



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS
ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL
EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. MIREYA HUAMANI CAMPOS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**JULIACA – PERÚ
2026**



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS
ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL
EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. MIREYA HUAMANI CAMPOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


M. Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

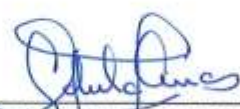
SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ASESOR DE TESIS

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD PÚBLICA – P06

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 046-2026-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 16 de Enero del 2026

VISTOS:

El Expediente N°173 -2026 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: de OBSTETRA del (la) bachiller: **HUAMANI CAMPOS MIREYA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * Presidente : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * 1er. Miembro : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 2do. Miembro : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

- * Asesor (a) : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : LUNES 19 DE ENERO DEL 2026
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2026(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 10183 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 12058-2025 de fecha 18 de noviembre del 2025, presentado por la Bachiller: **HUAMANI CAMPOS MIREYA** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS) para la REVISIÓN de SIMILITUD TURNITIN, presentado por el (la) bachiller: HUAMANI CAMPOS MIREYA para optar el título profesional de: **OBSTETRA** con el tema: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA P06**

- * **ARTICULO SEGUNDO.-** RATIFICAR como ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN a la: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **ARTICULO TERCERO.-** DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaría Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



RESOLUCIÓN DECANAL N° 059-2026-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de enero del 2026

VISTOS: Exp. 2026-CU-599 presentado por el (la) egresado(a) **HUAMANI CAMPOS MIREYA** quién ha solicitado cambio del segundo Miembro del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de **OBSTETRA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución N° 1183-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** para lo cual se asignó.

2do. Miembro: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 215-2025-UANCV-CU-R, por motivos que se encuentra de vacaciones y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del SEGUNDO MIEMBRO, designados al egresado (a) **HUAMANI CAMPOS MIREYA** para la revisión del proyecto de investigación titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** debiendo quedar a partir de fecha.

2do Miembro: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



Distribución: Decanato FP: OB: Secretaría Académica: Archivo



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN N°019-2026--FCS-UANCV

Juliaca, 12 de Enero del 2026

VISTOS: Exp. 2026 -185 presentado por el (la) egresado (a) **HUAMANI CAMPOS MIREYA** quién ha solicitado cambio del Primer Miembro del Jurado de la propuesta de Investigación conducente a optar el título profesional de **OBSTETRA**

CONSIDERANDO:

Que, según **Resolución Decanal N°581-2025-D-FCS-UANCV**, se aprueba la Propuesta de Tesis titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** para lo cual se asignó.

* **Primer Miembro:** Dra. **SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N° 001 -2026-UI-FCS-UANCV-J la emisión de la resolución de cambio del Primer Miembro, por motivos que ya no tienen vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Titulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud,

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del PRIMER MIEMBRO DEL JURADO designados a la egresada **HUAMANI CAMPOS MIREYA** para la revisión del proyecto de investigación titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA**: debiendo quedar a partir de fecha.

* **Primer Miembro:** Dra. **MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Titulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. NH

**RESOLUCIÓN DECANAL N°850 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 02 de octubre del 2025

VISTOS: Expediente. 2025-CU-8948 presentada por e l(la) Bachiller **HUAMANI CAMPOS MIREYA** quien solicita el cambio del Asesor del informe final de tesis para optar el título profesional de **OBSTETRA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 1364 -2024-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra, MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor** : Dra, ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 010-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del Asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando con la opinión favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le concede la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto modificado 2020 de la UANCV, aprobado con resolución N°0018 -2020 -UANCV -AU- R-

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del ASESOR (A) designados a él (la) Bachiller: **HUAMANI CAMPOS MIREYA** del tema Titulado **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** Debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra, MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
- * **1er. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor** : Dra, GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1364 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 18 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 099-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 17 de octubre de la E.P. Obstetricia, folio 0000104;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **HUAMANI CAMPOS MIREYA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA;**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * Presidente : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * 1er. Miembro : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * 2do. Miembro : **M.S.c MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 419 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **HUAMANI CAMPOS MIREYA** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

ARTICULO TERCERO - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetra quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: Obstetricia Archivo.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA



MIREYA HUAMANI CAMPOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GES...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::13016:604077204

Fecha de entrega

1 jul 2026, 16:12 GMT-5

Fecha de descarga

2 jul 2026, 21:38 GMT-5

Nombre del archivo

T036_78375678_T.docx

Tamaño del archivo

16.4 MB

130 páginas

19.263 palabras

114.132 caracteres



24% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 22%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	MIREYA HUAMANI CAMPOS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	78375678
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-4250-9431
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767



"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



WILLIAMSON, D. and VESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. Martha Concepción Figueroa Vilc
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MIREYA HUAMANI CAMPOS, identificado con DNI

Nro. 78375678, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico denominada:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca__11__de mayo del 2026

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen de urkupiña dedico en primer lugar este logro, por acompañarme siempre y guiar cada paso de mi camino. Extiendo esta dedicatoria a mis amados padres y hermanos, cuyo apoyo incondicional, amor y ternura me permitieron alcanzar el sueño anhelado de estudiar esta querida carrera. Ellos fueron mi mayor inspiración, mi motor y mi fuerza para seguir adelante frente a cualquier adversidad.



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento al personal del Puesto de Salud Santa Catalina quienes me proporcionaron una gran cooperatividad hacia la ejecución de mi arduo trabajo de mi proyecto a su vez quiero mencionar a mi adorada casa de grado superior UANCV por darme el grato sentimiento de poder prepararme para desempeñarme en mi labor vocacional.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problema específico.	5
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	6
1.3.1. Justificación teórica.....	6
1.3.2. Justificación práctica.....	7
1.3.3. Justificación metodológica	7
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos.	8
1.5. HIPÓTESIS.....	8
1.5.1. Hipótesis general.	8
1.5.2. Hipótesis específicas.	9



1.6. VARIABLES.....	9
1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.1.1. A nivel internacional.....	11
2.1.2. A nivel nacional.....	17
2.1.3. A nivel regional.	24
2.2. MARCO TEÓRICO.....	29
2.2.1. V ₁ . Factor	29
2.2.2. V ₂ Anemia ferropénica gestacional.	43
2.3. MARCO CONCEPTUAL	46

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	49
3.4.1. Población.....	49
3.4.2. Muestra.....	50
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	51
3.5.1. Técnica	51
3.5.2. Instrumento:	51
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	51
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	52



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	53
3.8.1. Validez.	53
3.8.2. Confiabilidad.	53

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.	78
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	87
ANEXO N° 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	88
ANEXO N° 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	94
ANEXO N° 3 INSTRUMENTO:	96
ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	98
ANEXO N° 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN..	102
ANEXO N° 6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	103



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 Grupo etario asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	53
Tabla 2 Procedencia asociada a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	55
Tabla 3 Grado de instrucción asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	57
Tabla 4 Inicio de las atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	59
Tabla 5 Atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	61
Tabla 6 Periodo intergenésico asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	63
Tabla 7 Tipo de gestación asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	65
Tabla 8 Hemorragia 1er trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	67



Tabla 9	Hemorragia 2do trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	69
Tabla 10	Infecciones urinarias asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	71
Tabla 11	Anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	73



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 Grupo etario asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	53
Figura 2 Procedencia asociada a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	55
Figura 3 Grado de instrucción asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	57
Figura 4 Inicio de las atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	59
Figura 5 Atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	61
Figura 6 Periodo intergenésico asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	63
Figura 7 Tipo de gestación asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	65
Figura 8 Hemorragia 1er trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	67



Figura 9	Hemorragia 2do trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	69
Figura 10	Infecciones urinarias asociado a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	71
Figura 11	Anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.....	73



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024. **Material y métodos:** Investigación no experimental, básica, correlacional, transversal, usando el enfoque cuantitativo. Población conformada por 175 pacientes atendidas con anemia en el Puesto de Salud Santa Catalina de Juliaca. La muestra fue conformada por 120. pacientes, se les aplicó una ficha de recolección de datos compuesto por 11 ítems. Se utilizó el estadístico de χ^2 . **Resultados:** Se estableció que los factores sociodemográficos como son grupo etario jóvenes de 19 a 30 años con 56.7% (NS=0.000), procedencia urbana con 59.2% (NS=0.024), grado de instrucción secundaria con 58.3% (NS=0.020); Se especificó que los factores obstétricos como son: inicio temprano de las atenciones prenatales antes de la 14 semana con 51.7% (NS=0.019), atenciones prenatales no controladas menor de 6 APN con 50.9% (NS=0.000), periodo intergenésico adecuado con 45.8% (NS=0.000), se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. Se identificó que los factores patológicos como son. hemorragia del 1er trimestre como la amenaza de aborto con 60% (NS=0.019), infecciones urinarias como la cistitis con 39.9% (NS=0.000), se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. Mientras que la hemorragia del 2do trimestre con placenta previa de 2.4% (NS=0.065); El tipo de gestación única con 96.6% (NS=0.052). No se asocian a la anemia ferropénica. **Conclusiones:** el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional fue la anemia leve en el Puesto de Salud Santa Catalina. **Palabras Claves:** Factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos anemia ferropénica.



ABSTRACT

Objective: Determine the sociodemographic, obstetric, and pathological factors associated with gestational iron deficiency anemia at the Santa Catalina Health Post in Juliaca 2024. **Materials and methods:** Non-experimental, basic, correlational, cross-sectional research, using a quantitative approach. Population. composed of 175 patients treated for anemia at the Santa Catalina de Juliaca Health Post. The sample consisted of 120. patients, a data collection form composed of 11 items was applied to them. The Chi2 statistic was used. **Results:** It was established that sociodemographic factors such as age group of young people aged 19 to 30 years with 56.7% (NS=0.000), urban origin with 59.2% (NS=0.024), and secondary education level with 58.3% (NS=0.020); It was specified that obstetric factors such as: early initiation of prenatal care before the 14th week with 51.7% (NS=0.019), uncontrolled prenatal care with less than 6 prenatal visits with 50.9% (NS=0.000), and an adequate intergenetic period with 45.8% (NS=0.000), are associated with gestational iron deficiency anemia at the Santa Catalina Health Post. It was identified that the pathological factors such as. first trimester bleeding such as the threat of miscarriage with 60% (NS=0.019), urinary infections such as cystitis with 39.9% (NS=0.000), are associated with gestational iron deficiency anemia at the Santa Catalina Health Post. While second-trimester hemorrhage with placenta previa at 2.4% (NS=0.065); the type of single gestation at 96.6% (NS=0.052). They are not associated with iron deficiency anemia. **Conclusions:** It was indicated that the most common type of gestational iron deficiency anemia was mild, with 50%, at the Santa Catalina Health Center. **Keywords:** Sociodemographic, obstetric, and pathological factors of iron deficiency anemia.



INTRODUCCIÓN

El estudio lleva por denominación los “Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024”. Cuya meta consiste en: Reconocer los aspectos poblacionales, del proceso reproductivo y las afecciones que influyen en la deficiencia férrica en el periodo de gravidez.

La manifestación de los signos anémicos constituye una alteración nutricional frecuente en infantes, personas mayores, bebés en periodo de lactancia y, de manera especial, en mujeres gestantes. Esta condición representa un problema de salud tanto en el Perú como a nivel mundial, debido a su relación con complicaciones durante el embarazo y el periodo neonatal. En el contexto de la gestación, la anemia adquiere particular relevancia, pues se ha convertido en una problemática comunitaria que afecta de forma significativa la salud materna y fetal. Diversas evidencias señalan que su presencia puede generar repercusiones adversas tanto en la madre como en el nonato. Por ello, resulta fundamental identificar los factores asociados para implementar medidas terapéuticas y preventivas oportunas que contribuyan a reducir su impacto en la población.

Toda gestación, debido a las modificaciones fisiológicas propias del proceso, presenta una predisposición natural al desarrollo de déficit hemático. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global el 41,8% de las mujeres embarazadas experimenta algún grado de anemia durante el periodo gestacional, una condición que se asocia a aproximadamente 115 000 muertes maternas anuales en el mundo y que representa cerca de la mitad de los casos de anemia por deficiencia de hierro. Entre los factores asociados destacan las



características poblacionales y demográficas, los antecedentes de pérdidas gestacionales, los intervalos intergenésicos cortos, entre otros elementos que aumentan la vulnerabilidad de las gestantes frente a esta problemática.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque no experimental, con medición en un único momento temporal, de tipo correlacional, nivel básico y carácter retrospectivo. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos mediante distribuciones de frecuencia y representaciones gráficas, utilizando el software estadístico en su versión 28. Asimismo, para la verificación de la asociación entre variables se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

El trabajo de investigación se organiza en cuatro capítulos: el Capítulo I aborda los aspectos generales, incluyendo el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, la hipótesis y las variables; el Capítulo II desarrolla la fundamentación teórica; el Capítulo III describe los procedimientos metodológicos, detallando el tipo, nivel, método, diseño, población, muestra, muestreo, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos; y el Capítulo IV presenta los resultados e incorpora la discusión. El estudio finaliza con las conclusiones y recomendaciones, seguidas de la bibliografía y los anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme a lo estipulado por la OMS llega a puntualizar que un cuadro anémico constituye una alteración hematológica que menoscaba de manera significativa el equilibrio fisio biológico y el bienestar integral de la población femenina, incrementando paralelamente la probabilidad de desenlaces maternos y neonatales desfavorables. Este trastorno carencial, cuya prevalencia reviste carácter global, compromete aproximadamente a quinientos millones de mujeres en etapa reproductiva, cifra que evidencia su notable impacto epidemiológico.(1)

Por lo general, en el periodo grávido surge una carencia sanguínea con proliferación de elementos rojos, elevándose el volumen eritrocitario. Sin embargo, una expansión excesiva de la fracción plasmática ocasiona reducción de la concentración hemática (hipervolemia del estado gestacional): la proporción celular disminuye del 38-45% presente en mujeres sin embarazo en condiciones óptimas al 34% en gestación única completa y alrededor del 30% en embarazos gemelares o múltiples completados



Los subsecuentes valores críticos de hemoglobina y hematocrito facilitan identificar en un cuadro clínico de insuficiencia eritrocitaria durante un estado de gravidez: en los tres primeros meses, mediciones de Hb van debajo de 11 g/dL con un Hto menor de un 33%; en el periodo medio, una Hb menor de 10,5 g/dl asociado a un Hto reducido al 32%; y en la etapa final, igualmente números de Hb menores a 11 g/dL y Hto bajo 33%. Cuando la medición hemoglobínica primaria es $< 11,5$ g/dL al arranque del estado gestacional, la embarazada puede clasificarse en situación de riesgo hematológico que inclina hacia la aparición paulatina de déficit sanguíneo, demandando seguimiento bioquímico y ajuste precoz acceder a intervención profiláctica ya que la expansión plasmática ulterior comúnmente rebaja la producción continua de hemoglobina proporcionando un rango que es menor a 10 g/dL. No obstante, la hidremia, la facultad de traslado constante de oxígeno permanece óptima durante el transcurso completo del periodo grávido. El Hct regularmente asciende de manera instantánea posterior al parto. (2)

Al constituir una investigación del ámbito sanitario colectivo, se tomarán en cuenta trabajos de diversas regiones geográficas tales como:

A nivel internacional.

Se manifiesta que en cuanto se genera un cuadro anémico se conceptualiza como una alteración hematopoyética en la que el conteo de eritrocitos resulta insuficiente para cubrir las exigencias metabólicas y fisiológicas del organismo, generando un estado de déficit oxigenativo progresivo. En base a lo que da a conocer la OMS alrededor de un quinto que compone a la población de manera internacional y cerca del 30% de

la población femenina experimentan este cuadro carencial; en la situación de las féminas que atraviesan por un estado de gravidez hay una resistencia que puede ascender hasta un 42%, lo que evidencia epidemiológica.

El propósito por el cual se ejecuto fue el en cuantificar la prevalencia del síndrome anémico en gestantes atendidas con un proceso de elección de un estilo muestral conformado por 64 féminas en estado de gravidez se evidenció que el 42% cursaba con algún grado de anemia, proporción que revela una carga significativa de esta alteración hematológica. Dentro de los patrones morfológicos identificados, predominó de manera notoria la anemia normocítica normocrómica, alcanzando una frecuencia aproximada del 83%; seguida por la variante macrocítica normocrómica con un 12%, y finalmente, la microcítica hipocrómica, que representó el 5% restante. Cabe precisar que únicamente el 7.81% de las participantes manifestó un cuadro catalogado como anemia leve, conforme a los parámetros emitidos por la OMS. En consecuencia, se concluye con redundante énfasis epidemiológico que la resistencia en general de un estado anémico ascendió al 42%, siendo de mayor significancia clínica. (3)

A nivel nacional:

La frecuencia de déficit hemático en la población grávida alcanzó el 35,59%.

Las variables socioculturales vinculadas al trastorno anémico en embarazadas del último tercio gestacional fueron: El status marital en unión conyugal/consensual exhibió un riesgo quíntuplemente superior de manifestar carencia hemoglobínica OR igual a 5,20; con un IC 95% de

parámetros [1,40-19,27] con significancia estadística χ^2 p que es igual a 0,01 ($p < 0,05$); asimismo, la ubicación domiciliaria en asentamientos campesinos demostró un riesgo duplicado de cursar con insuficiencia férrea gestacional $OR = 2,03$; IC 95% [1,70-2,43], aunque sin alcanzar significancia χ^2 $p = 0,15$ ($p > 0,05$). El determinante ginecoobstétrico relacionado al déficit hemático correspondió al seguimiento prenatal inadecuado (≤ 5 controles) $OR = 5,20$ [3,30-8,19], evidenciando un riesgo quintuplicado de desarrollar anemia gravídica con significancia χ^2 $p = 0,00$ ($p < 0,05$). Inferencia conclusiva: Se corrobora la existencia de determinantes socioculturales (unión marital 95,2% y procedencia rural 96,8%) junto con variables ginecoobstétricas (vigilancia prenatal deficitaria) significativamente asociadas al síndrome anémico en gestantes del tercer periodo trimestral, sugiriendo que la conjugación de factores relacionados con el acceso limitado a servicios sanitarios, patrones de asentamiento poblacional y seguimiento obstétrico insuficiente constituyen elementos predisponentes críticos para el desarrollo de déficit hemoglobínico en etapas de un avanzado desarrollo en el periodo de gravidez. (4)

A nivel regional:

El cuadro anémico que se manifiesta durante la gravidez se ha establecido cuando los rangos séricos de hemoglobina son $< 11 \text{ g/dl}$, sin embargo, cuando damos la referencia del territorio puneño 3824 m.n.m. aplicando una sistemática altitudinal de 3.1 g/dl , el umbral diagnóstico se sitúa en $< 14.1 \text{ g/dl}$. La deficiencia férrea constituye la etiología predominante del síndrome anémico. Durante el periodo gestacional acontecen modificaciones fisiológicas que podrían agravar los parámetros

hemoglobínicos si coexisten con una ingesta deficitaria de productos alimenticios con alta biodisponibilidad de hierro, ocasionando consecuentemente alteraciones en el desarrollo fetal manifestadas como hipotrofia neonatal. Conforme a directrices de la OMS, la hipotrofia al nacimiento (inferior a 2.500 gramos) se encuentra vinculada con complicaciones neonatales. Los hallazgos revelaron que, de una muestra total de 112 casos, únicamente 21 neonatos presentaron hipotrofia ponderal al nacer, mientras 91 casos exhibieron peso apropiado. El vínculo que se llega a manifestar entre AG y RCIU arrojó un coef. de Spearman de 0,170, con $p > 0,05$. Por tanto, no se evidencia asociación estadísticamente sig. entre ambas variables. síndrome anémico gestacional durante el último tercio del embarazo y la hipotrofia ponderal neonatal en recién nacidos, sugiriendo que otros factores fisiopatológicos podrían ejercer mayor influencia en el peso neonatal al nacimiento que la concentración hemoglobínica materna en etapas avanzadas de la gestación. (5)

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general.

PG. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024?

