



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



ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO 2024

TESIS PRESENTADA POR
Bach. FERNANDO CRISTHIAN JIMÉNEZ CARRASCO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO

2024

TESIS PRESENTADA POR
Bach. FERNANDO CRISTHIAN JIMENEZ CARRASCO
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO
APROBADA POR:

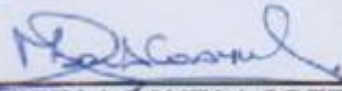
PRESIDENTE DEL JURADO :


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO :


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO :


Dra. MARIA ANTONIETA LÓAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS :


Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA P – 09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 233-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 28 de abril del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-661 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 ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Titulos 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 Titulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** del (ta) bachiller: **JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- Presidente : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- 1er. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- 2do. Miembro : M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ

- Asesor (a) : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

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

DIA : LUNES 05 DE MAYO DEL 2025
 HORA : 14:00 HORAS
 LOCAL : Salón de Grados 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 Medicina Humana la Comisión de Grados y Titulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
 [Signature]
 Dra. Gabriela Betty Arias Luque
 DECANA (a)
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025/1

**RESOLUCIÓN DECANAL N°016-2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 08 de enero del 2025

VISTOS:

El Informe N° 002-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 08 de enero del egresado (a) **JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024** conducente para optar el título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

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** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

- * **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno 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 N° 24661 y el estatuto de la UANCV, La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO - APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Con la Tesis Titulado **ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024** correspondiente a la Línea de investigación **MEDICINA HUMANA P -09**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP. Medicina Humana secretaria Académica, Archivo.



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1006 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 068-2024-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 05 de agosto de la E.P. de Medicina Humana, folio 0000032;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

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 : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- * 2do. Miembro : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 283 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-NAR. D.L. N° 739 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) **JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 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 Mgtr. **SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

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 Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP. OBSTETRIA Archivo



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



15% 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)

Exclusiones

- ▶ N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 14%  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



Título de la tesis	
ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	FERNANDO CRISTHIAN JIMÉNEZ CARRASCO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72177094
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-4181-7332
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02379055
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7050-4608
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Línea de investigación	MEDICINA HUMANA P – 09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: puno</p> <p>Provincia: San Román</p> <p>Distrito: Juliaca</p> <p>Coordenadas:</p> <p>Latitud: -15.481872545386112</p> <p>Longitud: -70.12057837476625</p> <p>https://maps.app.goo.gl/WQCGFZsBoaYV2RNn7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2024 – Mayo 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Obstetricia, Ginecología</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Medicina clínica</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p>

UNIVERSIDAD ANTONIO NESSOR CACERES VELAZQUEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
 Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora
 DIRECTORA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Fernando Cristhian Jiménez Carrasco, identificado con DNI Nro. 72177094 en mi condición de egresado de:

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

Medicina Humana

informo que he elaborado el/a Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024

Asesorado por: Mgstr. SANTIAGO CRISTÓBAL QUISPE PARI

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 _____ de _____ del 2025

Firma del Asesor (obligatoria)

FIRMA (obligatoria)



huella



DEDICATORIA

A mis queridos tíos, por su inquebrantable apoyo, consejo y amor. Ustedes han sido una fuente constante de inspiración, gracias por creer en mí y ser pilares fundamentales en mi vida. A mi hermana, mi amiga y guía. Gracias por tus palabras de aliento y por ser el refugio en los momentos difíciles. Tu apoyo constante, consejos y fe en mi han sido el motor que me impulso a superar cada obstáculo.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por brindarme una formación académica excelente y por el apoyo incondicional recibido a lo largo de mi trayectoria como estudiante. Gracias a su compromiso con la educación y la investigación, he tenido la oportunidad de crecer personal y profesionalmente. A los docentes que me guiaron con paciencia y dedicación durante este proceso, aportando su valioso conocimiento y motivándome a alcanzar mis metas. Al Hospital Carlos Monge Medrano, institución que me permitió llevar a cabo parte fundamental de esta investigación. Agradezco a su equipo médico, administrativo y a todos los profesionales que, con su experiencia y disposición, hicieron posible el desarrollo de este proyecto.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLASviii

RESUMEN..... x

ABSTRACT xi

INTRODUCCIÓNxii

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3

 1.2.1. Problema general 3

 1.2.2. Problemas específicos..... 3

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 4

 1.3.1. Justificacion teórica 11

 1.3.2. Justificacion practica 11

 1.3.3. Justificacion metodológica 11

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 5

 1.4.1. Objetivo general..... 5

 1.4.2. Objetivos específicos..... 5

1.5. HIPÓTESIS 5

 1.5.1. Hipotesis de general 5

 1.5.2. Hipótesis específicas 5

1.6. VARIABLES 6



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 7

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO8

2.1. ANTECEDENTES 8

 2.1.1. A Nivel Internacional 8

 2.1.2. A Nivel Nacional 9

 2.1.3. A Nivel Regional 10

2.2. MARCO TEÓRICO..... 11

2.3. MARCO CONCEPTUAL 13

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 14

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 14

3.3. MÉTODO APLICADO 14

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 15

 3.4.1. Poblacion 32

 3.4.2. Muestra 32

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO 15

 3.5.1. Técnica: 15

 3.5.2. Instrumento: 15

3.6. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 15

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 17

 3.7.1 Validez 26

 3.7.2 Confiabilidad 27



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN. 18

CONCLUSIONES 49

RECOMENDACIONES 51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 52

ANEXOS 59

ANEXO N.º 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... 60

ANEXO N.º 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA..... 66

ANEXO N.º 3 INSTRUMENTO..... 68

ANEXO N.º 4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO 69

ANEXO N.º 5 AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 75



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Rango etario vinculado con la edad gestacional de alumbramiento antes de termino, HCMM.	20
Tabla 2. Situacion familiar vinculada con la edad gestacional de alumbramiento antes de termino, HCMM.	23
Tabla 3. Preparacion academica vinculada con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	26
Tabla 4. Asentamiento vinculado con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	29
Tabla 5. Condicion obstetrica vinculada con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	32
Tabla 6. Intervalo interembarazo vinculado con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	35
Tabla 7. Atención prenatal vinculada con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM	38
Tabla 8. Preeclampsia vinculada con la edad gestacional de alumbramientos antes de término, HCMM.	41
Tabla 9. Severidad anemica vinculada con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	44
Tabla 10. Proporción de nacimientos prematuros según etapa gestacional, HCMM.	47



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Rango etario vinculado con la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	21
Figura 2. Situacion familiar vinculada a la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	24
Figura 3. Preparacion academica vinculada a la edad gestacional de alumbramiento antes de término en el HCMM.	27
Figura 4. Procedencia manterna vinculada a la edad gestacional del alumbramiento antes de término, HCMM.	30
Figura 5. Condicion obstetrica vinculada a la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	33
Figura 6. Intervalo interembarazo vinculado a la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	36
Figura 7. Atención prenatal vinculada a la edad gestacional de alumbramientos antes de término, HCMM.	39
Figura 8. Preeclampsia vinculada a la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	42
Figura 9. Severidad anemica vinculada a la edad gestacional de alumbramiento antes de término, HCMM.	45
Figura 10. Proporción de nacimientos prematuros según etapa gestacional, HCMM..	48



RESUMEN

El estudio "Anemia en el tercer trimestre de embarazo asociada al factor de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024" estudio el nexo entre la anemia en el último trimestre de gestación y la incidencia de alumbramientos antes de término. **Objetivo:** analizar la asociación entre la anemia gestacional tardía el riesgo de nacimiento prematuro en el HCMM, 2024. **Material y Método:** Se desarrollo un estudio no experimental de tipo relacional y transversal, con revisión retrospectiva de datos. La muestra integro 297 gestantes, y los resultados s e evaluaron aplicando la prueba de Chi-cuadrado con significancia estadística menor a $p < 0,05$. **Resultados:** El 64% de las gestantes presentó anemia, clasificada en leve (35%), moderada (26,9%) y severa (2%). Los casos con mayor gravedad mostraron una tendencia elevada hacia el parto prematuro extremo (50%). El 57,9 % de las gestantes registro menos de seis controles prenatales y aquellas con secundaria incompleta predominaban (56,2%). Los partos pretérmino se distribuyeron como moderados a tardíos (49,5%), muy prematuros (41,1%) y extremos (9,4%). **Conclusión:** Cuando la anemia ocurre en el último trimestre tiende a favorecer el nacimiento prematuro y su efecto se intensifica en los casos más graves anemia en el último trimestre es una circunstancia que favorece el alumbramiento antes de término, con un impacto creciente según la severidad. Es prioritario optimizar la atención prenatal y abordar de manera temprana la anemia, a fin de reducir riesgos para la madre y el recién nacido.

Palabras clave: Anemia tercer trimestre, factores de riesgo, parto prematuro.



ABSTRACT

The study "**Anemia in the Third Trimester of Pregnancy Associated with the Risk Factor of Preterm Birth at Carlos Monge Medrano Hospital, 2024**" examined the link between anemia in the last trimester of gestation and the incidence of preterm deliveries. **Objective:** To analyze the association between late gestational anemia and the risk of premature birth at Carlos Monge Medrano Hospital (HCMM), 2024. **Materials and Methods:** A non-experimental, relational, and cross-sectional study was conducted with a retrospective data review. The sample included 297 pregnant women, and the results were evaluated using the Chi-square test with a statistical significance level of $p < 0.05$. **Results:** A total of 64% of the pregnant women presented anemia, classified as mild (35%), moderate (26.9%), and severe (2%). The most severe cases showed a higher tendency toward extreme preterm birth (50%). Among the participants, 57.9% had fewer than six prenatal checkups, and those with incomplete secondary education predominated (56.2%). Preterm births were distributed as moderate to late (49.5%), very preterm (41.1%), and extreme (9.4%). **Conclusion:** When anemia occurs during the last trimester, it tends to favor premature delivery, and its effect intensifies in more severe cases. Anemia in the final trimester represents a condition that contributes to preterm birth, with an increasing impact according to its severity. It is a priority to optimize prenatal care and provide early management of anemia to reduce health risks for both mother and newborn.

.

Keywords: Third-trimester anemia, risk factors, preterm birth.



INTRODUCCIÓN

Mundialmente, la anemia representa una de las principales condiciones de salud, presente en alrededor del 25 % de la población. En torno al alumbramiento antes de término, varía entre el 5% y 18%, representando aproximadamente la mitad de las muertes neonatales (4,8,14).

En el contexto peruano, la anemia durante el embarazo afecta aproximadamente al 25,8% de las gestantes, presentando cifras aún mayores en departamentos como Huancavelica (45,5%) y Puno (42,8%) (5,35). Además, en 2021, el 6,79% de los nacimientos a nivel nacional correspondieron a partos prematuros, mientras que para 2024 se estima que el 23,5% de los nacimientos regionales se clasifiquen como prematuros (4,11).

Esta tesis se compone de: Primer capítulo, describe el problema, los objetivos y la hipótesis de investigación, evaluados mediante la prueba de Chi cuadrado. Segundo capítulo, muestra antecedentes, marco conceptual y teórico. Tercer capítulo, desarrolla el método de investigación y variables estudiadas. Cuarto capítulo, revela resultados y la discusión, complementados con diagramas y tablas, para luego exponer las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Mundialmente, la anemia constituye una de las afecciones que más afecta la salud pública, que más afecta la salud pública mundialmente, afectando aproximadamente a una cuarta parte de la población. Se estima que más de 800 millones de niños y mujeres presentan esta condición, siendo las mujeres particularmente vulnerables debido a las pérdidas sanguíneas asociadas a la menstruación y a las demandas metabólicas cuando se está gestando. La presencia de anemia en embarazadas es vinculada con mayor probabilidad de desenlaces nocivos, entre ellos bajo peso del recién nacido, RCIU, alumbramiento antes de término y mayor riesgo de mortalidad perinatal (3,6,9).

La OMS reporta una prevalencia de anemia del 29,9 % en féminas fértiles y del 36,5 % en embarazadas. Durante el embarazo, la prevalencia varía entre 32% y 52% en países en desarrollo, mientras que en naciones desarrolladas se encuentra entre 15% y 23% (3). En la región del sudeste asiático, se estima que alcanza aproximadamente el 48%, contribuyendo a cerca de la



mitad de las muertes maternas mundialmente. Las cifras de anemia son especialmente altas en India 80%, y en África se reportan prevalencias de 57,1% en general, 41% en Etiopía y 45% en Ghana (3,7,8).

En relación con el parto pretérmino (PP), los estudios indican que su incidencia a nivel mundial oscila entre 5% y 18%, mostrando una tendencia al aumento en los últimos años (9). Para 2014, se estimó que se produjeron alrededor de 14,8 millones de nacimientos pretérmino, concentrándose principalmente en Asia y África subsahariana, donde se registró el 10,6% de los casos (9). Se estima que aproximadamente la mitad de estos partos contribuyen a la mortalidad neonatal (9).

