

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ,
2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Bach. ALEJO PAUCAR, Soledad Kimberly

Bach. BUSTOS GUERRERO, Erika Milena

Asesora: Dra. QUISPE GOMEZ, Maximiliana

HUARAZ-PERU

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

“Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2021”.

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

Soledad Kimberly ALEJO PAUCAR

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobada con el calificativo de: *QUINCE* (15) en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 26 de mayo del 2023.


Dra. María Inés VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. Celedonia Norma DÍAZ ROJAS
SECRETARIA


Dr. Junior Duberli SÁNCHEZ BRONCANO
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

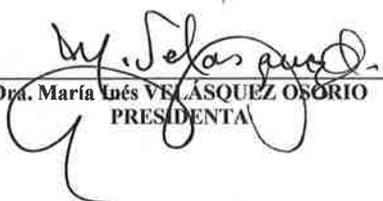
“Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2021”.

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

Erika Milena BUSTOS GUERRERO

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobada con el calificativo de: *QUINCE*..... (15) en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 26 de mayo del 2023.


Dra. María Inés VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. Celedonia Norma DÍAZ ROJAS
SECRETARIA


Dr. Junior Duberli SÁNCHEZ BRONCANO
VOCAL

Anexo de la R.C.U N° 126 -2022 -UNASAM
ANEXO 1
INFORME DE SIMILITUD.

El que suscribe (asesor) del trabajo de investigación titulado:

Presentado por:

con DNI N°:

para optar el Título Profesional de:

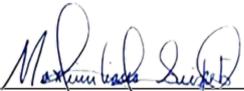
Informo que el documento del trabajo anteriormente indicado ha sido sometido a revisión, mediante la plataforma de evaluación de similitud, conforme al Artículo 11 ° del presente reglamento y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de : de similitud.

Evaluación y acciones del reporte de similitud de los trabajos de los estudiantes/ tesis de pre grado (Art. 11, inc. 1).

Porcentaje		Evaluación y acciones	Seleccione donde corresponda <input checked="" type="radio"/>
Trabajos de estudiantes	Tesis de pregrado		
Del 1 al 30%	Del 1 al 25%	Esta dentro del rango aceptable de similitud y podrá pasar al siguiente paso según sea el caso.	
Del 31 al 50%	Del 26 al 50%	Se debe devolver al estudiante o egresado para las correcciones con las sugerencias que amerita y que se presente nuevamente el trabajo.	
Mayores a 51%	Mayores a 51%	El docente o asesor que es el responsable de la revisión del documento emite un informe y el autor recibe una observación en un primer momento y si persistiese el trabajo es invalidado.	

Por tanto, en mi condición de Asesor/ Jefe de Grados y Títulos de la EPG UNASAM/ Director o Editor responsable, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera hoja del reporte del software anti-plagio.

Huaraz,


FIRMA

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Se adjunta:

1. Reporte completo Generado por la plataforma de evaluación de similitud

PAPER NAME

Documento sin título

AUTHOR

-

WORD COUNT

16069 Words

CHARACTER COUNT

86124 Characters

PAGE COUNT

83 Pages

FILE SIZE

102.4KB

SUBMISSION DATE

Jun 4, 2023 12:37 PM GMT-5

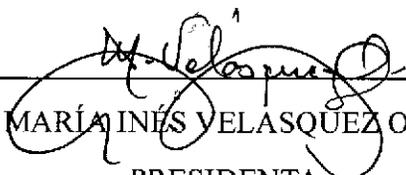
REPORT DATE

Jun 4, 2023 12:37 PM GMT-5**● 23% Overall Similarity**

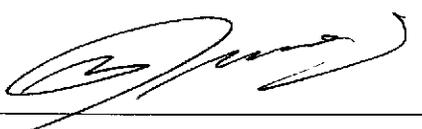
The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 20% Internet database
- 18% Submitted Works database
- 3% Publications database

FIRMA DE LOS MIEMBROS DE JURADO


Dra. MARÍA INÉS VELASQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. CELEDONIA NORMA DÍAZ ROJAS
SECRETARIA


Dr. JUNIOR DUBERLI SÁNCHEZ BRONCANO
VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA



Maximiliana Quispe Gomez

Dra. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación en primer lugar a Dios quien día a día bendice mi camino; a mis padres Eduardo y María por su apoyo incondicional; a mi hija Maffer por ser la razón de mi constante superación y a mi esposo Cristian por su constante apoyo en el cumplimiento de mis metas.

Soledad

Dedico la presente tesis a Dios por guiar mi camino, a mis padres Juvencio y Teodora por su compañía y amor incondicional y a mis hijos Esteban y Kiara por ser la motivación para seguir adelante cada día.

Erika



AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar, por ser quien guía mi camino.

A nuestra asesora Dra. Maximiliana Quispe Gómez, por sus acertados consejos y lograr la presente investigación.

A nuestros jurados Dra. María Inés Velásquez Osorio, Mg. Celedonia Norma Diaz Rojas y Dr. Junior Duberli Sánchez Broncano, por sus sabias palabras y sus conocimientos precisos para culminar satisfactoriamente la presente tesis.

Al personal obstetra del Hospital Víctor Ramos Guardia por brindarnos las facilidades para la obtención de los datos.

Soledad

En primer lugar, a Dios quien permite hacer posible la presente investigación.

A nuestra asesora Dra. Maximiliana Quispe Gómez, por su paciencia y constancia en el presente estudio.

A nuestros jurados Dra. María Inés Velásquez Osorio, Mg. Celedonia Norma Diaz Rojas y Dr. Junior Duberli Sánchez Broncano, por su dedicación, perseverancia, tolerancia y compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable.

A los docentes y compañeros de la Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo” por su apoyo constante en las aulas.

Erika



ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS	11
3. BASES TEÓRICAS	14
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
5. RESULTADOS	52
6. DISCUSIÓN	57
7. CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES.....	68
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021?, con el objetivo general de determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021. Investigación observacional, analítico de casos y controles, con una muestra de 110 gestantes con anemia (casos) y 110 gestantes sin anemia (controles), para la recolección de la información se usó una ficha de recolección de datos; la información fue procesada mediante el programa SPSS V26.0, se utilizó la estadística inferencial para la prueba de hipótesis el Chi cuadrado

Resultado: Los factores sociodemográficos de riesgo fueron: La edad ≤ 29 años ($p = 0,000$ y OR: 11,175); estado civil sin vínculo convivencial ($p = 0,000$ y OR: 2,833); grado de instrucción básica ($p = 0,000$ y OR: 3,193); ocupación sin remuneración ($p = 0,000$ y OR: 4,903); lugar de procedencia rural ($p = 0,000$ y OR: 7,000). En cuanto a los factores gineco obstétricos de riesgo fueron la edad gestacional no a término ($p = 0,000$ y OR: 5,143); la nuliparidad ($p = 0,000$ y OR: 5,143); periodo intergenésico no óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años ($p = 0,000$ y OR: 6,148) y el número de atenciones prenatales menor de 6 ($p = 0,000$ y OR: 2,571). Se concluye que los factores sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y lugar de procedencia) y gineco obstétricos (edad gestacional, paridad, periodo intergenésico y número de atenciones prenatales) están asociados estadísticamente y constituyen un riesgo para que la gestante presente anemia.

Palabras clave: Anemia, gestación, factores de riesgo.

ABSTRACT

The problem was posed: What are the risk factors associated with anemia in pregnant women attended at the Victor Ramos Guardia Hospital - Huaraz, in the period July-December 2021, with the general objective of determining the risk factors associated with anemia in pregnant women attended at the Victor Ramos Guardia Hospital - Huaraz, in the period July-December 2021. Observational, analytical case-control research, with a sample of 110 pregnant women with anemia (cases) and 110 pregnant women without anemia (controls), the instrument used was a data collection form; the information was processed using SPSS V26. The sociodemographic risk factors were: age ≤ 29 years ($p = 0,000$ and OR: 11.175); marital status without cohabitation ($p = 0,000$ and OR: 2.833); degree of basic education ($p = 0,000$ and OR: 3.193); unpaid occupation ($p = 0,000$ and OR: 4.903); place of rural origin ($p = 0,000$ and OR: 7.000). As for obstetric gynecological risk factors were gestational age not at term ($p = 0,000$ and OR: 5.143); nulliparity ($p = 0,000$ and OR:5.143); non-optimal inter-gestational period (short < 2 years and long > 4 years ($p = 0,000$ and OR: 6.148) and number of prenatal care less than 6 ($p = 0,000$ and OR: 2.571). It is concluded that sociodemographic factors (age, marital status, education, occupation and place of origin) and obstetric and gynecological factors (gestational age, parity, intergestational period and number of prenatal care) are statistically associated and constitute a risk for the pregnant woman to present anemia.

Key words: Anemia, gestation, risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la anemia en el mundo es estimada como uno de los factores de morbimortalidad estableciendo una problemática nutricional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que un 40% de mujeres en estado grávido alrededor del mundo presentan anemia de las cuales el 50% están relacionadas a la carencia de hierro¹. La anemia en mujeres afroamericanas embarazadas tiene una prevalencia de 27% siendo significativa a comparación de las mujeres no hispanas blancas (7%)². Conforme a la OMS, la patología anemia es resultado del descenso del valor de hemoglobina, situación que usualmente acompaña a la disminución de glóbulos rojos, ocasionando una insuficiente contribución de oxígeno al cuerpo específicamente en células así como también en tejidos trayendo por ende consecuencias de gravedad; con respecto a la predominancia de anemia a nivel mundial refiere que trae graves consecuencias en la mujer embarazada, señalando que en el mundo la anemia perjudica a 1620 millones de personas (24,8%)³.

En el Caribe y América Latina la anemia ferropénica es un tema peligroso para el bienestar de la salud afectando en mayor medida a las personas vulnerables dentro de ello a las gestantes. En América Latina el embarazo acompañado de anemia tiene una prevalencia de 37%⁴, en Cuba por consiguiente, la prevalencia es de 20-25% de anemia en el embarazo, siendo identificados como anemia leve el 80% y menor del 1% como anemia grave⁵.

El Perú, desde hace muchos años atrás tiene como problema de salud a la anemia, incrementando por ende la exposición a cursar patologías que afecten a la madre y feto, el sector salud realiza diversas acciones para poder disminuir y erradicar la anemia, pero no se observa cambios y se ve la necesidad de estudiar los diversos

factores que conllevan a ello. A nivel nacional la anemia para el 2019 tuvo una prevalencia anual del 19,4%, El Ministerio de Salud (MINSA) en su informe hace referencia a las regiones con mayor tasa de anemia siendo las siguientes: 34,6% Pasco, 29,5% Huancavelica, 27,7% Puno, 25,8% La Libertad, 22,1% Junín, 21,7% Ancash, 21,3% Madre de Dios, 21,1% Cusco, 18,4% Ayacucho, 18,4% Lambayeque, 18,5% Lima, 15,2% Loreto, 14,9% Sullana, 14,5% Apurímac, 14,1% Lima Sur, 14,1% Tacna, 12,9% Jaén, 12,1% Ica, 11,3% Tumbes, 10,9% Arequipa y 7,3% Cutervo⁶.

En el primer semestre del 2021 a nivel nacional la anemia en el embarazo tuvo una incidencia del 19,3% en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), siendo la DIRESA Huancavelica quien presentó el 32,0% de casos siendo el más incrementado de las 10 DIRESAS que reportaron casos numerosos de anemia, según calificación de la OMS es un problema moderado de salud pública, puesto que reportan mayor número de pacientes embarazadas entre las edades de 15-19 años y 45-49 años de edad⁷.

En el Perú la anemia de tipo ferropénica es la más frecuente, encontrándose alta con un 30,5% de incidencia, refiriendo además que la zona urbana es la que agrupa mayor número de anemia en embarazadas; así mismo según informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la zona urbana alberga un número elevado de embarazadas con anemia (21,2%), a ello se suma un 22,5% de gestantes con anemia en la selva⁸; lo que se explicaría debido a una mala nutrición en cuantía y cualidad siendo de poco aporte de hierro, así como también la influencia del factor familiar y social⁵.

Munares y Gómez⁹ en su trabajo mencionan como problema de salud pública a la anemia, trayendo consigo complicaciones en las gestantes, asociando además a la anemia con la talla de la paciente; llegando a concluir que las mujeres en gravidez de talla baja tienen mayor riesgo de presentar anemia a comparación de las pacientes sin talla baja, relacionándolo también con la mujer adolescente, habitar en la sierra en una zona rural y pertenecer al quintil 1 de pobreza.

Melchor¹⁰ en el 2018 en su investigación elaborada encontró la asociación de factores para la anemia en el embarazo siendo frecuentes y comunes en féminas en edad reproductiva y asociados a tiempo menor de 2 años entre embarazos, nivel de estudios, centro de labores, con unión familiar o no, limitado aumento de peso en la gestación, incorrecto complemento de hierro, cantidad de partos, cantidad de embarazos, cantidad de consultas prenatales, inadecuada alimentación e intolerancia al sulfato ferroso, lo que la expone a ser diagnosticada con anemia en el embarazo e incluso llegar al parto con anemia pudiendo desencadenar complicaciones en la madre y neonato.

La DIRESA-Ancash menciona que en el año 2019 la prevalencia de anemia fue del 21,7%, que además a comparación del año 2018 las gestantes atendidas se incrementaron^{6,11}.

Vergara¹², en el 2018 en su investigación en el Hospital de Huaraz, concluye que el 20% de embarazadas con preeclampsia grave, tuvieron anemia moderada, habiendo por ende una significativa relación entre los valores de hemoglobina y preeclampsia en las embarazadas evaluadas durante el periodo 2013-2016 con un intervalo de confianza del 95%; siendo así la anemia un importante factor para la presencia de dificultades en el embarazo.

Por los argumentos presentados anteriormente se formuló el consecuente **problema**: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021? Se planteó como **objetivo general**: Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021; y como **objetivos específicos**: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz; analizar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz.

Es así que luego del estudio se llegó a concluir que los factores sociodemográficos relacionados a anemia en la gestante fueron la edad ≤ 29 años, estado civil sin vínculo convivencial, grado de instrucción básica; ocupación sin remuneración; lugar de procedencia de zona rural y como factores gineco obstétricos fueron gestación no a término, paridad nulípara, periodo intergenésico no óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años) y menor de 6 atenciones prenatales.

El presente estudio está segmentada en 9 puntos: el primer punto introducción; el segundo punto brinda la hipótesis, las variables con su respectiva operacionalización; el tercer punto informa las teorías (antecedentes, marco referencial y descripción de términos); el cuarto punto menciona los recursos y procedimientos (tipo de investigación, diseño, universo, población); el quinto punto menciona los valores estadísticos encontrados en el estudio; en el sexto punto se describe la discusión; el séptimo punto abarca las conclusiones; el octavo punto las recomendaciones; en el noveno punto se muestran las referencias

bibliográficas y los anexos tomados en cuenta para hacer posible el presente estudio.

Por último, la justificación del presente proyecto de investigación fundamenta su valor teórico por contribuir en el campo de la salud sobre las causas sociodemográficos y gineco obstétricos en el embarazo para presentarse una anemia; en cuanto a su relevancia práctica y relevancia social aportará al manejo preventivo de las complicaciones y morbimortalidad de la gestante y feto, en cuanto a su utilidad metodológica permitirá contribuir a los futuros investigadores.

2. HIPÓTESIS

H1: Los factores de riesgo sociodemográficos y gineco obstétricos tienen asociación estadísticamente significativa para la anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021.

Ho: Los factores de riesgo sociodemográficos y gineco obstétricos no tienen asociación estadísticamente significativa para la anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021.

