta de autorización del Centro a realizar la investigación

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Chiclayo, agosto de 2022

Dr. Carmen Sánchez Leca.

Lic. TM.

Jefa del área del Laboratorio Clínico o encargado del área de Hematología del Laboratorio del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo.

ASUNTO: Solicitud de autorización para utilización de las muestras sanguíneas de gestantes

De nuestra especial consideración.

Mediante la presente me dirijo a Ud., para saludarle cordialmente y a la vez solicitarle el permiso para la realización del presente trabajo de investigación titulado “**Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes Atendidas en un Hospital de Chiclayo**”, duración del proyecto 6 Meses – Fecha de inicio y término 10 de Octubre del 2022 al 10 de Abril del 2023, para obtener el título profesional de Licenciada en Tecnología Médica – Especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, por tal motivo se pide que se nos brinde la autorización y las facilidades correspondiente.



Achaca Espinoza Kateysa Naydu

DNI: 72173687



Lic. Janeth Umbelina Montenegro Romero
Tecnólogo Médico en Laboratorio
Clínico y Anatomía Patológica
C.T.M.P. 11762

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

“Factores Asociados a la Prevalencia de Anemia en Gestantes Atendidas en un Hospital de Chiclayo”

FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS

Edad

- a) Menores de 20 años_____.
- b) De 20 -35 años_____.
- c) Mayores de 35 años_____.

Estado civil

- a) Soltera_____
- b) Conviviente_____
- c) Casada_____
- b) Divorciada_____
- d) Viuda_____

Grado de instrucción

- a) Sin estudio_____
- b) Inicial_____
- c) Primaria_____
- d) Secundaria_____
- e) Superior_____

Lugar de residencia

- a) Urbana_____
- b) Rural_____

Nivel socioeconómico

- a) Bajo_____
- b) Medio_____
- c) Alto_____

FACTORES OBSTÉTRICOS

Control prenatal

- a) Menos de 6 APN_____
- b) 6 APN_____
- c) Más de 6 APN_____

Paridad

- a) Primípara_____.
- b) Multípara_____.
- c) Gran multípara_____

Periodo intergenésico

Menor de 02 años_____

de 02 a 04 años_____

mayor de 04 años_____

Ninguno (Nulípara)_____

Edad gestacional

- a) Primer trimestre: 1-13 6/7 semanas_____
- b) Segundo trimestre: 14-27 6/7 semanas_____.
- C)Tercer trimestre: >= 28 semanas_____.

Grado de anemia

Leve

Hb: 10 g/dl a 10.9 g/dl_____

Moderada

Hb: 7.1 g/dl a 9.9 g/dl_____

Severa

Hb: menor a 7 g/dl_____

Anexo 3. Datos recolectados

ID	CASOCONTROLO	EDAD	GRADODEINSTRUCCIÓN	ESTADOCIVIL	NUMERODEGESTACIONES	NUMERODECONTROLPRENATAL	SUPLEMENTO	PERIODOINTERGENESICO
1	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	4 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
2	Anemia	18-27	Secundaria	Soltera	Gestacion	Adecuado	Si consume	Corto
3	Anemia	28-37	Superior universitario	Soltera	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
4	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	Gestacion	Inadecuado	No consume	Corto
5	Anemia	28-37	Primaria	Conviviente	4 gestaciones	Adecuado	Si consume	Adecuado
6	Anemia	>=38	Secundaria	Soltera	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
7	Anemia	18-27	Secundaria	Soltera	2 gestaciones	Adecuado	No consume	Corto
8	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
9	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	4 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
10	Anemia	28-37	Secundaria	Soltera	4 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
11	Anemia	18-27	Superior universitario	Conviviente	Gestacion	Adecuado	Si consume	Corto
12	Anemia	28-37		Soltera	4 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Adecuado
13	Anemia	28-37	Secundaria	Soltera	4 gestaciones	Adecuado	No consume	Corto
14	Anemia	18-27	Secundaria	Soltera	Gestacion	Inadecuado	Si consume	Corto
15	Anemia	18-27	Secundaria	Conviviente	Gestacion	Inadecuado	Si consume	Adecuado
16	Anemia	28-37	Superio no universitario	Soltera	2 gestaciones	Adecuado	No consume	Corto
17	Anemia	<18 años	Primaria	Soltera	Gestacion	Inadecuado	Si consume	Corto
18	Anemia	28-37	Primaria	Conviviente	3 gestaciones	Adecuado	Si consume	Adecuado
19	Anemia	>=38	Primaria	Conviviente	4 gestaciones	Inadecuado	No consume	Corto
20	Anemia	28-37	Superior universitario	Conviviente	Gestacion	Inadecuado	Si consume	Adecuado
21	Anemia	18-27	Primaria	Soltera	2 gestaciones	Inadecuado	No consume	Corto
22	Anemia	18-27	Superio no universitario	Conviviente	2 gestaciones	Adecuado	Si consume	Adecuado
23	Anemia	28-37	Primaria	Conviviente	4 gestaciones	Inadecuado	No consume	Corto
24	Anemia	28-37	Superio no universitario	Casada	3 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
25	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	2 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
26	Anemia	>=38	Superio no universitario		4 gestaciones	Inadecuado	No consume	Corto
27	Anemia	18-27	Secundaria	Conviviente	2 gestaciones	Inadecuado	No consume	Adecuado
28	Anemia	>=38	Secundaria	Conviviente	4 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
29	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	5 a más	Adecuado	Si consume	No aplica
30	Anemia	18-27	Secundaria	Conviviente	Gestacion	Adecuado	Si consume	Adecuado
31	Anemia	28-37	Secundaria	Conviviente	4 gestaciones	Inadecuado	No consume	Corto
32	Anemia	28-37	Primaria	Conviviente	4 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
33	Anemia	18-27	Secundaria	Conviviente	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Adecuado
34	Anemia	28-37	Secundaria	Soltera	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
35	Anemia	18-27	Secundaria	Soltera	3 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
36	Anemia	28-37	Secundaria	Soltera	5 a más	Adecuado	Si consume	No aplica
37	Anemia	28-37	Primaria	Casada	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Corto
38	Anemia	18-27	Primaria	Soltera	3 gestaciones	Adecuado	Si consume	Corto
39	Anemia	28-37	Superio no universitario	Soltera	Gestacion	Inadecuado	Si consume	Corto
40	Anemia	18-27	Superio no universitario	Casada	2 gestaciones	Inadecuado	Si consume	Adecuado