A NIVEL NACIONAL

A nivel nacional, la anemia en gestantes afecta aproximadamente al 25,8% de la población, mostrando variaciones según la región. En las regiones, Huancavelica y Puno registran prevalencias elevadas, 45,5% y 42,8%, según corresponda (10). En la ciudad de Lima un estudio identificó una prevalencia del 28,3% relacionando esta condición con diversos factores sociodemográficos tales como la adolescencia, edad materna avanzada, nivel educativo limitado al nivel primario y la ausencia de afiliación a un sistema de salud (10). Asimismo, la prematuridad constituye un problema en aumento nacionalmente. Los reportes epidemiológicos del 2022 evidencian un incremento leve, registrándose 27383 nacimientos prematuros entre enero y octubre. Lo que representa una variación de 0,10 % respecto al año anterior. En este tiempo, los alumbramientos prematuros representaron el



6,89% de la totalidad de bebés vivos, mientras que en el 2021 fueron el 6,79%. (11)

A NIVEL REGIONAL

En el 2022 en el departamento de Puno se reportó un total 18 muertes de nacidos pre termino, de los cuales 4 fueron antes de termino extremo, 7 muy prematuro y 7 antes de termino tardío (22).

En el 2020 en la Provincia de San Román se atendieron 1628 gestantes de las cuales el 32% fueron diagnosticadas con algún grado de anemia. (24)

El enunciado precedente, induce a plantear el problema a partir de la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

PG.- ¿Que vínculo existe entre anemia en el último trimestre de embarazo y la predisposición para un alumbramiento antes de término en las embarazadas tratadas en el HCMM, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

PE1.- ¿Qué vínculo presenta la predisposición del alumbramiento antes de termino y las características de la madre con anemia en el último trimestre tratadas en el HCMM?

PE2.- ¿Qué asociación hay entre la predisposición de un alumbramiento antes de termino con la severidad de la anemia en las embarazadas atendidas en el HCMM?

PE3.- ¿Cuál es la proporción de prematuridad por categoría gestacional en gestantes anémicas del tercer trimestre atendidas en el HCMM?



1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Esta propuesta de investigación se realiza porque, se pretende sugerir a las gestantes que cuiden sus hábitos nutricionales, además de resaltar la relevancia de asistir a sus atenciones prenatales porque así se puede diagnosticar precozmente la anemia logrando evitar complicaciones como el parto pretérmino y no comprometer la morbimortalidad del binomio madre niño.

Esta investigación pretende orientar sobre como la anemia tarde puede complicar el embarazo, no solo con el parto pretérmino sino además afectar a la madre con una anemia puerperal y haciendo llegar al recién nacido pretérmino a la unidad de cuidados intensivos neonatales y por lo tanto no tener un buen alojamiento conjunto madre niño.

La presente propuesta de investigación, tiene la finalidad de cumplir los objetivos formulados, a través del estudio de casos de anemia tardía en pacientes del área Obstétrica que sufrieron alumbramiento antes de termino, en el HCMM. Con el seguimiento exhaustivo de estudio de los resultados de laboratorio, al compilarlos, seleccionaremos los casos por especialidades, por edad de las pacientes, por tiempo de gestación, para otorgar una atención preferente a las mujeres que manifiesten complicaciones en el tercer trimestre del embarazo. La conducta expectante de esta investigación, espera proponer soluciones según los resultados de este estudio, con la finalidad de prevenir la anemia en el tercer trimestre de embarazo y sus complicaciones, parto pre término, entre otros, en salvaguarda de la madre y el producto.



1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

OG. - Determinar el vínculo de la anemia presente el último trimestre y la predisposición de alumbramiento antes de término en embarazadas tratadas en el HCMM, 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1.- Examinar el vínculo de las características maternas junto a la predisposición de alumbramiento antes de término en embarazadas anémicas el último trimestre tratadas en el HCMM.

OE2.- Establecer el vínculo de la severidad de la anemia en el último trimestre junto a la predisposición de alumbramiento antes de término en embarazadas tratadas en el HCMM.

OE3.- Identificar la distribución de la prematuridad en embarazadas anémicas el último trimestre tratadas en el HCMM.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis de general

HG. - Hay asociación estadísticamente significativa entre la presencia de anemia en la etapa final de la gestación y la ocurrencia de alumbramientos prematuros en las pacientes atendidas en el HCMM, 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE1.- Las características maternas están relacionadas al riesgo de prematuridad en gestantes con anemia en el tercer trimestre atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.



HE2.- La severidad de la anemia en el último trimestre está vinculada a la predisposición de alumbramientos antes de termino en embarazadas tratadas en el HCMM.

HE3.- El alumbramiento antes de termino en embarazadas anemicas en el último trimestre tratadas en el HCMM es alumbramiento prematuro tardío.

1.6. VARIABLES

- Variable 1: Anemia en el último trimestre de gestacion
- Variable 2: Aspecto predisponente de alumbramiento antes de término



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1. Anemia en el último trimestre de gestación	1.1. Características maternas	1.1.1. rango etario	a. menor de 18 b. entre 18 a 35 c. mayor a 35	Ordinal
		1.1.2. situación familiar	a. No unida b. casada c. Viuda d. Conviviente	Nominal
		1.1.3. nivel académico	a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Universitaria	Nominal
		1.1.4. asentamiento	a. Rural b. Urbano	Nominal
		1.1.5. Paridad	a. Primí-para b. Multi-para c. Gran múltipara	Nominal
		1.1.6. Periodo intergenésico	a. Corto (<18m) b. Largo (>59m) c. Adecuado	Nominal
		1.1.7. Atención prenatal	a. menos de 6 b. 6 o mas	Nominal
		1.1.8. Antecedentes de preeclampsia	a. Existentes b. Inexistentes	Nominal
	1.2. Severidad de la anemia	1.2.1. Clasificación de la severidad de la anemia	a. Leve b. Moderada c. Severa	Nominal
2. Aspecto predisponente de alumbramiento antes de término		2.1. Prematuridad	a. < 28 ss. Prematuro extremo b. 28 – 32 ss. Muy prematuro c. 32 – 34 ss. Prematuro moderado d. 34 – 37 ss. Prematuro tardío	Nominal



CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A Nivel Internacional

Young (12), en un metaanálisis realizado en Estados Unidos con 148 estudios, estudió la conexión entre la Hg de la madre y las complicaciones en madre e hijo. Se evidenció que tanto la hemoglobina baja (<11 g/dL) como elevada (>13 g/dL) incrementan el riesgo de parto pretérmino, siendo el tercer trimestre el periodo de mayor asociación (OR 1,49; IC 95% 1,30–1,71).

Zhang (13), en un estudio multicéntrico retrospectivo en Shanghái, China, incluyó a 215 254 recién nacidos e identificó una tasa global de nacimientos antes de término equivalente al 8,5 %. La anemia gestacional se identificó como factor de riesgo independiente para prematuridad (OR 1,516; IC 95% 1,341–1,71; $p < 0,001$).

Bryce (14), a través de una revisión sistemática en distintas naciones de nivel económico bajo y medio, identificó 24 factores predisponentes para alumbramiento antes de término. Entre dichos factores, la anemia destacó como el principal elemento asociado con la condición alimenticia materna (OR 1,63; IC 95% 1,33–2,01).



En Irán, Khezri (15) desarrolló una investigación comparativa con una muestra de 801 gestantes, diferenciadas según la presencia o ausencia de anemia. Se observó que la anemia se asoció de manera significativa con el nacimiento prematuro (ORa 2,69; IC 95 %: 1,46–4,95), manteniendo dicha relación luego del ajuste por edad, características obstétricas y comorbilidades.

Barut (16), en Turquía, efectuó un estudio prospectivo con 1186 gestantes. Reportó que la anemia en sus grados más severos se relacionó con hemorragia posparto, necesidad de transfusión y gran predisposición de alumbramiento antes de término (OR 2,50; IC 95% 1,35–4,63), además de bajo peso al nacer y mortinatos.

2.1.2. A Nivel Nacional

Murgia (17), en un estudio retrospectivo en el Hospital Nacional Dos de Mayo (2018–2019), encontró que la anemia eleva la predisposición de nacimiento prematuro en gestantes (OR 2,07; IC 95% 1,07–4,00; $p=0,030$). También se identificaron como factores asociados la infección urinaria y la preeclampsia.

Ore (19), en el Hospital Ramiro Prialé (2020), reportó que el 58% de las pacientes con alumbramiento antes de término eran anémicas (OR 2,68).

Minaya (20), en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (2020–2021), en un estudio comparativo de sujetos con y sin la condición en 240 gestantes. La anemia se asoció significativamente con alumbramientos antes de término (OR 2,24; IC 95% 1,26–3,97; $p=0,006$).



Arcos (21), en el Hospital Barranca–Cajatambo (2020), evaluó 372 gestantes y halló que la anemia representaba una predisposición del 88% para nacimientos prematuros (OR 1,88; IC 95% 1,12–3,16).

Ramos (43), en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (2020), concluyó que, a pesar del frecuente diagnóstico de anemia en gestantes que dieron a luz prematuramente (60%), no resultó estadísticamente significativa ($p>0,05$).

González (44), en el Hospital María Auxiliadora (2019), analizó 205 historias clínicas y encontró que gestantes anemias en los últimos tres meses tienen un vínculo notable para alumbramientos antes de término ($p=0,000$), siendo más común en gestantes adolescentes y con bajo nivel educativo.

2.1.3. A Nivel Regional

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Sotomayor (22) realizó un estudio entre 2019 y 2020, donde se evidenció la relación de varios factores con el nacimiento antes de término, tales como la anemia, la hipertensión durante la gestación, la historia previa de prematuridad y la insuficiencia en el control prenatal.

Mullisaca (23), en el Centro de Salud Chejoña, Puno, reportó que la anemia y el inadecuado número de controles prenatales aumentaban significativamente la probabilidad de complicaciones obstétricas.

Velásquez (24), en el Centro de Salud Capachica, Puno (2020), describió que el 50% de las gestantes presentaron anemia y que esta se



relacionó con complicaciones maternas como depresión posparto e infecciones, así como con efectos adversos neonatales.

Pacori (25), en EsSalud Puno (2020), encontró asociación significativa entre placenta previa y anemia materna. También identificó factores como multiparidad, cesárea previa y corto intervalo intergenésico como determinantes relevantes.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Anemia en el tercer trimestre de gestación

Mientras la gestación produce una expansión del volumen plasmático que ocasiona hemodilución fisiológica, reduciendo los niveles de Hg y Hc en comparación con pacientes que no estaban gestando. En un embarazo único a término, el hematocrito suele descender hasta 34%, y en gestaciones múltiples puede llegar al 30%. De acuerdo con los criterios diagnósticos, se define anemia cuando la Hg es inferior de 11 g/dL o el Hc está por debajo al 33% en los últimos tres meses de embarazo (31,32).

Se estima que hasta un tercio de las gestantes pueden presentar algún grado de anemia en la última etapa del embarazo. La etiología habitual abarca, déficit de hierro y ácido fólico. Factores como el rango etario incrementan la probabilidad de anemia (31,32).

El estado civil también se ha vinculado con complicaciones; las mujeres solteras presentan mayor frecuencia de preeclampsia en comparación con aquellas que conviven o están casadas, el bajo nivel educativo constituye otro determinante, dado que las gestantes con instrucción primaria o sin



estudios presentan mayor prevalencia de anemia por escaso acceso a controles prenatales y a medidas preventivas (10,40).

La multiparidad, los intervalos intergenésicos inadecuados (<18 meses o >60 meses) y los controles prenatales insuficientes son condiciones que presentan cierta afinidad tanto a la anemia como a complicaciones perinatales, entre ellas el parto pretérmino (26,28). Asimismo, los antecedentes de preeclampsia incrementan la probabilidad de recurrencia en embarazos posteriores (27).

La OMS establece como punto referencial para diagnosticar anemia en el embarazo niveles de Hg inferiores a 11 g/dL. Este cuadro, considerado la alteración hematológica más frecuente en gestantes, vinculada a un incremento de muerte perinatal, bajo peso al nacer, RCIU y complicaciones en la madre frente a hemorragias obstétricas (3,5).

La anemia severa produce hipoxia crónica, con activación del eje hipotálamo–hipófisis–suprarrenal y daño placentario, lo cual puede desencadenar parto prematuro. Se estima que hasta un 53% de los casos de prematuridad se vinculan con gestantes anémicas el trimestre final (32). Por el contrario, valores altos de hemoglobina (>13,4 g/dL) también pueden ser perjudiciales, al reducir el flujo útero–placentario por disminución de la biodisponibilidad de óxido nítrico, lo que se traduce en una elevada predisposición de alumbramiento antes de término y RCIU (12).



2.2.2. Alumbramiento antes de término

Se presenta entre las semanas 22 y 37 de gestación, cuando el peso del feto supera los 500 g. Constituye uno de los factores más relevantes que impactan la salud y la supervivencia del recién nacido, dado que los prematuros tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones respiratorias, neurológicas e infecciosas, algunas de las cuales pueden perdurar hasta la edad adulta (28).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Anemia en el embarazo: De acuerdo con el MINSA, en zonas ubicadas a 3400 m s. n. m., se diagnostica anemia cuando la hemoglobina es inferior a 13,4 g/dL. Según este criterio, se clasifica en leve, moderada y severa (38).

Aspecto predisponente: Características o condiciones que intensifican el riesgo de que un individuo desarrolle alguna patología o complicación de salud (40).

Hemoglobina: proteína compuesta por cuatro cadenas de globina unidas a un grupo hemo, cuya función es transportar oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos y favorecer el retorno de dióxido de carbono (41).

Paridad: se refiere al número total de gestaciones que llegan a las 20 semanas de embarazo, sin importar si terminaron en parto o en aborto (40).

Alumbramiento antes de término: Nacimiento ocurrido entre las 21 y 37 ss. de embarazo. Clasificación: prematuro tardío, moderado, muy prematuro y extremo (28).