2.1. VARIABLES

- **Variable independiente**
Factores de riesgo
- **Variable dependiente**
Anemia

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente: Factores de riesgo	Cualidad o situación encontrado en uno o varios individuos relacionada a desarrollar alguna morbilidad. Sus particularidades se relacionan a un determinado agravante de la salud pudiendo estar presentes en la persona, familia o comunidad en general que comparten el mismo ambiente ¹³ .	Los datos estadísticos referentes a factores sociodemográficos y gineco obstétricos, recolectados haciendo uso de una ficha de recolección de datos.	Factores sociodemográficos	Edad materna	- Joven (≤ 29 años) - Adulto (30 años a más)	Ordinal
				Estado civil	- Sin vínculo convivencial (soltera, divorciada, viuda) - Con vínculo convivencial (conviviente, casada)	Nominal
				Grado de instrucción	- Básica (primaria, secundaria) - Superior (no universitaria, universitaria)	Ordinal
				Ocupación	- No remunerada (ama de casa, estudiante) - Remunerada (Empleada independiente y dependiente)	Nominal
			Lugar de procedencia	- Rural - Urbano	Nominal	
			Factores gineco obstétricos	Edad gestacional	- No a término (pre término y/o post término) - A término	Ordinal

				Paridad	<ul style="list-style-type: none"> - Nulípara - Multípara 	Ordinal
				Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> - No óptimo (corto <2 años y largo >4 años) - Óptimo (2-4 años) 	Ordinal
				Número de atenciones prenatales	<ul style="list-style-type: none"> - < 6 atenciones - ≥ 6 atenciones 	Ordinal
Variable dependiente: Anemia	Estimación de hemoglobina sanguínea de la embarazada de < 11 mg/dl ¹⁴	Estimación de hemoglobina sanguínea de la embarazada de < 11 mg/dl registrado en la historia clínica perinatal.	Anemia en embarazo	Clasificación de la anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Leve (10.0-10.9g/dl) - Moderada (7.0-9.9g/dl) - Severa (<7.0g/dl) 	Ordinal

3. BASES TEÓRICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Fadl, et al. (2021) **Asociación entre factores maternos de alto riesgo y anemia entre mujeres en Etiopía**; cuyo objetivo fue examinar la interconexión de los factores maternos de alto riesgo y de la anemia de la población femenina que se encuentran en la edad de reproducción en Etiopía, en la cual se hizo uso la metodología transversal, donde la data fueron recolectados de una encuesta demográfica y de salud en Etiopía de 2016 (N = 5282). Cuyos niveles de hemoglobina se utilizaron para determinar el estado de deficiencia eritrocitos en el torrente sanguíneo. Las causas maternas de alto riesgo se midieron utilizando la edad materna al momento del parto, el periodo intergenésico y el orden de cada nacimiento, realizaron pruebas de χ^2 y modelos de regresión multivariable. Como resultado obtuvo que las probabilidades de anemia fueron mayores entre las mujeres con cualquier factor de alto riesgo materno que entre aquellas que no experimentaron ningún factor de alto riesgo ([ORA] también denominado odds ratio ajustado cuyo valor es 2,64; IC 95 %, 1,24–5,63 para zonas urbanas y ORA: 1,27; IC 95%, 1,01–1,61 para mujeres rurales). La exposición a un único factor materno de alto riesgo se asoció significativamente con mayores probabilidades de anemia sólo entre los residentes urbanos (AOR: 2,61; IC 95 %, 1,17–5,81). La exhibición a múltiples componentes maternos de alto riesgo aumentó significativamente las probabilidades de anemia (AOR: 2,82; IC 95 %, 1,15–6,91) y (AOR: 1,55; IC 95 %, 1,10–2,17) para mujeres urbanas y rurales, respectivamente. Concluye que el lugar de residencia moderó la asociación entre

la anemia y los factores maternos, asimismo menciona que se necesitan estrategias e intervenciones específicas del contexto para prevenir la anemia¹⁵.

Ochoa, María (2020) **Prevalencia de anemia y factores asociados durante el tercer trimestre del embarazo, en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, 2018 en Ecuador**; tuvo como objetivo establecer factores que se encuentran relacionados en el 3er. trimestre de gestación y la prevalencia de la anemia y, en cuanto a su metodología se trató de una investigación observacional, donde se tuvo en cuenta 354 historias clínicas de gestantes que llegaron a cumplir criterios de incorporación, cuyos datos fueron recolectados gracias al formulario, para la parte estadística se empleó el programa versión 15 SPSS, finalmente para la relación entre los factores aplicaron el chi cuadrado, donde se reportó el valor de $p(<0,05)$ y un nivel de confianza del 95%; como resultado la anemia presentó una relevancia del 25,7% (IC 95%) donde se presentó un número incrementado el 40,7%, en adultas jóvenes, el 62,6% de instrucción nivel secundaria, el 51,6% los que residen en zona rural, el 40% de estado civil soltera y casada, el 46,2%, de ocupación ama de casa; por otro lado se presentó más en embarazadas con >5 atenciones prenatales con el 74,7%, el 62,6%, multigestas, el 86,8% en una gestación a término, también se encontraron una relación ($p<0,05$) estadísticamente significativa principalmente en adultas que se encuentran en la etapa joven y fue su primer embarazo; la obesidad y el sobrepeso fueron un factores protectores IC95%, RP 0,6, $p=0,04$; donde se concluyó que la relevancia respecto a la anemia está incrementada y tiene una asociación con aquellos factores que no se pueden modificar los cuales son: primigesta y la edad¹⁶.

Pérez, Joselyn (2020) **Factores desencadenantes de la anemia ferropénica en gestantes ingresadas en el Hospital del Sur Delfina Torres de Concha, en Ecuador**; cuyo objetivo fue examinar factores que desencadenan la anemia ferropénica en embarazadas, la metodología hicieron uso de un diseño transversal, cuantitativo y descriptivo, su población fue de 52 mujeres embarazadas que ingresaron al Hospital Sur Delfina Torres, especialmente en la consulta ginecoobstétrica, se llegó a utilizar encuestas conformadas por 8 preguntas y una guía de revisión de historias clínicas para que se realice la recolección de datos; en cuanto a los resultados encontraron que el 48,07 % de gestantes mayores de 26 años presentaron anemia ferropénica, el 53,84 % fueron de nivel económico medio y el 28,84 % de nivel económico bajo, el 75 % de las embarazadas eran del último trimestre de la gestación, el 51,92% tenía un periodo intergenésico menos de 1 año, el 69,23 % fue anemia leve y el 46,15 % no fueron al programa de planificación familiar, como conclusión la mayor prevaecía se dio en la anemia ferropénica leve, los estilos de alimentación de las gestantes en la mitad no fueron los adecuados porque no llegaron a ingerir alimentos ricos en minerales y vitaminas que es fundamental en el aporte de hierro, existe sedentarismo, finalmente la mayor incidencia para la aparición de anemia se presentó en los siguientes factores los cuales son las semanas de embarazo y el tiempo entre embarazos corto¹⁷.

Arévalo, Gabriela (2019) **Prevalencia y factores asociados a anemia en gestantes de 18 a 30 años, hospital Homero Castanier Crespo. Azogues 2017-2018**, en Ecuador; tuvo como objetivo establecer los factores de riesgo y la prevalencia que está asociado a la anemia en embarazadas que se encuentran en

la edad de 18 a 30 años, tuvo una metodología de estudio transversal, analítico y de prevalencia, que se realizó con 133 historias clínicas de mujeres embarazadas que estuvieron hospitalizadas durante el año 2017-2018, se hizo uso de un formulario y revisión del historia clínica de cada gestante para la recolección de datos, usó el SPSS versión 25 para procesar los datos; el estudio de las variables cualitativas se llevó a cabo con los valores de porcentajes y frecuencia, por otro lado los estudios de relación se llevó a cabo con el Odds Ratio y el chi cuadrado, con $p < 0,05$ de estadística significativa; como valores se obtuvo que la prevalencia fue de 30,1 de personas de sexo femenino con anemia, siendo el 1,5% anemia grave, el 14,3% anemia moderada y el 14,3% anemia leve, por otro lado los factores fundamentales relacionados a la anemia son el control prenatal no adecuado ($p=0,02$) con OR de 2,471, IC 95%, previas infecciones ($p=0,01$) con OR de 3,542, y antecedente de transfusiones sanguíneas ($p=0,00$) con OR de 8,474; IC95% concluye que fue mayor la prevalencia de anemia y los factores asociados fueron antecedentes de transfusiones sanguíneas, las infecciones antes de la gestación, atenciones prenatales inadecuados y por último el embarazo múltiple¹⁸.

Villagómez (2019) **Factores que influyen en la anemia gestacional en mujeres atendidas en ginecología del hospital Delfina Torres de Concha-Esmeraldas 2018**; cuyo objetivo fue establecer los factores que se relacionan con la anemia gestacional; con metodología de estudio descriptiva, no experimental, cuantitativa, de corte transversal; con 290 pacientes del sexo femenino con anemia durante el embarazo; se realizó una exploración de registros e historias clínicas; donde la valoración fue que el 60% de embarazadas con anemia son de las edades entre 15 a 20 años, el 75% culminaron secundaria, 80% fueron primigestas; El presente

trabajo llegó a la conclusión que la gran mayoría son embarazos durante la etapa de la adolescencia, de lo cual el 55% durante el último trimestre de la gestación se produjo anemia¹⁹.

Antecedentes nacionales

Pingo, Roxana (2022) **Factores clínicos, sociales y de gestión relacionados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud, Piura, 2019-2021**; se planteó como objetivo establecer los factores sociales, tanto clínicos, y de gestión que tienen una relación con la anemia en embarazadas evaluadas en el establecimiento de salud del distrito de Rinconada; con metodología de estudio transversal y observacional; con 187 historias clínicas de embarazadas como muestra; como resultado la anemia tuvo asociación significativa a factores sociales no favorables como gestante añosa, ingresos económicos bajos, nivel de instrucción bajo y factores de gestión o intervención en su paquete integral de la gestante como la realización exámenes de laboratorio a edad gestacional avanzada y la no suplementación de hierro, a su vez se tiene a los factores clínicos como plan de intervención prenatal tardía, antecedentes de enfermedades, mayor o igual a 2 partos, un inadecuado periodo intergenésico y parto eutócico; finalmente como conclusión se tiene que la anemia es un problema que afecta a la población en Rinconada y está se encuentra asociada a factores de deficiente acercamiento a los sistemas de salud por las condiciones sociales de cada persona²⁰.

Linares Pamela, Paredes, J. (2022) **Prevalencia de anemia en gestantes que acuden al centro de salud Cardozo durante los meses de julio a diciembre del 2020**; se planteó como objetivo establecer la prevalencia de la anemia en embarazadas que asisten al centro de salud Cardozo; en cuanto a su metodología

fue una investigación descriptiva, transversal, con recolección de data retrospectiva, el análisis documental y la observación se tuvo en cuenta como instrumento; con 490 historias clínicas de mujeres embarazadas como muestra ; los resultados mostraron que el 8.2g/dl de hemoglobina fue el más bajo en las embarazadas, el 32% con anemia se ubicaron entre 16 a 20 años de edad, el 08% fue la prevalencia de anemia en embarazadas primerizas; concluyen que el 27% (132) de un total de 490 gestantes en total presentaron una prevalencia de la hemoglobina inferior a 11g/dl en gestantes que cursan el primer trimestre de gestación²¹.

Ccama y Machaca (2022) **Factores asociados a anemia en gestantes controladas en el centro de salud Vallecito-Puno, julio 2021 a mayo 2022**; se planteó como objetivo establecer los factores que están asociados a anemia en embarazadas atendidas en el Establecimiento de Salud Vallecito; la metodología empleada fue correlacional, de tipo básico, transversal, no experimental, con 111 embarazadas como muestra que tuvieron anemia de 195 mujeres como población total, la técnica utilizada fue al ficha de recopilación de data y se realizó el análisis de historias clínicas que estuvo aprobado por jueces expertos; como resultados obtiene que los factores sociodemográficos como el estado civil con un valor $p=0,777$, la edad $p=0,641$, nivel de instrucción $p=0,680$ y los factores obstétricos como atenciones durante la gestación $p=0,409$, número de hijos $p=0,096$, índice de masa corporal $p=0,675$, suplementación $p=0,483$, inicio de suplementos durante la gestación $p=0,918$ no tienen asociación con anemia en las embarazadas; por lo tanto quedando solo el factor obstétrico del periodo intergenésico como única causa para anemia gestacional con un valor $p=0,043$; concluye que las causas

sociales y demográficos no guardan asociación con anemia en mujeres embarazadas, por ende únicamente el factor obstétrico que es el periodo intergenésico con un valor de $p=0,04322$ guarda correspondencia con anemia²².

Caramantin, R (2022) **Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el EE.SS I-4 La Unión, durante el año 2021**; se planteó como objetivo establecer los factores de riesgo que se encuentran asociados a la anemia en embarazadas atendidas en el establecimiento de Salud; cuya metodología fue una investigación transversal, analítica de casos y controles, siendo retrospectivo, y considerando para el grupo control a las embarazadas que no tenían el diagnóstico de anemia y los casos fueron las embarazadas con diagnóstico de anemia, siendo 150 mujeres embarazadas sin anemia y 150 mujeres embarazadas con anemia; cuyo resultado fue que la anemia más prevalente que es el 92,7% fue la anemia leve, a su vez hubo correspondencia entre anemia y gravidez, así como también haber tenido múltiples embarazos $p=0,017$, haber tenido múltiples partos $p=0,005$, atenciones prenatales inferiores a 6 $p<0,001$ y realizar su primera atención prenatal en el II trimestre del embarazo $p<0,001$; concluye que tener múltiples partos, múltiples gestaciones, atenciones prenatales inferiores a 6 y el inicio de la atención prenatal en el II trimestre fueron los factores obstétricos relacionados con la aparición de anemia en la gravidez²³.

Morante, E. (2021) **Controles prenatales inadecuados como factor de riesgo para anemia materna hospital María Auxiliadora 2020**, se planteó como objetivo establecer la asociación de riesgo entre atenciones prenatales inadecuados y la anemia Hospital María Auxiliadora durante el año 2020; como metodología fue un trabajo transversal, retrospectivo, observacional, de casos y controles; la

muestra se constituyó de 155 controles y 155 casos embarazadas del hospital mencionado anteriormente; los resultados fueron los siguientes: el 71% de las embarazadas presentaron anemia que guardan relación estrecha con una atención prenatal inadecuada a nivel del hospital en el 63% de los casos, a su vez las embarazadas que presentaron una atención prenatal adecuado solo el 20% de los casos tuvieron un nivel adecuado de eritrocitos en sangre; concluye que hay correspondencia entre anemia en la gravidez y inadecuada atención prenatal, el número de semanas de embarazo menor de 37 semanas que conlleva a partos prematuros²⁴.

Márquez, J. (2021) **Factores asociados a la anemia en pacientes atendidas de parto en el Hospital San José del Callao en el Primer Trimestre del año 2020;** se planteó como objetivo establecer los factores que están relacionados a la anemia en usuarias que fueron atendidas por trabajo de parto en el Hospital San José del Callao durante los primeros meses del año 2020; la metodología que utilizó fue observacional de tipo básica, retrospectivo, analítico, de casos y controles, con una población de 191 historias clínicas de embarazadas los cuales fueron 127 sin anemia y 64 con anemia que satisfacían los requisitos de exclusión e inclusión, para analizar y procesar la data se usó la versión 23.00 del programa SPSS, también la prueba del chi cuadrado y el odds ratio; los resultados determinaron que de todos los casos, el 59,4% que tuvieron anemia leve, el grado de educación básico $p=0,0001$, respecto a edad usuarias jóvenes $p=0,0076$, de ocupación no remunerada $p=0,0000$, estado civil solteras $p=0,0000$, edad gestacional a término $p = 0,0018$, tener varios embarazos $p=0,0018$, tener varios partos $p=0,0000$, periodo intergenésico corto $p=0,0079$ ²⁵.

Cari, G. (2021) **Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes que acuden al CAP II Luis Palza Lévano EsSalud, 2019-2020**; se planteó el objetivo determinar los factores asociados a la anemia; en cuanto a su metodología fue correlacional, retrospectivo, no experimental, con 127 embarazadas diagnosticadas con anemia como muestra; el instrumento fue por medio de una ficha que sirvió para recolectar los datos haciendo un análisis documental y para analizar se usó la versión 24 del programa SPSS, también se utilizó el chi cuadrado; como resultado presentó el 18,0% de incidencia de anemia en embarazadas, por otro lado se valoró que las causas que están asociados a la anemia son el registro civil ($p=0,042$) siendo el 77,2% de gestantes que fueron convivientes, grado de instrucción ($p=0,025$) siendo el 62,2% tuvieron grado de instrucción superior universitario y ocupación ($p=0,012$) siendo el 55,1% empleadas dependientes; concluye que las causas que guardan correspondencia con anemia son el estado civil, el nivel de instrucción y ocupación²⁶.