1.2.2. Problema específico.

PE₁ ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina?

PE₂ ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina?

PE₃ ¿Cuáles son los factores patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina?

PE₄ ¿Cuál es el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.3.1. Justificación teórica

Cuando se produce una patología anémica representa una condición patológica donde la cifra de células eritrocitarias o la densidad hemoglobínica intraeritrocitaria se encuentra reducida respecto a valores estándar. Predomina particularmente en población femenina. El cuadro se manifiesta cuando la concentración de hemoglobina resulta inadecuada para garantizar el transporte oxigenado hacia órganos vitales y tejidos periféricos. Constituye una dificultad sanitaria poblacional significativa que compromete a mujeres grávidas, en puerperio, adolescentes y aquellas en edad reproductiva con ciclos menstruales. Las naciones clasificadas dentro de los estratos económicos de un salario sumamente reducido y mediados hacia inferiores donde el peso epidemiológico de un cuadro anémico, un fenómeno que se manifiesta con particular intensidad en colectividades rurales, así como en hogares en situación de precariedad socioeconómica y en individuos que carecen de acceso a instrucción académica formal, circunstancias que amplifican su vulnerabilidad hematológica de manera reiterativa. En el contexto global, se proyecta que el 37% de la población

grávida y el 30% de mujeres en rango etario de 15 a 49 años cursan con insuficiencia eritrocitaria. En 2019, el cuadro de hipohemoglobinemia generó una pérdida equivalente a 50 millones de años de vida saludable perdidos por morbilidad. Las causas primarias fueron atribuidas al déficit férrico sistémico. (6)

1.3.2. Justificación práctica

La anemia al ser una afección, que se presentan con porcentajes diversos se toma con referencia lo siguiente. Según expresado por el MINSA Informó que el 21.1% de las féminas a nivel nacional que se hallan en una edad reproductora fértil presentan anemia. Según el área de residencia el 21.4% conforme a un área de procedencia urbana y el 19.6% de manera con el segmento rural. Asimismo, se incorporó la estratificación por dominios geográfico-naturales, observándose que Lima Metropolitana alcanzó una proporción del 22.1%, mientras que la franja costera registró un 20%, la región andina un 19.9%, y la zona selvática un 22.3%. Desde la perspectiva del estado fisiológico reproductivo, la prevalencia ascendió al 28.2% en gestantes, en tanto que entre las mujeres en periodo de lactancia se documentó un 20.7%, configurando un patrón diferencial de vulnerabilidad biológica. (7)

1.3.3. Justificación metodológica

La detección de los determinantes vinculados a la anemia ferropénica gestacional, los cuales serán examinados mediante procedimientos científicamente sistematizados, permitirá una vez corroborada su validez metodológica y consistencia interna que dichos parámetros puedan ser extrapolados y reutilizados en investigaciones subsiguientes desarrolladas



en diversas regiones geográficas, extendiendo así su aplicabilidad en múltiples contextos disciplinares.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Objetivo general.

OG. Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

1.4.2. Objetivos específicos.

OE₁ Establecer los factores sociodemográficos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina.

OE₂ Especificar los factores obstétricos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina.

OE₃ Identificar los factores patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina

OE₄ Indicar el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general.

HG. Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

1.5.2. Hipótesis específicas.

HE₁ Los factores sociodemográficos como son grupo etario, procedencia, grado de instrucción; se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina.

HE₂ Los factores obstétricos como son: inicio de las atenciones prenatales, atenciones prenatales, periodo intergenésico, tipo de gestaciones se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina

HE₃ Los factores patológicos como son. hemorragia del 1er, 2do trimestre; infecciones urinarias, se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina

HE₄ El tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional es el leve, en el Puesto de Salud Santa Catalina.

1.6. VARIABLES.

Variable 1. Factores

Variable 2. Anemia ferropénica gestacional

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escalas
V1. Factores	1.1. Sociodemográficos	1.1.1. Grupo etario	a) Adolescentes < 18 b) Jóvenes 19 a 30 c) Adultas 30 a más
		1.1.2. Procedencia	a) Rural b) Urbana c) Periurbana
		1.1.3. Grado de instrucción	a) Primaria b) Secundaria c) Superior
	1.2. Obstétricos	1.2.1. Inicio de las atenciones prenatales	a) Temprano, antes de la 14 semana b) Tardío, después de la 14 semana
		1.2.2. Atenciones prenatales	a) Ausentes b) Controlada ≥ 6 c) No controlada < 6
		1.2.3. Periodo intergenésico	a) Corto b) Adecuado c) Prolongado
		1.2.4. Tipo de gestación	a) Gestación única b) Gestación Múltiple
	1.3. Patológicos	1.3.1. Hemorragia 1er trimestre	a) Amenaza de aborto b) Embarazo ectópico c) No presentó
		1.3.2. Hemorragia 2do trimestre	a) Placenta previa b) Desprendimiento prematuro de placenta c) No presentó
		1.3.3. Infección urinaria	a) Cistitis b) Pielonefritis c) No presentó
V2. Anemia ferropénica gestacional	1.1. Tipos de anemia ferropénica gestacional		a) Leve 10.0 a 10.9 b) Moderada 7.0 a 9.9 c) Severa menor a 7.0



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. A nivel internacional.

Medina et al. (8) "Distribución y elementos de susceptibilidad del cuadro anémico en gestantes del establecimiento obstétrico provincial de Catamarca. Argentina 2019." Objetivo: calcular la incidencia de carencia eritrocitaria en féminas que presenta un estado de gravidez que atravesaban la fase tardía del embarazo y que concurrieron a la supervisión prenatal. **Material y métodos.** La indagación se muestra como una estructura de un estilo descriptivo conforme una formulación que se manifiestan de una orientación transversal y se aplicó con una finalidad básica donde la ejecución se llevó por medio de un modo cuantitativo teniendo como táctica la observación para la recopilación ordenada de la data a analizar empleado con una unidad muestral de 344 sujetos con esa misma condición. **Resultados** La tasa de ocurrencia del déficit hemático alcanzó el 25,6%. Se evidenció una preponderancia de insuficiencia eritrocitaria normocítica normocrómica, sin registrarse episodios de carencia hemoglobínica severa. No se estableció vinculación entre el síndrome anémico y se consumió de Fe y complejo B12 , la edad de fecundación de la progenitora, multiparidad, número de embarazos previos



ni ubicación domiciliaria ($p>0,05$). El déficit hemático manifestó correlación estadísticamente robusta ($p<0,05$) con las semanas de gestación y una correlación débil ($Q=0,122$) con la unidad conforme al peso que debe de mostrar el neonatal. El peso que da el neonatal al instante de ser dado a luz muestra poseer una asociación significativa con el tiempo gestacional ($p<0,05$). La frecuencia identificada señala la existencia de una problemática sanitaria colectiva de magnitud moderada en el nosocomio materno "25 de Mayo" de Catamarca, en base a los requerimientos que manifiesta la OMS. La supervisión médica prenatal rigurosa de la gestante resulta esencial para alcanzar la meta de reducir la prevalencia del cuadro anémico y prevenir consecuentemente potenciales complicaciones materno-fetales. **Conclusiones.** En la pesquisa actual se evidenció una vinculación de baja magnitud sobre los valores que proporciona el peso del neonatal y la manifestación inmediata de signos anémicos en la fémina que atraviesa el periodo materno, relación que, aunque estadísticamente identificable, mostró una fuerza asociativa limitada. Asimismo, se constató que el peso corporal de los neonatos pretérmino se situó en rangos notablemente inferiores, acentuando su vulnerabilidad biológica dentro del espectro perinatal

Murillo et al. (9) En su investigación titulada **"Proporción del síndrome anémico gestacional, categorías y complicaciones asociadas. Ecuador 2021"**. La carencia eritrocitaria constituye un trastorno frecuente en el transcurso del embarazo susceptible de correlacionarse con repercusiones negativas materno-fetales; conforme a directrices de la



OMS, su magnitud alcanza cerca del 40% del universo de gestaciones.

Objetivo de la pesquisa detallar el síndrome anémico gestacional, categorías y secuelas.

Material y métodos. La indagación revela que fue ejecutada bajo una estructuración de manera documental con una orientación de manera exploratorio con una finalidad de forma aplicada con una sola medición de un único periodo de una naturaleza transversal, **Resultados.** En el contexto ecuatoriano, la tasa de prevalencia del síndrome anémico se sitúa en aproximadamente 15%, identificándose además diversos atributos sociodemográficos que modulan su distribución. Entre estos factores resaltan el estrato socioeconómico y el grado de instrucción, observándose que la educación primaria concentró alrededor del 51% de los casos. En cuanto al perfil ocupacional, predominó la condición de amas de casa con un 56%, mientras que el segmento etario de mayor afectación, correspondiente al intervalo de 20 a 35 años, registró una prevalencia cercana al 57.1%, configurando así un patrón epidemiológico de marcada relevancia. **Conclusión.** Se determinó que durante la gestación pueden distinguirse dos modalidades principales de categorización del síndrome anémico, las cuales, en múltiples escenarios clínicos, mantienen una conexión significativa con la aparición de desórdenes hipertensivos propios del periodo gestacional, relación que se reitera como un componente relevante en su interpretación fisiopatológica

Hierrezuelo et al. (10) "Elementos anticipatorios del síndrome anémico en mujeres grávidas de una región de salud. Cuba 2023". **Objetivo:**

Precisar los cofactores pronosticadores del cuadro anémico en la población gestante. **Métodos:** La manera en la que se ejecutó el estudio fue en base a una estructuración de forma analítica con una extracción de datos de manera observacional, donde se empleó un tipo caso-control.

Resultados: Se constató un predominio de la carencia hemoglobínica de grado leve (52,9%) en la fase terminal de la gravidez (44,1%). Los ocho predictores incorporados al modelo de regresión fueron: el embarazo multifetal 6.9%, los antecedentes obstétricos múltiples 87.3%, el lapso intergestacional breve 47.1%, la edad adolescente 62.7%, la hemorragia durante la primera mitad gestacional 8.8% y la segunda mitad del periodo grávido 1.9%, el nivel socioeconómico bajo 15.6% y el índice ponderal inadecuado al ingreso 36.3%. **Conclusiones:** El elemento de la edad materna en féminas, las limitaciones en el ingreso económico, así como un peso insuficiente al momento de la captación clínica, junto con diversos elementos inherentes al proceso gestacional entre ellos, la gestación múltiple, la multiparidad, los intervalos intergenésicos reducidos y la presencia de episodios hemorrágicos constituyen marcadores predictivos de alto riesgo para la instauración de anemia gestacional, configurándose como determinantes relevantes dentro del ámbito de la salud materna.

Shaman et al. (11) "Tendencia y cofactores asociados al síndrome anémico en población femenina mexicana en edad gestacional. Ensanut 2018-2019. México 2020". **Objetivo.** "Evaluar la evolución temporal de la carencia eritrocitaria y su severidad y elementos predisponentes en féminas de dos a cinco décadas de vida. **Material y**

métodos. La indagación muestra poseer una estructuración de medición longitudinal con la aplicación de una táctica recopilatoria y documentaria con un análisis con una dirección de forma descriptiva y una inferencia básica. **Resultados.** La disminución de la prevalencia anémica registrada entre 2006 y 2012 mostró una magnitud estadísticamente relevante; sin embargo, dicho comportamiento no se replicó en el ascenso reportado para el periodo 2018–2019, el cual careció de significación comparable. Se evidenció que la anemia mantenía una asociación directa con un mayor historial de gestaciones y con el grupo etario comprendido entre 35 y 49 años, configurándose ambos como factores predisponentes. Por otro lado, actuaron como elementos protectores frente al desarrollo del cuadro anémico un IMC igual a 30 kg/m², la pertenencia al tercil superior de circunferencia braquial, así como no pertenecer a población indígena, variables que redujeron de manera reiterada la probabilidad de manifestación del trastorno. **Conclusiones.** Se logra inferir que la manifestación de un cuadro anémico persiste como un desafío sanitario de trascendencia poblacional, manifestándose con mayor intensidad en mujeres de entre 35 y 49 años que presentan un historial obstétrico de más de cuatro gestaciones, condición que amplifica de manera reiterada su vulnerabilidad fisiopatológica.

Balvoa. (12) "Incidencia de la carencia eritrocitaria y elementos predisponentes en mujeres grávidas que asistieron a la unidad de salud tipo c Nabón, transcurso enero-diciembre 2020. Ecuador 2022."

Mundialmente la proporción del síndrome anémico durante el estado



grávido afecta al 48,1%. En la nación ecuatoriana el 46,9% de las mujeres en periodo gestacional cursa con déficit hemático ocasionado por las alteraciones fisiológicas inherentes al embarazo y las deficiencias dietéticas. Su significancia reside en que el 50% se origina por la carencia de hierro. **Objetivos.** Cuantificar la proporción de gestantes con anemia por carencia férrica y los elementos que se ven relacionados. **Métodos:** Estudio se desarrolló mediante la aplicación de una estructura de carácter descriptivo donde la medición se ejecutó con una naturaleza transversal y con una formulación de forma prevalencia, sobre un sujeto de estudio la cual era las féminas con un estado gestacional. **Resultados:** En el segmento de féminas en estado gestacional poseían prevalencia global de anemia del 32,7%, observándose un predominio marcado de la anemia leve, la cual alcanzó un 23,6%. En segundo término, se identificó la anemia moderada, con una frecuencia del 9,1%, mientras que no se documentaron episodios correspondientes a anemia grave, lo que resalta un patrón clínico de menor severidad dentro de la población evaluada. **Conclusiones.** Conforme al colectivo analizado, los perfiles sociodemográficos más frecuentes correspondieron en parámetros de 25 y 34 en edades, con 11 meses, condición nutricional con exceso ponderal, antecedentes de múltiples gestaciones, domicilio en zona agreste, encontrándose en el periodo inicial del embarazo. No se evidenció correlación de la anemia con jóvenes menores de 19 años, primer embarazo ni condición nutricional apropiada.

2.1.2. A nivel nacional.

Alcántara. (13) "Variantes correlacionadas con la deficiencia hemática por falta de hierro en embarazadas del servicio de salud de Subtanjalla, período febrero-junio 2021. Ica 2022". **Objetivo:** Reconocer los determinantes correlacionados con la insuficiencia hemática por hierro en embarazadas del centro asistencial de Subtanjalla entre febrero y junio 2021. **Metodología:** Se pudo notar que la pesquisa empleo una estructuración de estilo cuantitativo, con una ejecución de manera descriptiva, con la formulación y modo no experimental, con una técnica de extracción de la data de una ficha de recolección donde se aplicó a una unidad muestral de 79 grávidas **Resultados:** Se identificaron predominantemente situaciones de deficiencia férrica ligera con 66 registros, equivalente al 83,6%, mientras que 13 registros representaban el 16,4% de insuficiencia moderada. Respecto a las características poblacionales, el 60,8% de las embarazadas se encontraban entre los 20-30 años, el 82,3% mantenían unión consensual, y el 54,5% poseía formación universitaria. En relación a las variables sociales, el 96,2% de las pacientes eran de nacionalidad peruana, donde el 81% disponía de Seguro Integral. Concerniente a las características reproductivas, se obtuvieron los siguientes datos: del conjunto total, el 50,60% cursaba el segundo período gestacional, el 93,7% habían recibido más de 6 controles pregestacionales, presentando un porcentaje de 78,5% carencia de grado leve y con un 15,2% carencia de un rango moderado de hierro; finalmente, el 49,4% de las embarazadas comenzó a realizarse el seguimiento antes de llegar a la semana 12. **Conclusión:** En el análisis efectuado, no se logró identificar

determinantes clínicos ni sociodemográficos que mantuvieran una vinculación significativa con la manifestación de un estado anémico del la producción deficiente Fe en las féminas que atraviesan por un estado gestacional donde se logró constatar así la ausencia de asociaciones relevantes en dicho periodo evaluativo.

Alarcón et al. (14) "Variantes correlacionadas con el déficit hemático por hierro en gestantes del período final, nosocomio de Apoyo Huanta. Enero-marzo 2019. Ayacucho. 2019" Objetivo Especificar los elemento que se relacionan con la falta de hierro en grávidas del tercer período **Métodos y materiales:** La investigación nota que hubo una empleasion de una estructura cuantitativo, con una ejecución sin la manipulación direccionada de las variantes de naturaleza independiente, con una formulación que se muestra como un estilo relacional, empleando un prospectivo de una naturaleza de medición transversal **Resultados:** Se identifican elementos socioculturales y reproductivos vinculados a una carencia de la suministración de Fe en el torrente sanguíneo en féminas que atravesaban por el estado gestacional en la culminación del último periodo de desarrollo fetal. Se establece que las variables socioculturales relacionadas con la carencia férrica en grávidas del tercer tercio fueron: edad ($p=0.000$), situación conyugal ($p=0.000$), grado educativo ($p=0.001$), actividad laboral ($p=0.039$) y origen geográfico ($p=0.000$). **Conclusión:** Se determina que los elementos obstétricos vinculados a la carencia férrica en grávidas del tercer tercio incluyeron: registro de embarazos anteriores, tiempo transcurrido entre partos, duración del embarazo actual, frecuencia



de atenciones pregestacionales, asesoramiento sobre nutrición, seguimiento de la terapia con sales de hierro e ingesta de otros productos nutricionales.

Eras. (15) "Elementos vinculados al cuadro anémico en mujeres embarazadas del Nosocomio I-4 Progreso. Chimbote 2024" Objetivo:

Delimitar los componentes predisponentes a la escasez de glóbulos rojos en embarazadas. **Metodología:** Se muestra que el trabajo empleó una formulación de manera retrospectiva analítica, con una estructuración de un tipo cuantitativo, ejecutándose por medio de un diseño no experimental donde la medición que se empleó era de una naturaleza transversal sobre una unidad muestral de 80 los pronósticos de féminas en un estado gestacional, **Resultados:** El 77,5% se dedican a labores domésticas y el 50,0% presenta deficiencia hemática. Respecto a la masa corporal, el 31,3% mostró peso insuficiente, mientras que el 20% índice normal. El 73,8% alcanzaron formación secundaria, de estas el 46,3% manifiesta carencia de hemoglobina. En cuanto a características reproductivas, el 40% evidencian déficit sanguíneo con dos gestaciones previas, el 37,5% de embarazadas con espaciamiento gestacional reducido exhibieron insuficiencia hemática. El 50,0% mantienen unión consensual y el 36,2% padecen estado anémico. El 72,5% se encuentran entre 20-34 años, donde el 50,5% desarrollaron cuadro anémico. El 100,0% provienen de zona urbana. El 62,5% fueron mujeres grávidas con disminución de hemoglobina. **Conclusión:** Las variantes vinculadas a la carencia de hemoglobina comprenden: historial de embarazos anteriores, peso corporal

gestacional y espaciamiento reproductivo. Los restantes condicionantes no evidencian correlación con el estado anémico debido a la ausencia de relevancia estadística.

Asián. (16) En su investigación denominada **"Elementos de la madre relacionados con deficiencia hemática en embarazadas de zona de altura del Nosocomio Regional Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio-diciembre 2019. Lima 2020"**. **Objetivos:** Precisar los condicionantes de la gestante correlacionados con estado anémico en habitantes de gran altitud del Establecimiento Hospitalario Regional Ayacucho julio-diciembre 2019 **Materiales y métodos:** La ejecución del presente proyecto fue por un observacional, con una estructuración de carácter analítico, sobre una medición que revela un medio transversal retrospectivo. en una unidad muestral de 180 féminas con una condición de gestación **Resultados:** Se evidenció una vinculación de forma relevante robusta entre la anemia y diversas variables clínicas y obstétricas, destacándose un control prenatal insuficiente en el 68% de los casos, una ganancia ponderal inferior a la recomendada en el 73.3%, así como la ingesta incompleta de suplementación ferrosa, que alcanzó el 78.7%. De igual modo, la presencia de infecciones del tracto urinario se registró en el 76%, y los episodios de preeclampsia en el 60%, consolidándose todas estas condiciones como predictores relevantes dentro del perfil de riesgo materno. **Conclusiones:** El trabajo evidenció que la vigilancia prenatal deficitaria, incremento de peso inferior al óptimo, suplementación férrica incompleta, afecciones del tracto urinario y trastornos preeclámpicos

constituyen determinantes de prevalencia para la insuficiencia sanguínea en mujeres grávidas.