CAPITULO III

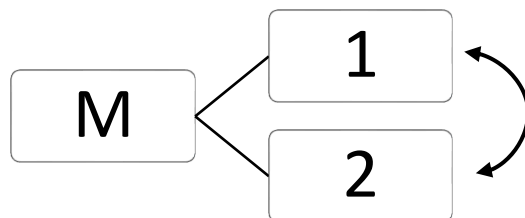
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Básico, relacional, corte transversal y retrospectivo.



Donde:

M: muestra

1: variable 1

2: variable 2

3.3. MÉTODO APLICADO

Hipotético deductivo.



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Se considero 190 gestantes con anemia en el último trimestre que presentaron alumbramiento antes de término tratadas en el departamento de Gineco-Obstetricia del HCMM, 2024.

Muestra

Se incluyeron las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión: mujeres embarazadas diagnosticadas con anemia, en el último trimestre de gestación y con parto antes del término.

Criterios de exclusión: gestantes sin diagnóstico de anemia, fuera del periodo establecido o con parto pretérmino atribuible a causas distintas de la anemia.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.5.1. Técnica:

Análisis documental

3.5.2. Instrumento:

Ficha de recolección de datos

3.6. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se sistematizaron mediante el software SPSS v25. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales, empleando la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables.



3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.7.1. VALIDEZ

Para encontrar alguna relación entre las variables con mayor precisión recurrimos a la prueba de hipótesis de una tabla de contingencia, a través del planteo de sus hipótesis estadísticas:

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

H_0 : En el año 2024, no se encontró asociación entre la anemia durante el tercer trimestre y el parto pretérmino en las pacientes atendidas en el HCMM.

H_1 : En el año 2024, se identificó una asociación entre la anemia durante el tercer trimestre y el parto pretérmino en pacientes atendidas en el HCMM.

Pruebas estadísticas chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,997 ^a	6	,030
Razón de verosimilitud	9,239	6	,161
Asociación lineal entre variable	,706	1	,401
Número de casos válidos	297		

a. El 25,0 % de las celdas (3) presentaron un recuento esperado inferior a 5, siendo el valor mínimo esperado 0,57.

Se rechaza la hipótesis nula, pues la $\chi_c^2 = 13.997$ es mayor que la χ_i^2 para un 95% de confianza, siendo su valor tabular de $\chi_i^2 = 9.2$, evaluados con seis grados de libertad, esto quiere decir que, se evidenció una relación entre la anemia en el último trimestre de embarazo y el alumbramiento antes del término en mujeres atendidas en el HCMM. Infiriendo que a mayor nivel de anemia se espera un tipo de parto prematuro extremo en la mayoría de casos.



3.7.2. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación consiste en que estos instrumentos serán revisados, analizados y se evaluará su utilidad según criterios definidos por especialistas médicos en Gineco - Obstetricia. La validez está basada en los efectos de control del instrumento, por juicio de expertos. La confiabilidad se midió usando alfa de Cronbach obteniendo 0,82, demostrando que el instrumento es confiable.



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

RESULTADOS

El objetivo general de este estudio fue evaluar la relación entre la anemia durante el último trimestre de embarazo y el riesgo de alumbramiento antes del término en gestantes atendidas en el HCMM durante 2024. Los resultados indican que la anemia en el último trimestre de gestación se asocia significativamente con una mayor probabilidad de alumbramiento antes de término en las pacientes atendidas en el HCMM, presentando todos los indicadores valores significativos ($p < 0,05$), lo que permite aceptar la hipótesis planteada.



TABLA 1. RANGO ETARIO VINCULADO A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

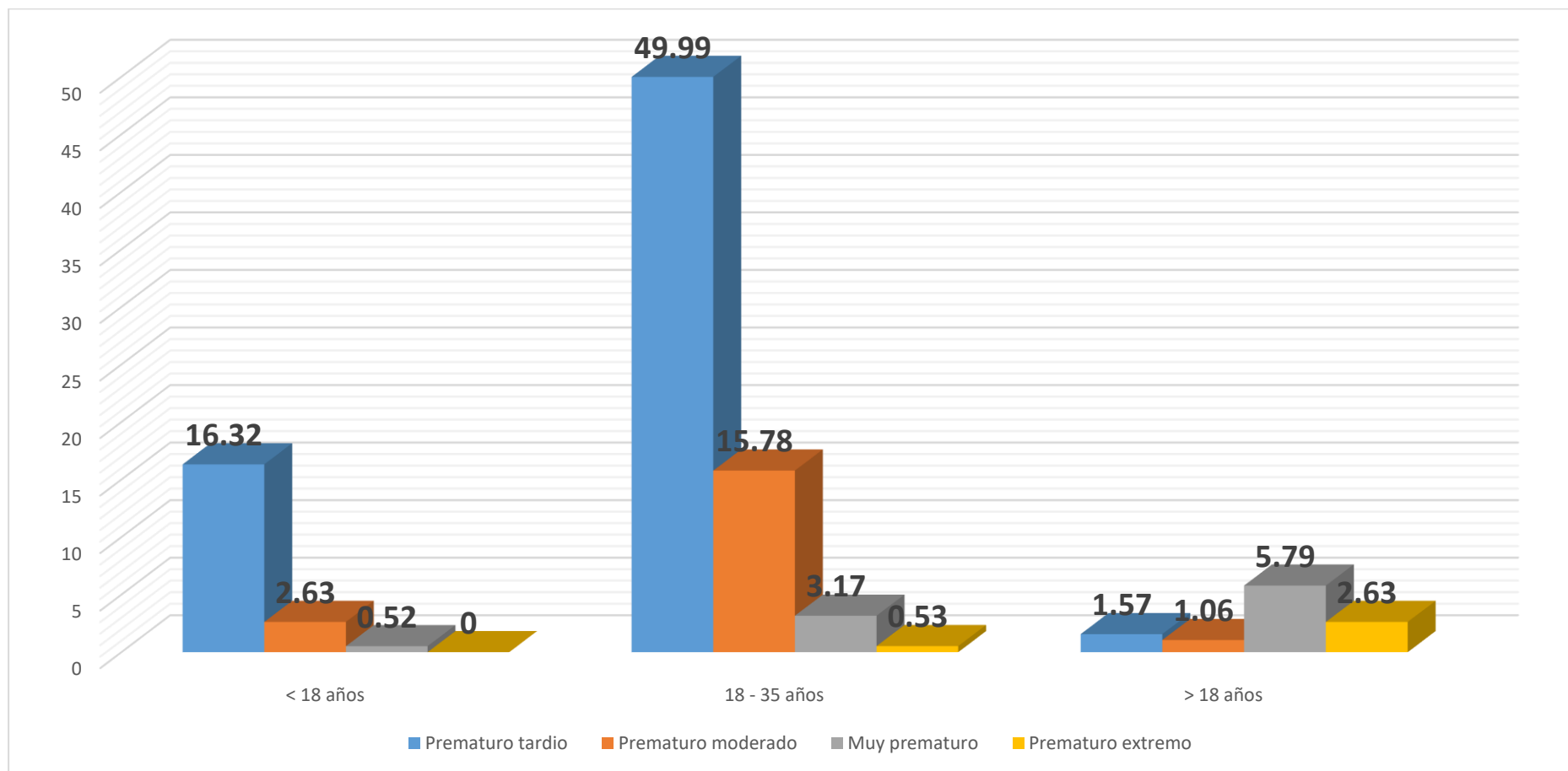
Rango etario	Alumbramiento antes de termino									
	Antes de termino tardío		Antes de termino moderado		Muy prematuro		Antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
< 18	31	16.32	5	2.63	1	0.52	0	0	37	19.48
18 a 35	95	49.99	30	15.78	6	3.17	1	0.53	132	69.47
> 35	3	1.57	2	1.06	11	5.79	5	2.63	21	11.05
Total	129	67.89	37	19.47	18	9.49	6	3.15	190	100

Fuente: Hoja de registro

$X_c^2 = 12,51 < X_t^2 = 15.50$ G.L.= 8 N.S.= 0.05: **SIGNIFICATIVA**



FIGURA 1. EDAD vinculada A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 1



La distribución por rango etario de las pacientes anémicas el último trimestre y su vínculo con el nacimiento antes de término, HCMM, 2024. De un total de 190 participantes, se observó que, entre las 37 gestantes menores de 18 años con anemia, 31 (16,31%) presentaron parto prematuro tardío y 5 (2,63%) prematuro moderado. En el grupo de 132 mujeres de 18 a 35 años, 95 (49,99%) tuvieron parto prematuro tardío, 30 (15,78%) prematuro moderado, 6 (3,17%) muy prematuro y 1 (0,53%) prematuro extremo. Por otra parte, de las 21 gestantes de 35 años o más, 3 (1,57 %) presentaron parto prematuro tardío, 2 (1,06 %) parto prematuro moderado, 11 (5,79 %) muy prematuro y 5 (2,63 %) prematuro extremo.

Los análisis estadísticos realizados mediante SPSS indicaron un coeficiente de Chi cuadrado de 12,51, comparado con el valor crítico de 15,50 para 8 grados de libertad evaluados bajo un nivel de significancia asintótica de 0,05. Dado que la probabilidad observada fue mayor a 0,05, se concluye que la edad de las gestantes con anemia en el último trimestre se asocia de manera significativa con el alumbramiento antes de término.

El estudio evidenció que el grupo de 18 a 35 años concentró la mayor proporción de partos prematuros; sin embargo, esta diferencia no resultó significativa desde el punto de vista estadístico. Khezri et al. (2023), en Irán, reportaron hallazgos similares, observando que la edad de la madre solo mostró mayor influencia en los extremos etarios y no en el rango intermedio. La alta prevalencia observada en las gestantes de edad intermedia podría reflejar más la distribución demográfica local que una relación biológica directa con la prematuridad (15).



TABLA 2. SITUACION FAMILIAR VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

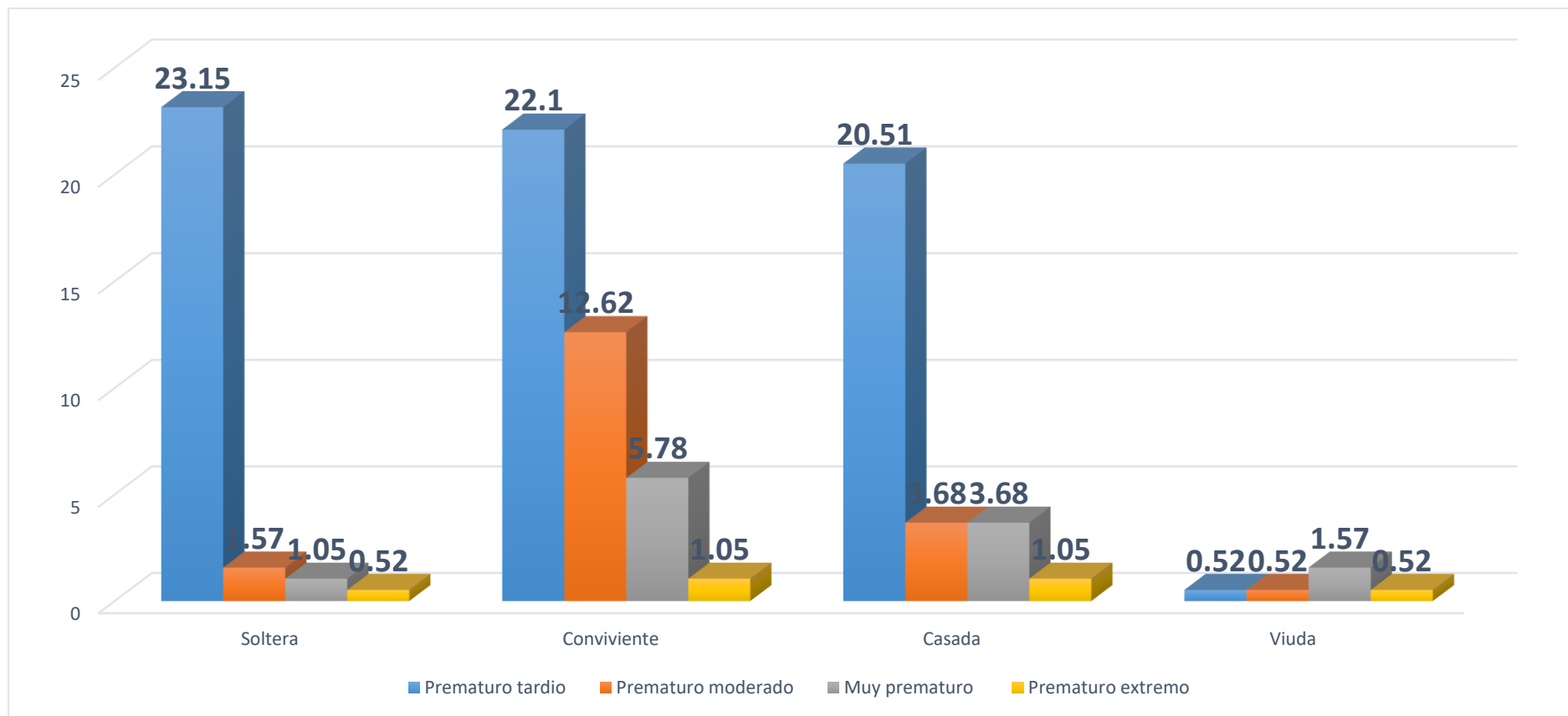
Estado civil	Alumbramiento antes de termino									Total	
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo				
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	
No unida	44	23.15	3	1.57	2	1.05	1	0.52	50	26.32	
Conviviente	42	22.10	24	12.62	11	5.78	2	1.05	79	41.58	
Casada	39	20.52	7	3.68	7	3.68	2	1.05	55	28.95	
Viuda	1	0.52	1	0.52	3	1.57	1	0.52	6	3.15	
Total	126	66.29	35	18.39	23	12.18	6	3.14	190	100	

Fuente: Hoja de registro

$$X_c^2 = 32,84 > X_t^2 = 12.59 \quad GL.= 6 \quad N.S.= 0.05 \quad \text{SIGNIFICATIVA}$$



FIGURA 2. SITUACIÓN FAMILIAR VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 2



La distribución de la situación familiar de las gestantes anémicas el último trimestre y su vínculo con el alumbramiento antes de término, HCMM, 2024. De las 50 gestantes solteras, 44 (23,15%) presentaron parto prematuro tardío, 3 (1,57%) prematuro moderado, 2 (1,05%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. Entre las 79 gestantes convivientes, 42 (22,1%) tuvieron parto prematuro tardío, 24 (12,62%) prematuro moderado, 11 (5,78%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. De las 55 gestantes casadas, 39 (20,51%) presentaron parto prematuro tardío, 7 (3,68%) prematuro moderado, 7 (3,68%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. Finalmente, de las 6 gestantes viudas, 1 (0,52%) tuvo parto prematuro tardío, 1 (0,52%) prematuro moderado, 3 (1,57%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS mostró un coeficiente de Chi cuadrado de 32,84, superior al valor crítico de 12,59 para 6 grados de libertad, con un grado de significancia asintótica de 0,05. Como la probabilidad observada fue menor a 0,05, se concluye que el estado civil de las embarazadas anémicas los últimos 3 meses está vinculado significativamente con el alumbramientos prematuros.