Vargaya, M. (2021) **Factores asociados a anemia gestacional en mujeres de 12-49 años de edad en la población peruana del año 2019**; se planteó el objetivo identificar los factores relacionados a la anemia durante el embarazo; en cuanto a su metodología fue un estudio descriptivo, observacional, cuantitativo y analítico, con una muestra de 765 gestantes que cumplieron los criterios de exclusión e inclusión; se observó en el resultado que la muestra presentó anemia en un 22,63%; las adolescentes que presentaron anemia fue del 3,82% a comparación de las adultas en un 18,81%; el 14,91% presentó anemia de acuerdo al lugar de vivienda principalmente y el 7,72% en la zona rural, la asociación de anemia fue el 4,97% en el grado de educación inicial y primaria y el 17,66% en el nivel

secundario y superior; la edad del feto durante el embarazo en el primero y segundo trimestre se presentó la anemia en un 2,75% y el 19,88% en el último trimestre; con respecto al corto periodo intergenésico se presentó anemia en el 3,63 % ; en un no buen control prenatal se presentó la anemia en un 20,67%; la cantidad de gestaciones en primigestas se presentó la anemia en un 5,86% a comparación de las multigestas que se presentó anemia en el 16,7%; concluye que la prevalencia de esta afección que es la anemia durante la gestación varía en el 22,63% y los factores relacionados con anemia son los siguientes: edad gestacional en cualquier trimestre, la edad materna, el nivel socioeconómico, y el periodo intergenésico²⁷.

Pecho, L. (2021) **Factores asociados a anemia gestacional en mujeres gestantes de 12 a 49 años en la población peruana durante el periodo 2019**; se planteó como objetivo establecer los factores relacionados a la anemia durante el embarazo en embarazadas de las personas que son peruanas en el año 2019, la metodología que utilizó fue un estudio transversal, observacional, retrospectivo y analítico, que se obtuvo gracias a la base de los datos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” de año 2019, con 1127 mujeres embarazadas como muestra, para el análisis se usó la versión 25,0 del software IBM SPSS; los resultados muestran que el 22,6% presentó anemia durante el embarazo, el 40,4% se encontraba el II trimestre de embarazo, el 12,3% de las embarazadas eran adolescentes, el 12% presentó un corto periodo intergenésico de un embarazo a otro y el 87% tenía atención prenatal en un establecimiento de salud, respecto a lo sociodemográfico la edad adolescente estuvo relacionado con la anemia IC 95%, y de variables epidemiológicas se encontró el tiempo corto transcurrido entre embarazos relacionado a anemia IC 95% y embarazadas que se encontraban el segundo

trimestre de embarazo IC 95%, el lugar de residencia, nivel socioeconómico, el grado de educación, control de la gestación y los números de embarazo no resultaron asociadas a anemia durante el embarazo; concluyeron que una variable sociodemográfica fue la edad de la madre que está relacionado con la anemia gestacional, al igual que la edad gestacional y el corto periodo intergenésico que se correlaciona a anemia gestacional²⁸.

Carbonel, N. (2020) **Factores asociados a anemia en gestantes que acuden al Hospital II Santa Rosa Piura 2017**; se planteó como objetivo comprender los factores que se asocian a la anemia en embarazadas que asisten al Hospital II Santa Rosa en el año 2017; la metodología fue analítico, retrospectivo, observacional , donde se tomó los datos de 350 historias clínicas como muestra; los resultados muestran que se valoró la anemia severa en el 9,1%, anemia moderada en el 44,57%, anemia leve en el 46,28%, los factores relacionados a anemia son los siguientes: gestación que se encuentra en el 2do trimestre p:0,002, la edad materna inferior a 30 años p:0,04, sobrepeso p:0,036, atenciones prenatales inferior a 6 p:0,049, tener varios partos p:0,044 y por último un corto período intergenésico p: 0,03; concluye que el II trimestre del embarazo, la edad materna inferior a 30 años, el sobrepeso, tener varios partos, corto periodo de un embarazo a otro y el número de atenciones prenatales inferior a 06 son factores relacionados a la aparición de anemia en las embarazadas que asisten al Hospital II Santa Rosa del año 2017²⁹.

Huallpa, S. y Suni, R. (2020) **Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en mujeres embarazadas que acuden a los centros de salud de Ccatcca y K'auri, 2019**; se plantearon como objetivo establecer los factores que se asocian a la anemia ferropénica en gestantes que asisten a los establecimientos de salud; la metodología fue una investigación de caso y control, analítico, con 108 historias clínicas de gestantes como muestra: 54 casos que le diagnosticaron anemia y 54 controles que no presentaron anemia, cuyo muestreo fue el simple aleatorio probabilístico, para la recolección de datos se usó la ficha y para la ver si tuvo asociación se usó Odds Rattio IC de 95%; los resultados fueron que de las mujeres gestantes el 9,3% evidenció anemia moderada y el 15,8% presento anemia leve, entre los factores sociales se tuvo los siguientes: nivel de educación (OR: 13,6), la edad durante la gestación (OR: 1,7), y consumo de bebidas toxicas como alcohol (OR: 2,0); por otro lado no se valoró correlación entre anemia y el registro civil, así mismo los factores maternos fueron: el número de partos (OR: 2,5), número de embarazos (OR: 1,7), atención prenatal no completo (OR: 5,4), índice de masa corporal antes del embarazo (OR: 2,3), un adecuado periodo intergenésico (OR: 2,5), una aumento adecuada de peso (OR: 7,2), suplemento con hierro (OR: 6,3), e infección de las vías urinarias (OR: 3,1); concluyen que los factores sociales que se asocian a la anemia son los siguientes: la edad de la gestante, el consumo de bebidas alcohólicas, el nivel de educación y los factores maternos que se asocian a la anemia son los siguientes: el número de embarazos, inadecuado periodo intergenésico, el número de partos, atención prenatal no completa, índice de masa corporal antes del embarazo, ganancia inadecuada de peso ponderal, infección de las vías urinarias y suplemento con hierro ineficiente³⁰.

Asián, P. (2020) **Factores maternos asociados a anemia gestacional en población alto-andina del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio diciembre 2019**; se planteó como objetivo establecer factores maternos que se asocian a anemia durante el embarazo en población alto-andina; cuya metodología fue una investigación retrospectivo, observacional, transversal, donde se estudió 180 embarazadas que estuvieron internadas en el servicio de ginecología y obstetricia; en la valoración se evidenció una relación significativa en las siguientes variables: ganancia de peso inadecuado $p < 0,001$, atención prenatal deficiente $p < 0,05$, incompleta suplementación de hierro $p < 0,05$, infección de las vías urinarias $p < 0,05$ y preeclampsia $p < 0,001$), concluye que la investigación determinó que una atención prenatal inadecuada, una deficiente ganancia de peso, una deficiente suplementación de hierro, infección de las vías urinarias y preeclampsia como una de las causas principales de prevalencia para tener anemia durante el embarazo³¹.

Portillo, D. (2020) **Factores de riesgo anteparto asociados a anemia en puérperas en el servicio de gineco-obstetricia de Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Lima en febrero del 2020**; se planteó como objetivo definir los factores pre parto para anemia en puérperas del Hospital Nacional Sergio Bernales; en la metodología fue un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, constituido por 133 puérperas con diagnóstico de anemia como muestra, cuyos datos fueron sustraídos de las historias clínicas, utilizaron una ficha para la anotación de la data como instrumento y se procesó con la versión 25 del programa SPSS; los resultados muestran que los factores para esta afección en puérperas son las siguientes: el 59,4% la etapa de vida, el 66,9% la cantidad de partos y respecto

a los factores que no tenían asociación con la anemia son: el 47,4% de las atenciones prenatales, el 9% estado civil, al igual que el nivel de educación, por otro lado respecto a paridad se obtuvo el 60,9% corresponde a multíparas, el 33,1% a primíparas y el 6% a gran multíparas, en la etapa de vida se presentó en el 2,3% mujeres adolescentes, el 57,1% en jóvenes, 40,6% en mujeres adultas, en el estado civil se obtuvo que el 9% son solteras, el 81,2% son convivientes y el 9,8% son casadas, respecto a atenciones prenatales el resultado fue que el 52,6% presentó superior a 6 atenciones prenatales y el 47,4% inferior a 6 atenciones prenatales, en el nivel de educación se obtuvo que el 0,8% se encuentra sin estudios, el 8,3% en el nivel primaria, el 60,2% con nivel secundaria y el 30,8% técnico o superior; se concluye que el estudio demuestra que existe asociación entre las causales antes del parto y anemia en puérperas, cuyos factores principalmente son la etapa de vida de la madre y el número de partos que tuvieron³².

González, Y. (2020) **Factores de riesgo asociados a anemia gestacional en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, 2029**; se planteó como objetivo establecer los factores que se asocian a la anemia en la gravidez, en usuarias que se atendieron en el área de ginecología y obstetricia; la metodología fue una investigación cuantitativa de casos y controles, donde participaron 124 embarazadas (62 casos y 62 controles), la muestra tomada fue quienes asisten regularmente dentro del periodo de investigación; los resultados arrojan que la edad materna media, para los casos fue el 26,52 +/- 6,51 y para los controles fue el 25,52 +/- 5,3 años, el porcentaje de anemia fue el 4,8% severa, 14,5% moderada y el 30,6% leve, por otro lado se encontró que el desarrollo de la

anemia se asocia con lo siguiente : lugar de procedencia zona rural $p=0,01$, el nivel de educación $p=0,00$, el consumo de hábitos tóxicos principalmente el cigarrillo $p=0,03$, la atención prenatal no adecuada $p=0,04$, la ganancia ponderal $> 10Kg$ $p=0,001$; se concluye que el lugar de procedencia de la zona rural, el consumo hábitos tóxicos especialmente el cigarrillo, nivel de educación, ganancia ponderal $>10kg$, atención prenatal inadecuado son factores que se asocian a esta afección que es la anemia durante el embarazo³³.

Antecedentes regionales

Santillán, V. (2022). **Relación entre el nivel de hemoglobina materna y peso del recién nacido, Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Carhuaz-2020**; se planteó como objetivo establecer la asociación entre el peso del feto en el nacimiento y el nivel de hemoglobina de la puérpera; la metodología de estudio fue retrospectivo, descriptivo, correlacional; con 167 embarazadas con examen de la hemoglobina como muestra y el peso del feto al nacer, se usó como instrumento una ficha para establecer la data, se procesó toda la información con la versión 24 del programa SPSS, y para la verificación se usó el chi cuadrado; los resultados fueron que un 30,5% de embarazadas tuvieron un nivel de hemoglobina baja $<11g/dl$ y un 69,5% de embarazadas tuvieron un nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales $>11 g/dl$. El 19,2% de los fetos tuvieron bajo peso al nacer entre 1500 a 2499 gramos; por otro lado, el 80,8% de los recién nacidos tuvo peso adecuado entre 2500 a 3999 gramos y se concluye que hay una asociación importante entre el peso del feto al nacer y los niveles de hemoglobina de la puérpera³⁴.

Moreno, N. (2019) **Factores de riesgo relacionados a la anemia durante el embarazo, hospital de apoyo Recuay, 2019**; objetivo establecer los factores que tengan relación a la anemia durante la gestación; la metodología fue de análisis, en un solo momento del tiempo de casos y controles, retrospectiva, no experimental; con 34 embarazadas diagnosticadas con anemia durante la gestación (casos) y 68 mujeres en gravidez sin anemia (controles) como muestra, se utilizó la como instrumento una ficha para establecer la data, cuya información fue procesada por la versión 26 del programa SPSS; para constatar se usó el Odds Ratio y el Chi Cuadrado; los resultados fueron que los factores sociodemográficos que se asocian a la anemia en la gestación fueron los siguientes: el lugar de procedencia $p=0,002$; el nivel de educación $p=0,010$; la ocupación $p= 0,000$ y el registro civil $p=0,001$; por otro lado los factores biológicos que se asocian a la anemia en la gestación fueron el índice de masa corporal $p=0,00$, la edad materna $p=0,00$; y la anemia en antes del embarazo $p=0,003$; finalmente los factores obstétricos que se correlacionan a la anemia en la gestación son los siguientes: el periodo intergenésico $p=0,024$, la edad gestacional $p=0,002$ y el número de atenciones prenatales $p=0,00$; se concluye que los factores biológicos, sociodemográficos y obstétricos se encuentran asociados con una importante significancia con la anemia durante la gestación³⁵.

Vergara (2018) **Relación de los niveles de hemoglobina con la preeclampsia, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2013-2016**; se planteó como objetivo establecer la asociación entre la preeclampsia en embarazadas y los niveles de hemoglobina; la metodología de investigación fue descriptivo, retrospectiva, transversal; con 290 embarazadas de los cuales fueron 145 sin preeclampsia y 145

embarazadas con preeclampsia como muestra; se usó una ficha de recolección de datos como instrumento, los datos se procesó con la versión 22 del programa SPSS. y se constató la hipótesis con el chi cuadrado, cuyo resultado fueron que el 16,6% de las embarazadas con preeclampsia severa tuvieron como resultado la anemia leve, 20% de las embarazadas con la misma patología tuvieron anemia moderada; concluye que de acuerdo al trimestre de embarazo durante el primer trimestre el 13,8% de las embarazadas presentó anemia leve, en el segundo trimestre el 12,4% presentó anemia moderada. Concluye que hay una asociación de importante significancia entre la preeclampsia y los niveles de hemoglobina¹².

Huamán, M. (2017) **Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz -2016**; se planteó como objetivo establecer la prevalencia de anemia por descenso de hierro en embarazadas primerizas principalmente en adolescentes en el año 2016; la metodología fue una investigación descriptivo simple, la muestra fue las primerizas adolescentes que se atendieron entre los meses de febrero hasta agosto del año 2026 del Hospital Víctor Ramos Guardia; los valores mencionan que el 81% que las adolescentes primerizas del lugar de procedencia zona urbana presentaron anemia, el 47% que tienen un grado de instrucción secundario presentaron anemia, el 73% los convivientes presentaron anemia ; concluye que hay una prevalencia del 74% de anemia por déficit de hierro en adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia, finalmente, la presencia de anemia se asocia más a factores sociales haciendo énfasis en el nivel social y un nivel económico bajo³⁶.

Ortiz, Z. (2017) **Anemia ferropénica y sus factores condicionantes durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Rinconada-Chimbote. 2014;** se planteó de objeto principal determinar la asociación del diagnóstico de anemia en embarazadas y entre los factores desencadenantes; en la metodología fue descriptivo, no experimental, transversal, se trabajó con 69 historias clínicas de embarazadas como población, se usó una ficha de recolección de datos como herramienta; en los resultados fueron que la prevalencia de anemia con déficit de hierro en embarazadas fue del 31,9%; así mismo un 40,9% de embarazadas por segunda vez presentaron anemia, siendo así que un 72,7% de las embarazadas tuvo anemia en el II trimestre, por otro lado, las embarazadas que asistieron a su atención del embarazo \geq a 7 veces tuvieron anemia en un porcentaje de 81,8% y el 63,6% se dedicaban al trabajo del hogar; concluye que encontraron relación estadísticamente de gran significancia entre el factor predisponente que fue ocupación $p < 0,05$ y la anemia por déficit de hierro. Concluye que el ser ama del hogar en un factor condicionante muy importante para desarrollar la anemia durante el embarazo³⁷.

3.2.MARCO TEÓRICO

3.2.1. ANEMIA EN EL EMBARAZO

a. Definición

La anemia es una patología en la cual se encuentra alterado los eritrocitos tanto en tamaño y número o valor de hemoglobina inferior a los indicadores adecuados según altitud, reduciendo de esta manera el oxígeno en el cuerpo la cual es transportada gracias a la facultad de los eritrocitos en el torrente sanguíneo; indicando un estado de desnutrición y problemas en la salud³⁸.