Soto. (17) En la investigación titulada "**Determinantes vinculados a carencia de hemoglobina en mujeres grávidas hospitalizadas del Centro Hospitalario San José. Lima 2020**" **Objetivo:** Establecer las

variantes vinculadas a la carencia de hemoglobina en mujeres grávidas.

Materiales y métodos: La pesquisa demuestra que se ejecutó mediante una táctica observacional, con una formulación de manera analítica, de una medida de carácter transversal ejecutándose por medio de una extracción de data de forma retrospectiva. **Resultados:** Se determinó alta ocurrencia de insuficiencia hemática en la población gestante. El primer período del embarazo se asoció significativamente con mayor carencia de hemoglobina. Las embarazadas menores de tres décadas mostraron mayor estado anémico, incrementando el riesgo. El grupo con índice ponderal de sobrepeso registró mayor déficit sanguíneo. La multiparidad se vinculó significativamente con mayor cuadro anémico, elevando la probabilidad. La ausencia de controles prenatales se relacionó fuertemente con mayor deficiencia hemática, mostrando efecto protector del control. Las gestantes sin patología hipertensiva manifestaron mayor insuficiencia sanguínea. El intervalo intergestacional se asoció significativamente con mayor estado anémico, incrementando considerablemente las posibilidades. **Conclusiones:** Los componentes que evidenciaron relación significativa con el estado anémico fueron: rango etario materno, período de gravidez, antecedentes de paridad, atenciones prenatales y lapso intergestacional.



Por otra parte, los condicionantes que carecieron de asociación estadística fueron: patología preeclámpsica, eclampsia y masa corporal.

Carrión. (18) En su tesis titulada "**Condicionantes ligados a la insuficiencia de hierro en pacientes obstétricas del Centro Asistencial San Jerónimo año 2022. Andahuaylas 2024**" **Objetivo:** "Delimitar los componentes predisponentes a la escasez férrica en embarazadas **Método** utilizado para la ejecución del proyecto mostrado es de una estructuración de manera hipotético-deductivo desempeñándose sobre un nivel analítico, casos-controles por medio de una medida de una naturaleza transversal, **Resultados** Se estableció que, en cuanto a características maternas, las embarazadas con vigilancia prenatal inicial posterior a las 20 semanas muestran mayor probabilidad de desarrollar deficiencia de hierro, mientras que aquellas con consumo insuficiente de suplementación férrica evidencian también elevada predisposición. Referente a variables económicas, los ingresos familiares reducidos constituyen un elemento de riesgo para la carencia hemática. En aspectos socioculturales, la proveniencia de zonas campesinas y el rango etario de adultas jóvenes demuestran mayor vulnerabilidad para el déficit férrico. **En conclusión:** Los determinantes maternos, junto con las condiciones socioeconómicas y los patrones socioculturales predominantes, mantienen una vinculación estadísticamente significativa con la anemia ferropénica durante el proceso gestacional, relación que se reitera como un componente clave dentro de su comprensión etiopatogénica.

Quispe. (19) En su investigación titulada **"Carencia de hemoglobina en el trimestre final vinculada a complicaciones obstétricas y neonatales de la gravidez en el HCMM de Juliaca año 2020. Lima 2023"** **Objetivo:**

Identificar de qué manera la carencia de hemoglobina en el trimestre final se vincula con complicaciones obstétricas y neonatales en mujeres

grávidas **Materiales y métodos:** La indagación revela que se ejecutó por medio de una táctica de estilo observacional, con un enfoque de manera retrospectivo y con una formulación de una manera de carácter analítico mediante el monitoreo sobre una unidad muestral de 91. **Resultado:** Se

identificó relación entre adversidades maternas y deficiencia hemática del último período gestacional, así como con la ruptura anticipada de envolturas fetales. Respecto a características demográficas, los años de la embarazada se vincularon con la ruptura temprana de membranas y eventos adversos perinatales. En cuanto a antecedentes reproductivos, la vigilancia prenatal se correlacionó con adversidades maternas, complicaciones del producto, nacimiento antes de término, peso insuficiente del neonato y puntuación baja de vitalidad a los cinco minutos.

Conclusiones: Se identificó vinculación significativa entre la anemia y diversas morbilidades maternas, destacando particularmente la disrupción prematura de las membranas ovulares. En el ámbito de los antecedentes sociodemográficos, la cantidad de años de las gestantes reflejó una correspondencia positiva con la solución de continuidad temprana de las membranas ovulares. Igualmente, entre los historiales reproductivos, la atención durante la gravidez mostró relación con la apertura anticipada de las membranas fetales y con el alumbramiento antes del plazo fisiológico,

múltiples alteraciones perinatales, el peso neonatal disminuido y un puntaje Apgar reducido a los cinco minutos de vida.

2.1.3. A nivel regional.

Cerna et al. (20) En la investigación titulada "**Variables correlacionadas con el déficit hemático por hierro en gestantes del Servicio de Salud Metropolitano Puno, 2023**" **Objetivo:** Establecer las variables vinculadas a la carencia férrica en mujeres grávidas, El estado anémico representa una condición donde existe una cantidad reducida de células rojas sanguíneas para proveer oxigenación suficiente a las estructuras celulares del organismo. **Metodología.** donde se puede notar que la pesquisa fue estructurada mediante un estilo descriptivo-asociativo, donde la medición de la unidad fue ejecutada en un único periodo siendo de carácter transversal, de una formulación de forma retrospectivo, con el manejo minucioso de un diseño no experimental sobre una unidad poblacional de 100 pronósticos donde se redujo por criterio empleados a una unidad muestral de 79 pronósticos positivo a un estado amónico. **Resultados.** Se determinó que el 30,4% que tienen entre 21 a 24 años presentan anemia gestacional leve; el 38,0% que tienen nivel secundario presentan anemia gestacional leve, el 43,0% que son casadas presentan anemia gestacional leve, el 35,4% que tienen un solo hijo presentan anemia gestacional leve. Respecto a la asociación de los componentes que son nutricionales a través IMC , el 45,6% que tienen peso normal presentan anemia gestacional leve, el 30,4% que consumen normalmente MG de FE presentan anemia gestacional leve, el 29,1% que consumen en exceso sulfato ferroso presentan anemia gestacional leve, el 65,8% consumen

ácido fólico presentan anemia gestacional leve, el 67,1% que consumen calcio presentan anemia gestacional leve según a los vínculos que se muestra sobre las variantes de los estados de anemia ferropénica en gestantes el 36,7% que son primíparas presentan anemia gestacional leve, el 64,6% que no tuvieron abortos presentan anemia gestacional leve, el 49,4% que tuvieron periodo intergenésico inter-evento obstétrico presentan anemia gestacional leve, el 29,1% que se encuentran en el segundo periodo trimestral de la etapa gestacional que presentan los signos anémicos gestacional leve. **Conclusión:** Se determinó que el factor sociodemográfico, factor nutricional y factores epidemiológicos están vinculados a manifestar una condición anémica.

Churata . (21) En su investigación titulada **"Rasgos de las mujeres grávidas con carencia férrica y su correlación con la masa corporal al nacimiento en el Centro Hospitalario Carlos Monge Medrano Juliaca 2022 Puno"** **Objetivo:** identificar el vínculo entre las particularidades de las mujeres grávidas con carencia férrica y la cantidad del peso que revela el neonato después a ser alumbrado en pacientes **Metodología:** La investigación demuestra que fue ejecutado por medio de un enfoque de estilo cuantitativo, con una finalidad de manera aplicada, sobre una dirección de nivel correlacional sin la necesidad del manejo de una variante de naturaleza independiente. **Resultados:** evidencian una conexión estadísticamente verificable entre las dos variantes analíticas sobre la correlación en la prueba de χ^2 , cuyos valores dieron un sig. de $p \leq 0.05$ para la totalidad de los indicadores evaluados. Este comportamiento

estadístico invalida la H_0 y respalda la H_a , reafirmando la existencia de asociación. Sin embargo, los indicadores vinculados al grado de anemia y a la paridad mostraron valores de $p \geq 0.05$, lo que revierte la interpretación, llevando a rechazar la H_a y, en consecuencia, a aceptar la H_0 en dichos parámetros específicos. **Conclusiones:** De este modo, se constata la presencia de una correlación verificable entre los atributos clínicos y sociodemográficos de las féminas que atraviesan por un estado gestacional y manifiestan signos de ausencia ferropénica y el peso neonatal, relación que se reafirma como un vínculo estadísticamente consistente dentro del conjunto de pacientes evaluadas.

Ccama. (22) En su tesis titulada "**Detectar los elementos que se están vinculados a carencia de hemoglobina en mujeres grávidas con seguimiento en el Puesto Médico Vallecito, Puno 2022**" **Objetivo:** Delimitar los componentes predisponentes al déficit hemático en embarazadas con controles **Método:** el estudio se ejecución por medio de una estructuración de estilo transversal, demuestra tener una formulación de manera básico, con un desempeño correlacional, sin necesidad de manipular la variante causal, con una unidad poblacional de 111 féminas en un estado de gestacional con anemia **Resultados:** Las variables sociodemográficas relacionadas con la deficiencia hemática incluyen: años de la embarazada, situación conyugal y nivel educativo, las cuales carecen de significancia estadística. Respecto a características reproductivas consideradas: número de partos previos, controles gestacionales, relación peso-talla, provisión de complementos férricos e inicio de suplementación,



tampoco evidencian correlación con el estado anémico en mujeres grávidas. Únicamente el espaciamiento reproductivo demuestra asociación estadísticamente significativa con la carencia de hemoglobina.

Flores. (23) En la tesis titulada “**Variantes vinculadas a la manifestación de un estado anémico durante la etapa gestacional y su impacto en la masa corporal del neonato en un centro de atención primaria de Juliaca, año 2022.**” **Objetivo** Analizar los componentes que propician la manifestación de una condición anémica en la etapa gestacional y su correspondencia con el peso neonatal. **Métodos y materiales** La indagación responde a una estructuración de un estilo transversal, con una formulación sin manipulación de variantes causales, por medio de un manejo prospectivo **Resultados:** Se evidenció que los aspectos nutricionales vinculados a la anemia durante la gestación incluyen principalmente un estado ponderal dentro de rangos normales y la ingesta regular de suplementos de hierro. En cuanto a los determinantes personales, se observó mayor presencia de un estado anémico en las féminas que atraviesan por su periodo más fértil. Respecto a los factores obstétricos, la condición fue más frecuente en gestantes primerizas, con control prenatal limitado, con parto por vía vaginal y en embarazos que concluyeron en edad gestacional inferior al término. Estas asociaciones mostraron significación estadística. Asimismo, se constató que gran parte de los neonatales que fueron alumbrados presentó un peso al nacer dentro de parámetros considerados adecuados. **Conclusión:** Se estableció que las condiciones vinculadas al déficit hemático durante la gestación

comprenden aspectos dietéticos, características propias de la gestante y antecedentes reproductivos, los cuales guardan relación con la masa corporal del neonato.

Chuquimamani et al. (24) En su tesis de graduación titulada **Eventos adversos en la díada madre-feto en féminas que manifiestan tener una condición de déficit hemático atendidas en el Centro de Salud Revolución, periodo julio-diciembre 2022. Juliaca, 2023. Objetivo:** Precisar las consecuencias clínicas que comprometen a la madre y al neonato en casos de disminución del nivel hemático. **Método:** La pesquisa vio por conveniente ejecutarse por medio de una estructuración de manera básico con una aplicación de fondo descriptivo sobre una medición de una naturaleza transversal, con un enfoque que muestra una formulación de manera cuantitativa con un modo retrospectivo y sin necesidad de la manipulación dirigida de la variante causal sobre una unidad muestral de 74 féminas grávidas . **Resultados:** El estudio puso en evidencia que diversas alteraciones maternas guardan relación con el cuadro anémico, entre ellas: la edad entre 19 y 35 años ($\chi^2 = 63.09$; $p = 0.000$), la finalización gestacional antes de las 37 semanas ($\chi^2 = 75.987$; $p = 0.000$), la preeclampsia en su forma leve ($\chi^2 = 10.33$; $p = 0.028$), la ruptura de membranas en el momento del término ($\chi^2 = 33.20$; $p = 0.000$) y IMC por debajo del parámetro normal ($\chi^2 = 13.66$; $p = 0.001$). De igual manera, se registraron ciertos malestares en el neonato que recién fue dado a luz, tales como peso inferior al esperado al nacer ($\chi^2 = 14.700$; $p = 0.035$) y Apgar no satisfactorio ($\chi^2 = 75.165$; $p = 0.035$). Finalmente, se verificó que la

modalidad de anemia predominante en las usuarias tratadas fue la anemia leve, con una frecuencia del 59.4%. **Conclusiones:** Los hallazgos permitieron establecer que la patología materno-fetoneonatal presenta una expresión significativamente incrementada en mujeres con déficit hematopoyético, lo que sugiere una susceptibilidad elevada de esta población a desenlaces clínicos adversos a lo largo del proceso gestacional y perinatal.

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. V1. Factor

Se conceptualiza como tal a cualquier condicionante de índole biológica o situacional que tenga la capacidad de incrementar la vulnerabilidad individual frente a un evento patológico o frente a una disrupción estructural a nivel tisular, configurándose, así como un elemento que predispone al organismo a un proceso mórbido. (25)

En correspondencia con una cualidad, predisposición o agente de exposición presente en un individuo en estudio o dentro de un colectivo poblacional específico, se reconoce que dicha condición modula y amplifica la probabilidad de aparición, evolución o culminación adversa de una alteración nosotaxia o entidad patobiológica, constituyéndose así en un vector que favorece su instauración o agravamiento. (26)

Tales condicionantes pueden manifestarse como atributos difusos ligados a la trayectoria ontobiográfica, entre ellos la edad, o también como factores de orden socioestructural, ecosistémico o de raigambre biológica,

los cuales pueden coexistir y actuar de forma concomitante en un mismo sujeto. (OMS). (26)

2.2.1.1. Factores sociodemográficos.

Constituye el acervo informativo derivado del análisis de las condiciones socioestructurales y de la composición poblacional de un colectivo humano, representando un indicador que evidencia su dinámica sociocomunitaria. (27) Abarca los rasgos que describen la estructura vital de los sujetos: distribución por edades, categoría sexual, nivel formativo, capacidad adquisitiva, configuración jurídico-afectiva, desempeño ocupacional, creencias culturales, índices de fecundidad y defunción, composición familiar y momento vital en que se formaliza la unión marital. Cada uno de estos elementos se documenta por separado en todos los miembros de la población. (28)

Grupo etáreo.

La adscripción de una persona a un intervalo cronobiológico específico depende del momento que ocupa dentro del proceso ontogénico, constituyendo uno de los esquemas de segmentación más integrales, pues todo ser humano atraviesa fases biológicas comparables. Aunque los límites pueden variar según el enfoque analítico, de manera general el ciclo vital se organiza en cinco estadios sucesivos: una etapa infantil que abarca los primeros años de desarrollo; un periodo puberotransicional asociado a la maduración biológica inicial; una fase juvenil correspondiente a la consolidación física y social; un tramo adulto caracterizado por estabilidad funcional; y finalmente un periodo senescente que inicia al alcanzarse la edad avanzada. (30)

Procedencia.

Derivada del vocablo latino que alude al punto de inicio, la noción se emplea para designar el lugar primigenio del cual surge un ente o fenómeno, y en el ámbito poblacional puede utilizarse para indicar la adscripción territorial de un individuo. (31) **Zona urbana:** Las zonas de concentración poblacional fueron establecidas mediante parámetros morfoespaciales y operativos, considerando para su delimitación la presencia de tramas constructivas identificables, vías de circulación estructuradas, infraestructura básica de soporte incluyendo sistemas de limpieza pública y luminarias, además de los circuitos de intercambio económico que caracterizan su dinámica funcional. La configuración espacial se traza iniciando desde los núcleos de gestión territorial de cada unidad administrativa y se extiende de forma continua conforme se verifican los atributos morfofuncionales previamente descritos. **Periferia urbana:** Se denomina periferia urbana a los sectores situados entre el borde externo del tejido citadino y la línea perimetral que circunscribe el conjunto metropolitano. Aunque estos espacios no forman parte del núcleo consolidado, conservan rasgos morfofuncionales análogos a los de las áreas centrales, por lo que se interpretan como ámbitos de transición entre lo rural y lo urbanizado. La línea envolvente corresponde a un trazado conceptual que abarca tanto el espacio urbano consolidado como sus entornos inmediatos. **Zona rural:** Se consideran asentamientos extraurbanos aquellos núcleos habitados situados fuera del perímetro citadino que presentan una concentración significativa de unidades domiciliarias generalmente más de medio centenar, dispuestas de manera

continua y con escasa separación física, acompañados de dotaciones básicas como energía eléctrica, abastecimiento de agua y comunicación telefónica. Estos conglomerados suelen disponer además de equipamientos comunitarios instituciones educativas, templos, espacios recreativos, puestos sanitarios o dependencias de resguardo, así como de establecimientos comerciales de escala reducida vinculados en parte al abastecimiento para actividades productivas. Tales localidades poseen una denominación propia que la diferencia de otros asentamientos. (32)

Grado de instrucción.

El grado de instrucción corresponde al tramo máximo de instrucción alcanzado o cursado por un sujeto, con independencia de que dicho recorrido académico se halle completado o interrumpido, y su clasificación se estructura en tres estratos: una fase de enseñanza elemental que integra a individuos sin alfabetización plena o con habilidades mínimas de lectoescritura, así como a quienes han transitado únicamente el ciclo educativo fundamental; un estadio intermedio que agrupa a quienes han obtenido preparación equivalente al grado previo al acceso a estudios superiores; y una etapa avanzada que comprende a aquellos que han seguido programas universitarios o de capacitación técnico-profesional de nivel superior. (33)

2.2.1.2. Factores Obstétricos

Constituyen cualquier entidad nosológica, condición obstétrica o determinante sociodemográfico que, a lo largo del periodo gestacional, el proceso del parto o la fase puerperal, pueda generar un incremento sustancial en la morbilidad materna y fetal, fenómeno que se reitera

como un componente crítico en la evaluación del riesgo perinatal. (34)

Atenciones prenatales.

La supervisión clínico-obstétrica de la gestante, junto con la valoración sistemática del desarrollo fetal, debe instaurarse en etapas muy tempranas preferentemente antes de la semana 14 con el propósito de implementar un conjunto estandarizado de intervenciones que posibiliten la pesquisa precoz de indicadores de peligro, condicionantes patológicos y elementos predisponentes, además de promover competencias de autocuidado con la inclusión activa del núcleo familiar. Considerando la salvaguarda de las prerrogativas fundamentales, con criterios de paridad de género y apreciación de la riqueza cultural diversa, este seguimiento exige un mínimo de seis evaluaciones prenatales para garantizar la conducción adecuada de eventuales complicaciones. Dicha vigilancia debe caracterizarse por su instauración anticipada, idealmente previa a la duodécima semana, para la identificación de factores de riesgo, así como por su regularidad, asegurando una secuencia ordenada y continua de controles obstétricos.