Se identificó que la prematuridad predominó en gestantes convivientes, hallazgo que coincide con lo reportado por González (2019) en Lima, quien evidenció un mayor riesgo de complicaciones obstétricas en mujeres sin vínculo conyugal formal (1).



TABLA 3. PREPARACION ACADEMICA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

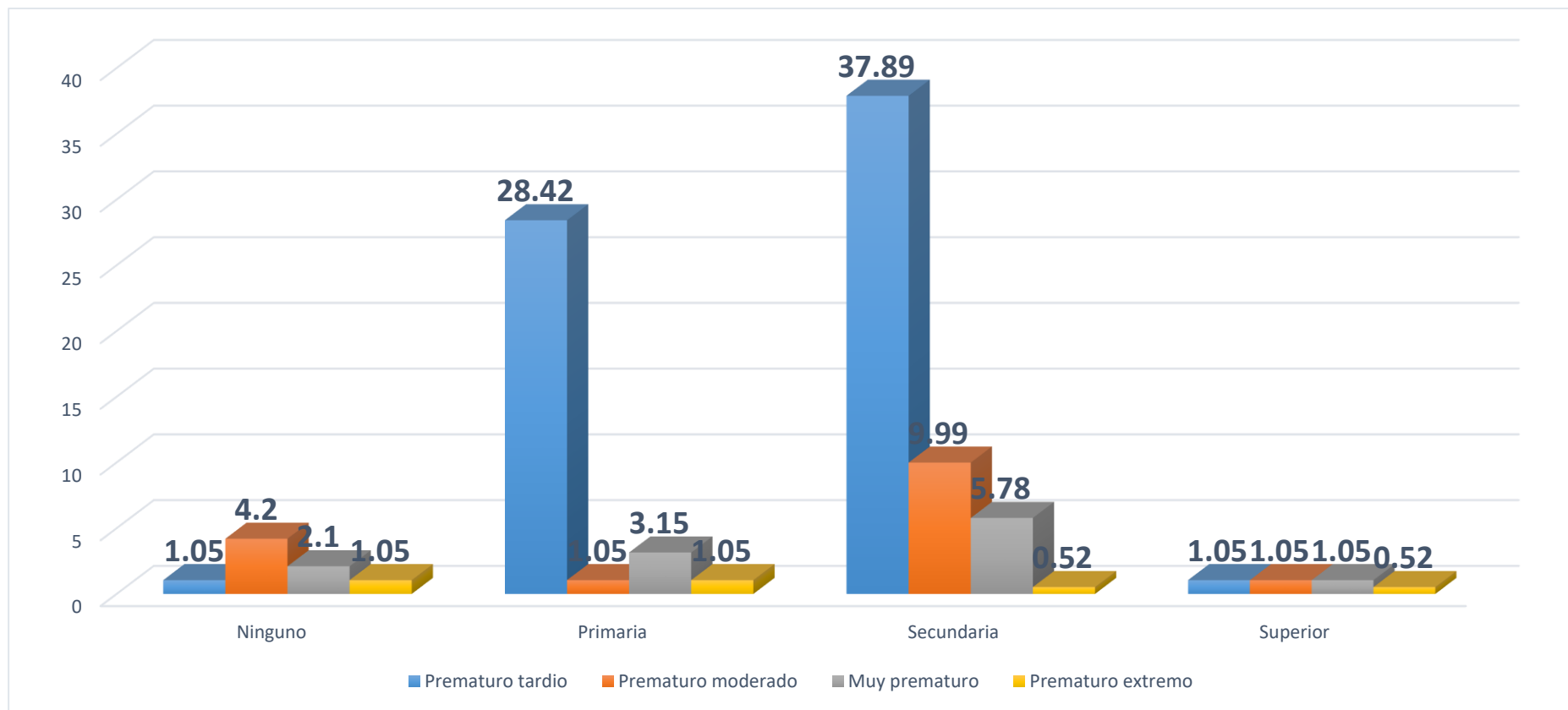
Preparacion academica	Alumbramiento antes de termino								Total	
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Ninguno	2	1.05	8	4.20	4	2.10	2	1.05	16	8.42
Primaria	54	28.42	2	1.05	6	3.15	2	1.05	64	33.68
Secundaria	72	37.89	19	9.99	11	5.78	1	0.52	103	54.22
Superior	2	1.05	2	1.05	2	1.05	1	0.52	7	3.68
Total	130	68.42	31	16.31	23	12.13	6	3.14	190	100

Fuente: Hoja de registro

$X_c^2 = 56,74 > X_t^2 = 16.81$ G.L.= 6 N.S.= 0.01 **ALTAMENTE SIGNIFICATIVA**



FIGURA 3. PREPARACIÓN ACADÉMICA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 3



El vínculo entre la preparación académica de embarazadas anémicas tardías y el alumbramiento antes de término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 participantes. Entre las 16 gestantes sin instrucción, 2 (1,05%) presentaron parto prematuro tardío, 8 (4,2%) prematuro moderado, 4 (2,1%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. De las 64 gestantes con educación primaria, 54 (28,42%) tuvieron parto prematuro tardío, 2 (1,05%) prematuro moderado, 6 (3,15%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. Entre las 103 gestantes con educación secundaria, 72 (37,89%) presentaron parto prematuro tardío, 19 (9,99%) prematuro moderado, 11 (5,78%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. Finalmente, de las 7 gestantes con educación superior, 2 (1,05%) tuvieron parto prematuro tardío, 2 (1,05%) prematuro moderado, 2 (1,05%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo.

El análisis estadístico realizado mediante SPSS mostró un coeficiente de Chi cuadrado de 56,74, mayor al coeficiente crítico de 16,81 con 6 g de libertad, y un grado de significancia asintótica de 0,01. Dado que la probabilidad observada fue menor a 0,05, se revela que la preparación académica de embarazadas anémicas tardías se asocia fuertemente al nacimiento antes de término.

Se identificó que la prematuridad fue más frecuente entre las gestantes con educación secundaria incompleta, hallazgo que coincide con lo reportado por Zhang et al. (2022) en China, donde un menor nivel educativo se relacionó con mayor incidencia de parto pretérmino. Esto podría explicarse por una comprensión limitada sobre la importancia del control prenatal y el menor acceso a servicios de salud (13).



TABLA 4. ASENTAMIENTO VINCULADO A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

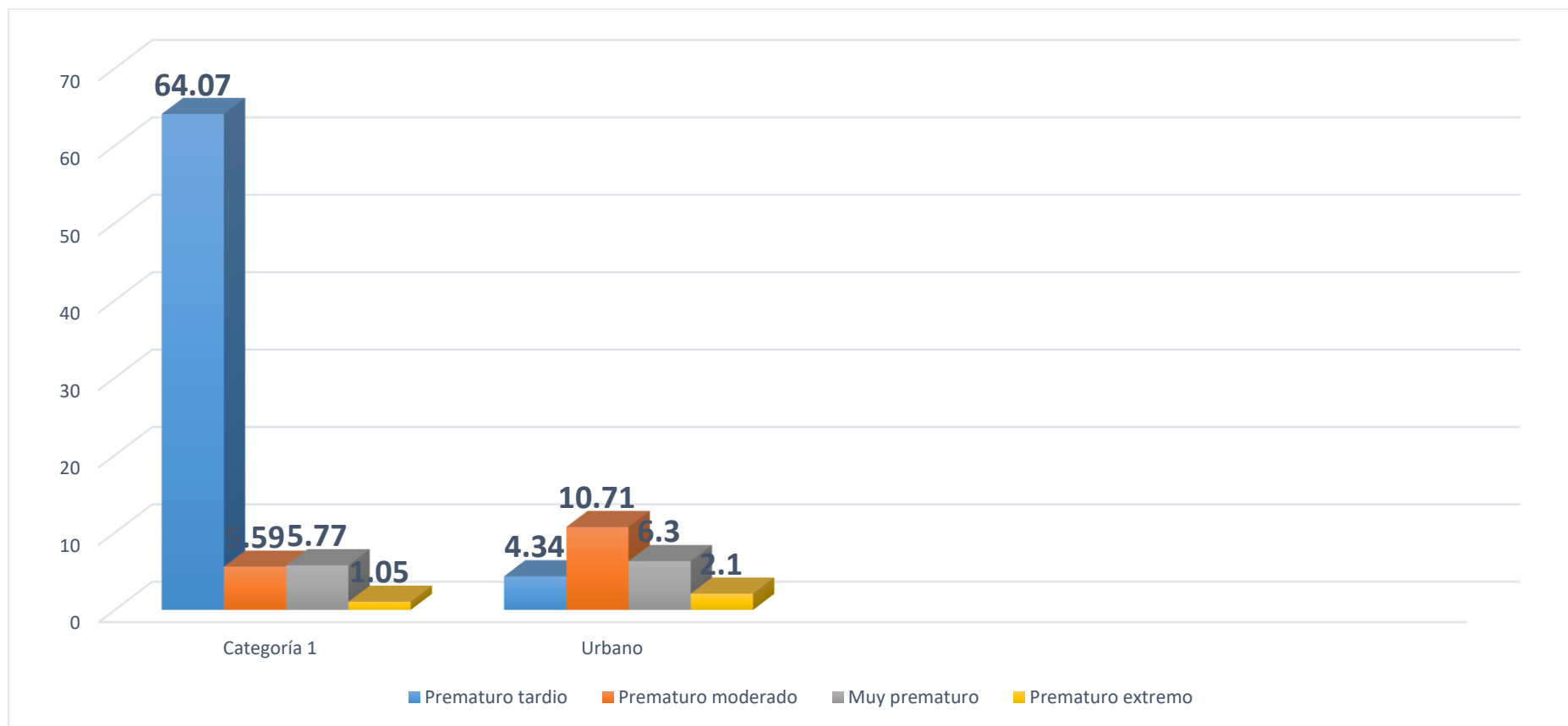
Asentamiento	Alumbramiento antes de termino									
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Rural	118	64.07	12	5.59	11	5.77	2	1.05	143	75.26
Urbano	8	4.34	23	10.71	12	6.3	4	2.1	47	24.74
Total	126	68.42	35	16.31	23	12.13	6	3.14	190	100

Fuente: hoja de registro

$X_c^2 = 28,06 > X_t^2 = 5.99$ G.L.= 2 N.S.= 0.05: **SIGNIFICATIVA**



FIGURA 4. ASENTAMIENTO ASOCIADO AL EDAD DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 4



La relación del asentamiento de las embarazadas anémicas tardías y el nacimiento antes de término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 participantes. Entre las 143 gestantes procedentes de zonas rurales, 118 (64,07%) presentaron parto prematuro tardío, 12 (5,59%) prematuro moderado, 11 (5,77%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. En las 47 gestantes de procedencia urbana, 8 (4,34%) tuvieron parto prematuro tardío, 23 (10,71%) prematuro moderado, 12 (6,3%) muy prematuro y 4 (2,1%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS mostró un coeficiente de Chi cuadrado de 28,06, mayor al coeficiente crítico de 5,99 para 2 g de libertad, con un grado de significancia asintótica de 0,05. Como la probabilidad observada fue menor a 0,05, se concluye que la procedencia de las embarazadas anémicas tardías se asocia significativamente con el nacimiento antes de término.

Se observó que la prematuridad fue significativamente más frecuente en gestantes de zonas rurales, hallazgo que coincide con lo reportado por Mullisaca (2020) en Puno, donde residir en áreas alejadas de los centros urbanos incrementa los riesgos perinatales debido a la dificultad de acceso a controles prenatales, suplementación adecuada y atención médica oportuna (23).