La OMS refiere a la anemia como la disminución de hemoglobina en el torrente sanguíneo, teniendo en cuenta el sexo y edad, resaltando que la anemia en una gestante es cuando la hemoglobina es inferior a 11g/dl o Hcto<33% en el 1° y 2° trimestre de embarazo y menor de 10,5 g/l (Hcto < 32%) en el 2° trimestre³⁹.

b. Niveles de Anemia

Considerando el valor de la hemoglobina, una mujer gestante \geq a 15 años se clasifica según la OMS de la siguiente manera: anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl); anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y anemia grave (Hb inferior de 7 g/dl)¹⁴.

c. Presentación clínica

Cada mujer gestante experimenta signos y síntomas diferentes, en anemia leve puede ser asintomático o mostrar clínica imprecisa, abarcando así un extenso espectro que va desde un hallazgo de laboratorio con escasa o sin repercusión clínica hasta un grave desorden con importantes consecuencias sobre la mujer en gravidez y el feto. Para la valoración correcta de anemia es importante elaborar una historia clínica adecuada, realizar un examen físico adecuado y evaluar resultados laboratoriales de hemoglobina⁴⁰.

La sintomatología y clínica por sistemas u órganos afectados a causa de la anemia son:¹⁴

Manifestaciones generales: Debilidad, sueño aumentado, inapetencia, disminución del rendimiento físico, anorexia, vértigos, irritabilidad, mareos, fatiga, crecimiento alterado y dolor de cabeza.

Cambios en piel y faneras: Palidez de mucosas y piel (signo primordial), uñas quebradizas, aplanadas y curvatura inversa, sequedad de piel, disminución caída del cabello.

Variaciones de conducta alimentaria: Pica: Inclínación a consumir hielo (pagofagia), tierra (geofagia), cabello, uñas, pasta dental, etc.

Manifestaciones cardiopulmonares: Dificultad para respirar al esfuerzo, aumento de la frecuencia cardíaca, presencia de soplo, manifestaciones que se pueden presentar con una hemoglobina muy baja ($< 5\text{g/dL}$).

Variaciones digestivas: Estomatitis, queilitis angular, glositis, entre otros.

Variaciones inmunológicas: Falla en el sistema inmune y neutrófilos con facultad bactericida.

Manifestaciones neurológicas: Variación en el progreso psicomotor, educación e interés. Variaciones en la memoria y disminución a respuesta de estímulos sensoriales.

d. Anemia ferropénica

La ferropenia referida al descenso de hierro en el organismo; no quiere decir que exista anemia ferropénica (disminución de hemoglobina a valores donde el hierro no es ofertado adecuadamente al eritroblasto siendo escaso para la formación de hemoglobina de manera normal). Por tanto, la peculiaridad de la anemia por deficiencia de hierro está dada por la disminución de los valores de hemoglobina, tamaño de hematíes pequeños que tienen en su interior poca cantidad de hemoglobina y depósitos de hierro disminuidos⁴¹.

e. **Diagnostico**

Existen dos formas para diagnosticar la anemia durante la gestación: el diagnóstico clínico y el diagnóstico por exámenes de laboratorio¹⁴.

Clínico: Se valora haciendo una buena historia clínica (anamnesis donde se preguntará a la paciente por sintomatología de anemia, registrándose los datos recabados en la historia clínica de atención integral de la mujer en gravidez) y la exploración física (examinar la coloración de la piel en manos, palidez en mucosas ocular y bucal, resequedad en piel por lo general en antebrazo y dorso de muñeca, sequedad y disminución de cabellera, revisar el color del lecho ungueal)¹⁴.

Laboratorio: Valoración de hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica¹⁴.

f. **Prevención e intervenciones**

En la primera visita para atención prenatal se realiza la valoración de hemoglobina, luego de tres meses de la primera valoración se vuelve a valorar por segunda vez, antes del parto se realiza la tercera valoración y la última pasado 30 días de la fecha de parto. En parajes que geográficamente se disponen sobre los 1000 msnm, se recomienda hacer un ajuste a la hemoglobina observada. Asimismo, las mujeres embarazadas serán suplementadas con hierro en conformada por sulfato ferroso más ácido fólico o en ocurrencia de intolerancia se puede optar por hierro polimaltosado más ácido fólico. Las mujeres embarazadas desde las 14 semanas de embarazo hasta 30 días luego del parto consumen suplementación de hierro con dosificación diaria de 60mg de hierro elemental más 400ug de ácido fólico. Si la gestante acude por primera vez

para su atención prenatal pasadas las 32 semanas de embarazo la prescripción de suplementación de hierro diaria será 120mg de hierro elemental más 800ug de ácido fólico o en caso de intolerancia hierro polimaltosado. Para disminuir el sabor metálico e intolerancia del sulfato ferroso es recomendable iniciar con dosis bajas de 30mg de hierro elemental e ir incrementando de manera gradual entre 4-5 días de acuerdo a la tolerancia de la gestante, incluso podría recomendarse a dosis fraccionada, tomar la suplementación con comidas de esta manera minimizar la intolerancia recordando a la paciente que disminuye la absorción por lo que cuando ya haya tolerancia sin alimentos se recomienda tomar con estómago vacío; recomendando también realizar la interconsulta con nutricionista¹⁴.

El personal de salud debe realizar promover una alimentación balanceada mediante la consejería nutricional, enseñando de esta manera el empleo de alimentos con alto valor en hierro (bazo, sangrecita, hígado, etc. pescados y carnes)¹⁴.

g. Alimentación en la mujer gestante

Mejorar la dieta familiar permite cubrir las necesidades maternas y prevenir enfermedades, así como también contribuir al desarrollo fetal en la construcción de sistemas y evolución neurológica, previniendo malformaciones en el nacimiento, permitiendo que cuando sea adulto llegue a su máximo desarrollo físico e intelecto, evitando además en un futuro secuelas o enfermedades que perjudiquen la salud de la madre y niño⁴².

Un nivel adecuado de ácido fólico previene en un 70% aproximadamente las deficiencias del tubo neural, además su deficiencia se relaciona con anemia megaloblástica y macrocítica, nacimiento prematuro, peso bajo del recién nacido; es recomendable en una gestante 600ug/día, se puede encontrar contenido de folato en acelgas, espinacas, garbanzos, almendras, remolacha, aguacate, naranja, cereales, coles, leche y sus derivados, etc., recordar que el consumo de anticonceptivos orales, tabaco y alcohol pueden reducir los valores de folato en sangre⁴².

La vitamina B12 es de suma importancia para el embarazo debido a que restablecen el folato en su forma activa, su deficiencia además se relaciona con anemia macrocítica; en el embarazo se recomienda 2,6ug/día, la fuente principal son alimentos de procedencia animal, en personas vegetarianas se recomienda el consumo de alimentos fortificados y suplemento⁴².

Para la formación de colágeno (piel, tejido conectivo, tendones, vasos, hueso) es de importancia la vitamina C, su deficiencia se relaciona con nacimientos prematuros, rotura prematura de membranas, preeclampsia, se recomienda en mujeres gestantes 75-85mg/día, que se puede encontrar en alimentos cítricos (hortalizas y frutas)⁴².

La vitamina A es recomendable en adultas embarazadas 770ug/día, la deficiencia de esta vitamina se relaciona con peso bajo al nacimiento del feto, parto prematuro y crecimiento intrauterino restringido, se encuentran en productos de procedencia animal (hígado, yema de huevo, derivados lácteos, pescados grasos, aceite de hígado de pescado, etc.) y se encuentra

como provitamina A (caroteno) en los productos de procedencia vegetal (calabaza, zanahorias, lechuga, espinacas)⁴².

La vitamina D en el embarazo es recomendable 400 UI (10ug) al día, se puede encontrar en el sol, la yema de huevo, hígado, leche enriquecida D, pescados grasos, así mismo también son importantes el calcio de 1,100mg por día, hierro 18mg/día y el zinc 11mg/día⁴².

No deben realizarse excesivamente dietas faltos de calorías, la gravidez no es etapa para iniciar una dieta de adelgazamiento por el contrario se debe trabajar en mejorar una nutrición de calidad, teniendo en cuenta los horarios de alimentación siendo de 4-5 comidas al día; recordar que los alimentos de producto animal que tienen el doble de hierro son las carnes rojas a comparación de las carnes blancas; asimismo la vitamina C se puede encontrar en la naranja, mandarina, limón, pomelo, aumentando la disposición de hierro no hemo, por otro lado, las bebidas de café y té reducen asimilación de hierro de los productos consumidos, para evitar ello se recomienda tomar las infusiones de 1-2 horas luego del desayuno, almuerzo y cena; del mismo modo se recomienda incrementar los alimentos de origen vegetal como frutas, verduras y legumbres; no consumir comidas de manera “picoteo”, comidas ricas en azúcares y grasas saturadas, no consumir alcohol; recordar también la sal yodada y el ácido fólico son de importancia desde los primeros días de embarazo⁴².

h. Necesidades del incremento de calorías según peso pregestacional

El consumo de energía en la mujer gestante es diferente de acuerdo a cada trimestre, puesto que la proteína se deposita en un 20% en el 2° trimestre de embarazo y luego en el tercer trimestre en un 80%. Es de importancia mencionar que la grasa se deposita en proporción de la ganancia de peso en el embarazo siendo 11, 47 y 42% respectivamente en cada trimestre, por ello el Comité Consultivo de Energía procurando que la gestante sin sobrepeso aumente un peso promedio de 12kg; se establece los siguientes aportes calóricos 85 kcal/día en el primer trimestre, 285 kcal/día en el segundo trimestre y 475 kcal/día en el tercer trimestre; llegando a un total de 77 000 kcal adicionales en todo el embarazo⁴³.

i. Tratamiento de anemia en el embarazo

El manejo de anemia en el embarazo de acuerdo a la normativa para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, se realiza según la siguiente tabla:¹⁴

CONDICIÓN DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Anemia leve	120mg de hierro elemental + 800ug de ácido fólico	Sulfato ferroso + ácido fólico O Hierro polimaltosado + ácido fólico	Duración 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm)
Anemia moderada	Diario (2 tabletas diarias)	Hierro polimaltosado + ácido fólico		
Anemia severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)			

j. Complicaciones de la anemia durante la Gestación

En la etapa de gravidez la anemia está relacionada con el baja del volumen del eritrocito e incremento del volumen plasmático de la madre, a consecuencia de ello se evidencia un descenso del flujo sanguíneo a los tejidos y una inadecuada capacidad placentaria, problema que puede terminar en un aborto o disminución de desarrollo del feto, asociándose por ende con complicaciones dentro de las cuales las más frecuentes son la ruptura prematura de membranas, aborto, oligohidramnios, peso bajo al nacer y parto pretérmino⁴⁴.

Por otro lado, el embarazo que cursa con anemia está en mayor riesgo de sufrir infecciones, asimismo si el embarazo termina por vía abdominal (cesárea) y la gestante tiene anemia la dehiscencia e infección de la herida quirúrgica son más observados, se suman también las patologías hipertensivas, complicaciones en el puerperio de tipo hemorragia, parto pretérmino y peso bajo en el recién nacido⁴⁴.

3.2.2. FACTORES DE RIESGO PARA ANEMIA EN EL EMBARAZO

Peculiaridades o situaciones que se detectan en una o varias personas que la predisponen a evolucionar en patologías, siendo particulares que se relacionan a una enfermedad en específico que pueden presentarse en la persona, familia y comunidad, así como también su ambiente que lo rodea¹³.

a. Factores sociodemográficos:

Edad materna:

Tiene su origen en la palabra latín aetas, vocablo que referencia al tiempo que ha pasado desde el momento del nacimiento hasta la actualidad, esta

valoración permite dividir en grupos etarios y de esta manera poder relacionar factores propios para una edad además de brindar una atención integral diferenciada³⁵. Las etapas que se trabajarán serán adolescentes, jóvenes y adultas. En cada una de estas etapas se encuentran cambios en el bienestar mental y físico que son de importancia para la presencia de anemia en el embarazo^{45, 46}.

Estado civil:

El estado civil de una persona es la unión de circunstancias que le permite establecer su condición jurídica brindándole diversos derechos y deberes. Esta condición puede ir modificándose con el pasar del tiempo, muchos países constituyen y obligan consignar los cambios o experiencias que lo llevaron a cambiar su condición civil⁴⁷.

Existen entidades especializadas para realizar el registro proporcionando los datos certeros a su condición civil actual, registrándose así datos de los hijos, así como también la fecha de nacimiento, adopción o reconocimiento, matrimonio, divorcio o fallecimiento⁴⁷.

En la presente investigación los ítems a trabajar serán soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.

Grado de instrucción:

El grado de instrucción de un individuo es el nivel más alto al que ha llegado una persona en sus estudios, independientemente si llegó a culminar o no sus estudios, las categorías utilizadas en la presente investigación son las siguientes: Primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria y sin instrucción⁴⁸.

Ocupación:

Hace referencia a categoría de trabajo que realiza, explicando el lugar de trabajo donde se desempeña, en caso de las personas que realizaron diversos trabajos se considera el trabajo último donde labora, en cuanto la persona realice diversos trabajos de manera simultánea se considera la actividad principal en la que se desempeña según criterio de la persona evaluada. Se define como equivalente de tarea, empleo o quehacer⁴⁹. Las modalidades utilizadas en la presente investigación serán: Comerciante, empleada, obrera, ama de casa y estudiante, debido que en la parte social la ocupación de la paciente influye en la alimentación y los recursos necesarios para evitar la anemia en el embarazo.

Lugar de procedencia:

Procede de la palabra en latín procedens, haciendo referencia al inicio de algo u origen de alguien, pudiendo ser utilizada en el contexto para referirse a la nacionalidad de alguien; así mismo en cuanto a la procedencia geográfica de una persona remarcará sus propias costumbres y creencias de su cultura y las expresará mediante su comportamiento en el lugar que se encuentre⁵⁰.

Poniendo como ejemplo comparativo una persona que procede de la zona sierra rural del Perú tiene sus propias costumbres y creencias que aprendió desde niño en un ambiente más tranquilo a comparación de una persona que nació y vivió desde siempre en la ciudad con todo el ruido y cultura diferente, lo cual se hace evidente en las actitudes y comportamiento de la persona con sus pares⁵⁰.

b. Factores gineco obstétricos:**Edad gestacional:**

Terminología utilizada en la gestación para hacer referencia al tiempo de embarazo que tiene la mujer, se controla mediante semanas iniciando desde el día 1 de la última menstruación hasta la fecha en que es evaluada, se refiere un embarazo con adecuadas semanas para iniciar parto entre 37 a 42 semanas, menores de 37 semanas son prematuros y pasados las 42 semanas son posmaduros⁵¹. Los trimestres en el embarazo están divididos de la siguiente manera: Primer trimestre (0-12 semanas de embarazo), segundo trimestre (13-28 semanas de embarazo), tercer trimestre (29-40 semanas de embarazo)⁵¹.

Paridad:

Hace referencia al número de gestaciones que ha tenido una mujer y terminó en parto, con un feto > 20 semanas, peso > 500g o > 25cm, independientemente si fue vivo o muerto, con o sin expulsión de la placenta y cordón umbilical seccionado o no. La fórmula de la paridad abarca la siguiente información: primero el número de todos los nacimientos que terminaron luego de las 37 semanas de gestación, seguido la cantidad de nacidos menores a 37 semanas de gestación, a continuación, la cantidad de abortos y para finalizar la cantidad de hijos vivos actualmente⁵².

En la investigación se tomará en cuenta lo siguiente: Nulípara (mujer que nunca ha quedado embarazada, nunca ha tenido hijos, no ha tenido parto alguno); y multípara (mujer que ya ha parido anteriormente)⁵².

Periodo intergenésico:

La OMS hace referencia que el periodo intergenésico es el intervalo del último parto, aborto hasta el primer día de la última menstruación⁵³.