1ra Atención	2da Atención	3ra Atención	4ta Atención	5ta Atención	6ta Atención
< 14 sem.	14 -21 sem	22- 24 sem	25 – 32 sem	33 – 36 sem	37 – 40 sem

Fuente: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral

Completa / Integral: Corresponde al seguimiento clínico específico que requiere la embarazada en etapa adolescente, atendiendo a su perfil biológico y psicosocial particular, así como a la periodicidad y duración mínima que deben cumplir dichas evaluaciones para considerarse un control adecuado : (36). El esquema de seguimiento perinatólogo establece que la mujer en proceso de gestación debe recibir un mínimo de



seis evaluaciones clínicas aumentándose a ocho en menores de 15 años, complementadas con una instancia educativa por cada control, un programa de psicoprofilaxis y estimulación prenatal compuesto por seis módulos, dos valoraciones odontológicas, al menos dos intervenciones nutricionales y un par de revisiones por trabajo social. Según los lineamientos del MINSA del ámbito peruano, se toma una conceptualización que una fémina que está en un estado gestacional y posee vigilancia adecuada cuando registra los monitoreos controlados en registro por debajo de los seis meses que se distribuían de la forma: antes de la semana 22, uno entre las semanas 22-24, otro entre las 27-29, un quinto entre las 33-35 y el último entre la semana 37 y el término de la gestación. (37)

Inicio de las atenciones prenatales.

Corresponde al monitoreo clínico-integral de la diada materno-fetal, iniciado preferentemente antes del umbral de las 14 semanas, con el fin de establecer un perfil biográfico, sanitario y psicosocial exhaustivo. En la evaluación inicial se consignan datos de identificación que permitan la localización expedita del domicilio, así como un contacto telefónico de referencia; se documenta la adscripción étnica, el origen geográfico y la procedencia; se caracteriza la estructura del núcleo conviviente, su magnitud y la persona que actúa como sostén familiar. Asimismo, se registran antecedentes mórbidos personales, familiares y hereditarios, además de la exposición ocupacional, describiendo naturaleza del oficio y régimen horario. Se incorporan también los parámetros relativos a la pareja en edad, nivel formativo, actividad laboral, estabilidad ocupacional y función

de apoyo. En relación con la gestación en curso, se indaga sobre su intencionalidad, la dinámica sexual vigente, las proyecciones vitales, eventuales barreras para asistir a controles subsecuentes y otros determinantes psicosociales. Cuando exista incertidumbre diagnóstica respecto al estado gestacional, se procede a solicitar pruebas confirmatorias como gonadotropina coriónica o evaluación ecográfica. (36)

Periodo intergenésico.

Los parámetros que se muestran comprendiendo entre un alumbramiento previo y la culminación de la gestación actual debe superar los dos años, ya que lapsos más breves se asocian a insuficiente restitución de la integridad uterina. Se considera óptimo un lapso intergestacional no menor de 18 meses, denominado intervalo intergenésico abreviado, ni superior a 60 meses intervalo intergenésico prolongado, dado que estos márgenes disminuyen la probabilidad de situaciones que llegan a ser desfavorables tanto para la fémina que es la progenitora como para el bebe que era recién alumbrado. (38)

Tipo de gestación.

Gestación Única: Se refiere a la gestación derivada de la conjunción entre un gameto ovular y un único gameto espermático, proceso que desencadena la conformación, desarrollo y maduración ontogénica de un embrión singular alojado exclusivamente dentro del nicho gestacional uterino. (39).

Gestación Múltiple: Se denomina gestación múltiple o plurifetal a la simultaneidad intrauterina de dos o más conceptos en desarrollo, situación que, por contravenir el modelo reproductivo monofetal propio de la fisiología

humana, se clasifica como un fenómeno de progresión gestacional atípica o de trayectoria desviada respecto al curso normobiológico. (40)

2.2.1.3. Factores patológicos

Corresponde a un atributo, condición o exposición identificable en sujetos o colectivos, cuya presencia se correlaciona con una mayor susceptibilidad a presentar un deterioro en el estado biológico. Conlleva la eventualidad de que sujetos previamente considerados en homeostasis funcional, pero expuestos a ciertos condicionantes predisponentes o facilitadores, transiten progresivamente hacia la instalación, emergencia o exteriorización clínico-patológica de una entidad nosológica concreta, proceso que se configura como una transformación desde la normalidad fisiológica hacia un estado mórbido definido. (41)

Hemorragia 1er trimestre.

La pérdida hemática procedente del tracto genital durante la gestación continúa siendo un determinante relevante de compromisos materno-fetales, con capacidad de generar desenlaces graves. Su irrupción en cualquier fase del continuum obstétrico constituye un evento que exige intervención inmediata. Antes de la semana 24, los episodios exanguinantes intensos son infrecuentes; sin embargo, cuando emergen, la estabilización hemodinámica de la gestante adquiere prelación absoluta. En el primer tercio de la gestación, los orígenes más habituales de estos cuadros hemáticos se vinculan a procesos expulsivos iniciales, amenaza de interrupción gestacional, implantación extrauterina del producto y proliferaciones trofoblásticas anómalas (42). **Amenaza de aborto:** La entidad clínico-obstétrica conocida como amenaza de interrupción

gestacional se infiere cuando, en el transcurso del primer segmento de la gestación, se registra exudado hemático o sangrado transvaginal en presencia de un cuello uterino íntegro y no dilatado. Esta manifestación se documenta aproximadamente en una quinta a una cuarta parte de las gestantes en etapas iniciales, pudiendo prolongarse por varios días o incluso semanas. Alrededor de la mitad de estas concepciones evolucionará hacia la pérdida embrio-fetal, aunque dicha probabilidad disminuye de forma marcada cuando la actividad cardíaca embrionaria es evidente al examen ecográfico. (43) **Aborto espontáneo.** Se alude a la expulsión espontánea del concepto gestacional en una fase precoz, caracterizada por la interrupción no provocada del desarrollo embrio-fetal previo a las 22 semanas de edad gestacional o cuando la unidad biológica eliminada no supera los 500 gramos de masa corporal, criterio que delimita el umbral de viabilidad extrauterina. **Aborto completo.** Corresponde al escenario en el cual los remanentes gestacionales han sido eliminados en su totalidad tras el cese de la vitalidad fetal. En esta condición, la evacuación uterina es completa, por lo que no se requieren intervenciones terapéuticas adicionales. Habitualmente, la metrorragia declina de forma espontánea, el algia pélvica remite y el canal cervical recupera su oclusión fisiológica sin maniobras instrumentales. **Aborto. Incompleto.** Se configura cuando persiste material gestacional residual dentro de la cavidad uterina tras el deceso del feto recién dado a luz. En estas circunstancias, es imprescindible realizar la remoción de los fragmentos embrio-placentarios remanentes, ya que su permanencia puede precipitar

sangrado uterino anómalo, así como procesos infecciosos intrauterinos que comprometen la integridad materna (44)

Hemorragia 2do trimestre.

Placenta previa. La implantación placentaria asentada en la porción distal del útero, ya sea de manera completa o parcial, constituye la entidad conocida como placentación baja patológica. Su frecuencia, en incremento en las últimas décadas, se aproxima a 1 caso por cada 200 embarazos. Este trastorno representa cerca de una quinta parte de los episodios hemorrágicos que acontecen durante el trimestre final de la gestación, configurándose como un importante determinante de compromiso materno-fetal. En el ámbito obstétrico moderno, esta condición se reconoce como una de las principales indicaciones de hemoderivados que atraviesan por el estado gestacional, el arduo periodo de alumbramiento y con el puerperio, y figura además como una causa prominente de intervención histerectómica en escenarios de emergencia.

Clasificación: La placentación aberrante en el sector uterino distal se estratifica en cuatro configuraciones:

- **Implantación baja**, en cuyo escenario el margen corial permanece insuficientemente extendido, de modo que no llega a contactar ni a sobrepasar el orificio cervical interno, manteniéndose anatómicamente distante de dicho punto de referencia obstétrico.
- **Yuxta-orificial**, en una configuración en la que la placa placentaria establece aposición directa con el borde del canal cervical interno, conservando, no obstante, la ausencia de penetración o

sobreextensión hacia dicho orificio, manteniéndose únicamente en un contacto limítrofe sin invadir su trayecto.

- **Oclusión parcial**, definida por una obliteración parcial y no absoluta del orificio cervical interno, en la cual la estructura involucrada apenas alcanza a recubrirlo de manera incompleta, manteniendo un grado de exposición residual del mismo.
- **Oclusión total**, en una disposición en la que la matriz corial ejerce una clausura total sobre ese punto de acceso cervical, generando una obstrucción íntegra y sin discontinuidades que imposibilita cualquier comunicación directa a través del orificio involucrado.

Para la toma de decisiones intraparto, estas variantes se agrupan en formas obstructivas incompatibles con parto vaginal y no obstructivas, que permiten considerar la vía baja. La clasificación obstructiva comprende aquellas localizaciones que ocluyen totalmente el canal del parto, como la placenta previa oclusiva total y las modalidades de inserción en segmento uterino inferior que imposibilitan el descenso fetal, requiriendo inexorablemente una resolución quirúrgica abdominopélvica. En contraste, las variantes no obstructivas, caracterizadas por una implantación marginal o de borde placentario que preserva un diámetro suficiente del orificio cervical interno, posibilitan la conducción del trabajo de parto bajo monitorización estricta, evaluando continuamente la dinámica hemorrágica y el bienestar fetal mediante cardiotocografía. La elección del abordaje obstétrico debe fundamentarse en la valoración ultrasonográfica del grosor del miometrio interpuesto entre la masa placentaria y el orificio cervical, considerando además elementos como la paridad, las características

cervicales y la presencia de cicatrices uterinas previas que modifiquen el riesgo hemorrágico anteparto e intraparto. (46).

Paralelamente, la disrupción miometrial suele surgir en áreas cicatrizales de intervenciones previas, especialmente cesáreas, aunque también se asocia a malformaciones uterinas, traumas o cirugías como miomectomías y procedimientos fetales abiertos; su génesis puede verse favorecida por sobredistensión uterina (embarazos múltiples, polihidramnios o alteraciones fetales), maniobras de versión y la omisión diagnóstica de distocias con hiperactividad contráctil contra un anillo de constricción del segmento inferior. (46).

Ablación precoz de placenta correctamente ubicada. La recurrencia de este cuadro obstétrico oscila entre 5–10%, incrementándose hasta aproximadamente 25% cuando existen dos eventos previos. El desprendimiento prematuro de una placenta normalmente ubicada se define como la separación intempestiva del disco corial respecto de la decidua basal antes de la expulsión fetal, con una mayor incidencia durante el último período gestacional, si bien su manifestación es posible desde el momento de viabilidad extrauterina del producto (próximo a las 24 semanas de edad gestacional) e inclusive en etapas más tempranas. Su fisiopatogenia permanece incompletamente dilucidada, aunque se postula que alteraciones deciduales y vasculopatías uterinas predisponen a la ruptura de la interfase útero-placentaria. La frecuencia global se sitúa alrededor del 0.8% de las gestaciones, con cifras descritas de 0.12% y 0.43% según distintas series. (45)



El espectro clínico es amplio: El espectro clínico abarca desde ablaciones placentarias microscópicas de curso oligosintomático, cuya identificación ocurre exclusivamente durante la evaluación anatomopatológica post-alumbramiento, hasta manifestaciones hemorrágicas masivas caracterizadas por deterioro hemodinámico materno y compromiso de la oxigenación fetal crítico. Esta última presentación catastrófica, documentada epidemiológicamente en una incidencia aproximada de 0.2% (equivalente a uno de cada quinientos procesos gestacionales), suele asociarse con coagulopatía de consumo secundaria a la liberación de tromboplastina tisular hacia la circulación sistémica materna. Las formas intermedias exhiben sintomatología variable que incluye metrorragia de intensidad moderada, hipertensión uterina sostenida evidenciable mediante tocodinamometría, así como patrones de desaceleración tardía o bradicardia fetal persistente en el registro cardiotocográfico. (45)

La extensión del área desprendida, cuantificable mediante evaluación ultrasonográfica o macroscópica placentaria, correlaciona directamente con la gravedad del cuadro clínico, estableciéndose que separaciones superiores al 50% de la superficie de inserción placentaria conllevan morbimortalidad perinatal significativa y riesgo elevado de shock hipovolémico materno refractario a maniobras de reanimación convencionales. (45)

Infección urinaria.

En virtud de representar un proceso infeccioso gradual que involucra múltiples segmentos del tracto urinario, su sistematización clínica engloba

tres entidades patológicas primordiales.

La bacteriuria subclínica corresponde a la detección de proliferación bacteriana en orina sin sintomatología miccional, con una frecuencia gestacional aproximada de 2–7% y mayor predisposición en mujeres con condiciones metabólicas, deterioro neurológico vesical, antecedentes infecciosos o entornos socioeconómicos precarios; más del 1% puede adquirirla durante la gestación pese a cultivos inicialmente negativos.

La bacteriología cuantitativa mediante siembra en medios selectivos constituye el estándar diagnóstico de referencia para la identificación del agente etiológico causal, determinándose su significancia clínica cuando se documenta el crecimiento valorado de no menos de cien mil UFC/ml provenientes de un microorganismo único en condiciones de cultivo puro. Este punto de corte microbiológico establece operativamente la distinción entre colonización asintomática y proceso infeccioso genuino con repercusión clínica. Cabe señalar que en contextos específicos, como la pielonefritis aguda sintomática o la presencia de leucocituria significativa concordante con manifestaciones sistémicas, recuentos inferiores ($\geq 10^4$ UFC/ml) pueden considerarse diagnósticos, particularmente cuando la muestra proviene de cateterización vesical suprapúbica o punción directa, técnicas que minimizan la contaminación por flora comensal perineal. La especiación bacteriana mediante métodos bioquímicos convencionales o automatizados, complementada con antibiogramas por metodología de difusión en disco de Kirby-Bauer o dilución en caldo, permite individualizar esquemas antimicrobianos dirigidos y monitorizar patrones de resistencia emergentes en poblaciones gestacionales específicas.

La cistopatía infecciosa baja, observada en torno a 1–2% de gestantes, suele manifestarse con disuria como signo cardinal, mientras que síntomas como polaquiuria o tenesmo carecen de especificidad en este grupo; los estudios complementarios suelen evidenciar piuria, hematuria y cultivo positivo. Su abordaje es ambulatorio mediante antimicrobianos orales, con esquemas de dosis única o cursos abreviados de 3–5 días, y control microbiológico periódico en las visitas prenatales. La pielonefritis gravídica, que afecta aproximadamente a 1–2% de las embarazadas y constituye la complicación de hasta dos tercios de las portadoras de bacteriuria previa, se ve favorecida por la estasis urinaria secundaria a la dilatación ureteral inducida por progesterona y por compresión mecánica uterina, sobre todo en el segundo y tercer trimestre. Se caracteriza por fiebre, vómitos, dolor lumbar y urocultivo positivo, con sedimento urinario rico en bacterias y leucocitos; una antibioterapia reciente puede falsear el cultivo. El hemograma puede mostrar leucocitosis y, en casos más severos, alteración transitoria de la función renal. (47)

2.2.2. V₂ Anemia ferropénica gestacional.

La anemia constituye una alteración hematológica definida por la reducción cuantificable de la masa eritrocitaria funcional, expresada como la reducción cuantificable de la concentración hemoglobínica, del índice hematocritario o del conteo eritrocitario, situándose dichos parámetros por debajo de los rangos fisiológicos establecidos según etapa etaria, condición biológica sexual y nivel altitudinal, configurando así un desajuste hematológico respecto a los valores de referencia lo que implica un suministro ineficiente de oxígeno a los tejidos.

Desde una perspectiva funcional, dicho cuadro configura un escenario de hipoxia tisular, generado por la insuficiente provisión cuantitativa de eritrocitos, fenómeno que deriva en una oxigenación ineficiente y sostenida. Por tal razón, su cuantificación operativa o medición práctica se efectúa casi invariablemente a través de las unidades hemoglobínicas expresadas en g/dL, que actúan como indicador hematimétrico indirecto de la capacidad transportadora de oxígeno. (48)

En féminas que no son gestantes se reconoce un umbral patológico <12 g/dl, mientras que en el embarazo y puerperio se acepta un límite <10 g/dl; a su vez, siguiendo los criterios del CDC para valoraciones sanguíneas, los puntos de corte diagnósticos se establecen en 11 g/dl para las fases inicial y tardía de la gestación, ajustándose a 10,5 g/dl en la etapa media. Tal variación atiende a la dilución natural de la sangre gestacional, donde el aumento del componente líquido supera al incremento celular rojo, resultando en valores menores de concentración hemoglobínica. (48)

La dinámica fisiopatogénica de este cuadro deriva de la interacción de tres vectores primordiales: una eritropoyesis deficitaria, una eritrodestrucción acelerada y pérdidas hemáticas de etiología heterogénea. La confluencia de dichos mecanismos patobiológicos culmina en la incapacidad del sistema hematopoyético para mantener una oxigenación periférica adecuada, comprometiendo así la homeostasis tisular. (48)

La expresión clínica varía en función de la intensidad del déficit hematínico y, sobre todo, de la celeridad con la que dicho menoscabo se instaura, generando un abanico sintomático que puede fluctuar desde manifestaciones discretas hasta cuadros severamente comprometedores.

En los estadios iniciales suelen emerger astenia marcada, cefalalgia recurrente, palidez tegumentaria y mucosa, taquicardia compensatoria, disnea ante esfuerzos mínimos y episodios presíncopales. En contraposición, cuando el deterioro progresa con mayor brusquedad, pueden aparecer lipotimias, estados de choque hipovolémico, dolor anginoso, descensos tensionales significativos o incluso signos de insuficiencia cardígena, reflejando un desbalance fisiológico de mayor envergadura.

A ello se añaden hallazgos semiológicos específicos según la causa subyacente, como ictericia en la hemólisis, esplenomegalia en estados proliferativos, coiloniquia, pica o alopecia en la deficiencia de hierro, así como fiebre o púrpura en afecciones medulares o infiltrativas. Los cuadros de evolución lenta presentan un fenotipo clínico más atenuado por mecanismos compensadores cardiovasculares y hematopoyéticos (48)

2.2.2.1. Tipos de anemia ferropénica gestacional.

El establecimiento nosológico se fundamenta en la aplicación del umbral hematimétrico situado en el percentil 5, parámetro que equivale a 11 g/dL durante el primer y el tercer periodo gestacional, y a 10.5 g/dL en la fase intermedia. Esta disminución cuantitativa, considerada fisiológicamente moderada, se justifica por un fenómeno de hemodilución adaptativa, originado cuando la expansión volumétrica del compartimento plasmático supera de manera desproporcionada el incremento concomitante de la masa eritrocitaria, generando un descenso relativo en las concentraciones hemáticas. (43)

POBLACION GESTANTES Y PUÉRPERAS	Con anemia Según niveles de hemoglobina (g/dL)			Sin anemia Si la concentración de hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Primer trimestre	<7.0	7.0 -9.9	10.0 -10.5	≥ 11.0
Segundo Trimestre	<7.0	7.0 -9.4	9.5 -10.4	≥ 10.5
Tercer trimestre	<7.0	7.0 -9.9	10.0 -10.9	≥ 11.0
Puérperas	<8.0	8.0 -10.9	11.0 -11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre los límites de hemoglobina para definir la anemia en individuos y poblaciones 2024 (49)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Atenciones prenatales.

Conforme a la conceptualización a la atención de un estado prenatal comprende el conjunto de intervenciones dirigidas a la monitorización sistemática y a la valoración global de la fémina que atraviesa por un estado gestacional y la forma en que desempeña el crecimiento fetal, con el propósito de asegurar un recién nacido en condiciones óptimas y preservar simultáneamente el bienestar materno. (50)

Grupo etáreo.

El conjunto etario se concibe como una colectividad de individuos que comparten un rango cronobiológico o un estadio específico de su ciclo vital, configuración poblacional que adquiere relevancia analítica y valor heurístico en estudios de índole estadística o académica, reiterándose su utilidad como categoría de clasificación demográfica.(51)

Hemorragia 1er trimestre.

La hemorragia vaginal durante el primer trimestre gestacional constituye un evento clínico relativamente habitual, presentándose en aproximadamente 15–25% de las concepciones, y configurándose como una condición que compromete potencialmente la integridad materna y la viabilidad embrio-fetal, reiterando su trascendencia dentro de la vigilancia obstétrica temprana. (52)

Hemorragia 2do trimestre.