TABLA 5. CONDICION OBSTETRICA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

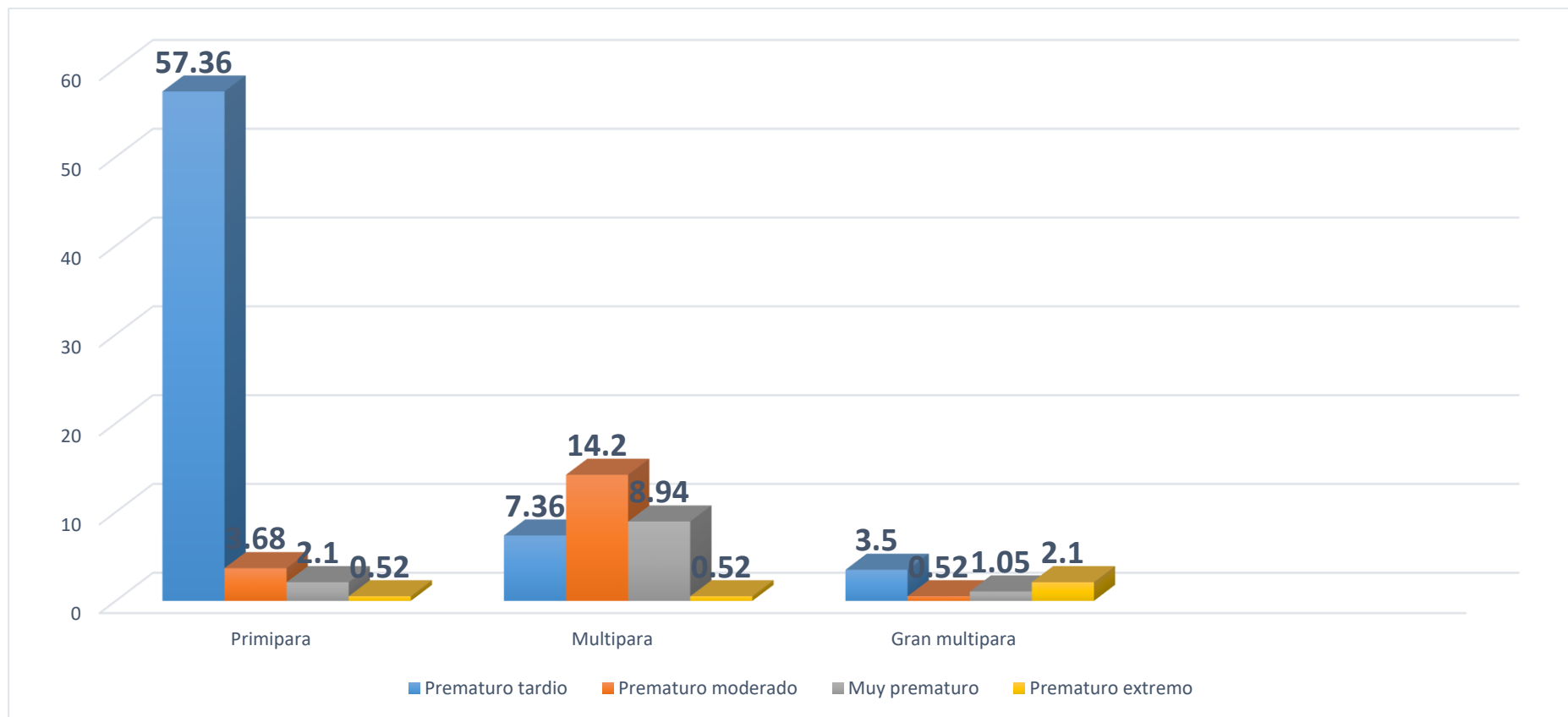
Condicion obstetrica	Alumbramiento antes de termino									
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Primipara	109	57.36	7	3.68	4	2.10	1	0.52	121	63.70
Multipara	14	7.36	27	14.20	17	8.94	1	0.52	59	31.05
Gran multipara	3	1.57	1	0.52	2	1.05	4	2.1	10	5.25
Total	126	66.31	35	18.42	23	12.13	6	3.14	190	100

Fuente: hoja de registro

$X_c^2 = 16,95 > X_t^2 = 9.48$ G.L.= 4 N.S.= 0.05 **SIGNIFICATIVA**



FIGURA 5. CONDICIÓN OBSTÉTRICA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 5



La relación entre condición obstétrica de las embarazadas anémicas tardías y el nacimiento antes de término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 participantes. Entre las 121 primíparas, 109 (57,63%) presentaron parto prematuro tardío, 7 (3,68%) prematuro moderado, 4 (2,1%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. De las 59 multíparas, 14 (7,36%) tuvieron parto prematuro tardío, 27 (14,2%) prematuro moderado, 17 (8,94%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. Entre las 10 gran multíparas, 3 (3,5%) presentaron parto prematuro tardío, 1 (0,52%) prematuro moderado, 2 (1,05%) muy prematuro y 4 (2,1%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS mostró un coeficiente de Chi cuadrado de 16,95, superior al valor crítico de 9,48 con 4 g de libertad, y un grado de significancia asintótica de 0,05. Como la probabilidad observada fue menor a 0,05, se concluye que la paridad de las embarazadas con anemia en el último trimestre se asocia significativamente con el alumbramiento antes de término.

Se identificó una asociación significativa entre paridad y prematuridad, predominando en primíparas, seguido de multíparas. Este hallazgo concuerda el análisis registrado por Khezri et al. (2023), la multiparidad como condición predisponente debido a antecedentes obstétricos previos y mayor desgaste uterino. En contraste, en este estudio, el predominio de primíparas podría explicarse por menor experiencia y un control prenatal menos adecuado (15).



TABLA 6. INTERVALO INTEREMBARAAZO VINCULADO A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

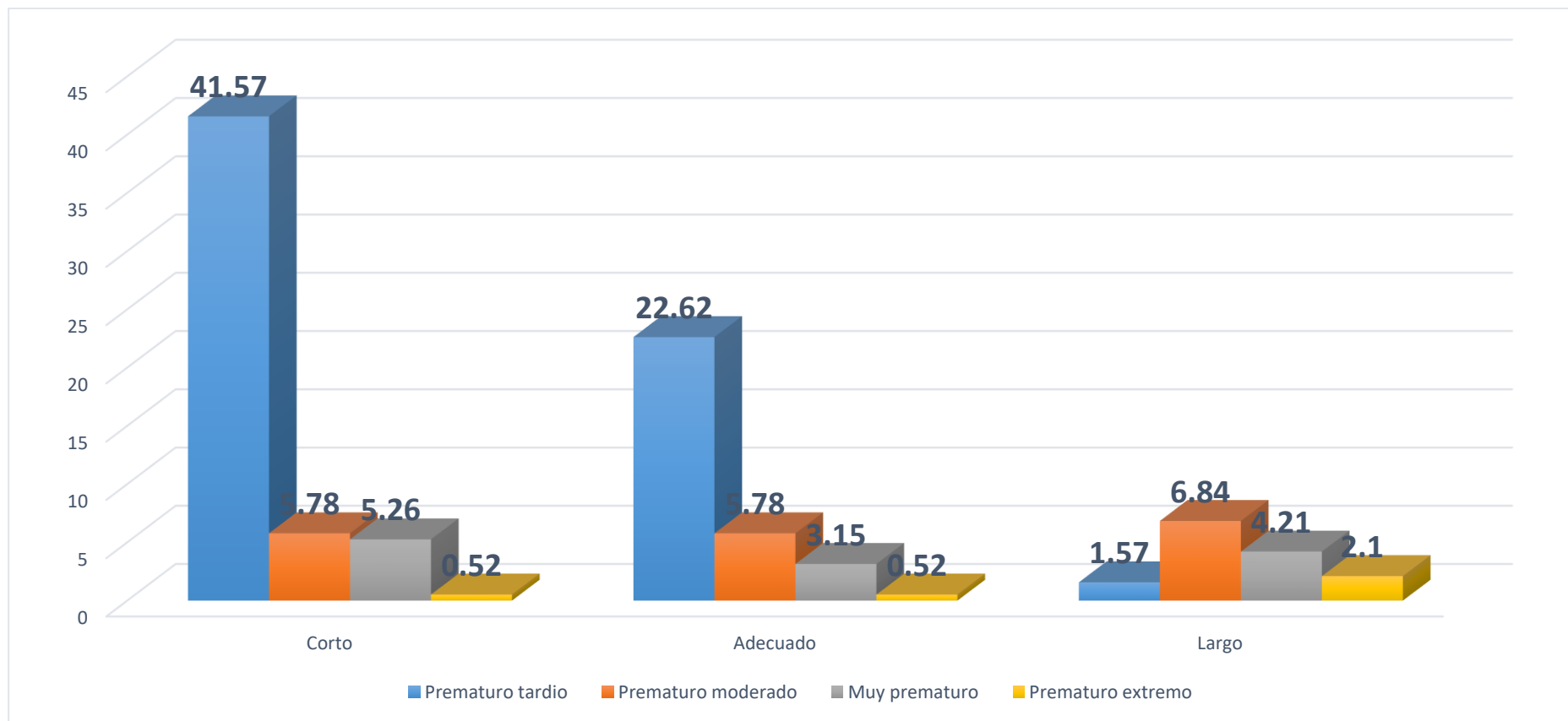
Interval interembarazo	Alumbramiento antes de termino									
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Corto	79	41.57	11	5.78	10	5.26	1	0.52	101	53.15
Adecuado	43	22.62	11	5.78	6	3.15	1	0.52	61	32.12
Largo	3	1.57	13	6.84	8	4.21	4	2.1	28	14.73
Total	125	65.79	35	18.42	24	12.64	6	3.15	190	100

Fuente: hoja de registro

$X_c^2 = 24,86 > X_t^2 = 13.27$ G.L.= 6 N.S.= 0.01 **ALTAMENTE SIGNIFICATIVA**



FIGURA 6. INTERVALO INTER EMBARAZO VINCULADO A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 6



El vínculo entre el intervalo interembarzo de las gestantes anémicas tardías y el nacimiento antes de término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 participantes. Entre las 101 gestantes con periodo intergenésico corto, 79 (41,57%) presentaron parto prematuro tardío, 11 (5,78%) prematuro moderado, 10 (5,26%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. De las 61 gestantes con periodo intergenésico adecuado, 43 (22,62%) tuvieron parto prematuro tardío, 11 (5,78%) prematuro moderado, 6 (3,15%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. Entre las 28 gestantes con periodo intergenésico largo, 3 (1,57%) presentaron parto prematuro tardío, 13 (6,84%) prematuro moderado, 8 (4,21%) muy prematuro y 4 (2,1%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS mostró un coeficiente de Chi cuadrado de 24,86, superior al coeficiente crítico de 13,27 con 6 g de libertad, y un grado de significancia asintótica de 0,01. Como la probabilidad observada fue menor a 0,01, se concluye que el periodo intergenésico de las embarazadas anémicas tardías tienen un vínculo significativo con el nacimiento antes de término.

Se evidenció que la prematuridad predominó en gestantes con periodos intergenésicos cortos, hallazgo que coincide con lo reportado por Barut et al. (2023) y Pacori (2020), quienes indicaron que intervalos menores a 18 meses incrementan el riesgo de complicaciones perinatales debido a una recuperación incompleta del organismo materno y sus reservas hematológicas, afectando negativamente el desarrollo fetal (16,25).



TABLA 7. ATENCIÓN PRENATAL ASOCIADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024

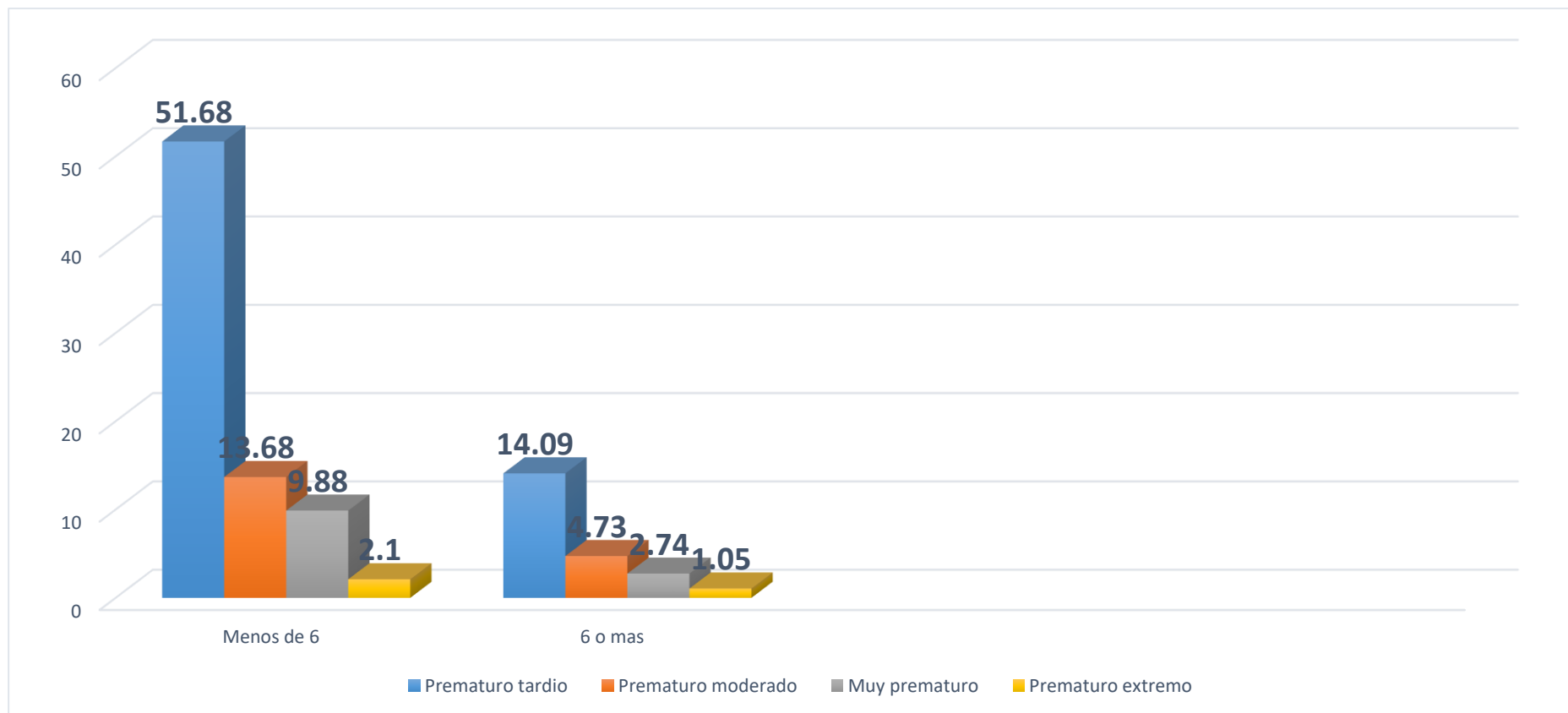
Atencion prenatal	Alumbramiento antes de termino									
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Menos de 6	99	51.21	26	13.68	18	9.89	4	2.03	147	77.36
6 o mas	27	14.09	9	4.74	5	2.74	2	1.02	43	22.64
Total	126	65.30	35	18.22	23	12.43	6	3.05	190	100