Es recomendable que el tiempo óptimo entre embarazos sea 18 meses (para la OMS el intervalo adecuado es entre 18-27 meses) y no exceder los 60 meses, de esta manera se previene complicaciones en el embarazo buscando cuidar la salud del binomio madre-feto. Por ende, un periodo intergenésico corto (PIC) se menciona a aquel < 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) $> a 60$ meses⁵³.

Número de atenciones prenatales:

Se define como la unión de procedimientos que se realiza en la atención prenatal en consultorio externo realizado por personal sanitario facultado, con la finalidad de evaluar el proceso gestacional y realizar una adecuada concientización ara el momento del parto y el desarrollo del producto de la concepción; de esta manera prevenir complicaciones en el parto. Recordar que la OMS subdivide la atención prenatal en gestantes de la siguiente manera: en gestantes sin grave riesgo obstétrico que son atendidas en una consulta de rutina y aquellas gestantes que son de alto riesgo obstétrico quienes necesitan evaluación especializada⁵⁴.

La atención prenatal lo puede realizar un médico gineco-obstetra, médico cirujano y obstetra desde el primer nivel de atención, es recomendable que le personal que realiza esta atención cuente con actualizaciones de 75 horas anuales como mínimo, recordar que para una primera atención prenatal el tiempo de atención no debe ser < 40 minutos, y las posteriores atenciones

deben tener una duración mínima de 25 minutos; las fechas adecuadas para llevar a cabo cada atención debería ser como prosigue⁵⁵.

- Primera atención prenatal: < 14 semanas de embarazo.
- Segunda atención prenatal: 14 a 21 semanas de embarazo.
- Tercera atención prenatal: 22 a 24 semanas de embarazo.
- Cuarta atención prenatal: 25 a 32 semanas de embarazo.
- Quinta atención prenatal: 33 a 36 semanas de embarazo.
- Sexta atención prenatal: 37 a 40 semanas de embarazo.

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anemia: Patología en la cual se encuentra alterado los eritrocitos tanto en tamaño y número o valor de hemoglobina debajo de los parámetros normales según altitud, reduciendo de esta manera el oxígeno en el cuerpo la cual es transportada gracias a la facultad de los eritrocitos en el torrente sanguíneo; indicando un estado de desnutrición y problemas en la salud³⁸.

Embarazo: La OMS define embarazo inicia al finalizar la implantación (adherencia del blastocito al útero, durando 5-6 días finalizado la fecundación), prosigue traspasando el endometrio e invadiendo el estroma, culminando cuando el defecto superficial del epitelio se cierra, completando el proceso de nidación, iniciando así la gestación, ocurriendo generalmente entre los 12 a 16 días luego de la fecundación⁵⁶.

Atención prenatal (APN): Se define como la unión de procedimientos que se realiza en la atención prenatal en consultorio externo realizado por personal de salud capacitado, con la finalidad de evaluar el proceso gestacional y realizar una

adecuada concientización para el momento del parto y el desarrollo del producto de la concepción; de esta manera prevenir complicaciones en el parto⁵⁴.

Factores de riesgo: Peculiaridades o situaciones que se detectan en una o varias personas que la predisponen a evolucionar en patologías, siendo particulares que se relacionan a una enfermedad en específico que pueden presentarse en la persona, familia y comunidad, así como también su ambiente que lo rodea¹³.

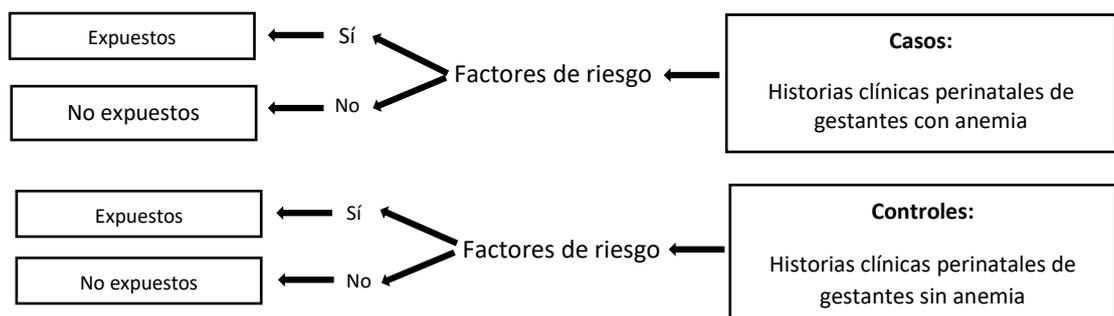
4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La actual investigación tuvo enfoque **cuantitativo**⁵⁷ puesto que se adquirió y analizó información a través de conceptos y variables medibles con el uso de herramientas estadísticas para los resultados; además fue una investigación analítica observacional de casos y controles porque se utilizó dos muestras, una que abarcó a las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de anemia (casos) y la siguiente muestra permaneció concertada por las historias clínicas de las embarazadas sin anemia siendo el grupo contraste (control); así mismo fue retrospectivo ya que todas las embarazadas con valoración de anemia (casos) y sin valoración de anemia (controles) fueron diagnosticados antes del inicio del estudio; también fue un estudio **transversal** o transeccional porque la valoración y exploración de las variables de estudio se realizó en una única oportunidad o duración de tiempo⁵⁸.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue una indagación de diseño no experimental⁵⁸, basado en la observación en el cual los sujetos fueron seleccionados sobre la base de la presencia o exposición de anemia (casos) o no (controles) lo cual permitió analizar la relación entre posibles exposiciones y efectos, que posteriormente se llegó a comparar la exposición en ambos grupos con los factores de riesgo propuestos en la presente investigación.



4.3.UNIVERSO O POBLACIÓN

Las personas que participaron fue conformada por 220 historias clínicas perinatales de embarazadas que asistieron por emergencia al Hospital Víctor Ramos Guardia con la intención de pedir apoyo en su parto en los meses de julio-diciembre del año 2021, siendo 110 historias clínicas perinatales de embarazadas con diagnóstico de anemia en el embarazo que conformaron los casos y 110 historias clínicas perinatales de embarazadas que no presentaron anemia en el embarazo quienes conformaron los controles, siendo por ende la proporción de un control por cada caso para la comparación de las muestras, de esta manera se pudo obtener una eficiencia estadística adecuada.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

Casos

- Historias clínicas perinatales de las embarazadas con feto único que presentaron anemia y se apersonaron para atención de su parto al Hospital Víctor Ramos Guardia.

Controles

- Historias clínicas perinatales de embarazadas con feto único que no presentaron anemia y acudieron para atención de su parto al Hospital Víctor Ramos Guardia.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas perinatales de embarazadas con diagnóstico de alto riesgo obstétrico (embarazo múltiple, patologías agregadas como hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, enfermedades de la tiroides, intervenciones quirúrgicas previas, alteraciones mentales).
- Historias clínicas perinatales de pacientes gestantes que acuden por emergencia por presentar otras patologías médicas.
- Historias clínicas perinatales de gestantes con diagnóstico antes del embarazo de anemia crónica relacionada a otra patología.

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA**4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Embarazada que se apersonó para la atención de su parto al Hospital Víctor Ramos Guardia en los meses de julio-diciembre del año 2021, con anemia y sin anemia.

4.4.2. MUESTRA

En conformidad con el modelo de estudio y los objetivos se hizo uso del muestreo de tipo no probabilístico, de conveniencia, puesto que la información a recolectarse fue de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para las embarazadas con y sin anemia, siendo para los casos un conjunto de 110 historias clínicas perinatales de embarazadas que se apersonaron para pedir ayuda en la atención de su parto por emergencia y presentaron anemia en el embarazo, para los controles un conjunto de 110 historias clínicas perinatales de embarazadas que se apersonaron para pedir ayuda en la atención de su parto

por emergencia y no presentaron anemia en el embarazo, en los meses de julio-diciembre del 2021.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se ejecutó la técnica de documental y para la recolección de datos del estudio se utilizó una ficha de recolección de datos, que se elaboró en base a estudios previos, y reajustado de acuerdo a las variables encontradas con el cual se pudo obtener los datos de las historias clínicas perinatales de las embarazadas que se apersonaron por emergencia para pedir apoyo en la atención de su parto al Hospital Víctor Ramos Guardia.

De acuerdo al objetivo de estudio la ficha de recolección de datos contuvo los siguientes ítems:

- Primera parte: Anemia en el embarazo: 2 ítems.
- Segunda parte: Factores sociodemográficos: 5 ítems.
- Tercera parte: Factores gineco obstétricos: 4 ítems

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La data se recogió de las historias clínicas perinatales hacia el formato de recolección de data, para luego ser ingresados en un soporte de información haciendo uso del software estadístico SPSS versión. 26.0, por otro lado, también se realizó tablas bidimensionales y para la parte descriptiva medidas descriptivas.

La prueba estadística para analizar y establecer la relación entre las variables fue por medio del estadístico Chi cuadrado (X^2). Para evaluar la correlación entre las variables se hizo posible una valoración bivariada, mediante la realización del valor OR (Odds ratio) para los indicadores con dos categorías, sumado a ello el

intervalo de confianza (IC) y el p valor para cada variable relacionada a la patología.

4.7.ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Por la importancia que tiene la ética y los principios al realizar investigaciones en el ámbito de la salud y estudio con humanos, así como información de los mismos se consideró importante tomar en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM)⁵⁹.

El investigador tiene el deber de fomentar y resguardar el bienestar, los derechos y la salud de los individuos que se apersonan a un establecimiento de salud para acceder a una atención médica o incluso al participar en una investigación. La inteligencia y responsabilidad del médico tienen que sujetarse a cumplir este mandato referido en el cuarto principio de la declaración de Helsinki⁵⁹.

La medicina progresa en base a continua actualización y para ello es necesario la realización de investigaciones en humanos según referido en el quinto principio de la declaración de Helsinki⁵⁹.

En los estudios médicos, el investigador tiene la responsabilidad de cuidar la vida, dignidad, salud, derechos, integridad, confidencialidad e intimidad de los cooperadores que apoyan en el estudio referido en el principio 9 de la declaración de Helsinki⁵⁹, es por ello en la presente investigación las historias clínicas perinatales de embarazadas que satisfagan los parámetros para participar fueron codificados con un número así proteger la intimidad de la paciente.

Asimismo, los estudios médicos que abarquen manipulación de seres humanos y datos de los mismos deben cumplir con los criterios científicos aprobados y

sostenidos en conocimientos amplios con bibliografía sustentable, referido en el principio 21 de la declaración de Helsinki⁵⁹.

De la misma manera los estudios en salud se deben tomar en cuenta diversas precauciones para respaldar la intimidad y confiabilidad de la persona que acepta participar en el estudio, de esta manera no sacar a flote datos personales que puedan perjudicar su bienestar social, física y mental, respetando así el principio 24 de la declaración de Helsinki⁵⁹.

En referencia a las investigaciones epidemiológicas elaboradas con la expectativa de identificar la condición real de la salud de las personas de una determinada población en busca de los motivos de las patologías más frecuentes y de gravedad, predisposición de los diversos indicadores de salud en determinados periodos, repartición geográfica, causas de diversas patologías, maneras de prevenir y su respectiva valoración de las mismas, diagnóstico y tratamiento, sin dejar de lado la confidencialidad en este tipo de investigaciones, puesto que en diversos casos la data es tomada de registros o historias clínicas que se encuentran en el establecimiento⁶⁰.

5. RESULTADOS

5.1. Factores sociodemográficos asociados a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociado a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		CASOS (CON ANEMIA)		CONTROLES (SIN ANEMIA)		CHI CUADRADO (X ²) P valor OR IC (95%)
		N	%	N	%	
EDAD	JOVEN (≤ 29 años)	91	82,7	33	30,0	X ² : 62,171
	ADULTO (30 años a más)	19	17,3	77	70,0	p valor: 0,000
	TOTAL	110	100	110	100	OR: 11,175 IC: (5,888-21,212)
ESTADO CIVIL	SIN VÍNCULO CONVIVENCIAL (Soltera, divorciada, viuda)	50	45,5	0	0	X ² : 64,706
	CON VÍNCULO CONVIVENCIAL (Conviviente, casada)	60	54,5	110	100	p valor: 0,000
	TOTAL	110	100	110	100	OR: 2,833 IC: (2,312-3,473)
GRADO DE INSTRUCCIÓN	BÁSICA (Primaria, secundaria)	91	82,7	66	60,0	X ² : 13,902
	SUPERIOR (No universitaria, universitaria)	19	17,3	44	40,0	p valor: 0,000
	TOTAL	110	100	110	100	OR: 3,193 IC: (1,710-5,962)
OCUPACIÓN	NO REMUNERADA (Ama de casa, estudiante)	59	53,6	21	19,1	X ² : 28,364
	REMUNERADA (Empleada independiente y dependiente)	51	46,4	89	80,9	p valor: 0,000
	TOTAL	110	100	110	100	OR: 4,903 IC: (2,676-8,982)
LUGAR DE PROCEDENCIA	RURAL	70	63,6	22	20,0	X ² : 43,043
	URBANO	40	36,4	88	80,0	p valor: 0,000
	TOTAL	110	100	110	100	OR: 7,000 IC: (3,813-12,852)

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos

Según la tabla número 1 se presentan los factores sociodemográficos asociados a anemia en embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

En cuanto a la edad se identifica que el 82,7% de las embarazadas que tuvieron anemia pertenecieron a mujeres jóvenes a comparación del 30,0% que no presentaron anemia, donde la diferencia estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 11,175 ocasiones más en gestantes jóvenes (OR: 11,175 [5,888-21,212]).

En referencia al estado civil se pudo observar que el 45,5% de gestantes con anemia fueron gestantes sin vínculo convivencial a comparación del 0% que no presentaron anemia, donde la diferencia estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 2,833 ocasiones mayor en gestantes sin vínculo convivencial (OR: 2,833 [2,312-3,473]).

En cuanto al nivel de instrucción se pudo encontrar que el 82,7% de embarazadas con anemia tuvieron un nivel de instrucción básica a comparación del 60,0% que no presentaron anemia, donde la diferencia estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 3,193 ocasiones mayor en gestantes con grado de instrucción básica (OR: 3,193 [1,710-5,962]).

Con respecto a la ocupación se pudo observar un 53,6% de embarazadas con anemia que fueron gestantes no remuneradas a comparación del 19,1% que no presentaron anemia, donde la diversidad estadística fue significativa ($p=0,000$); teniendo en cuenta que la probabilidad de tener anemia fue de 4,903 veces mayor en gestantes con no remuneración (OR: 4,903[2,676-8,982]).

En cuanto al lugar de procedencia se pudo evidenciar que en un 63,6% de embarazadas anémicas fueron mujeres con lugar de procedencia rural a comparación del 20,0% que no presentaron anemia, donde la diversidad estadística fue significativa ($p=0,000$);

teniendo en cuenta que la probabilidad de tener anemia fue de 7,000 veces mayor en gestantes de procedencia rural (OR: 7,000 [3,813-12,852]).

5.2. Evaluar los factores gineco obstétricos asociados a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Tabla 2. Factores gineco obstétricos asociada a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS		CASOS (CON ANEMIA)		CONTROLES (SIN ANEMIA)		CHI CUADRADO (X ²) P valor OR IC (95%)
		N	%	N	%	
EDAD GESTACIONAL	NO A TÉRMINO (PRE TÉRMINO Y/O POST TÉRMINO)	40	36,4	11	10,0	X2: 21,467 p valor: 0,000 OR: 5,143 IC: (2,468-10,716)
	A TÉRMINO	70	63,6	99	90,0	
	TOTAL	110	100	110	100	
PARIDAD	NULÍPARA	40	36,4	11	10,0	X2: 21,467 p valor: 0,000 OR: 5,143 IC: (2,468-10,716)
	MULTÍPARA	70	63,6	99	90,0	
	TOTAL	110	100	110	100	
PERIODO INTERGENÉSI CO	NO ÓPTIMO (CORTO <2 años y LARGO >4 años)	52	47,3	14	12,7	X2: 31,255 p valor: 0,000 OR: 6,148 IC: (3,133-12,064)
	ÓPTIMO (2-4 años)	58	52,7	96	87,3	
	TOTAL	110	100	110	100	
NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES	< 6 ATENCIONES	40	36,4	0	0	X2: 48,889 p valor: 0,000 OR: 2,571 IC: (2,141-3,088)
	≥ 6 ATENCIONES	70	63,6	110	100	
	TOTAL	110	100	110	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos

Según la tabla número 2 se observa los factores gineco obstétricos relacionados a anemia en el embarazo en embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

En referencia a la edad gestacional se pudo observar un 36,4% de embarazadas con anemia fueron mujeres gestantes con edad gestacional no a término (pre término y/o post término) a comparación del 10,0% que no presentaron anemia, donde la diferencia

estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 5,143 ocasiones más en gestantes con edad gestacional no a término (OR: 5,143 [2,468-10716]).