En esta segunda sección curricular, se examinarán de manera sistemática las desangrado sin paro de características del segundo y tercer trimestre de la gestación, comprendiendo un conjunto de entidades obstétricas de alta relevancia clínica, entre las cuales destacan sobre el área donde se localiza la placenta anterior, del quiebre de forma anticipada donde se localiza la placenta normoinserta y la vasa previa, todas ellas reiteradamente vinculadas a complicaciones materno-fetales de considerable magnitud. (52)

Infección urinaria.

Las infecciones del tracto urinario constituyen entidades patológicas frecuentes, originadas cuando microorganismos bacterianos habitualmente procedentes de la superficie cutánea o del área rectal colonizan la uretra y progresan hacia los distintos segmentos del aparato urinario, generando cuadros como la cistitis o la pielonefritis en las gestantes que lo padecen, procesos que reiteran su importancia en la práctica clínica. (53)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación que se empleo fue no experimental

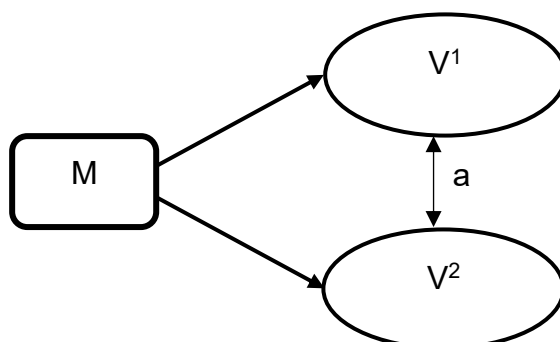
No experimental por qué; se basa en categorías, conceptos, variantes, sucesos o contextos que se dan sin la necesidad de la manipulación directa del investigador, es decir; sin que el investigador altere el objeto de investigación (54)

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación fue de tipo básica, nivel correlacional.

Investigación de **nivel básico**. Se realizó el estudio de la problemática, destinado exclusivamente a la búsqueda de conocimiento" (55)

En una investigación **Correlacional**, su propósito fue analizar la incidencia que generan las variantes y la correlación entre ellas en un momento dado. (56)



Donde:

M = Muestra

V¹ = Primera variable. Factores

a = asociado

V² = Segunda variable. Anemia ferropénica gestacional

De análisis de corte **transversal**. Consistió en un método de obtención de datos que perdura solo un momento, en un único tiempo. (57)

Con **enfoque cuantitativo**. El mismo que involucró el uso de herramientas informáticas, estadísticas, para obtener resultados. (58).

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la estructura jerárquica de la ciencia, se utilizó el método científico. Como método científico se denominó el conjunto de normas por el cual debemos regirnos para producir conocimiento con rigor y validez científica. (59)

Método **hipotético-deductivo**. (o de contrastación de hipótesis) se trató de establecer la verdad o falsedad de las hipótesis, a partir de la verdad o falsedad de las consecuencias observacionales (60)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población.

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. (56)

Estuvo conformada por 175 pacientes atendidas con anemia en el Puesto de Salud Santa Catalina de Juliaca

3.4.2. Muestra.

Es un subconjunto que pertenecen a una población definida en sus características al que se le llama población (61)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (175)

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{175 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(175 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{175 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 174 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{168}{1.395}$$

$$n = 120.43$$

La muestra fue conformada por 120. pacientes

Ámbito de estudio y temporalidad. El ámbito de investigación se realizó en el Puesto de Salud Santa Catalina de Juliaca, ubicado en el Región de Puno, Provincia de San Román, Distrito de Juliaca. En el lapso de setiembre del 2023 a setiembre del 2024.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

En esta investigación se emplearon las siguientes herramientas para el estudio.

3.5.1. Técnica

Análisis documental. Es un proceso en el que se encuentran involucradas las estructuras mentales de los individuos, tanto de los que analizan textos para otros, como de los usuarios finales de los textos analizados. (62)

3.5.2. Instrumento:

Ficha de recolección de datos. Es una herramienta diseñada para la recolección de datos cuantitativos, y se utilizó en la investigación, ya que es un buen instrumento de investigación para recolectar datos estandarizados y hacer generalizaciones. (63)

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previo a la recolección de los datos se ejecutó la coordinación con el jefe del Puesto de Salud Santa Catalina de Juliaca, Con tal fin se tramitó una petición de consentimiento que resultó aprobada. A continuación, se fijaron los horarios y días laborables destinados a emplear el cuestionario investigativo. Recabar los contenidos requirió alrededor de 20 minutos por formulario. El análisis y procesamiento estadístico se efectuaron apenas se concluyó la captura total de información. Por último, con todos los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS 28; en el cual se aplicó de la prueba estadística de χ^2

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se empleó el estadístico chi-cuadrado con el propósito de determinar la direccionalidad y magnitud de la asociación entre ambas variables categóricas. Este procedimiento analítico se fundamenta en contraponer las frecuencias reales obtenidas en la muestra denominadas frecuencias empíricas, con las frecuencias hipotéticas o proyectadas que se esperarían observar bajo la presunción de validez de la hipótesis nula. En tal sentido, la hipótesis nula queda refutada cuando se evidencia una discrepancia estadísticamente trascendente entre los valores registrados y los valores estimados

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

χ^2 : Chi cuadrado calculado

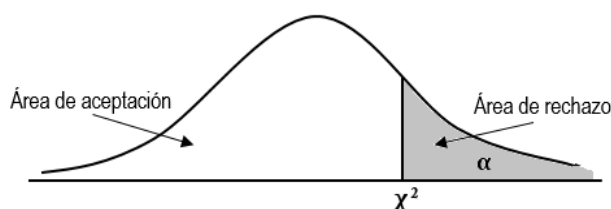
O_{ij} : Valor de observación entre la varianza 1 y la variable 2

E_{ij} : Valor esperado

Regla de decisión

Hipótesis alterna (H_a): $\chi^2_{cal} > \chi^2_{tab}$: $P < 0.05$ (rechazamos la H_0)

Hipótesis nula (H_0): $\chi^2_{cal} < \chi^2_{tab}$: $P > 0.05$ (rechazamos la H_a)



El nivel de confianza utilizado en prueba fue de 95% de confianza ($\alpha=0.05$), los valores críticos se obtuvieron mediante los grados de libertad (GL) para cada tabla de frecuencia de doble entrada.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

3.8.1. Validez.

La herramienta de investigación estuvo expuesta a la validez de contenido del constructo, por medio del ensayo de concordancia entre los jueces calificados conformado por 4 profesionales de la especialidad, los cuales brindaron las sugerencias concernientes para poder ser tomadas en cuenta para su modificación, permitiendo así realizar los cambios antes de su aplicación.

3.8.2. Confiabilidad.

Para la fiabilidad del constructo se manejó la formula Alfa de Cronbach:

Valores de alfa	Interpretación
0.90 - 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 - 0.89	Se califica como adecuada
0.70 - 0.79	Se califica como moderada
0.60 - 0.69	Se califica como baja
0.50 - 0.59	Se califica como muy baja

Como resultado, según la evaluación de fiabilidad del instrumento de 11 ítems utilizando el Alfa de Cronbach en SPSS Versión 28, se tubo:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.753	0.987	11

Mediante este proceso estadístico, se descubrió un valor Alfa de Cronbach en 0.753, el cual demuestra la fiabilidad del instrumento. (fiabilidad moderada)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

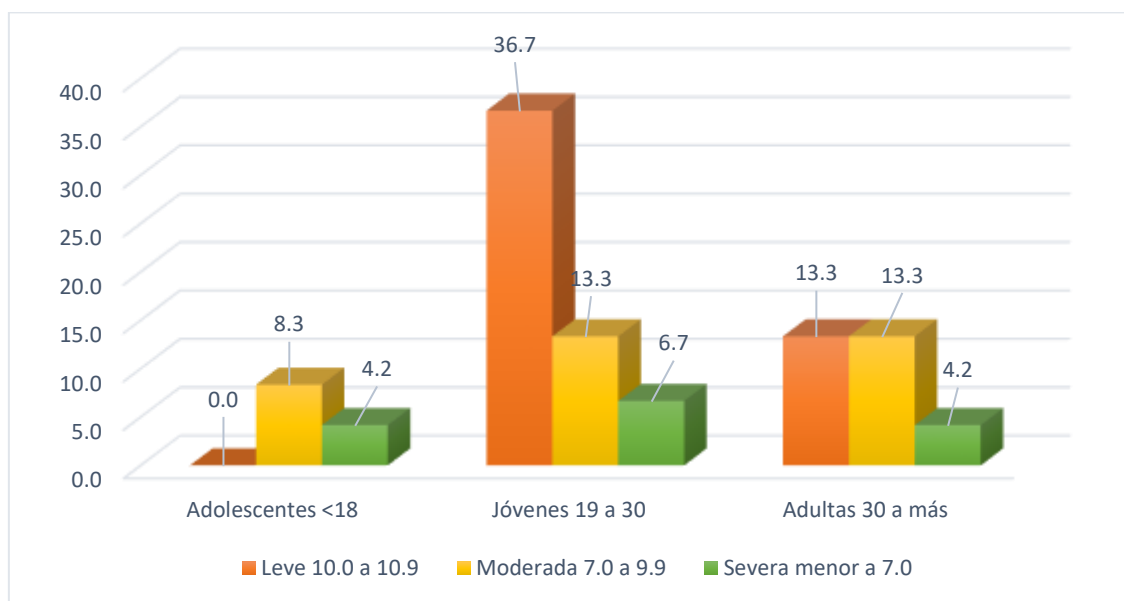
Tabla 1: Grupo etario asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Grupo etario	Anemia según el nivel de hemoglobina						Total	
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	Adolescentes <18	0	0.0	10	8.3	5	4.2	15
Jóvenes 19 a 30	44	36.7	16	13.3	8	6.7	68	56.7
Adultas 30 a más	16	13.3	16	13.3	5	4.2	37	30.8
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 22.24 > \chi^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.000$$

Figura 1



FUENTE: Tabla 1

Se aprecia la asociación existente entre la variable grupo etario con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 56.7% de los pacientes estaban comprendidas en el grupo etario de jóvenes de 19 a 30 años; seguido del 30.8% fueron adultas de 30 a más, mientras que el 12.5% su grupo etario fueron adolescentes.

En la columna de tipo de anemia leve: el 36.7% fueron jóvenes; continuado por el 13.3% adultas. En la columna de tipo de anemia moderada: el 13.3% fueron jóvenes como adultas, mientras que el 8.3% eran adolescentes. En la columna de tipo de anemia severa: el 6.7% fueron jóvenes; seguido del 13.3% adultas, y el 12.5% adolescentes.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 22.24 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.000. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre el grupo etario con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

De acuerdo con Medina P.; Lazarte S. En su estudio efectuado en Argentina 2019. Informo que el 38.9% de las pacientes con anemia, fueron adultas jóvenes.

(8) En la investigación se halló que el 56.7% conformaban el grupo etaria de jóvenes de 19 a 30 años. Grupo etario similar al reportado.

La edad más frecuente para tener formar una familia está comprendida entre los 19 años hasta los 30.

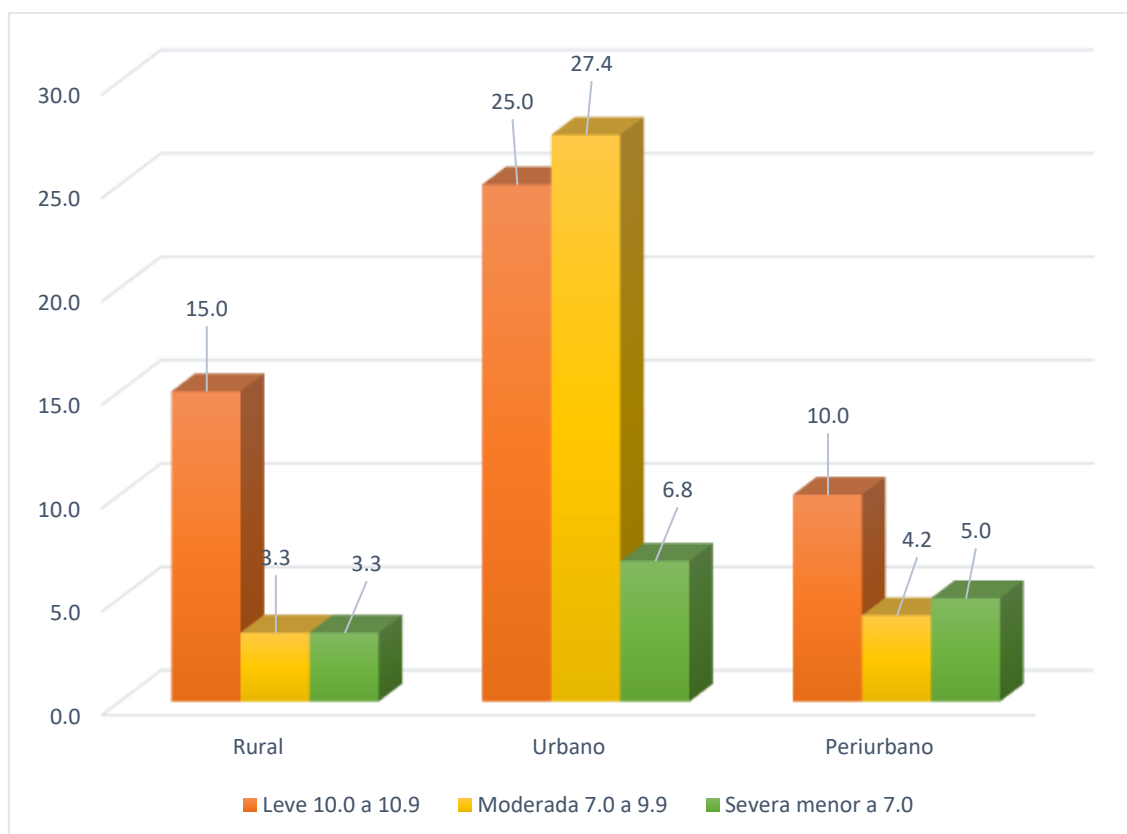
Tabla 2: Procedencia asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Procedencia	Anemia según el nivel de hemoglobina						Total	
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Rural	18	15.0	4	3.3	4	3.3	26	21.6
Urbano	30	25.0	33	27.4	8	6.8	71	59.2
Periurbano	12	10.0	5	4.2	6	5.0	23	19.2
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 12.03 > \chi^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.024$$

Figura 2



FUENTE: Tabla 2

Se aprecia la asociación existente entre la variable procedencia con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 59.2% proceden de zonas urbanas, el 21.6% de zonas rurales y el 19.2% de zonas periurbanas.

En la columna de tipo de anemia leve: el 25% proceden de zonas urbanas, el 15% de zonas rurales y el 10% de zonas periurbanas. En la columna de tipo de anemia moderada: el 27.4% proceden de zonas urbanas, el 4.2% de zonas periurbanas y el 3.32% de zonas rurales. En la columna de tipo de anemia severa: el 6.8% proceden de zonas urbanas, el 5% de zonas periurbanas y el 3.3% de zonas rurales.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 12.03 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.024. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre la procedencia con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Según Morales M. En su estudio realizado en Lima 2023. Comunico que el 96.8% de las gestantes proceden de zonas rurales. (4) En la investigación se encontró que el 59.2% provienen de zonas urbanas. Datos antagónicos a lo reportado en el marco referencial.

Las gestantes del estudio en la actualidad habitan zonas urbanas de la ciudad de Juliaca.

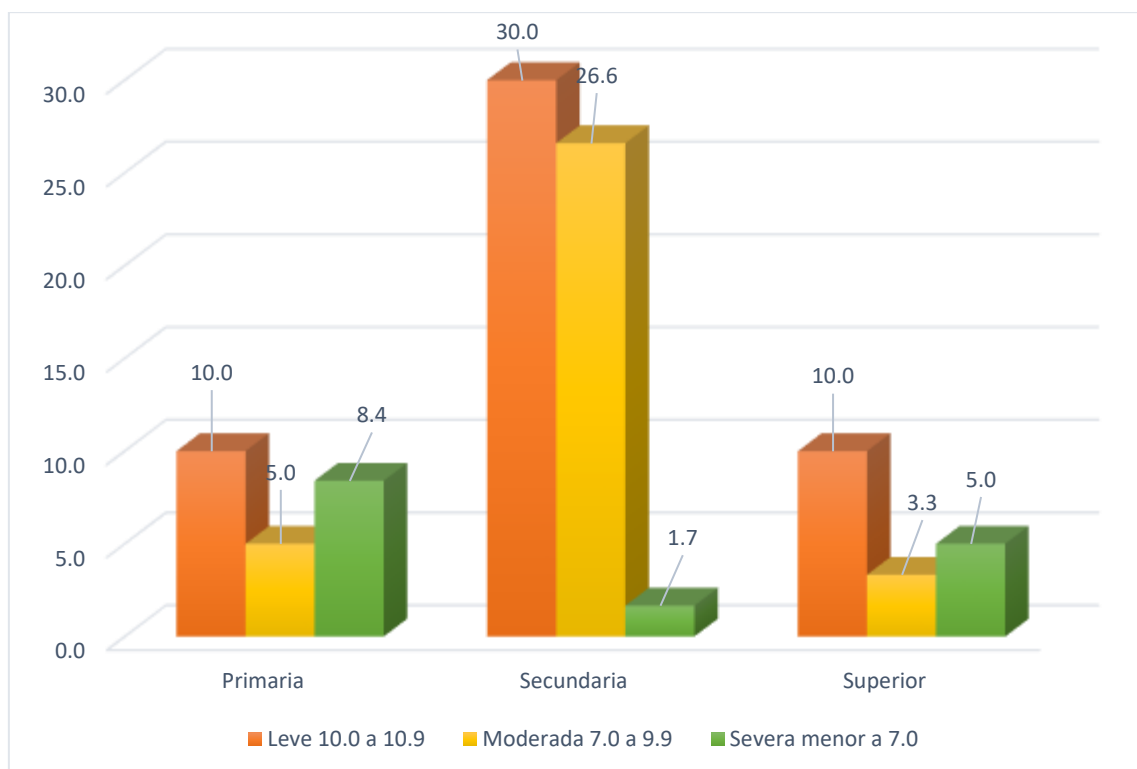
Tabla 3: Grado de instrucción asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Grado de instrucción	Anemia según el nivel de hemoglobina							
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	12	10.0	6	5.0	10	8.4	28	23.4
Secundaria	36	30.0	32	26.6	2	1.7	70	58.3
Superior	12	10.0	4	3.3	6	5.0	22	18.3
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 23.05 > \chi^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.020$$

Figura 3



FUENTE: Tabla 3

Se considera la asociación existente entre la variable grado de instrucción con la anemia ferropénica gestacional. Del total de los datos: el 58.3% su grado de instrucción alcanzado fue secundaria, seguido del 23.4% fue primaria y el 18.3% estudios superiores.

En la columna de tipo de anemia leve: el 30% su instrucción fue secundaria, el 10% fue primaria y superior. En la columna de tipo de anemia moderada: el 26.6% su instrucción fue secundaria, el 5% fue primaria y el 3.3% estudios superiores. En la columna de tipo de anemia severa: el 8.4% su instrucción fue primaria, el 5% superior y el 1.7% estudios secundarios.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 23.05 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.020. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre el grado de instrucción con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Como dice Murillo, A.; Baque G.; Et al.. En su estudio perpetrado en Ecuador 2021. Comunicó que el 51% de las gestantes con anemia, solo alcanzaron estudios primarios. (9). En la exploración efectuada se encontró que el 58.3% sus estudios fueron secundarios. Grado de instrucción más altos al reportado.

El grado de instrucción deficiente se considera una determinante de salud que conlleva a vario problemas de salud.