Fuente: hoja de registro

$$X_c^2 = 22,47 > X_r^2 = 5.99 \quad G.L.= 2 \quad N.S.= 0.05: \text{SIGNIFICATIVA}$$



FIGURA 7. ATENCIÓN PRENATAL VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024



Fuente: Tabla 7



El estudio evaluó la relación entre la atención prenatal en gestantes con anemia durante el último trimestre y el alumbramiento antes del término en el HCMM, 2024, considerando una muestra de 190 participantes. De las 147 gestantes que recibieron menos de seis controles prenatales, 99 (51,68 %) presentaron parto prematuro tardío, 26 (13,68%) prematuro moderado, 18 (9,88%) muy prematuro y 4 (2,1%) prematuro extremo. Entre las 43 gestantes con 6 o más controles prenatales, 27 (14,09%) tuvieron parto prematuro tardío, 9 (4,73%) prematuro moderado, 5 (2,74%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo.

El análisis estadístico realizado con SPSS arrojó un coeficiente Chi cuadrado de 22,47, superior al valor crítico de 5,99 con 2 grados de libertad y un nivel de significancia asintótica de 0,05. Como la probabilidad observada fue inferior a 0,05, se concluye que existe una asociación significativa entre la atención prenatal y el alumbramiento antes del término en gestantes con anemia durante el último trimestre.

La prematuridad fue más frecuente en gestantes con menos de 6 controles prenatales, hallazgo que coincide con lo reportado por Murguía-Ricalde (2021) en el Hospital Dos de Mayo, quien señaló que un control prenatal insuficiente incrementa la incidencia de complicaciones como parto pretérmino, anemia y RPM. Evidenciando porque los controles prenatales permiten la detección temprana de factores de riesgo y su manejo oportuno (17).



TABLA 8. PREECLAMPSIA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024

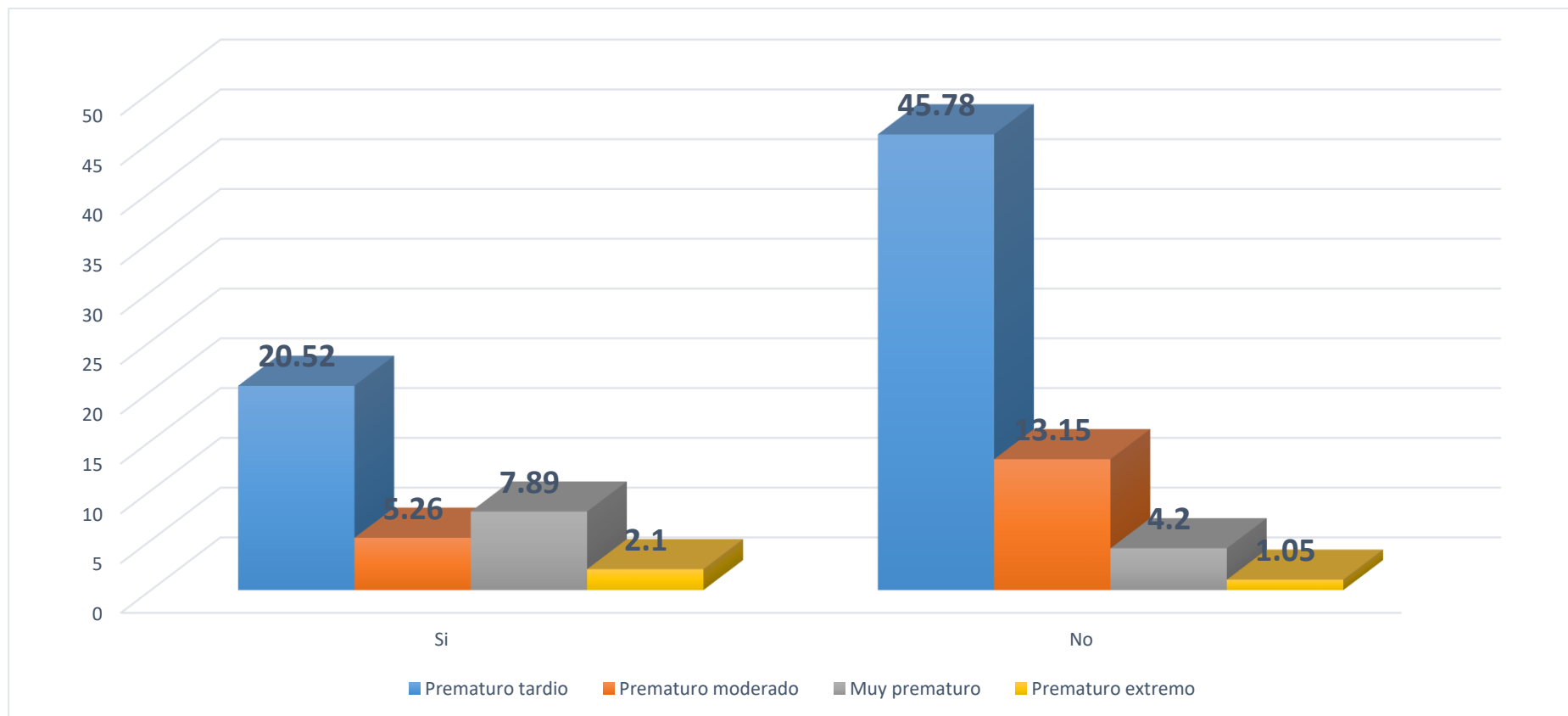
Preeclampsia	Alumbramiento antes de termino									
	Alumbramiento antes de termino tardío		Alumbramiento antes de termino moderado		Muy prematuro		Alumbramiento antes de termino extremo		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Si	39	20.52	10	5.27	15	7.89	4	2.10	68	35.78
No	87	45.78	25	13.16	8	4.20	2	1.05	122	64.22
Total	126	66.31	35	18.44	23	12.10	6	3.15	190	100

Fuente: hoja de registro

$$X_c^2 = 18,31 > X_t^2 = 5.99 \quad G.L.= 2 \quad N.S.= 0.05 \quad \text{SIGNIFICATIVA}$$



FIGURA 8. PREECLAMPSIA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 8



La relación entre la presencia de antecedentes de preeclampsia en gestantes con anemia durante el último trimestre y el alumbramiento antes de término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 participantes. Entre las 68 gestantes con antecedente de preeclampsia, 39 (20,52%) presentaron parto prematuro tardío, 10 (5,26%) prematuro moderado, 15 (7,89%) muy prematuro y 4 (2,1%) prematuro extremo. De las 122 gestantes sin antecedente de preeclampsia, 87 (45,78%) tuvieron parto prematuro tardío, 25 (13,15%) prematuro moderado, 8 (4,2%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo.

El análisis estadístico realizado en SPSS indicó un coeficiente Chi cuadrado de 22,47, superior al valor crítico de 5,99 con 2 grados de libertad y un nivel de significancia asintótica de 0,05. Dado que la probabilidad observada fue inferior a 0,05, se concluye que existe una asociación significativa entre el antecedente de preeclampsia en gestantes con anemia durante el último trimestre y el alumbramiento antes del término.

Se identificó que las complicaciones más frecuentes relacionadas con la prematuridad fueron la ruptura prematura de membranas, seguida de la preeclampsia. Este hallazgo coincide con lo reportado por Pacori (2020) en ESSALUD Puno y por Dogan (2022) en Turquía, quienes señalaron que estas condiciones constituyen desencadenantes importantes de parto pretérmino en embarazadas anémicas. La RPM se vincula con infecciones y desnutrición materna, mientras que la preeclampsia afecta la perfusión placentaria, condicionando un desenlace prematuro (25,27).



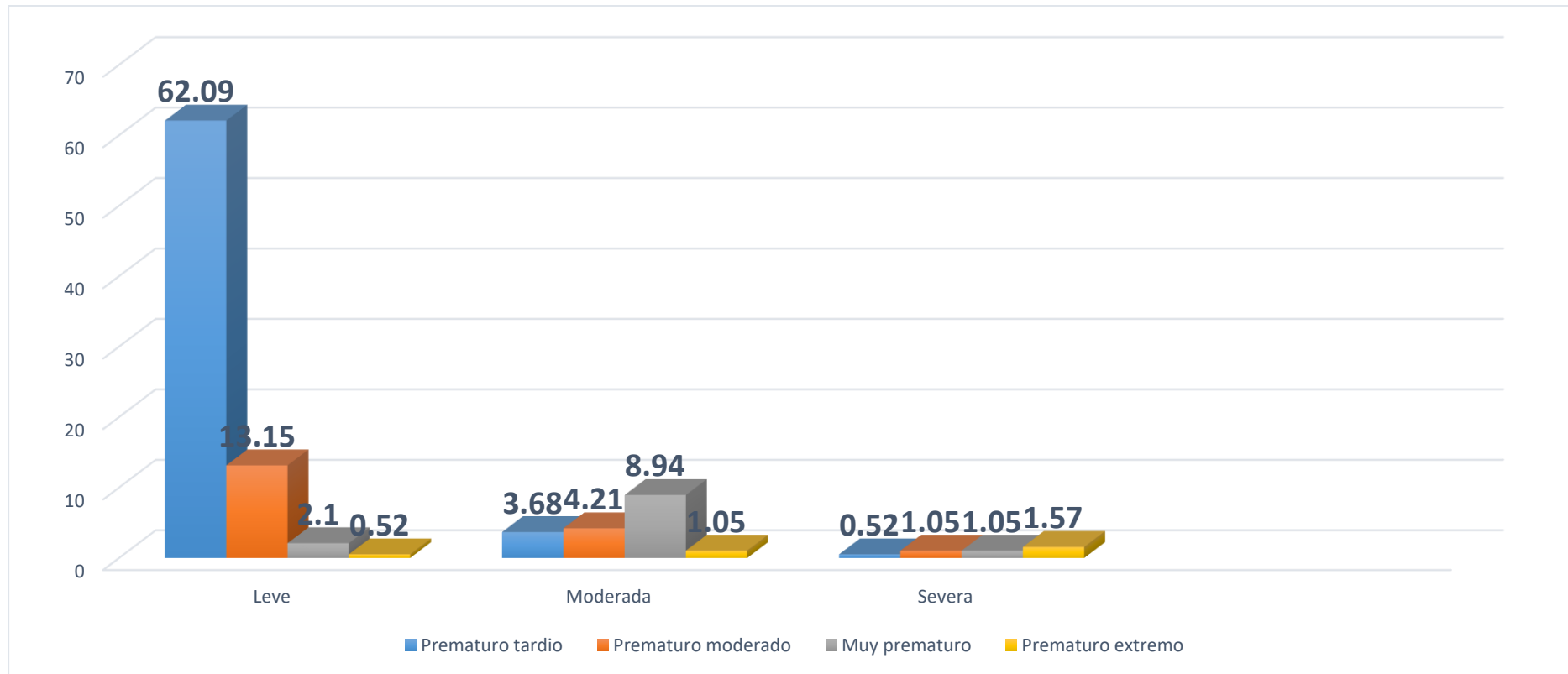
TABLA 9. SEVERIDAD DE ANEMIA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

Severidad de anemia	Alumbramiento antes de termino								Total	
	Prematuro tardío		Prematuro moderado		Muy prematuro		Prematuro extremo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Leve	118	62.09	25	13.15	4	2.10	1	0.52	148	77.89
Moderada	7	3.68	8	4.22	17	8.94	2	1.05	34	17.89
Severa	1	0.52	2	1.06	2	1.05	3	1.57	8	4.22
Total	126	66.31	35	18.44	23	12.10	6	3.15	190	100

Fuente: hoja de registro

$$X_c^2 = 4,75 < X_t^2 = 12.59 \quad G.L.= 6 \quad N.S.= 0.05 \quad \text{SIGNIFICATIVA}$$

FIGURA 9. SEVERIDAD DE ANEMIA VINCULADA A LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTO ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla



La conexión entre el grado de severidad de la anemia durante el último trimestre de gestación y el alumbramiento antes del término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 gestantes. Entre las 148 gestantes con anemia leve, 118 (62,09%) presentaron parto prematuro tardío, 25 (13,15%) prematuro moderado, 4 (2,1%) muy prematuro y 1 (0,52%) prematuro extremo. De las 34 gestantes con anemia moderada, 7 (3,68%) tuvieron parto prematuro tardío, 8 (4,21%) prematuro moderado, 17 (8,94%) muy prematuro y 2 (1,05%) prematuro extremo. Entre las 8 gestantes con anemia severa, 1 (0,52%) presentó parto prematuro tardío, 2 (1,05%) prematuro moderado, 2 (1,05%) muy prematuro y 3 (1,57%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS arrojó un coeficiente de Chi cuadrado de 4,75, inferior al valor crítico de 12,59 con 6 g de libertad, con un grado de significancia asintótica de 0,05. Como la probabilidad observada fue mayor a 0,05, se evidencia que la severidad de la anemia se asocia significativamente con el alumbramiento antes de término en estas embarazadas.