En cuanto a la paridad se pudo encontrar un 36,4% de las embarazadas anémicas fueron mujeres gestantes nulíparas a comparación del 10,0% que no presentaron anemia, donde la diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 5,143 ocasiones más en gestantes nulíparas (OR: 5,143 [2,468-10,716]).

Con referencia al periodo intergenésico se pudo observar que el 47,3% de las embarazadas anémicas fueron gestantes con periodo intergenésico no óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años) a comparación del 12,7% que no presentaron anemia, donde la diferencia estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 6,148 ocasiones más en gestantes con periodo intergenésico no óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años) (OR: 6,148 [3,133-12,064]).

Con respecto al número de atenciones prenatales se pudo observar que un 36,4% de las embarazadas anémicas fueron gestantes con número de atenciones prenatales (< 6 atenciones) a comparación del 0% que no presentaron anemia, donde la diferencia estadística fue significativa ($p=0,000$); y la probabilidad de anemia fue 2,571 ocasiones más en embarazadas con número de atenciones prenatales menores a 6 (OR: 2,571 [2,141-3,088]).

5.3. Grado de anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Tabla 3. Grado de anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

GRADO DE ANEMIA	CASOS (CON ANEMIA)		CONTROLES (SIN ANEMIA)	
	N	%	N	%
LEVE	70	63,6	0	0
MODERADA	40	36,4	0	0
SEVERA	0	0	0	0
SIN ANEMIA	0	0	110	100
TOTAL	110	100	110	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la ficha de recolección de datos

Según la tabla número 3 se establece el grado de anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

En referencia a los casos se pudo observar que el 63,6 % (70 gestantes) presentaron anemia leve a comparación del 36,4% (40 gestantes) que presentaron anemia moderada.

6. DISCUSIÓN

El Hospital Víctor Ramos Guardia es un Hospital de referencial de nivel II-2 que facilita servicios a la población en general, haciendo énfasis en la atención de la mujer gestante cuenta con profesionales obstetras y especialistas ginecólogos-obstetras que incursionan en ofrecer servicios de calidad a la mujer embarazada y su entorno familiar.

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Ramos.

En cuanto al grado de anemia los valores de la actual investigación son semejantes a los de Perez¹⁷ (2020) en Ecuador quien menciona que el 69,23% de las anemias gestacionales fueron leves; así mismo Arévalo¹⁸ (2019) en Ecuador menciona que del total de las gestantes con anemia la prevalencia fue de 30,1% de los cuales el 14,3% presentaron anemia leve y 14,3% anemia moderada; así mismo Huallpa y Suni³⁰ (2020) en Perú menciona que las mujeres embarazadas con anemia leve fueron el 15,8% y 9,3% presentaron anemia moderada; también Gonzales³³ (2020) en Perú encontró que el grado de anemia fue de 30,6% leve, 14,5% moderada y 4,8% severa; sumándose Vergara¹² (2018) en Perú menciona que de acuerdo al trimestre de embarazo en el primer trimestre el 13,8% de embarazadas presentó anemia leve y en el segundo trimestre el 12,4% presentó anemia moderada.

Por el contrario, Santillan³⁴ (2022) en Perú menciona en su investigación que el 69,5% de gestantes tuvieron hemoglobina normal y el 30,5% de hemoglobina baja.

Por lo antes mencionado se puede decir que la proporción mayor de anemia en mujeres en gravidez se evidencio en grado leve, permitiendo de esta manera al

personal de salud tener en cuenta los factores asociados y mejorar la atención en la mujer embarazada previniendo así la anemia gestacional y sus consecuencias.

En referencia al primer objetivo específico sobre los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la anemia se muestran en la tabla 1 en la cual se consideró 5 aspectos: la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y el lugar de procedencia, donde los resultados obtenidos tuvieron relación estadísticamente significativa a anemia en gestantes en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Estos valores con respecto al primer aspecto relacionado a la edad son similares a los encontrados por Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien menciona en su investigación la anemia prevaleció en un 40,7% en adultas jóvenes, de la misma manera; Villagómez¹⁹ (2019) en Ecuador menciona en su estudio que el 60% de embarazadas con anemia se evidenció entre los 15 a 20 años de edad; asimismo Linares y Paredes²¹ (2022) en Perú encontraron que la edad de las mujeres en gravidez que presentaron anemia fue de 16 a 20 años en un 32%, igualmente Marquez²⁶ (2021) en Perú pudo encontrar que para la presencia de anemia la edad joven fue la más predominante con un OR: 2,44 , $p=0,0076$; de la misma manera Pecho²⁸ (2021) en Perú menciona como factor asociado a gestantes adolescentes con anemia (RPa: 1,05; IC95% 1,01-1,10); también Carbonel²⁹ (2020) en Perú encontró como causa correlacionada para anemia en embarazadas de edad < de 30 años con un valor $p:0,041$ (0,003-0,761).

Por el contrario, Pérez¹⁷ (2020) en Ecuador refiere en su estudio que el índice de anemia ferropénica mayor se evidencio en mujeres gestantes >26 años con 48,07%, así mismo Pingo²⁰ (2022) en Perú menciona que la anemia gestacional se relacionó

a mayor edad de la gestante, a ello se suma Vargaya²⁷ (2021) en Perú quien evidencio que el 18,81% de las embarazadas que presentaron anemia fueron adultas.

Por lo antes mencionado la mayoría de autores obtuvieron como factor de riesgo para anemia en el embarazo a la edad adolescente y joven, poniendo en alerta al personal de salud a tener en cuenta este factor de riesgo y brindar una adecuada suplementación y consejería nutricional con énfasis en este grupo etario.

Con referencia al segundo aspecto valorado referido al estado civil los resultados son similar con Marquez²⁵ (2021) en Perú quien menciona que la anemia está asociada al estado civil no unido OR=6,72; p=0,000; sumado a ello Moreno y Rios³⁵ (2019) en Perú menciona que el estado civil está relacionado a anemia en el embarazo (p=0,001; OR=2,989).

Por el contrario, Cari²⁶ (2021) en Perú menciona que el 77,2% de gestantes fueron convivientes con un (p=0,042); asimismo Huaman¹⁴ (2017) en Perú menciona que el 73% de embarazadas que tuvieron anemia fueron convivientes, de igual manera Huallpa y Suni³⁰ (2020) en Perú menciona que el estado civil no fue un factor de riesgo para anemia; de manera similar Portillo³² (2020) en Perú mencionó que el estado civil (9%) no tuvo asociación para anemia en gestantes.

Por lo anteriormente expuesto se puede mencionar que el estado civil dependerá de la población de estudio para determinar si es factor asociado para anemia en el embarazo, en la presente investigación la población estudiada teniendo una cultura diferente a otras regiones el estado civil no unida fue un factor relacionado para la presencia de anemia en el embarazo.

Con respecto al tercer aspecto evaluado referente al nivel de instrucción se relaciona con los valores de Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien en su estudio encontró un 62,6% de embarazadas anémicas quienes tuvieron un nivel de instrucción secundaria; así mismo Villagómez¹⁹ (2019) en Ecuador menciona que el 75% de embarazadas anémicas culminaron secundaria; de la misma manera Pingo²⁰ (2022) en Perú encontró que la anemia estaba asociada significativamente al grado de instrucción primaria; asimismo Marquez²⁵ (2021) en Perú pudo encontrar que el nivel de instrucción básico está correlacionada a anemia en el embarazo con un OR=5,01 y $p=0,0001$; igualmente Huallpa y Suni³⁰ (2020) en Perú menciona que dentro de los factores de riesgo sociales para anemia gestacional se encuentra grado de instrucción con un (OR:13,6); de manera similar Gonzáles³³ (2020) en Perú menciona que el nivel de instrucción escolar (OR: 5,89; IC 2,20-15,78) estuvo asociado a anemia en gestantes.

Por el contrario, Cari²⁶ (2021) en Perú pudo encontrar un 62,2% de embarazos con anemia tuvieron nivel de instrucción superior universitario con un $p=0,025$; de manera similar Vargaya²⁷ (2021) en Perú encontró que el 17,66% de embarazadas con anemia tuvieron educación secundaria y superior; sumado a ello Portillo³² (2020) en Perú menciona que el nivel de instrucción (9%) no estuvo relacionado a anemia en gestantes.

Por lo anteriormente citado se puede mencionar que la mayoría de autores consideran como factor asociado para anemia gestacional al nivel de instrucción básico; por lo que es recomendable tener en cuenta este factor de riesgo en la atención prenatal y evitar las complicaciones de la anemia en el binomio madre-niño.

Con referencia al cuarto aspecto concerniente a la ocupación, los resultados se relacionan con Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien pudo encontrar que el 46,2% de gestantes con anemia tenían como ocupación ser amas de casa; de la misma manera Marquez²⁵ (2021) en Perú menciona que la ocupación no remunerada está en correspondencia a anemia en el embarazo con un OR=8,66 y $p=0,0000$; igualmente Moreno y Rios³⁵ (2019) en Perú encontraron como factor asociado para anemia en embarazadas la ocupación con un valor ($p= 0,00$; OR=7,955); de manera similar Ortiz³⁷ (2017) en Perú pudo encontrar que el 63,6% de las embarazadas anémicas fueron amas de casa siendo un factor de riesgo.

Por el contrario, Cari²⁶ (2021) en Perú menciona en su estudio que el 62,2% de las gestantes tuvieron ocupación de empleadas dependientes con un valor $p=0,012$ siendo así un factor asociado para anemia.

Por lo antedicho, la mayoría de autores consideran a la ocupación no remunerada como factor asociado a anemia gestacional, motivo por el cual es necesario que el personal sanitario realice la atención prenatal y consejería nutricional con énfasis en las gestantes sin remuneración (amas de casa, estudiantes).

En referencia al quinto aspecto relacionado a lugar de procedencia los valores en el actual estudio se relacionan con Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien pudo encontrar que el 51,6% de las embarazadas anémicas fueron residentes en áreas rurales; de manera similar Gonzáles³³ (2020) en Perú menciona que evidenció asociación entre procedencia rural y anemia en embarazadas con un valor ($p=0,01$) y (OR:2,53; IC 1,22-5,23).

Por el contrario, Fadl, et al.¹⁵ (2021) en Etiopía refiere que el lugar de residencia urbano moderó la asociación entre factores de riesgo materno y anemia con un

(OR: 2,61 como factor único y OR: 2,82 acompañado de otros factores más), así mismo Vargaya²⁷ (2021) en Perú menciona que las gestantes que presentaron anemia con respecto al nivel de residencia fue un 14,91% a nivel urbano y en el ámbito rural un 7,72%; así mismo Pecho²⁸ (2021) en Perú menciona que el lugar de residencia no es una causa para anemia en embarazadas (RPc: 0,99; IC95% 0,96-1,02); del mismo modo Huaman³⁶ (2017) en Perú refiere que el 81% de las embarazadas anémicas fueron de zonas urbanas.

Por lo antes citado, se puede decir que dependiendo de la zona y nivel de establecimiento donde se realice el estudio, la procedencia es un factor asociado para anemia en el embarazo; como se pudo encontrar en la actual investigación al referirse de un Hospital de referencia y además estatal, atiende a gestantes de zonas urbanas y rurales; concluyendo así que la procedencia de zona rural es un causal de riesgo para anemia en el embarazo.

En referencia al segundo objetivo específico sobre los factores de riesgo gineco obstétricos relacionados a la anemia se muestran en la tabla 2, en la cual se analizaron 4 aspectos: el tiempo de embarazo en semanas, paridad, periodo intergenésico y número de atenciones prenatales, donde los resultados obtenidos tuvieron relación estadísticamente significativa para anemia en la mujer en gravidez en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Estos resultados en cuanto al primer aspecto sobre la edad gestacional se relacionan con el estudio de Pecho²⁸ (2021) en Perú quien menciona que las embarazadas que se hallaban en el segundo trimestre de gravidez resultaron asociado a anemia gestacional con un valor (RPa: 1,09; IC95% 1,06-1,12); de manera similar

Carbonel²⁹ (2020) en Perú encontró que uno de los factores asociados para anemia era estar en el 2do trimestre con un valor p: 0,002 (0,004-0,054).

Por otro lado, los valores no son idénticos a las investigaciones de Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien menciona que las gestantes que presentaron anemia fueron embarazos a término siendo el 86,8%; de manera similar Perez¹⁷ (2020) en Ecuador menciona que del 75% de embarazadas anémicas que fueron encuestadas se hallaban en el tercer trimestre de embarazo; igualmente Marquez²⁵ (2021) en Perú menciona que la edad gestacional a término estuvo relacionada a anemia con un OR=3,59 y p=0,0018.

Por lo antes expuesto, la edad gestacional en que se detecte la anemia dependerá del seguimiento y la adecuada atención prenatal oportuna que se le brinde a la gestante, a ello recordar la importancia de la consejería pregestacional de esta manera prevenir la anemia y otras morbilidades que puedan afectar el embarazo.

Con respecto al segundo aspecto evaluado sobre paridad los resultados se relacionan con Villagómez¹⁹ (2019) en Ecuador evidencio en su investigación que el 80% de embarazadas anémicas fueron primigestas; de igual manera Huaman³⁶ (2017) en Perú menciona que la proporción de mujeres adolescentes primerizas en gravidez con anemia fue del 74%.

Por el contrario, los resultados no se corresponden con los valores de Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador quien menciona que la anemia se presentó en multigestas en un 62,6%; de manera similar Caramantin²³ (2022) en Perú menciona que encontró asociación entre multiparidad y anemia en la gestación con un valor (p=0,005 OR=2,25 I.C=1,28-3,95); del mismo modo Marquez²⁵ (2021) en Perú menciona que la anemia en la gestante está asociada a multíparas con un valor OR=5,49 y

$p=0,0000$; de igual manera Vargaya²⁷ (2021) en Perú menciona que las embarazadas anémicas el 16,77% fueron multigestas y el 5,86% primigestas; igualmente Portillo³² (2022) en Perú menciona que uno de los factores relacionados a anemia en la gestación fue la multiparidad (66,9%); asimismo Linares y Paredes²¹ (2022) en Perú mencionan que las embarazadas primerizas anotaban una prevalencia de anemia 08%.

Por lo antes mencionado, se puede decir que la multiparidad para la mayoría de los autores está asociado a anemia gestacional, a comparación de los valores hallados en la actual investigación en la cual el ser nulípara estuvo asociado a anemia gestacional; es por ello la consideración de recordar que los valores de una investigación realizada en un establecimiento y población diferente a otros autores, no se deben de generalizar puesto que son válidos para un lugar y tiempo determinado.

Con referencia a los resultados del tercer aspecto sobre el periodo intergenésico son similares a los resultados de Pérez¹⁷ (2020) en Ecuador quien menciona que las gestantes con anemia en un 51,92% presentaron periodo intergenésico menor de 1 año; de manera similar Pingo²⁰ (2020) en Perú menciona que la anemia estuvo asociado a periodo intergenésico inadecuado; igualmente Ccama y Machaca²² (2022) en Perú menciona como factor obstétrico para anemia en el embarazo al periodo intergenésico con un valor $p=0,043$; asimismo Marquez²⁵ (2021) en Perú menciona que las embarazadas anémicas presentaron periodo corto entre embarazo y embarazo $OR=2,42$ y $p=0,0079$; de igual modo Vargaya²⁷ (2021) en Perú pudo encontrar que las embarazadas anémicas presentaron periodo intergenésico corto en el 3,63%; asimismo Pecho²⁸ (2021) encontró como factor asociado a

anemia en el embarazo al periodo intergenésico corto (RPa: 1,05; IC95% 1,01-1,09); de manera similar Carbonel²⁹ (2020) en Perú menciona que una de las causas para anemia en el embarazo fue el periodo intergenésico corto con un valor p: 0,03 (0,001-0,045); del mismo modo Moreno y Rios³⁵ (2019) en Perú refiere como factor asociado para anemia en embarazadas el periodo intergenésico (p=0,024; OR:2,619).