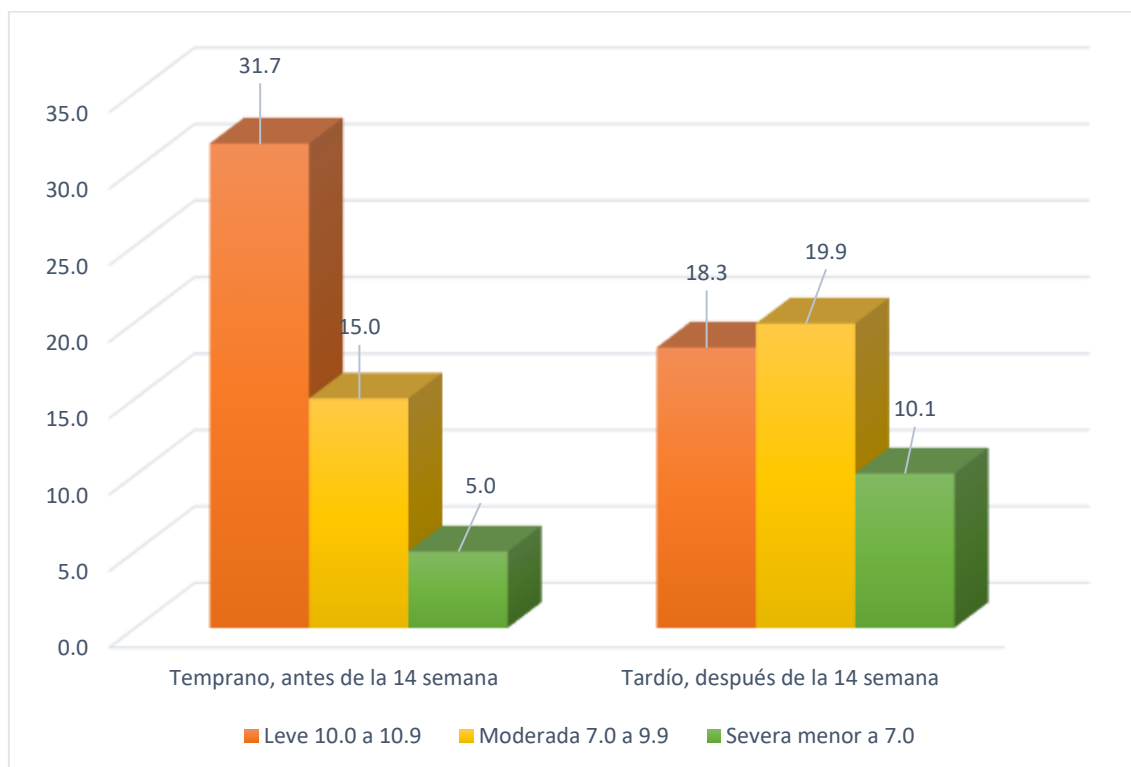
Tabla 4: Inicio de las atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Inicio de las atenciones prenatales	Anemia según el nivel de hemoglobina							Total
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Temprano, antes de la 14 semana	38	31.7	18	15.0	6	5.0	62	51.7
Tardío, después de la 14 semana	22	18.3	24	19.9	12	10.1	58	48.3
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 6.32 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.019$$

Figura 4



FUENTE: Tabla 4

Se estima la asociación positiva entre la variable inicio de las atenciones prenatales con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 51.7% de las gestantes su inició fue temprano antes de la semana 14 en sus atenciones prenatales, mientras que el 48.3% su inicio fue tardío.

En la columna de tipo de anemia leve: el 31.7% su inicio fue temprano mientras que el 18.3% tardío. En la columna de tipo de anemia moderada: el 19.9% su inicio fue tardío y el 15% temprano. En la columna de tipo de anemia severa: el 10.1% su inicio fue tardío y el 5% temprano.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 6.32 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 5.99; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 2; con un nivel de significancia de 0.019. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre el inicio de las atenciones prenatales con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Empleando las palabras Alcántara D. En su tesis realizado en Ica 2022. Comunicó que el 49.4% de las gestantes inicio su atención prenatal dentro las 12 semanas. (13) En la investigación se halló que el 51.7% inicio sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas. Datos adecuados y muy similares a los mostrados en el marco referencial.

El inicio de las atenciones prenatales tiene que realizarse en el primer trimestre antes de las 14 semanas, haciendo una captación adecuada.

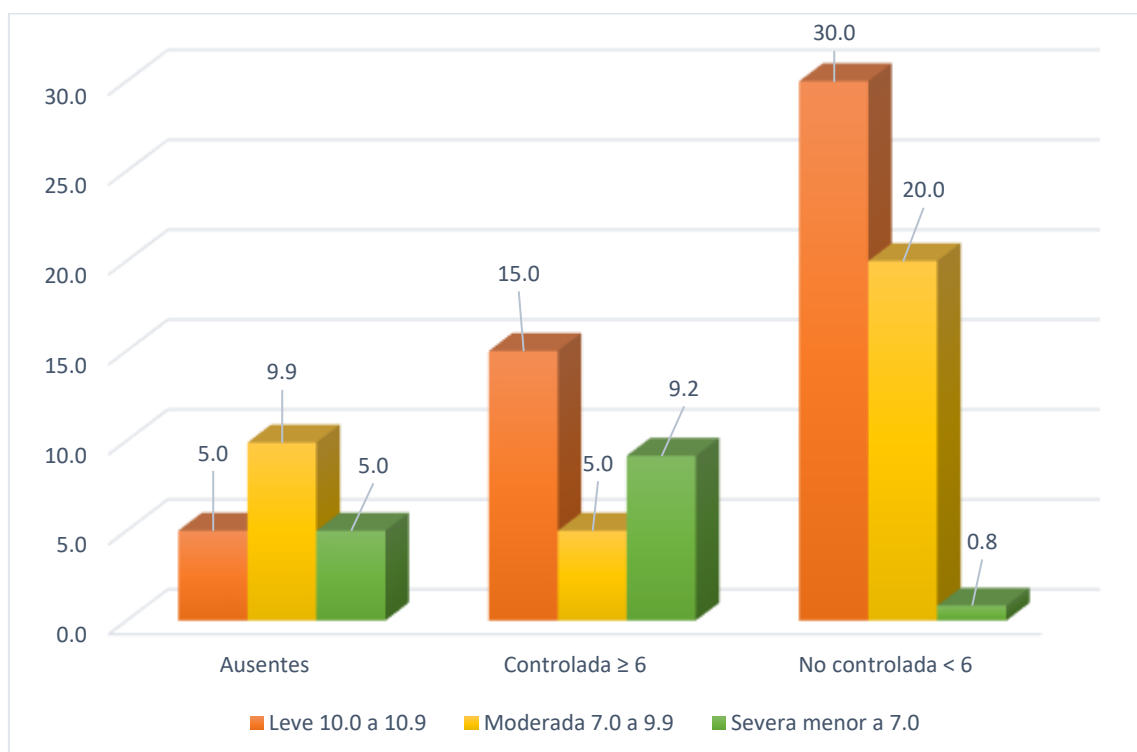
Tabla 5: Atenciones prenatales asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Atenciones prenatales	Anemia según el nivel de hemoglobina						Total	
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ausentes	6	5.0	12	9.9	6	5.0	24	19.9
Controlada ≥ 6	18	15.0	6	5.0	11	9.2	35	29.2
No controlada < 6	36	30.0	24	20.0	1	0.8	61	50.9
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 24.22 > \chi^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.000$$

Figura 5



FUENTE: Tabla 5



Se aprecia la asociación existente entre la variable atenciones prenatales con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 50.9% de las gestantes no fueron controladas (menor a 6 APN), el 29.2% fueron gestantes controladas, mientras que el 19.9% no se realizaron ninguna atención prenatal.

En la columna de tipo de anemia leve: el 30% gestantes no controladas, el 15% gestantes controladas el 5% atenciones prenatales ausentes. En la columna de tipo de anemia moderada: el 20% gestantes no controladas, el 9.9% atenciones prenatales ausentes, el 5% gestantes controladas. En la columna de tipo de anemia severa: el 9.2% gestantes controladas, el 5% atenciones prenatales ausentes y el 0.8 gestantes no controladas

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 24.22 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.000. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre las atenciones prenatales con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

A juicio de Alarcón U.; Huaña K.. En su investigación efectuado en Ayacucho 2019. Anunció que el 78.6% de las gestantes sus atenciones prenatales fueron inadecuados. (14) En la investigación se halló que el 50.9% las gestantes no fueron controladas.

La ausencia de atenciones prenatales conlleva riesgos tanto para la madre como para el producto, especialmente la detección tardía de problemas

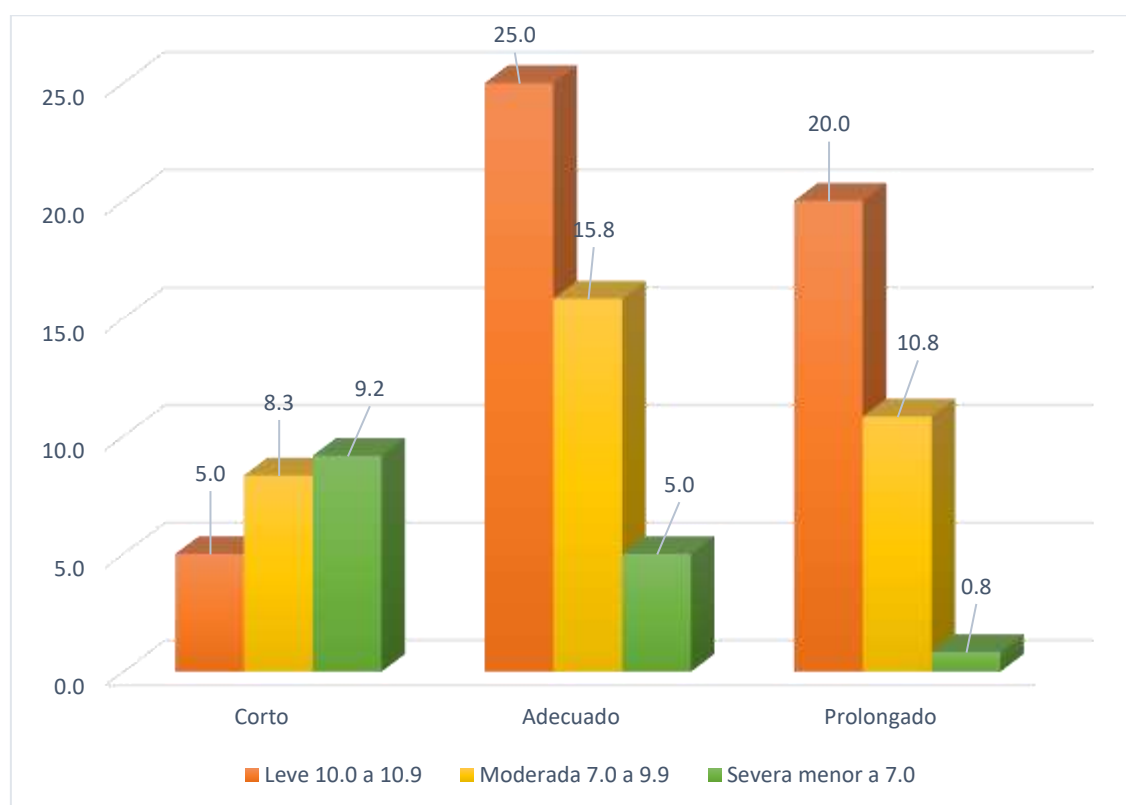
Tabla 6: Periodo intergenésico asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Periodo Intergenésico	Anemia según el nivel de hemoglobina							
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Corto	6	5.0	10	8.3	11	9.2	27	22.5
Adecuado	30	25.0	19	15.8	6	5.0	55	45.8
Prolongado	24	20.0	13	10.8	1	0.8	38	31.7
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 22.17 > \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.000$$

Figura 6



FUENTE: Tabla 6

Se considera la asociación existente entre la variable periodo intergenésico con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 45.8% el periodo intergenésico fue adecuado, 31.7% periodo prolongado y el 22.5% periodo corto.

En la columna de tipo de anemia leve: el 25% el periodo intergenésico fue adecuado, 20% prolongado y 5% periodo corto. En la columna de tipo de anemia moderada: el 15.8% el periodo intergenésico fue adecuado, 10.8% prolongado y 8.3% periodo corto. En la columna de tipo de anemia severa: el 9.2% el periodo intergenésico fue corto, 5% adecuado y 0.8% periodo prolongado.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 22.17 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.000. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre el periodo intergenésico con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Teniendo en cuenta Hierrezuelo N.; Jhonson S.; Et al. En la investigación elaborada en Cuba 2023. Informaron que el 47.7% de las gestantes presentaron periodo intergenésico corto. (10) En la investigación se halló que el 45.8% presentaron periodo adecuado. Datos diferentes a los reportados por Hierrezuelo N.; Jhonson S.; Et al.

El periodo intergenésico, permite que la gestante pueda llegar a nutrirse correctamente, hasta la siguiente gestación.

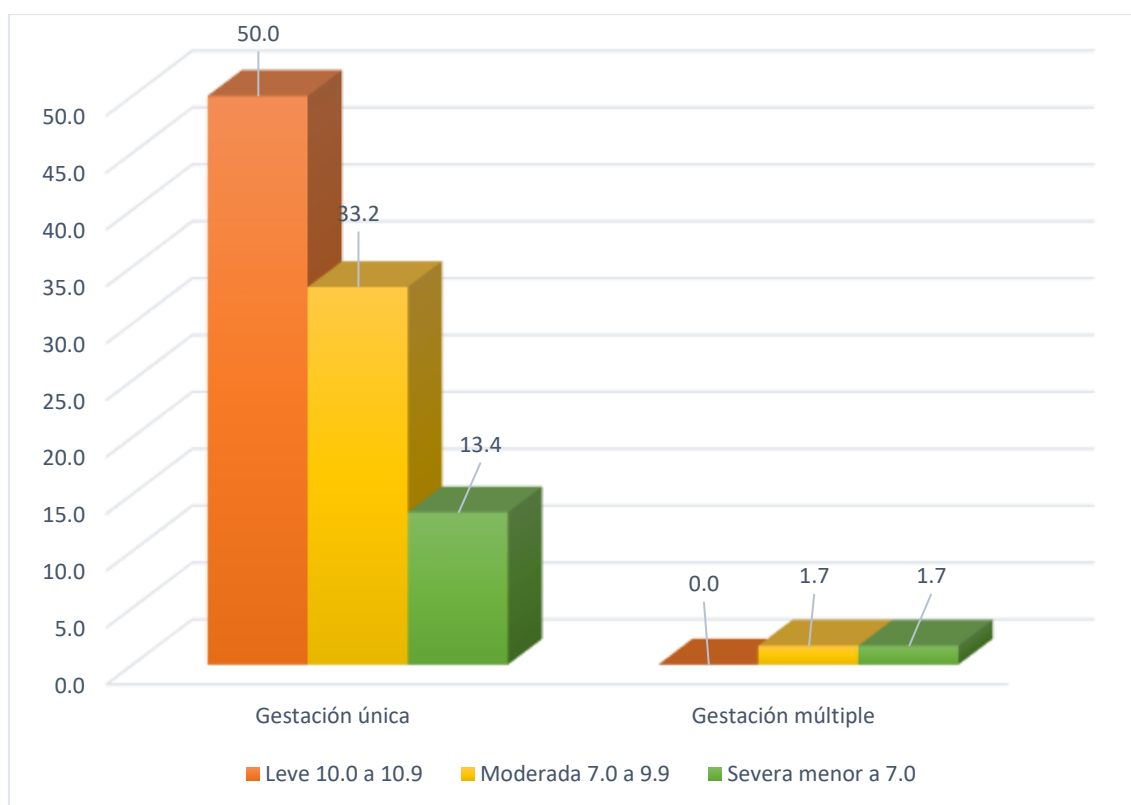
Tabla 7: Tipo de gestación asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Tipo de gestación	Anemia según el nivel de hemoglobina							
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Gestación única	60	50.0	40	33.2	16	13.4	116	96.6
Gestación múltiple	0	0.0	2	1.7	2	1.7	4	3.4
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 5.46 < \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.052$$

Figura 7



FUENTE: Tabla 7

Se valora la asociación existente entre la variable tipo de gestación con la anemia ferropénica gestacional. Del total de los datos: el 96.6% presentaron gestación única opuestamente el 3.4% presentaron gestación múltiple.

En la columna de tipo de anemia leve: el 50% presentaron gestación única. En la columna de tipo de anemia moderada: el 33.2% presentaron gestación única, el 1.7% gestación múltiple. En la columna de tipo de anemia severa: el 13.4% presentaron gestación única, el 1.7% gestación múltiple.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 5.46 que fue inferior al $\chi^2_{tab.}$ con 5.99; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 2; con un nivel de significancia de 0.052. Por lo cual se concluye que no existe asociación significativa entre el tipo de gestación con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

De acuerdo con Hierrezuelo N.; Jhonson S.; Et al. En su estudio efectuado en Cuba 2023. manifestó que el 6.9% de las gestantes presentaron gestaciones múltiples y se considera como un factor de riesgo (10). En la tesis se halló que el 3.4% presentaron gestación múltiple, tipo de gestación similar con porcentaje inferior al reportado.

Las gestaciones múltiples tienen mayor requerimiento hematológico, debido a la sobre carga que se presenta por el incremento de gasto hemodinámico, con ello la presencia de anemia es frecuente.

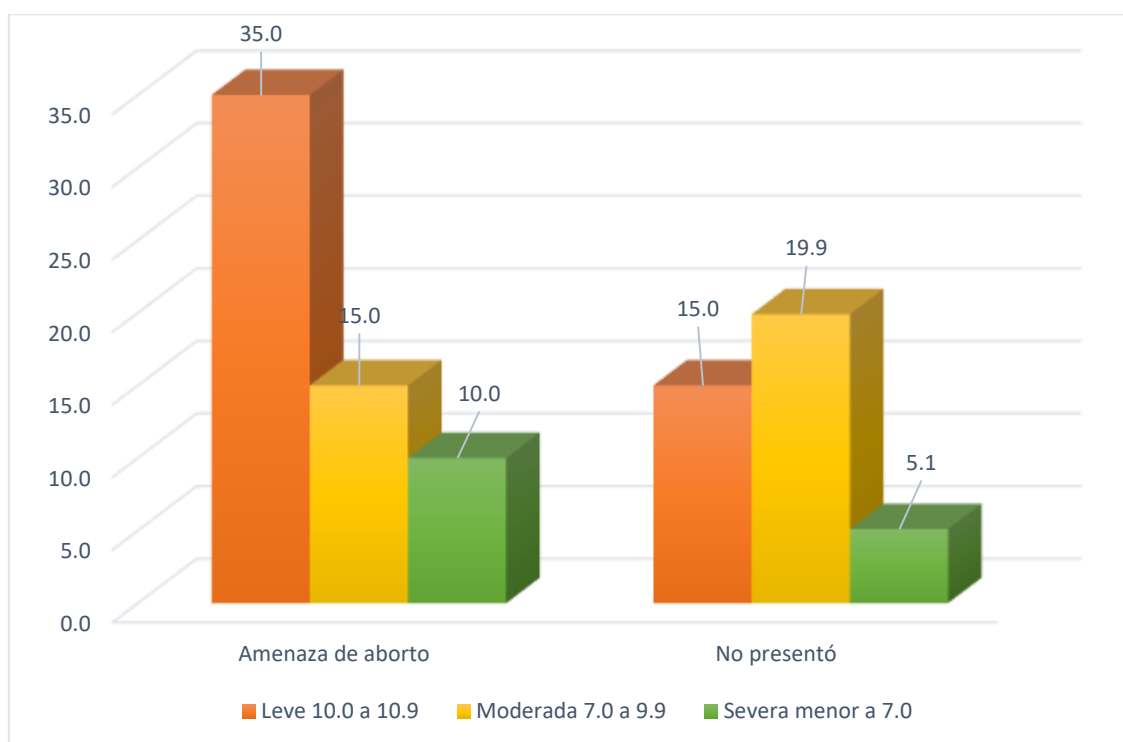
Tabla 8: Hemorragia del primer trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Hemorragia del Primer trimestre	Anemia según el nivel de hemoglobina						Total	
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0			
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Amenaza de aborto	42	35.0	18	15.0	12	10.0	72	60.0
No presentó	18	15.0	24	19.9	6	5.1	48	40.0
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 7.97 > \chi^2_{\text{tab.}} 5.99 = \text{Gl: } 2 \quad \text{Ns: } 0.019$$

Figura 8



FUENTE: Tabla 8

Se observa la asociación positiva entre la variable hemorragia del primer trimestre con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 60% presentaron amenaza de abortos, opuestamente el 40% no presento ninguna hemorragia en el primer trimestre.