Se observó que los recién nacidos prematuros extremos presentaron mayor proporción de puntuación APGAR baja al primer minuto. Este hallazgo coincide con lo reportado por Minaya (2021) en Lima, quien señaló que los neonatos de menor edad gestacional presentan mayor riesgo de depresión neonatal y asfixia perinatal, debido a la inmadurez pulmonar y neurológica característica de las edades gestacionales precoces (20).



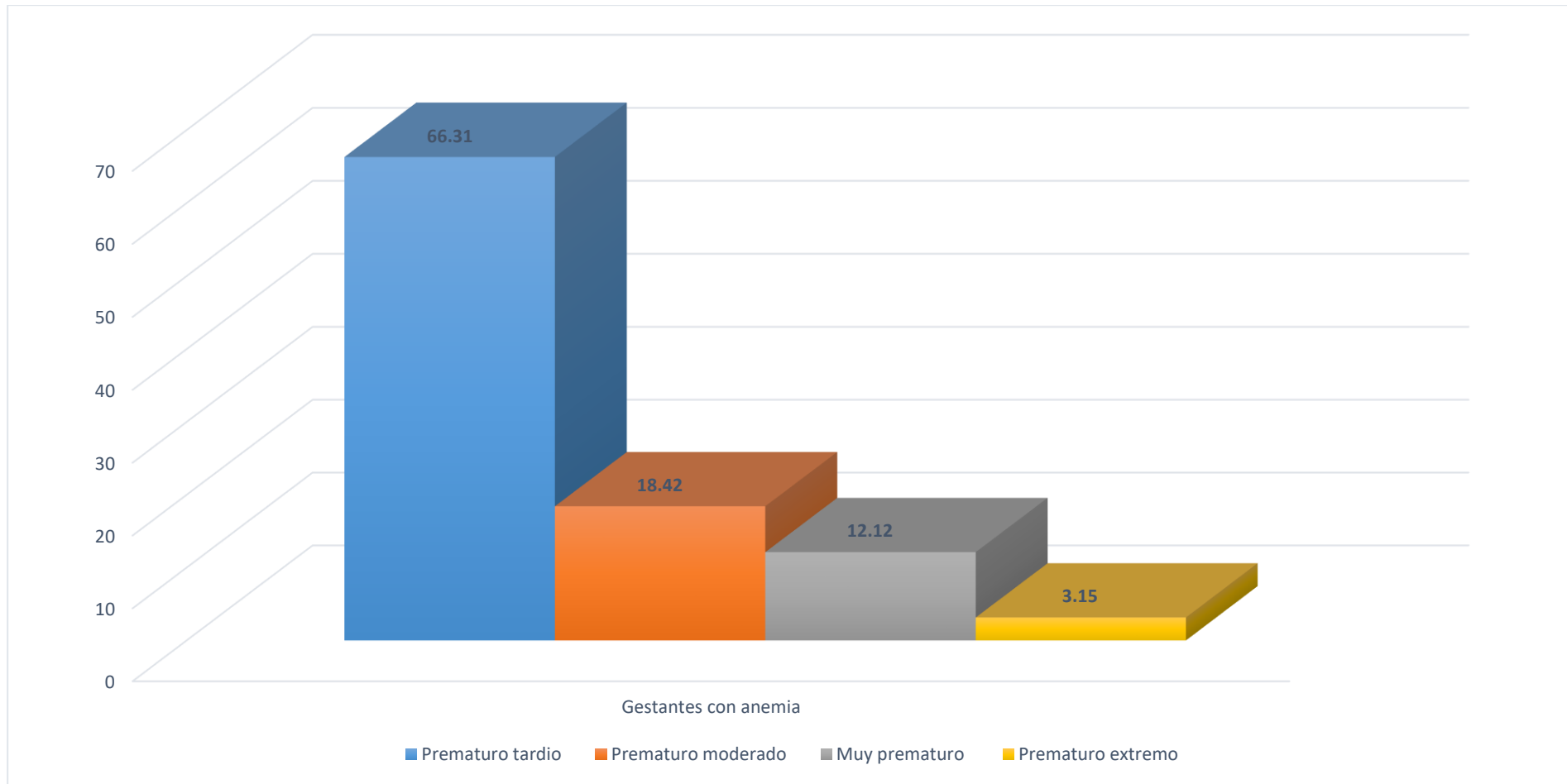
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.

	Alumbramiento antes de termino								Total	
	Prematuro tardío		Prematuro moderado		Muy prematuro		Prematuro extremo			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Gestantes con anemia	126	66.31	35	18.42	23	12.12	6	3.15	190	100
Total	126	66.31	35	18.42	23	12.12	6	3.15	190	100

Fuente: hoja de registro

$X_c^2 = 24,86 > X_l^2 = 13.27$ G.L.= 6 N.S.= 0.01 **ALTAMENTE SIGNIFICATIVA**

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE ALUMBRAMIENTOS ANTES DE TÉRMINO, HCMM, 2024.



Fuente: Tabla 10



La distribución de gestantes con anemia durante el último trimestre y la ocurrencia de alumbramiento antes del término, HCMM, 2024, considerando un total de 190 gestantes. Se encontró que 126 (66,31%) presentaron parto prematuro tardío, 35 (18,42%) prematuro moderado, 23 (12,12%) muy prematuro y 6 (3,15%) prematuro extremo.

El análisis estadístico mediante SPSS arrojó un coeficiente de Chi cuadrado de 4,75, inferior al valor crítico de 12,59 con 6 grados de libertad y un nivel de significancia asintótica de 0,05. Dado que la probabilidad observada superó 0,05, se concluye que la anemia en el último trimestre no presenta una asociación significativa con el alumbramiento antes de término, siendo el parto prematuro tardío el más frecuente.

Sin embargo, se observó que, a mayor severidad de la anemia, aumentó la frecuencia de prematuridad extrema, con una relación significativa ($p=0,030$). Este hallazgo coincide con lo reportado por Young (2023) en EE.UU. y Khezri et al. (2023) en Irán, quienes señalaron que la anemia con severidad elevada se vincula directamente con el alumbramiento antes de término, debido al compromiso de la oxigenación placentaria y al aumento de la actividad uterina por hipoxia tisular crónica. En regiones de altura, como Juliaca, este efecto puede intensificarse por la menor saturación de oxígeno ambiental (12,15).



CONCLUSIONES

PRIMERA. - Se determinó que hay asociación significativa de la anemia en el último trimestre de embarazo y la predisposición de nacimientos prematuro en pacientes atendidas en el HCMM, 2024. Esta relación fue estadísticamente significativa ($p = 0.030$), por lo tanto, se acepta la hipótesis general planteada, confirmando que, a mayor severidad de anemia, eleva la posibilidad de desarrollar alumbramiento antes de término, especialmente del tipo extremo.

SEGUNDA.- Se encontró una asociación significativa entre las características maternas y el riesgo de parto prematuro, el 69.47% de las gestantes presentaban una edad entre 18 y 35 años ($ns=0,05$), el 41,58% presentaban estado civil conviviente ($ns=0,05$), el 54.22% presentaban secundaria incompleta ($ns=0,01$), 75.26% provenía de zonas rurales ($ns=0,05$), 63,70% eran primíparas ($ns=0,05$), 53,15% presentaron un periodo intergenésico corto ($ns=0,01$), 77,36% asistieron a menos de 6 atenciones prenatales ($ns=0,05$) y 64,22% no presentaron antecedentes de preeclampsia ($ns=0,05$), por lo que se acepta la hipótesis, demostrando que estas características influyen en el desarrollo del parto pretérmino.

TERCERA. - Se determinó una asociación significativa entre la severidad de la anemia y el riesgo de prematuridad. El 62,09 % de las gestantes con anemia leve presentaron alumbramiento antes del término tardío ($ns = 0,05$); el 8,94 % de aquellas con anemia moderada tuvieron parto muy prematuro ($ns = 0,05$); y el 1,57 % de las embarazadas con anemia severa experimentaron alumbramiento antes del término



extremo ($ns = 0,05$). Estos hallazgos apoyan la aceptación de la hipótesis, indicando que a mayor severidad de la anemia aumenta proporcionalmente el riesgo de alumbramiento antes del término, especialmente en los casos más graves.

CUARTA. - Se identificó la distribución de la prematuridad, el 66.31% de los nacimientos fueron prematuros tardíos, el 18.42% moderados, el 12,12% muy prematuro y el 3,15% extremos, lo que indica una alta prevalencia de prematuridad tardía en la población estudiada. La distribución fue significativa ($p < 0.01$), permitiendo aceptar la hipótesis, que planteaba que la prematuridad se concentra en mayor medida en el grupo de prematuros tardíos.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. - Al director del Hospital Carlos Monge Medrano, se recomienda implementar un protocolo institucional de tamizaje y control estricto de anemia el último trimestre de embarazo, priorizando su detección y tratamiento precoz para disminuir la incidencia de parto pretérmino.

SEGUNDA. - Al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, fortalecer los programas de control prenatal diferenciados para gestantes convivientes, con nivel educativo bajo, procedencia rural y multiparidad, mediante seguimiento personalizado y consejería nutricional y obstétrica que reduzca la condición predisponente vinculada a la prematuridad.

TERCERA. - Al jefe de servicio de Obstetricia, garantizar la suplementación sistemática y oportuna con hierro y ácido fólico, especialmente en embarazadas con anemia moderada y severa, complementando con control mensual de hemoglobina en el tercer trimestre para prevenir prematuridad extrema y complicaciones perinatales.

CUARTA. - A la jefa de Obstetras, elaborar un plan integral de prevención de parto pretérmino en gestantes anémicas, focalizado en los grupos con mayor frecuencia de prematuridad moderada y severa, que incluya control prenatal oportuno, educación continua, y manejo precoz de complicaciones obstétricas asociadas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González C, Arango P. Resultados perinatales de la anemia en la gestación. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(3):189–95.
2. Pérez M, Peralta M, Villalba Y, Vanegas S. Caracterización de la población con anemia en el embarazo y su asociación con la morbimortalidad perinatal. Rev Med Risaralda. 2020;26(2):115–22.
3. World Health Organization. Anaemia [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
4. World Health Organization. Nacimientos prematuros [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Organización Mundial de la Salud. Anemia en mujeres y niños [Internet]. Lima: OMS; 2023 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_chi
ldren](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children)
6. Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S. Severity of anemia during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2249880. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.49880
7. Dodzo R, Ogunsakin R, Ginindza T. Prevalence and associated risk factors for anemia among pregnant women attending three antenatal clinics in Eswatini. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2019;11(1):e1–7. doi:10.4102/phcfm.v11i1.1851



8. Fentahun K, Molla A, Fetene D, Mequanent M. Epidemiology of preterm birth in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):760. doi:10.1186/s12884-020-03449-3
9. Fu C, Wen S, Liang L, Tsang H. Association between maternal anemia at admission for delivery and adverse perinatal outcomes. *J Chin Med Assoc*. 2020;83(4):402–7. doi:10.1097/JCMA.0000000000000273
10. Espínola M, Sanca S, Ormeño A. Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazadas en Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021;86(5):351–9.
11. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Mortalidad neonatal y prematuridad en el Perú 2021 [Internet]. Lima: MCLCP; 2021 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>
12. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS, et al. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):54. doi:10.1186/s12884-023-05489-6
13. Zhang YJ, Zhao Y, Li Z, Cheng L, Chen C, Lin Y. Prevalence of preterm birth and risk factors at different gestational ages: a multicenter retrospective survey in China. *Saudi Med J*. 2022;43(6):599–606. doi:10.15537/smj.2022.43.6.20220017
14. Bryce E, Gurung S, Tong H, Katz J, Lee AC, Black RE, et al. Population attributable fractions for risk factors for spontaneous preterm births in 81 low-