Por el contrario, Huallpa y Suni³⁰ (2020) en Perú refieren como factores asociados para anemia gestacional el periodo intergenésico adecuado con (OR: 2,5).

Por lo antes expuesto, se puede mencionar que la mayoría de autores refieren al periodo intergenésico inadecuado (corto o largo) como causal de anemia gestacional; por motivos fisiológicos del embarazo es recomendable que el tiempo entre embarazos sea adecuado (18-27 meses) y no mayor a 60 meses de esta manera prevenir morbimortalidad materna perinatal.

Con referencia a los resultados del cuarto aspecto sobre número de atenciones prenatales son similares a los estudios de Arévalo¹⁹ (2019) en Ecuador quien pudo encontrar que las gestantes con anemia presentaron control prenatal inadecuado con un OR=2,471 y p=0,02; de manera similar Caramantin²³ (2022) en Perú pudo encontrar que existe asociación entre menos de 6 atenciones prenatales y anemia en el embarazo con un valor (p<0,001 OR=2,32 I.C=1,46-3,68); asimismo Morante²⁴ (2021) en Perú refiere que las embarazadas anémicas en un 63% presentaron un control prenatal inadecuado; del mismo modo Marquez²⁵ (2021) en Perú referencia que las embarazadas anémicas presentaron control prenatal menor a 6 con un valor OR=4,66 y p=0,0000; igualmente Carbonel²⁹ (2020) en Perú menciona como factor relacionado a anemia en embarazadas fue tener menos de 6

controles prenatales con un valor $p:0,049$ (0,031-0,069); de la misma manera Huallpa y Suni³⁰ (2020) en Perú menciona que el control prenatal incompleto con (OR: 5,4) como factor asociado para anemia gestacional; de igual forma Asián³¹ (2020) en Perú menciona que la atención prenatal no adecuada se asoció a anemia en el embarazo con un valor (PR:2,87 IC95%:1,15-7,17 $p < 0,05$); al igual que Gonzáles³³ (2020) en Perú encontró asociación entre atención prenatal no adecuada y el desarrollo de anemia gestacional con un valor ($p=0,04$) y (OR:2,29; IC 1,01-5,18); de manera similar Moreno y Rios³⁵ (2019) en Perú menciona como factor relacionado a anemia gestacional el número de controles prenatales con un valor ($p=0,00$; OR=13,920).

Por el contrario, Portillo³² (2020) en Perú encontró que el 52,6% de embarazadas con anemia evidenciaron más de 6 controles; asimismo Ochoa¹⁶ (2020) en Ecuador menciona que en su estudio las gestantes con anemia en un 86,8% tuvieron mayor a 5 controles prenatales; de manera similar Ortiz³⁷ (2017) en Perú menciona que las embarazadas que tuvieron atención prenatal mayor o igual a 7 veces presentaron anemia en un 81,8%.

De lo antes citado, se puede mencionar que la mayoría de los autores asocian a la cantidad de atenciones prenatales inadecuadas (< 6 atenciones prenatales) como factor de riesgo para anemia en mujeres en gravidez, debido a la importancia que tiene iniciar una atención prenatal en el primer trimestre y la gestante obtenga todo el paquete de atención y sea una gestante reenfocada (sexta atención prenatal) como lo menciona la norma técnica materno perinatal se pueda prevenir y si fuese el caso diagnosticar oportunamente alguna patología propia del embarazo y brindarle el tratamiento adecuado.

7. CONCLUSIONES

1. Se concluyó que los factores gineco obstétricos y sociodemográficos tienen relación estadísticamente significativa para anemia en mujeres embarazadas que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante los meses de julio a diciembre del año 2021.
2. Son factores de riesgo sociodemográficos que se asocian con anemia en mujeres embarazadas que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante los meses de julio a diciembre del año 2021; son la edad materna joven, estado civil sin vinculación convivencial, el nivel de educación, el trabajo no remunerado y la procedencia de zona rural.
3. Son factores de riesgo gineco obstétricos que se asocian a anemia en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo de julio a diciembre 2021; estos factores son; la edad gestacional puede ser pre término y/o post término, la paridad principalmente las nulíparas, el periodo intergenésico no adecuado (corto < 2 años y largo > 4 años) y número inferior a 6 de atenciones prenatales.

8. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de salud en conjunto con los trabajadores del sector salud que trabaja en el Hospital Víctor Ramos Guardia, se recomienda implementar estrategias para precaver y realizar la promoción de la anemia durante la gestación de esta manera evitar complicaciones del binomio madre-feto, por otro lado, también usar esta investigación como antecedente teniendo en cuenta los resultados obtenidos y poder realizar estudios más profundos relacionados al tema de factores para anemia en las gestantes.
2. Al personal sanitario de obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia se recomienda informar acerca de los diferentes métodos anticonceptivos en las instituciones educativas con el fin de disminuir el número de gestaciones en adolescentes, debido a que la anemia está asociada significativamente con gestantes jóvenes; de la misma manera promover en los establecimientos de salud cumplir con las atenciones prenatales, con el objetivo de tener una gestante reenfocada debido que la anemia está asociada significativamente con gestantes con número de atenciones prenatales menores a 6, así mismo realizar visitas a domicilio en caso las embarazadas no asistan a la atención prenatal.
3. A los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo” se recomienda promover la investigación con referencia a la anemia gestacional con una muestra probabilística, de esta manera tener resultados que se puedan generalizar a nivel regional ya que el Hospital Víctor Ramos Guardia es un establecimiento de referencia y el más conocido en Ancash.

4. Se recomienda a los estudiantes de la carrera de obstetricia involucrarse en los proyectos de investigación elaborando estudios de interés social que puedan ser financiados por empresas u organizaciones científicas, lo cual permitirá que el profesional egresado tenga una visión integral de la carrera y también ir construyendo de esta manera una propuesta de valor agregado en el currículum de cada uno, de esta manera contribuir en la calidad de vida de la población en general, así como también en el desarrollo y formación de profesionales.
5. Se recomienda al lector poder rescatar los resultados finales de presente estudio y tenerlo como ejemplo en la práctica laboral, iniciando desde la prevención y promoción para una buena salud materna, así como también concientizar e incursionar elaborando estudios científicos con sus pares.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Anemia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [s/f.; citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
2. Mohamed MA, Ahmad T, Macri C, Aly H. Disparidades raciales en las concentraciones de hemoglobina materna y resultados del embarazo. *J Perinat Med* 2012; 40: 141.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. [Consultado el 16 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/e s/
4. San Gil C., Villazán C., Ortega Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Jul 12]; 30(1):71-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es
5. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimiento de Salud [Internet]. Lima: CNAN; 2019. [citado 26 de mayo de 2022]. Informe gerencial. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2019/Informe%20Gerencial%20SIEN%20HIS%20I%20Semestre%202019-c.pdf>
6. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y

- Nutricional. Informe gerencial SIEN HIS Estado Nutricional de Niños y gestantes que acceden a Establecimientos de Salud [Internet]. Lima, Perú: 2021. disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2021/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%20I%20SEMESTRE%202021%20Final.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. La Sierra presenta los mayores niveles de anemia del país en el año [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-sierra-presenta-los-mayores-niveles-de-anemia-del-pais-en-el-ano-12223/#:~:text=Asimismo%2C%20se%20registr%C3%B3%20la%20mayor,Pasco%20\(50%2C%25\)](https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-sierra-presenta-los-mayores-niveles-de-anemia-del-pais-en-el-ano-12223/#:~:text=Asimismo%2C%20se%20registr%C3%B3%20la%20mayor,Pasco%20(50%2C%25))
 8. Taípe B, Troncoso L. Anemia en el primer control de gestantes en un centro de salud de Lima, Perú y su relación con el estado nutricional pregestacional. Horiz Méd Lima [Internet]. abril de 2019 [citado el 29 de septiembre de 2021];19(2):6–11. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2019000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 9. Munares O., Gómez G. Anemia en gestantes con y sin talla baja. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 26 de mayo de 2022]; 44(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/14-26/es/>
 10. Melchor J. Factores sociales asociados a la anemia en gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018. [tesis de segunda especialidad en alto riesgo obstétrico y emergencias obstétricas]. Tacna, Perú: Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann-Tacna, 2020. Disponible en:
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3940/159_2020_melchor_salazar_jr_fac5_segunda_especialidad_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Dirección Regional de Salud Ancash. Informe de gasto año 2017 [Internet]. Huaraz, Perú: DIRESA; 2017 [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.diresancash.gob.pe/doc_gestion/INDICADORES_DESEMPENO_2017.pdf
12. Vergara M. Relación de los niveles de hemoglobina con la preeclampsia, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2013-2016 [tesis de licenciatura en obstetricia]. Huaraz, Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, 2018. Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2721/T033_70163522_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Comisión Horario de Salud Cardiovascular. Factores de riesgo [página web]. Uruguay: Comisión Honoraria para la salud cardiovascular. 2022 [citado 19 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>
14. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. Lima, Perú: Editorial ISBN. 2017 [Citado 28 de mayo del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
15. Fadl N., Ice G., Haile Z. Asociación entre factores maternos de alto riesgo y anemia entre mujeres en Etiopía. ClinicalKey. 2021; 91. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0899900721002665>



16. Ochoa M. Prevalencia de anemia y factores asociados durante el tercer trimestre del embarazo, en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, 2018 [Tesis de especialidad en ginecología y obstetricia]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2020. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34162/1/TESIS.pdf>
17. Pérez J. Factores desencadenantes de la anemia ferropénica en gestantes ingresadas en el hospital del sur Delfina Torres de Concha. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Esmeraldas, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2085/1/PEREZ%20ECHEVERR%c3%8dA%20JOSELYN.pdf>
18. Arévalo G. Prevalencia y factores asociados a anemia en gestantes de 18 a 30 años, hospital Homero Castanier Crespo. Azogues 2017-2018. [tesis de licenciatura en medicina humana]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2019. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11188/1/9BT2019-MTI194--Ar%c3%a9valo%20Placencia%20%20Gabriela%20Elizabeth.pdf>
19. Villagómez A. Factores que influyen en la anemia gestacional en mujeres atendidas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha-Esmeralda 2018. [tesis de licenciatura en enfermería]. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2019. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9507/2/06%20ENF%201080%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

20. Pingo R. Factores clínicos, sociales y de gestión relacionados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud, Piura, 2019-2021. [tesis de maestría en gestión de los servicios de salud]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/78368/Pingo_A_RDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Linares P., Paredes G. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden al centro de salud Cardozo durante los meses de julio a diciembre del 2020. [Tesis de licenciatura en tecnología médica, especialidad: laboratorio clínico y anatomía patológica]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1790/PAMELA%20DEL%20CARMEN%20LINARES%20YUYARIMA%20Y%20GIOVANNA%20PAREDES%20PACAYA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Ccama Y., Machaca K. Factores asociados a anemia en gestantes controladas en el centro de salud Vallecito, Puno julio 2021-mayo 2022. [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Huancayo, Perú: Universidad Roosevelt; 2022. Disponible en: <http://50.18.8.108/handle/20.500.14140/1134>
23. Caramantin R. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el EE. SS I-4 La Unión, durante el año 2021. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3680>
24. Morante E. Controles prenatales inadecuados como factor de riesgo para anemia materna hospital María Auxiliadora 2020. [Tesis de licenciatura en medicina

- humana]. Piura, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74947/Morante_OEP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Marquez J. Factores asociados a la anemia en pacientes atendidas de parto en el Hospital San José del Callao en el Primer Trimestre del año 2020. [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2021. Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8857/Marquez_CJX.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Cari G. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes que acuden al CAP II Luis Palza Lévano EsSalud, 2019-2020. [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. Disponible en:
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4418/2022_2022_cari_coaquira_g_facsobstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Vargaya M. Factores asociados a anemia gestacional en mujeres de 12-49 años de edad en la población peruana del año 2019. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75042/Vargaya_CGMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Pecho L. Factores asociados a anemia gestacional en mujeres gestantes de 12 a 49 años en la población peruana durante el periodo 2019. [Tesis de licenciatura

- en medicina humana]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4142>
29. Carbonel N. Factores asociados a anemia en gestantes que acuden al Hospital II Santa Rosa Piura 2017. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6381>
30. Huallpa S., Suni R. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en mujeres embarazadas que acuden a los centros de salud de Ccatcca y K'auri, 2019. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020. Disponible en: <http://200.48.82.27/handle/20.500.12918/5628>
31. Asián P. Factores maternos asociados a anemia gestacional en población altoandina del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio diciembre 2019. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2884>
32. Portillo D. Factores de riesgo anteparto asociados a anemia en puérperas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital nacional Sergio E. Bernales-Lima en febrero del 2020. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4214>
33. González Y. Factores de riesgo asociados a anemia gestacional en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, 2019. [Tesis de licenciatura en medicina humana]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo;

2020. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52815>
34. Santillan V. Relación entre el nivel de hemoglobina materna y peso del recién nacido, Hospital Nuestra Señora de las Mercedes carhuaz-2020. [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Huaraz, Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2022. Disponible en:
http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4956/T033_77462885_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Moreno N., Rios G. Factores de riesgo relacionados a la anemia durante el embarazo, hospital de apoyo Recuay, 2019. [Tesis de licenciatura en obstetricia]. Huaraz, Lima: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4990>
36. Huamán M. Anemia por deficiencia de hierro en gestantes adolescentes primerizas del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz -2016. [Tesis de Licenciado en Tecnología Médica]. Huaraz, Perú: Universidad San Pedro; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.usanpedro.pe/handle/USANPEDRO/3482>
37. Ortiz Z. Anemia ferropénica y sus factores condicionantes durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Rinconada-Chimbote.2014. [Tesis de especialidad en emergencias obstétricas]. Chimbote, Perú: Universidad César Vallejo; 2017.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18783/Ortiz_RZ_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y

38. Organización mundial de la Salud. Documento normativo sobre anemia. [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [Citado 28 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1085920/retrieve>
39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2014 [acceso 20 febrero 2023]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/Diagnostico_y_tratamiento_de_la_anemia_en_el_embarazo.pdf
40. Grille S. Anemia y embarazo [Internet]. s/f [acceso 20 febrero 2023]. Disponible en: https://www.hematologia.hc.edu.uy/images/Anemia_y_Embarazo.pdf
41. García L. Anemia ferropénica y embarazo. [tesis de licenciatura en enfermería]. Cantabria, España: Universidad de Cantabria; 2013. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2980/GarciaGonzalezL.pdf>
42. VIII jornadas de salud perinatal. Servizo Galego de Saúde; 24-25 de noviembre 2014. Galicia: Xunta de Galicia; 2014. Disponible en: https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/5_Alimentacion_emb_puer_lm_Ana.pdf
43. Ministerio de Salud. Guía técnica: consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [acceso 20 de febrero 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964887/rm_460-2015-minsa.pdf

44. Espitia F., Orozco L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. SciElo. Medicas UIS. [Internet]. 2013 [Citado 27 de mayo del 2022]; 26(3):45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005
45. EROINNOVA International Online Education. Clasificación de las etapas de la vida por edad [internet]. Perú: EUROINNOVA; 2004 [consultado 2022 Jun 16]. Disponible en: <https://www.euroinnova.pe/blog/etapas-de-la-vida-por-edad>
46. Enciclopedia concepto. Adultez [internet]. Editorial Etecé; 2022 [consultado 2022 Jun 16] disponible en: <https://concepto.de/aduldez/>
47. Conceptosjurídicos.com. Estado civil [internet]. Conceptos jurídicos; 2022 [consultado 2022 Jun 16] Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/>
48. Laneta J., Segurantz S. Definiciones utilizadas en el censo del mercado de trabajo [internet]. Elisko Jauraritzza Gobierno Vasco: Departamento de justicia, empleo y seguridad social; 2002 [consultado 2022 Jun 16] disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/cmt_2002/es_cmt_2002/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
49. Instituto Nacional de Estadística. Ocupación [internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2022 [consultado 2022 Jun 16] Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30451&p=2&n=20#:~:text=Se%20define%20la%20ocupaci%C3%B3n%20como,del%20puesto%20de%20trabajo%20desempe%C3%B1ado.>