En la columna de tipo de anemia leve: el 35% presentaron amenaza de abortos, y el 15% no presento. En la columna de tipo de anemia moderada: el 19.9% no presentó ninguna hemorragia y el 15% presentó amenaza de abortos. En la columna de tipo de anemia severa: el 10% presentaron amenaza de abortos, y el 5.1% no presento.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 7.97 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 5.99; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 2; con un nivel de significancia de 0.019. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre la hemorragia del primer trimestre con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Como dice Cerna C.; Galán C. En su estudio realizado en Lima 2023. Informo que el 64.6% de las pacientes no se provocó el aborto y presentaron anemia leve. (20) En la investigación se halló que el 60% de las participantes presentaron episodios de amenaza de aborto. Porcentajes ligeramente inferiores a los mostrado por Cerna C.

Todo episodio que afecta el normal desarrollo de la gestación conlleva a originar disminución en la hematopoyesis de la madre.

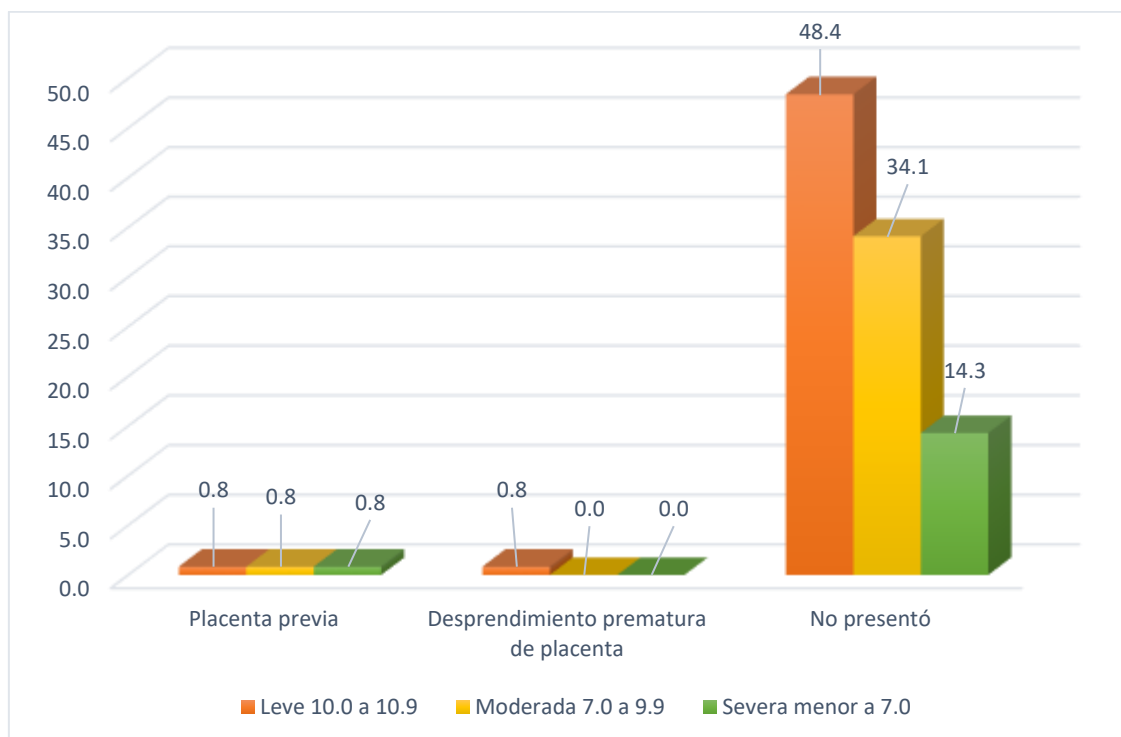
TABLA 9: Hemorragia del segundo trimestre asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Hemorragia del Segundo Trimestre	Anemia según el nivel de hemoglobina							
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Placenta previa	1	0.8	1	0.8	1	0.8	3	2.4
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8
No presentó	58	48.4	41	34.1	17	14.3	116	96.8
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\text{Chi}^2_{\text{cal.}} = 1.85 < \text{Chi}^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.065$$

Figura 9



FUENTE: Tabla 9



Se observa la asociación existente entre la variable hemorragia del segundo trimestre con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 2.4% presentaron placenta previa, seguido del 0.8% desprendimiento prematuro de placenta, mientras que el 96.8% no presentó hemorragia del segundo trimestre.

En la columna de tipo de anemia leve el 0.8% presentaron placenta previa, y desprendimiento prematuro de placenta, el 48.4% no presentó hemorragia del segundo trimestre. En la columna de tipo de anemia moderada: el 0.8% presentaron placenta previa, el 34.1% no presentó ninguna hemorragia. En la columna de tipo de anemia severa: el 0.8% presentaron placenta previa, el 14.3% no presentó hemorragia del segundo trimestre.

El análisis estadístico efectuado, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 1.85 que fue inferior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.065. Por lo cual se concluye que no existe asociación significativa entre la hemorragia del segundo trimestre con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

De acuerdo con Hierrezuelo N.; Jhonson S.; Et al. En su estudio en Cuba 2023. Manifestó que el 1.9% de las gestantes presentaron hemorragia en el segundo trimestre. (10) En la tesis se halló que 3.2% de las gestantes presentaron hemorragia del segundo trimestre. Porcentajes superiores a los mostrados por Hierrezuelo N.; Jhonson S.; Et al.

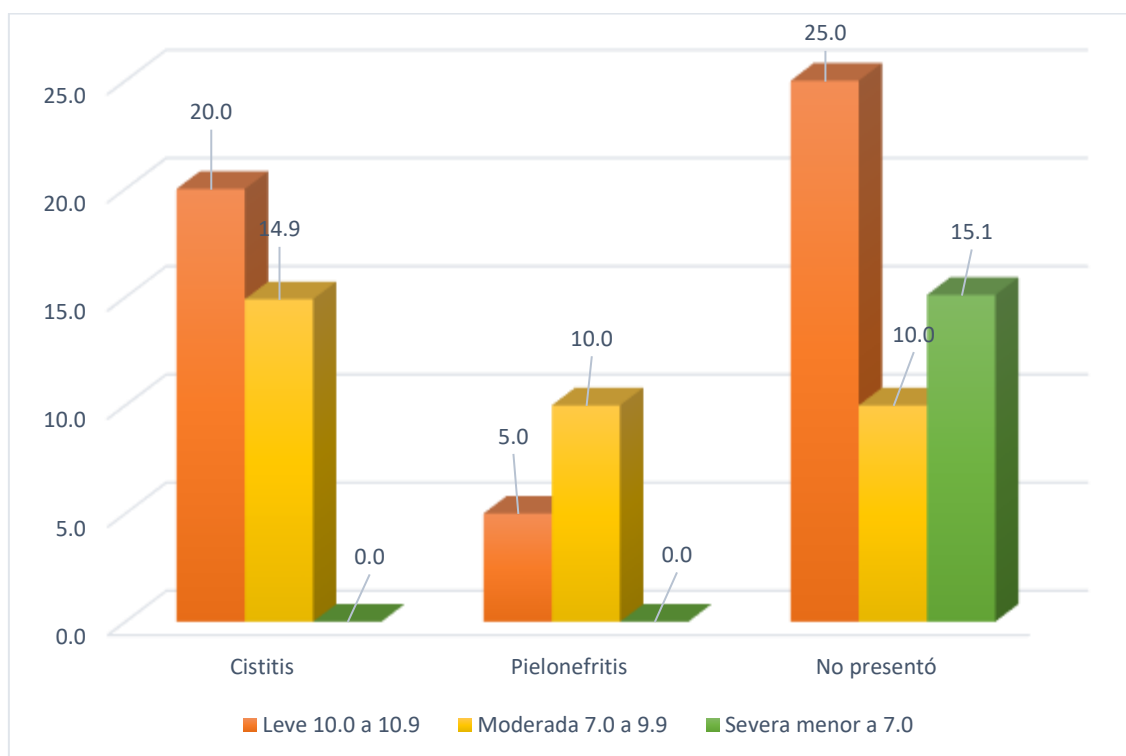
Tabla 10: Infecciones urinarias asociado a la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024

Infecciones urinarias	Anemia según el nivel de hemoglobina							
	Leve 10.0 a 10.9		Moderada 7.0 a 9.9		Severa menor a 7.0		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cistitis	24	20.0	18	14.9	0	0.0	42	39.9
Pielonefritis	6	5.0	12	10.0	0	0.0	18	15.0
No presentó	30	25.0	12	10.0	18	15.1	60	50.1
Total:	60	50.0	42	34.9	18	15.1	120	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{\text{cal.}} = 29.18 > \chi^2_{\text{tab.}} 9.49 = \text{Gl: } 4 \quad \text{Ns: } 0.000$$

Figura 10



FUENTE: Tabla 10

Se analiza la asociación existente entre la variable las infecciones urinarias con la anemia ferropénica gestacional. Del 100% de los datos: el 39.9% presentaron cistitis, el 15% pielonefritis, manera adversa el 50.1% no presentó infecciones urinarias

En la columna de tipo de anemia leve: el 20% presentaron cistitis, 5% pielonefritis, 25% no presentó infecciones urinarias. En la columna de tipo de anemia moderada: el 14.9% presentaron cistitis, 10% pielonefritis, 10% no presentó infecciones urinarias. En la columna de tipo de anemia severa: 15.1% no presentó infecciones urinarias.

Para encontrar la asociación de las variables se realizó el análisis estadístico, mediante χ^2 hallando que el $\chi^2_{cal.}$ es 30.39 que fue superior al $\chi^2_{tab.}$ con 9.49; seguidamente se analizó los grados de libertad que fue 4; con un nivel de significancia de 0.000. Por lo cual se concluye que existe asociación significativa entre las infecciones urinarias con la anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024.

Como planteó Asián P. En su estudio efectuado en Lima 2020. Informo que el 76% de las pacientes con anemia presentaron infecciones de las vías urinarias. (16) En la investigación se halló que el 54.9% de las gestantes presentaron infecciones urinarias siendo la cistitis de mayor prevalencia con 39.9%. Porcentajes inferiores en colación al trabajo presentado por Asián P..

Esta patología es frecuente en las gestantes sin darle importancia a las repercusiones que producen

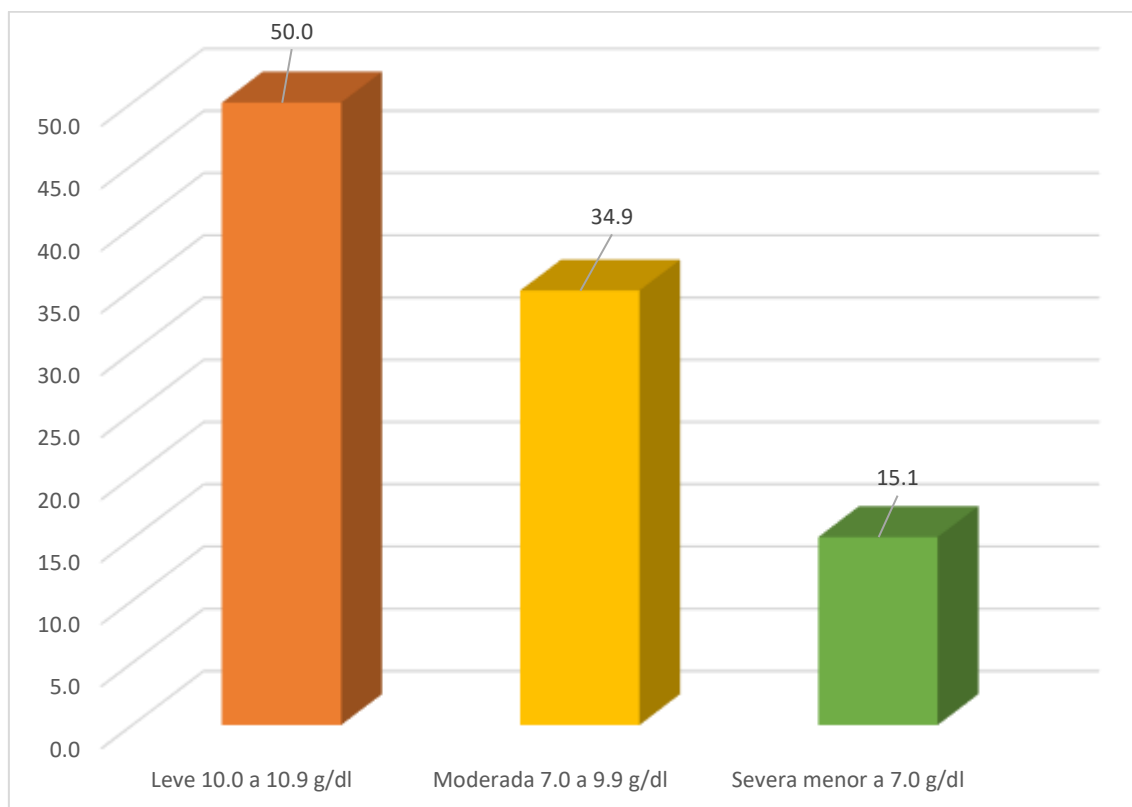
Tabla 11: Anemia ferropénica gestacional en el puesto de Salud Santa

Catalina Juliaca 2024

Anemia ferropénica gestacional		
	fi	%
Leve 10.0 a 10.9 g/dl	60	50.0
Moderada 7.0 a 9.9 g/dl	42	34.9
Severa menor a 7.0 g/dl	18	15.1
Total	233	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Figura 11



FUENTE: Tabla 11



Se aprecia la anemia ferropénica gestacional. En misma el 50% de los gestantes mostraron anemia leve (10.0 a 10.9 g/dl) seguido del 34.9% con anemia moderada (7.0 a 9.9 g/dl), y el 15.1% anemia severa (menor a 7.0 g/dl).

Citando a Balvoa M. En su estudio efectuado en Ecuador 2022. Informo que el 23.6% de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Tipo C Nabón presentaron anemia leve. (12)

Empleando las palabras Alcántara D. En su investigación realizada en Ica durante el año 2022. Informó que el 83.6% de las gestantes presentaron anemia leve. (13)

Según Chuquimamani D.; Sancho M. En su estudio efectuado en la ciudad de Juliaca en el 2023. Informó que 59.4% de las gestantes atendidas en el Centro de Salud revolución presentaron anemia leve. (24).

En la investigación efectuada se mostró que el 50% de las gestantes presentaron anemia leve. Porcentajes inferiores a los reportados mediante los estudios de Alcántara D; como también Chuquimamani D.; Sancho M.

CONCLUSIONES

PRIMERA: se determinó que los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca 2024. Aceptándose la hipótesis planteada en la investigación.

SEGUNDA: se estableció que los factores sociodemográficos como son grupo etario jóvenes de 19 a 30 años con 56.7% (NS=0.000), procedencia urbana con 59.2% (NS=0.024), grado de instrucción secundaria con 58.3% (NS=0.020); se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina.

TERCERA: se especificó que los factores obstétricos como son: inicio temprano de las atenciones prenatales antes de la 14 semana con 51.7% (NS=0.019), atenciones prenatales no controladas menor de 6 APN con 50.9% (NS=0.000), periodo intergenésico adecuado con 45.8% (NS=0.000), se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. El tipo de gestación única con 96.6% (NS=0.052). No se asocia con la anemia.

CUARTA: se identificó que los factores patológicos como son hemorragia del 1er trimestre como la amenaza de aborto con 60% (NS=0.019), infecciones urinarias como la cistitis con 39.9% (NS=0.000), se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. Mientras que la hemorragia del 2do trimestre con placenta previa de 2.4% (NS=0.065); no se asocia a la anemia ferropénica.



QUINTA: se indicó que el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional fue el leve con 50%, en el Puesto de Salud Santa Catalina.

RECOMENDACIONES.

PRIMERA: Al Jefe del Puesto de Salud Santa Catalina Juliaca, en colaboración con los Obstetras, incorporar las consultas nutricionales en las atenciones prenatales, con el objetivo de mantener un control total sobre la salud de la embarazada, promoviendo la educación adecuada en su dieta antes, durante y después de la gestación, con el fin de reducir los niveles de anemia en las gestantes.

SEGUNDA: Al jefe de obstetras del Puesto de Salud Santa Catalina, se recomienda, implementar actividades educativas, en las instituciones aliadas, brindándoles la información de los factores sociodemográficos que se asocian a la anemia ferropénica la misma que se tiene que acompañar de suplementos vitamínicos que previenen de la anemia.

TERCERA: Al jefe de obstetras del Puesto de Salud Santa Catalina se le recomienda, dar orientaciones mediante medios radiales, televisivos y redes sociales, sobre las medidas de prevención de la anemia en el embarazo, en las atenciones prenatales tempranas y frecuentes, dando a conocer el riesgo que presentan al tener varios partos en periodos intergenésicos cortos.

CUARTA: Al grupo de obstetras del puesto de salud santa catalina, realizar atenciones integrales a la población, dándoles a conocer los factores patológicos que se asocian a la anemia como es la hemorragia en el 1er y 2do trimestre, como también las infecciones de las vías urinarias, para poder identificar alteraciones en sus valores normales



de hemoglobina, con la ayuda de material impreso como folletos y trípticos

QUINTA: Al obstetra encargado de la Promoción de Salud en Obstetricia, realizar sesiones demostrativas sobre la preparación adecuada de alimentos ricos en hierro como la sangrecita, bazo, hígado, y verduras verdes, con la finalidad de disminuir el número de gestantes con anemia ferropénica.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud. <https://www.who.int>. [Online]. [cited 2024 08 14]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.4>.
2. Lara F. <https://www.msdmanuals.com>. [Online]. [cited 2024 09 02]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>.
3. Ramírez F, López J. Prevalencia de anemia en embarazadas atendidas en un hospital de segundo nivel en Tabasco. México. 2020. Revista Salud en Tabasco. 2020 setiembre - diciembre; 26(3).
4. Morales M. Factores socioculturales y gineco obstétricos asociados a la anemia en gestantes del tercer trimestre en el Puesto de Salud "El Papayo" Tambogrande. Piura, 2016-2020.. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porras. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/12486>, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2023.
5. Mamami J. Anemia gestacional como factor de riesgo en el bajo peso al nacer en neonatos a término en el Hospital Carlos Monje Medrano 2021. Tesis. Puno: Universidad Nacional del Altiplano <https://tesis.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/2039>, Facultad de medicina Humana; 2023.
6. Organización mundial de la Salud. <https://www.who.int>. [Online].; 2023 [cited 2024 08 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>.
7. Minsa Instituto Nacional de Salud. <https://anemia.ins.gob.pe>. [Online]. [cited 2024 08 26]. Available from: <https://anemia.ins.gob.pe/situacion-actual-en-el-pais>.
8. Medina P, Lazarte S. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en la maternidad provincial de Catamarca. Argentina 2019. Revista Hematología. <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/84/233>. 2019; 23(2).



9. Murillo A, Baque G. Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. Ecuador 2021.. Revista Dominio de las ciencias. 2021 Julio setiembre; 7(3).
10. Hierrezuelo N, Jhonson S, Hernández A, Rodriguez F, Cordovi MNN. Factores predictivos de anemia en gestantes de un área de salud. Revista Archivo Médico Camagüey. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9681/4728>. 2023; 27(9).
11. Shaman T, Mejía F, Garcia A, Vizuet I, Gómez I, Martínez J, et al. Comportamiento y factores asociados con la anemia en mujeres mexicanas en edad fértil. Ensanut 2018- 2019.. Revista Salud Pública de Mexico.. 2020 noviembre diciembre; 62(6).
12. Balvoa M. Prevalencia de anemia y factores asociados en embarazadas que asistieron al centro de salud tipo c Nabón, período enero diciembre 2020. Tesis. Cuenca Ecuador: Universidad de Cuenca. <https://dspace-test.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/40058/1/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>, Facultad de Ciencias Médicas; 2022.
13. Alcántara D. Factores asociados a la anemia ferropénica en gestantes atendidas en el centro de salud de Subtanjalla en el periodo de febrero junio del 2021. Tesis. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga. <https://repositorio.unica.edu.pe/items/0a172c90-6c98-4ae3-bc8d-24df8a6fa530>, Facultad de Obstetricia; 2022.
14. Alarcón U, Huaña K. Factores asociados a la anemia ferropénica en gestantes del tercer trimestre, del Hospital de Apoyo de Huanta. enero-marzo 2019. Ayacucho. 2019. Tesis. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristibal de Huamanga <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/726e4314-f73a-44df-93a2-89d375bc8d09>, Facultad de ciencias de la Salud; 2019.
15. Eras J. Factores asociados a la anemia en gestantes del Establecimiento de Salud I-4 "Progreso".. Tesis. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud; 2024.



16. Asián P. Factores maternos asociados a anemia gestacional en población alto-andina del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio diciembre 2019.. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2020.
17. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas del Hospital San José. Lima 2020.. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020 febrero - junio; 9(2).
18. Carrión G. Factores asociados a la anemia ferropénica en gestantes atendidas del Centro de Salud San Jeronimo año, 2022. tesis. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de ciencias de la Salud; 2024.
19. Quispe P. Anemia en el tercer trimestre asociada a complicaciones maternas y perinatales de la gestación en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca del año 2020. Tesis. Lima: Universidad Privada San Juna Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
20. Cerna C, Galan C. Factores asociados a la anemia ferropénica en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita Lima, 2023. Tesis. Huancayo: Universidad Roosevelt, Facultad de ciencias de la Salud; 2024.
21. Churata L, Quispe L. Características de las gestantes con anemia ferropénica y su relación con el peso al nacer en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2022 Puno. Tesis. Ica: Universidad Autónoma de Ica, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.
22. Ccama Y, Machaca K. Factores asociados a anemia en gestantes controladas en el Centro de Salud Vallecito, Puno 2022. Tesis. Huancayo: Universidad Roosevelt
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6618689>,
Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
23. Flores S. Factores de la anemia en gestantes son nutricionales, individuales y obstétricos, se asocian al peso del recién nacido en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca 2022.. Tesis. Huancayo: Universidad Franklin, Facultad de ciencias de la Salud; 2022.



24. Chuquimamani D, Sancho M. Complicaciones materno fetales en pacientes anémicas Centro de Salud Revolución Juliaca julio diciembre 2022. Tesis. Juliaca: Universidad Roosevelt, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
25. Organización mundial de la Salud. <http://www.who.int>. [Online].; 2018 [cited 2018 07 26]. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
26. <https://www.ecured.cu>. [Online].; lunes, 30 de julio de 2018 [cited 2018 07 30]. Available from: https://www.ecured.cu/Factores_de_riesgo_gestacionales.
27. Definición.. <https://definicion.de>. [Online]. [cited 2024 08 15]. Available from: <https://definicion.de/sociodemografico/>.
28. Diccionario de leyes. <https://espanol.thelawdictionary.org>. [Online].; 2023 [cited 2018 11 24]. Available from: <https://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>.
29. Cultura recreación. <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co>. [Online].; 2020 [cited 2023 07 02]. Available from: <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/areas-de-trabajo/practicas-culturales/grupos-etarios#:~:text=Los%20sectores%20etarios%20est%C3%A1n%20determinados,y%20envejecemos%20de%20manera%20similar>.
30. Concepto. <https://concepto.de>. [Online].; 2020 [cited 2023 07 01]. Available from: <https://concepto.de/grupo-etario/>.
31. Definición. <https://definicion.de/procedencia/>. [Online].; 2018 [cited 2018 07 23]. Available from: <https://definicion.de/procedencia/>.
32. Padilla A. Síntesis de revisión bibliográfica sobre la concepción y definición de lo rural y lo urbano; 2019.
33. Euskadi. <https://www.euskadi.eus>. [Online].; 2021 [cited 2020 12 12]. Available from: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf.
34. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com>. [Online]. [cited 2022 11 11]. Available from: <https://www.elsevier.com/es->



es/connect/medicina/valoracion-inicial-de-la-gestacion.-concepto-de-alto-riesgo-en-

obstetricia#:~:text=Son%20factores%20de%20riesgo%20obst%C3%A9trico,morbimortalidad%20tanto%20materna%20como%20fetal.

35. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud Para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural Lima: Minsa; 2016.
36. MINSA Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud. Atención y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio Lima; 2019.
37. Ministerio de Salud del Peru. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 1501332004-5410 HeeDLN, editor. Lima: ISNB 9972-851-13-3; 2004.
38. Minsa. Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe>. [Online]. [cited 2023 06 09]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319-1.pdf>.
39. Gustavo J. Obstetricia Moderna. Tercera Edición ed. ISBN 9803730169 9, editor.: McGraw-Hill; 2019.
40. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2015.
41. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://dsp.facmed.unam.mx>. [Online]. [cited 2024 08 01]. Available from: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Presentacion-3.1.pdf>.
42. Díaz E. Factores de Riesgo Maternos asociados al Bajo Peso del Recién Nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017. [Online].; 2018 [cited 2018 07 14]. Available from: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1726>.
43. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 23rd ed. S.A. MHI, editor. Mexico: Mexinana; 2010.
44. Salvador Z. <https://www.reproduccionasistida.org>. [Online].; 02/11/2017 [cited 2018 07 23]. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/tipos-aborto-espontaneo/>.



45. Bajo J, al e. Fundamentos de Obstetricia SEGO. 181992007th ed. 978-84-690-5397-3 ISBN:; editor. Madrid; 2017.
46. Moldenhauer J. Exceso de sangrado uterino en el parto. Manual MSD. 2020 Enero; <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/exceso-de-sangrado-uterino-en-el-parto#:~:text=Por%20lo%20general%2C%20la%20mujer,vasos%20hasta%20que%20puedan%20curar.>
47. Aller J, Pages G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición ed. ISBN 9803730169 9, editor.: McGraw-Hill; 2019.
48. Jaime J, Gómez D. Hematología La sangre y sus enfermedades. Segunda ed. Mexico: Mc Graw Hi; 2009.
49. Ministerio de Salud. NTS N° 243 -MINSa/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas,. Lima Perú: Ministerio de Salud; 2024.
50. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe>. [Online]. [cited 2024 08 01. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>.
51. ww.google.com. <tps://www.google.com>. [Online]. [cited 2024 07 30. Available from.
52. repository.ucc.edu.co. [Online].; 2021 [cited 2024 06 6. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/4479b5bf-cf8a-4784-8aed-e3a1b76ca9b4/content>.
53. <s://www.cdc.gov/uti/es/about/informacion-basica-sobre-las-infecciones-urinarias.html#:~:text=Las%20i>. [Online]. [cited 2023 08 07. Available from: <s://www.cdc.gov/uti/es/about/informacion-basica-sobre-las-infecciones-urinarias.html#:~:text=Las%20infecciones%20urinarias%20son%20infecciones,la%20vejiga%20y%20la%20uretra>.
54. Intep. <https://www.intep.edu.co/>. [Online]. [cited 2024 07 15. Available from: https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf.



55. Baena G. Metodología de la investigación. Primera Edición ed. Mexico D.F.: Grupo Patria; 2014.
56. Hernández R, Mendoza C. Metodologia de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Primera edición ed. mexico.: Mc Graw Hill ; 2018.
57. Supo J. Niveles de Investigación. [Online].; 2014 [cited 2016 mayo 24. Available from: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.
58. Sisinternational. <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>. [Online]. [cited 2021 10 02. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
59. Significados. <https://www.significados.com>. [Online]. [cited 2023 04 21. Available from: <https://www.significados.com/metodo-cientifico/>.
60. Behar D. Metodología de la investigación. Rubeira A. ed.: Shalom; 2018.
61. Hernández-Sampiere R. Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. 18th ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2018.
62. Tania P. La complejidad del análisis documental. Información, cultura y sociedad. 2019 junio; 16.
63. Dzib A. www.questionpro.com. [Online]. [cited 2021 11 25. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/instrumentos-para-recopilar-informacion/>.



ANEXOS



ANEXO N° 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plintergenesico	Gestación	Hem. 1er. trimestre	Hem. 2do. trimestre	ITU	Anemia
1	Adolescentes <18	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7
2	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9
3	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
4	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
5	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
6	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9
7	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
8	Adolescentes <18	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
9	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
10	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9
11	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
12	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
13	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7
14	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación múltiple	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.!
15	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación múltiple	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
16	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
17	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
18	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7
19	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9
20	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
21	Jóvenes 19 a 30	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7
22	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ACTIVADO



*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plintergenesico	Gestación	Hem.1er.t trimestre	Hem.2do. trimestre	ITU	Anemia
23	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
24	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
25	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
26	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.!
27	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
28	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.!
29	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
30	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9.!
31	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
32	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.!
33	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.!
34	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.!
35	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
36	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
37	Adolescentes <18	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.!
38	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.!
39	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9.!
40	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
41	Adolescentes <18	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7.!
42	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.!
43	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
44	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo. Usado: ACTIVADO



*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plintergenesico	Gestación	Hem. 1er. trimestre	Hem. 2do. trimestre	ITU	Anemia
45	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
46	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.0
47	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.0
48	Adolescentes <18	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.0
49	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
50	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9.0
51	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
52	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.0
53	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
54	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.0
55	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
56	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.0
57	Adolescentes <18	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.0
58	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
59	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9.0
60	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.0
61	Adolescentes <18	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
62	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.0
63	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.0
64	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
65	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.0
66	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.0

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo. Unidad: ACTIVADO



*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plntergenesico	Gestación	Hem.1er.t rimestre	Hem.2do. trimestre	ITU	Anemia
67	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
68	Adolescentes <18	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
69	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
70	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9
71	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
72	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
73	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7
74	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.!
75	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
76	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
77	Adolescentes <18	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9
78	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7
79	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9
80	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
81	Adolescentes <18	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7
82	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9
83	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
84	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
85	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.!
86	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9
87	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.!
88	Adolescentes <18	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ACTIVADO



*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

76 : Anemia 1 Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plntergenesico	Gestación	Hem.1er.t rimestre	Hem.2do. trimestre	ITU	Anemia
89	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
90	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9.9
91	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
92	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.9
93	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
94	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.9
95	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
96	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
97	Adolescentes <18	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.9
98	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
99	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9.9
100	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
101	Adolescentes <18	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
102	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.9
103	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
104	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
105	Adultas 30 a más	Rural	Superior	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
106	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Moderada 7.0 a 9.9
107	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
108	Adolescentes <18	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.9
109	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
110	Adultas 30 a más	Rural	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	No presentó	Moderada 7.0 a 9.9

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ACTIVADO



*BASE DE DATOS DE MIREYA HUAMANI CAMPOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

76 : Anemia 1 Visible: 11 de 11 variables

	Etareo	Procedencia	Instrucción	IAPN	APN	Plntergenesico	Gestación	Hem.1er.t rimestre	Hem.2do. trimestre	ITU	Anemia
111	Jóvenes 19 a 30	Urbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	No presentó	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
112	Jóvenes 19 a 30	Rural	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	No presentó	Desprendi...	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.9
113	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Temprano, antes de la 14 semana	Ausentes	Corto	Gestación única	No presentó	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
114	Jóvenes 19 a 30	Rural	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Adecuado	Gestación múltiple	Amenaza ...	Desprendi...	No presentó	Leve 10.0 a 10.9
115	Adultas 30 a más	Urbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Ausentes	Prolongado	Gestación múltiple	Amenaza ...	Placenta p...	Pielonefritis	Leve 10.0 a 10.9
116	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	Desprendi...	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
117	Adolescentes <18	Periurbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Corto	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Moderada 7.0 a 9.9
118	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Primaria	Tardío, después de la 14 semana	Controlada...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Pielonefritis	Severa menor a 7.0
119	Adultas 30 a más	Urbano	Secundaria	Temprano, antes de la 14 semana	No control...	Prolongado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	No presentó	Moderada 7.0 a 9.9
120	Jóvenes 19 a 30	Periurbano	Secundaria	Tardío, después de la 14 semana	No control...	Adecuado	Gestación única	Amenaza ...	No presentó	Cistitis	Leve 10.0 a 10.9
121											
122											
123											
124											
125											
126											
127											
128											
129											
130											
131											
132											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicon: ACTIVADO



ANEXO Nº 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024

PLANTEAMIENTO	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
PG ¿ Cuáles son los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina Juliaca 2024?	OG. Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina Juliaca 2024	HG. Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina Juliaca 2024	V1. Factores	Sociodemográficos	Grupo etéreo	Enfoque: cuantitativo Diseño de la investigación: no experimental Población:175 Muestra:120
					Procedencia	
PE1 ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina? PE2 ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el	OE1 Establecer los factores sociodemográficos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. OE2 Especificar los factores obstétricos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina. OE3 Identificar los factores patológicos	HE1 Los factores sociodemográficos como son grupo etéreo, procedencia, grado de instrucción; se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina. HE2 Los factores obstétricos como son: inicio de las atenciones prenatales, atenciones prenatales, periodo		Obstétricos	Grado de instrucción	
					Inicio de las atenciones prenatales	
					Atenciones prenatales	
					Periodo intergenésico	
				Patológicos	Tipo de gestación	
					Hemorragia 1er trimestre	
					Hemorragia 2do trimestre	
				Infección urinaria		



Puesto de Salud Santa Catalina? PE3 ¿Cuáles son los factores patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina? PE4 ¿Cuál es el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina?	asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina OE4 Conocer el tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional en el Puesto de Salud Santa Catalina	intergenésico, tipo de gestaciones se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina HE3 Los factores patológicos como son. hemorragia del 1er, 2do trimestre; infecciones urinarias, se asocian a la anemia ferropénica gestacional en el PS Santa Catalina HE4 El tipo más frecuente de anemia ferropénica gestacional es el leve, en el PS Santa Catalina	V2. Anemia ferropénica gestacional	Tipos de anemia ferropénica gestacional	Leve 10.0 a 10.9	
					Moderada 7.0 a 9.9	
					Severa menor a 7-0	



ANEXO N° 3 INSTRUMENTO:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Factores

1.1. Factores sociodemográficos

1.1.1. Grupo etareo

- Adolescentes menores de 18 ☐
- Jóvenes 19 a 30 ☐
- Adultas mayores de 30 ☐

1.1.2. Procedencia

- Rural ☐
- Urbana ☐
- Periurbana ☐

1.1.3. Grado de instrucción

- Primaria ☐
- Secundaria ☐
- Superior ☐

1.2. Factores Obstétricos

1.2.1. Atenciones prenatales

- Ausentes ☐
- Controlada mayor a 6 ☐
- No controlada menor a 6 ☐

1.2.2. Inicio de las atenciones prenatales

- Temprano antes de la 14 sem ☐
- Tardío, después de la 14 sem ☐

1.2.3. Periodo intergenésico

- Corto menor a 18 sem ☐
- Adecuado mayor a 24 sem ☐
- Prolongado mayor a 60 sem ☐

1.2.4. Tipo de gestación

- Única ☐
- Múltiple ☐

1.3. Factores patológicos

1.3.1. Hemorragia del 1er trimestre

- Amenaza de aborto ☐
- Embarazo ectópico ☐
- No presentó ☐



1.3.2. Hemorragia del 2do trimestre

- Placenta previa ☐
- Desprendimiento PP ☐
- No presentó ☐

1.3.3. Infección urinaria

- Cistitis ☐
- Pielonefritis ☐
- No presentó ☐

2. Anemia ferropénica gestacional

- Leve 10.0 a 10.9 ☐
- Moderada 7.0 a 9.9 ☐
- Severa menor a 7.0 ☐

ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Edith Wagnolia Senty Cardova
- 1.2 Grado académico: Superior
- 1.3 Cargo e institución donde labora: obstetra P.S. Santa Catalina
- 1.4 Título de la investigación: Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de salud Santa Catalina Juliaca 2024
- 1.5 Autor del instrumento: Bach MIREYA HUAMAN CAMPOS
- 1.6 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-30%	Regular 31-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					90
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pruebas en la investigación y construcción de teorías.					90
TOTAL						900

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

18

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha: 08-05-2025 JULIACA - PUNO

Firma y Postfirma del experto

DNI: 02429427

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
ESCALANTE COILA MARISOL SANDRO
- 1.2 Grado académico:
SUPERIOR COMPLETA
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
OBSTETRA - CENTRO DE SALUD TORRE CHAVEZ
- 1.4 Título de la investigación: Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de salud santa Catalina Juliaca 2024
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach MIREYA HUAMAN CAMPOS
- 1.6 Nombre del instrumento:
Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					40
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					90
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90
TOTAL						900

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

18

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha: 13-05-2025 JULIACA


Marisol S. Escalante Coila
OBSTETRA

Firma y Posfirma del experto

DNI: 41129141



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto:
ZCA WILSON MARISEL ROSAÑA
- 1.2 Grado académico:
SUPERIOR
- 1.3 Cargo e institución donde labora:
PS I-3 SANITARIA CATALINA OBSTETRA
- 1.4 Título de la investigación: Factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos asociados a la anemia ferropénica gestacional en el Puesto de salud Santa Catalina Juliaca 2024
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach MIREYA HUAMANI CAMPOS
- 1.6 Nombre del instrumento:
Ficha de recolección de datos

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					90
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
10. CONVENIENCIA	Genera nuevos puntos en la investigación y construcción de teorías.					90
TOTAL						900

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.20):

18

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lugar y fecha: JULIACA - 12-05-2023

Firma y Posfirma del experto

DNI: 40424553



ANEXO N° 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITUD: AUTORIZACIÓN PARA PODER EJECUTAR MI PROYECTO DE TESIS

DRA. CALLISAYA CHOQUE MARISABEL

JEFA DEL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA

Yo **MIREYA HUAMANI CAMPOS** identificada con DNI N°.78375678 con domicilio en **URB. SARA MUCRA DISTRITO DE SAN MIGUEL** ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **OBSTETRICIA** de la universidad **ANDINA NÉSTOR CASERES VELÁSQUEZ**, decidí elaborar mi proyecto de tesis denominado **"FACTORES SOCIODEMÒGRAFICOS, OBSTÈTRICOS Y PATOLÒGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPENICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024"** para optar el título de **OBSTETRA**. Por lo cual solicito que se me brinde las facilidades del caso para el cumplimiento de dicha investigación y poder recabar los datos necesarios.

POR LO EXPUESTO

ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y necesaria

Juliaca, 02 de setiembre del 2024

MIREYA HUAMANI CAMPOS
DNI N°.78375678



Marisabel Callisaya Choque
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CMP: 75954 RNE. 46374

SOLICITUD ACEPTADA

ANEXO N° 6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 11/05/2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MIREYA HUAMANI CAMPOS

Dirección: Urb. Sara Mucra Mz. L Lt.3

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 78375678

Teléfono: 916971723

email: mireyahc22@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____

email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐

Tesis ☒

Trabajo de Suficiencia Profesional ☐

Trabajo Académico ☐

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA
FERROPÉNICA GESTACIONAL EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CATALINA JULIACA 2024**

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos anemia ferropénica.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional Nacional

☐

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P06

Firma de Autor



huella digital

11 de mayo del 2026

Fecha