50. Ucha F. Definición de procedencia [internet]. DefiniciónABC; Dic 2011 [consultado 2022 Jun 16] Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>
51. Biblioteca Nacional de Medicina. Edad gestacional [internet]. España: MedlinePlus; 2022 [consultado 2022 Jun 16]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20edad%20gestacional%20es%20el,desde%2038%20a%2042%20semanas.>
52. Fournier S. Diccionario del embarazo: tercera entrega [internet]. Unamamioquesemima; 2015 [consultado 2022 Jun 16]. Disponible en: <http://www.unamamioquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/#:~:text=Nul%C3%ADpara%20y%20mult%C3%ADpara%3A%20Un a%20paciente,estado%20embarazada%20hablamos%20de%20nuligesta.>
53. Zavala A., Ortiz H., Salomon J., Padilla C., Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Jun 12]; 83(1): 52-61. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052
54. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Protocolo 1 de atención prenatal en atención primaria de la salud [Internet]. Paraguay: Ministerio de salud pública y bienestar social; s/f. [acceso 28 de febrero 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/canada/dmdocuments/APS prenatalGuia_1.pdf
55. Ministerio de Salud. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa [Internet]. Edición 2019. Lima, Perú: MINSA; 2018 [acceso

- 28 de febrero del2023]. Disponible en:
https://www.diresatumbes.gob.pe/phocadownload/Manual%20HIS_%20ESN_Materno%20Perinatal_2019.pdf
56. Manéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado el 20 de febrero del 2023]; 38(3): 333-342. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006#:~:text=La%20definici%C3%B3n%20legal%20del%20embarazo,fecondaci%C3%B3n%2C%20entonces%20este%2C%20atraviesa%20el
57. Alan D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica [Internet]. Edición 2017. Ecuador: Editorial UTMACH; 2018 [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20y%20cualitativa.pdf>
58. Soto A., Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Agost 23] ; 20(1): 138-143. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000100138&script=sci_arttext
59. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017. [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

60. Benítez I. Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado el 20 de febrero del 2023]; 34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300012

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
TITULO	Factores de riesgo asociados a la anemia en embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo julio-diciembre del 2021.			
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo gineco obstétricos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia- - Analizar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados a anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia-</p>	<p>H1: Los factores de riesgo sociodemográficos y gineco obstétricos tienen asociación estadísticamente significativa para la anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, en el periodo julio-diciembre 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICA</p> <p>- Los factores de riesgo sociodemográficos se asocian a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.</p> <p>- Los factores de riesgo gineco obstétricos se asocian a la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia-</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de riesgo sociodemográficos y gineco obstétricos.</p> <p>DEPENDIENTE</p> <p>Anemia</p>	<p>Tipo: Retrospectivo</p> <p>Diseño: No experimental de casos y controles.</p> <p>Población: 220 historias clínicas perinatales.</p> <p>Muestra: probabilística 110 historias clínicas perinatales.</p> <p>Controles: 110 historias clínicas perinatales.</p> <p>técnica e instrumento de recolección de datos:</p> <p>Técnica: documental y recolección de datos.</p>





UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANEXO N° 02

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2021"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de ficha: _____

1. Anemia en el embarazo

1.1. Anemia materna

- Sí (< 11 g/dl)
- No (\geq 11 g/dl)

1.2. Clasificación de la anemia

- Leve (10.0-10.9g/dl)
- Moderada (7.0-9.9g/dl)
- Severa (<7.0g/dl)

2. Factores sociodemográficos

2.1. Edad materna

- Joven (\leq 29 años)
- Adulto (30 años a más)

2.2. Estado civil

- Sin vínculo convivencial (soltera, divorciada, viuda)
- Con vínculo convivencial (conviviente, casada)

2.3. Grado de instrucción

- Básica (primaria, secundaria)
- Superior (no universitaria, universitaria)



2.4.Ocupación

- No remunerada (ama de casa, estudiante)
- Remunerada (Empleada independiente y dependiente)

2.5.Lugar de procedencia

- Urbano
- Rural

3. Factores gineco obstétricos

3.1.Edad gestacional

- No a término (pre término y/o post término)
- A término

3.2.Paridad

- Nulípara
- Multípara

3.3.Periodo intergenésico

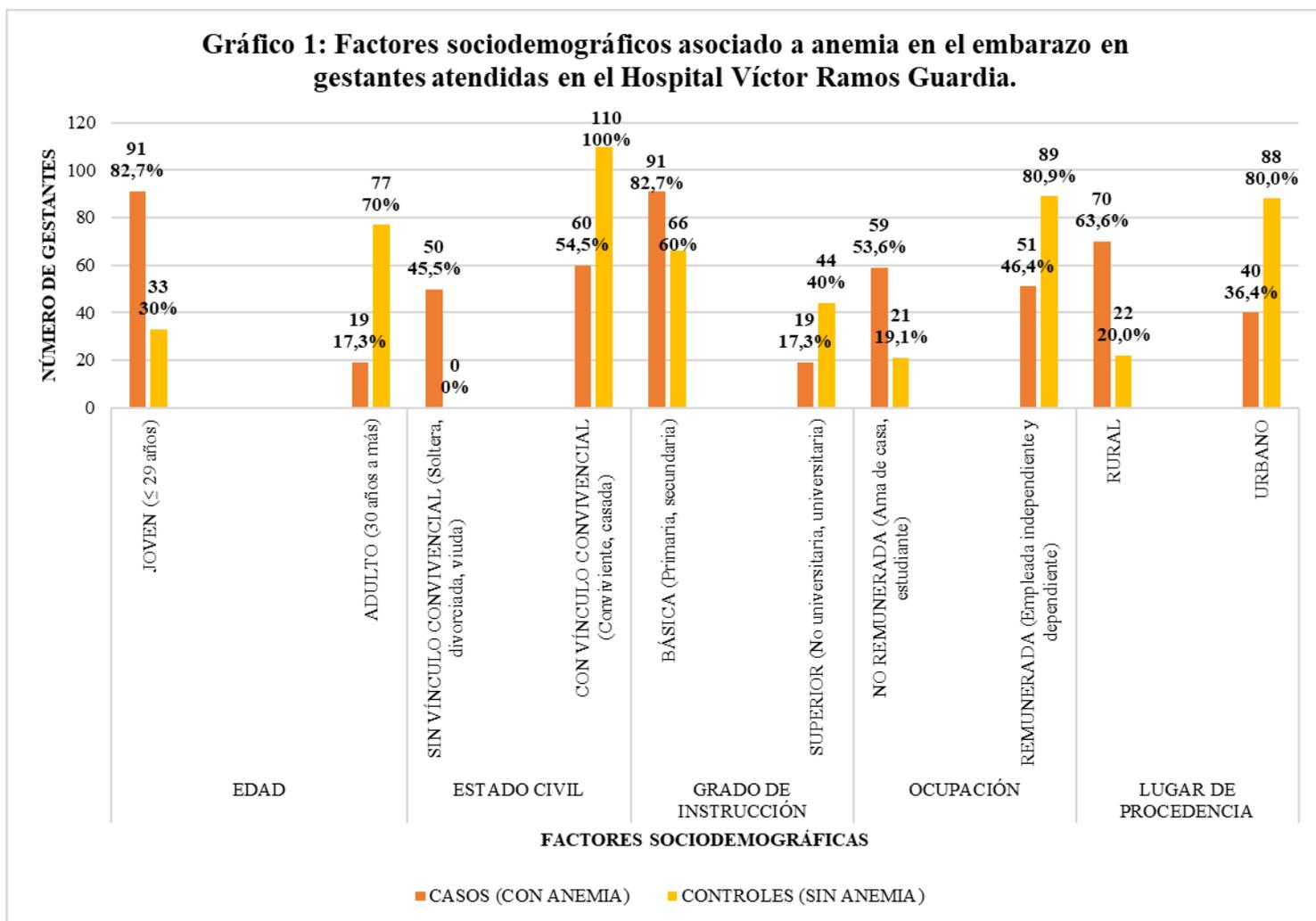
- No óptimo (corto <2 años y largo >4 años)
- Óptimo (2-4 años)

3.4.Número de atenciones prenatales

- <6 atenciones prenatales
- ≥ 6 atenciones prenatales

ANEXO N° 03

Gráfico 1: Factores sociodemográficos asociado a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.



ANEXO N° 04

Gráfico 2. Factores gineco obstétricos asociada a anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

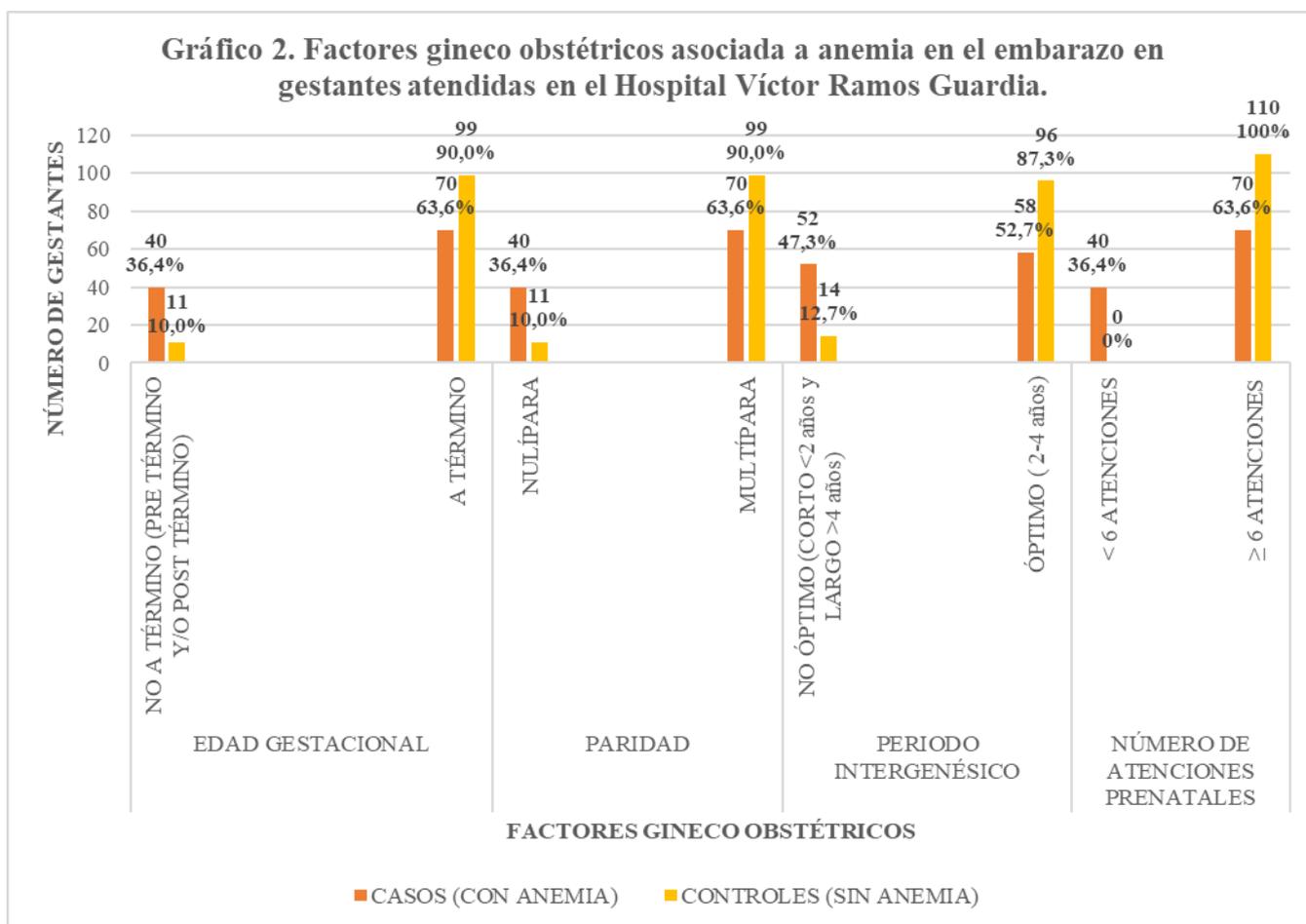
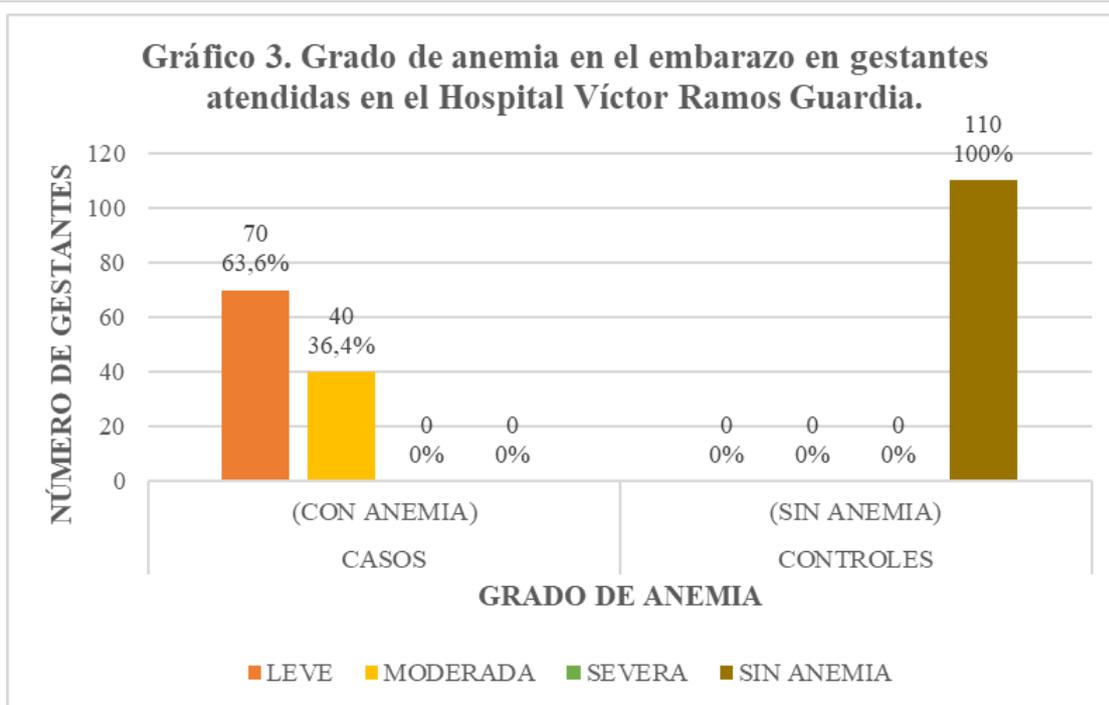


Gráfico 3. Grado de anemia en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.



ANEXO N° 05

BASE DE DATOS

Anemia materna	Clasificación de anemia	Edad materna	Estado civil	Grado de instrucción	Ocupación	Lugar de procedencia	Edad gestacional	Paridad	Periodo intergenésico	Número de atenciones prenatales
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones



Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones



Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Sin vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Moderada	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Moderada	Joven	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	< 6 atenciones
Sí	Leve	Joven	Sin vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Rural	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones



No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones



No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones



No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Rural	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	No remunerada	Rural	Pre término y/o post término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Superior	Remunerada	Urbano	A término	Nulípara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Adulto	Con vínculo convivencial	Básica	Remunerada	Urbano	A término	Múltipara	Óptimo (2-4 años)	≥ 6 atenciones
No	No aplica	Joven	Con vínculo convivencial	Básica	No remunerada	Urbano	A término	Múltipara	No óptimo (corto < 2 años y largo > 4 años)	≥ 6 atenciones