- and middle-income countries: a systematic analysis. *J Glob Health*. 2022;12:04013. doi:10.7189/jogh.12.04013
15. Khezri R, Salarilak S, Jahanian S. Association between maternal anemia during pregnancy and preterm birth. *Clin Nutr ESPEN*. 2023;53:370–5. doi:10.1016/j.clnesp.2022.12.015
16. Barut A, Omer D. The association of maternal anemia with adverse maternal and fetal outcomes in Somali women: a prospective study. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):97. doi:10.1186/s12905-023-02208-3
17. Murguía-Ricalde F, Indacochea-Cáceda S, Roque-Quezada J, De la Cruz-Vargas J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima–Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2021;10(2):45–52. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226/277>
18. Grajeda P. Factores de riesgo asociados a prematuridad en el Hospital Antonio Lorena del Cusco [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12825>
19. Ore C. Anemia materna y parto pretérmino en un hospital nacional [Tesis de segunda especialidad]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1897>
20. Minaya J. Relación entre la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5100>



21. Arcos F. Anemia materna y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Barranca-Cajatambo [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2667>
22. Sotomayor Curasi J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13981>
23. Mullisaca B. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
24. Velásquez V. Repercusiones materno-neonatales relacionadas a la anemia en embarazadas atendidas en el Puesto de Salud Santa María de Juliaca [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2020.
25. Pacori LJ. Factores obstétricos asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón 2018–2019 [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020.
26. Calla JL. Factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019 [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020.
27. Ruiz ST. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la Amazonía peruana. Casus Rev Investig Casos Salud. 2020;5(2):25–32.
28. Mercer B, Goldenberg R, Moawad A, Meis P, Iams J, Das A, et al. The Preterm Prediction Study: effect of gestational age and cause of preterm birth on



- subsequent obstetric outcome. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(5 Pt 1):1216–21. doi:10.1016/S0002-9378(99)70111-0
29. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino: caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Rev Cienc Unemi. 2019;12(27):135–45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661257012/>
30. Zavaleta J, Munares O. Anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio–diciembre 2015 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5016>
31. Martínez L, Jaramillo L, Villegas J, Álvarez L, Ruiz C. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018;44(2):1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200017
32. Gonzales G, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev Peru Investig Salud. 2019;3(4):191–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400013
33. Robles V, Rojas S, Thuel M. Actualización en el manejo del trabajo de parto pretérmino. Rev Med Sinergia. 2020;5(3):e330. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/330/691>



34. Ministerio de Salud del Perú. Boletín estadístico de nacimientos en el Perú 2015 [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
35. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Reporte regional de anemia en gestantes [Internet]. Lima: MCLCP; 2021 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-11-24/reporte-regional-de-anemia-en-gestantes-revision-2.pdf>
36. Esposito N. Evaluación de la concentración de hemoglobina materna y su relación con resultados adversos del embarazo en el recién nacido [Tesis de licenciatura]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2019. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/75215>
37. Gonzales G, Gonzales C. Hierro, anemia y eritrocitosis en gestantes de la altura: riesgo en la madre y el recién nacido. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):273–80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400011
38. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
39. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016;81(4):271–80. Disponible en:



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

[75262016000400012](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012)

40. Senado J. Los factores de riesgo. Rev Cubana Salud Publica. 1999;25(4):345–52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
41. Franco L. La hemoglobina: una molécula prodigiosa. Rev Acad Cienc Exactas Fís Nat. 2018;112(2):155–64. Disponible en: <https://rac.es/ficheros/doc/00906.pdf>
42. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
43. Ramos M. Parto pretérmino y su relación con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018 [publicada 2020]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6176>
44. González J, Morón L. Anemia en gestantes del tercer trimestre como factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, abril–setiembre [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2874>



ANEXOS



ANEXO N.º 1

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Estado civil	Grado de instrucción	Procedencia	Paridad	Periodo	Control prenatal	Preeclampsia	Tipo	Prevalencia
2	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro tardío
3	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
4	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
5	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
6	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
7	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
8	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
9	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
10	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
11	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
12	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
13	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
14	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
15	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
16	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
17	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
18	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
19	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
20	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
21	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
22	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
23	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
24	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
25	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro tardío
26	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
27	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
28	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
29	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
30	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío



	B	C	D	E	F	G	H	I	J
31	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
32	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
33	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
34	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
35	Soltera	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
36	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
37	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
38	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Muy prematuro
39	Viuda	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
40	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
41	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
42	casada	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
43	casada	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
44	casada	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
45	Viuda	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
46	Viuda	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Muy prematuro
47	Viuda	Ninguno	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Muy prematuro
48	Viuda	Ninguno	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Muy prematuro
49	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
50	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
51	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
52	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
53	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
54	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
55	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
56	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
57	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
58	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
59	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
60	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
61	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío



	B	C	D	E	F	G	H	I	J
61	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
62	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
63	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
64	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
65	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
66	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
67	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
68	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
69	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
70	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
71	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
72	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
73	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
74	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
75	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
76	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
77	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
78	Soltera	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
79	Soltera	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
80	Soltera	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
81	Soltera	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
82	Soltera	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
83	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
84	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
85	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
86	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
87	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
88	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
89	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
90	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
91	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío



	B	C	D	E	F	G	H	I	J
91	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
92	casada	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
93	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
94	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
95	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
96	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
97	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
98	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
99	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
100	Conviviente	Primaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
101	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
102	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
103	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
104	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
105	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
106	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
107	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
108	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
109	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
110	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
111	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
112	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
113	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
114	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
115	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
116	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
117	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
118	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
119	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
120	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
121	Conviviente	Secundaria	Rural	Primípara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío



	B	C	D	E	F	G	H	I	J
121	Conviviente	Secundaria	Rural	Primipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
122	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
123	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
124	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
125	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
126	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
127	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
128	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
129	Soltera	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
130	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
131	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
132	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
133	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
134	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
135	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro tardío
136	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
137	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
138	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
139	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
140	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
141	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
142	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
143	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
144	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
145	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
146	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
147	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Adecuado	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
148	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
149	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
150	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
151	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado



	B	C	D	E	F	G	H	I	J
151	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
152	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
153	Conviviente	Ninguno	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
154	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	No	Anemia leve	Prematuro moderado
155	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Prematuro moderado
156	Soltera	Superior	Urbano	Multipara	Adecuado	Menos de 6	No	Anemia leve	Muy prematuro
157	Soltera	Superior	Urbano	Multipara	Adecuado	Menos de 6	Si	Anemia leve	Muy prematuro
158	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Adecuado	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
159	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
160	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
161	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
162	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia leve	Prematuro moderado
163	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia moderada	Prematuro moderado
164	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
165	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
166	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	Menos de 6	No	Anemia moderada	Muy prematuro
167	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	No	Anemia moderada	Muy prematuro
168	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	No	Anemia moderada	Muy prematuro
169	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	No	Anemia moderada	Muy prematuro
170	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	Si	Anemia moderada	Prematuro extremo
171	Casada	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
172	Conviviente	Superior	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
173	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Corto	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
174	Conviviente	Secundaria	Urbano	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
175	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
176	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
177	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
178	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
179	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
180	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro
181	Conviviente	Secundaria	Rural	Multipara	Largo	6 o más	Si	Anemia moderada	Muy prematuro



<p>PE2.- ¿Cuál es la asociación entre la severidad de la anemia y el riesgo de prematuridad en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?</p> <p>PE3.- ¿Cómo se distribuye la prematuridad en gestantes con anemia en el tercer trimestre atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>OE2.- Establecer la asociación entre la severidad de la anemia en del tercer trimestre y el riesgo de prematuridad en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>OE3.- Identificar la distribución de la prematuridad en gestantes con anemia en el tercer trimestre atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>HE2.- La severidad de la anemia en el tercer trimestre está relacionado al riesgo de prematuridad en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>HE3.- La prematuridad en gestantes con anemia en el tercer trimestre atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano está en prematuro tardío.</p>				<p>Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024.</p> <p>Muestra Estuvo conformada por el total de 190 gestantes con anemia en el tercer trimestre de embarazo que presentaron parto pretérmino.</p> <p>Técnicas Análisis documental</p> <p>Instrumentos Ficha de recolección de datos</p>
--	---	--	--	--	--	---



ANEXO N.º 3

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CÓDIGO DE PACIENTE	DIAGNOSTICO		
EDAD	< 18 años ()	18 – 35 años ()	> 35 años ()
ESTADO CIVIL	1. Soltera	()	
	2. Casada	()	
	3. Viuda	()	
	4. Conviviente	()	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	1. Ninguno	()	
	2. Primaria	()	
	3. Secundaria	()	
	4. Superior	()	
PROCEDENCIA	1. Rural	()	
	2. Urbano	()	
PARIDAD	1. Primípara	()	
	2. Múltipara	()	
	3. Gran múltipara	()	
PERIODO INTERGENESICO	1. Largo (> 59 meses)	()	
	2. Corto (< 18 meses)	()	
	3. Adecuado	()	
CONTROL PRENATAL	1. Menos de 6 controles ()	2. Mayor o igual a 6 controles ()	
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	1. Si ()	2. No ()	
CLASIFICACIÓN DE ANEMIA	1. 9 – 11 mg/dL	()	
	2. 7 – 9 mg/dL	()	
	3. < 7 mg/dL	()	
EDAD GESTACIONAL	1. Pretérmino < 37 sem	()	
	2. A termino > 37 sem	()	



ANEXO N.º 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS
JUICIO DE EXPERTOS

TITULO DE LA TESIS: ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO – 2024.

NOMBRE DEL JUEZ: Juan G. Rojas Gallegos

ESPECIALIDAD: Ginecologo - Obstetra

COLEGIATURA: 21318 FECHA: 07-06-2024

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*Se deben eliminar algunos ítems	1
TOTAL	15

- EN DESACUERDO: 1 (NO)
- DE ACUERDO: 2 (SI)



ESCALA DE VALIDACION

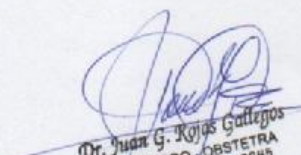
Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe identificado con DNI N.º y CMP N.º certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el estudiante

Bach. JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN

Juliaca07..... deJunio..... del 2024.


Dr. Juan G. Rojas Gallegos
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP 21318 / RNE 19285



ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS
JUICIO DE EXPERTOS

TITULO DE LA TESIS: ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO – 2024.

NOMBRE DEL JUEZ: Felix Choque Mamani

ESPECIALIDAD: Ginecologo Obstetra

COLEGIATURA: 26979 FECHA: 07-06-2024

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*Se deben eliminar algunos ítems	1
TOTAL	15

- EN DESACUERDO: 1 (NO)
- DE ACUERDO: 2 (SI)



ESCALA DE VALIDACION

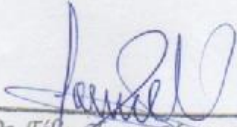
Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe identificado con DNI N.º y CMP N.º certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el estudiante

Bach. JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN

Juliaca07..... deJunio..... del 2024.


Dr. Félix Choque Mamani
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 26979 R.N.E. 16969



ANEXO 3: VALIDACION DE INSTRUMENTOS
JUICIO DE EXPERTOS

TITULO DE LA TESIS: ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO-2024.

NOMBRE DEL JUEZ: Richard Sanga Yampasi

ESPECIALIDAD: Ginecologo - Obstetra

COLEGIATURA: 49858 FECHA: 26-12-2024

CRITERIOS DE EVALUACION	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a las objetivos propuestos en el estudio	1
La estructura del instrumento es el adecuado	1
Los items del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1
Los items son claros y entendibles	1
El numero de items es adecuado para su aplicación	1
*Se deben eliminar algunos items	2
TOTAL	9

- DE ACUERDO: 1 (SI)
- EN DESACUERDO: 2 (NO)



ESCALA DE VALIDACION

Baja	Regular	Alta
8-12 puntos	12 - 14 puntos	14 - 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe identificado con DNI N.º y CMP N.º certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el estudiante

Bach. JIMENEZ CARRASCO FERNANDO CRISTHIAN


Juliaca 26 de diciembre del 2024.


Dr. Richard Sanga Yampasi
MÉDICO CIRUJANO
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP. 49858 RNE. 040337



ANEXO N.º 5

AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

 **PERÚ** Ministerio de Salud

RED DE SALUD SAN ROMÁN
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" - JULIACA 

CONSTANCIA

EL JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION, DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.

Quien suscribe, deja constancia que:

FERNANDO CRISTHIAN JIMENEZ CARRASCO

Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, ha recabado información para realizar su trabajo de investigación con el tema "ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024" – de la Red de Salud San Román, según Proveído Nro. 201-2024-J-UADI-HCMM-RED-5-SR/J.

Se expide la presente constancia para fines que crea conveniente.

Juliaca, 19 de Agosto del 2024

MPM/ccf
C.c. Arch

 **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO**
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO


Dra. Miriam Paredes Machicado
DEFATURA UADI CAPACITACIÓN
MEDICO OPTALMOLOGA
OMP: 36997 - RNE: 30335

"Somos una Red, Trabajando en Red"

Carretera Huancané Km. 2 - Juliaca / Teléfono: 321370, Fax: 321750 - R.S.S.R.: 324967 - Hosp.: 321901



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: _____

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: FERNANDO CRISTHIAN JIMÉNEZ CARRASCO

Dirección: JR. JUNIN 763

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72177094

Teléfono: 908663100 email: cc2.fer@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

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

Escuela Profesional o Mención: ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MEDICO CIRUJANO

Asesor: Mgstr. SANTIAGO CRISTÓBAL QUISPE PARÍ

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO ASOCIADO AL FACTOR DE

RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): ANEMIA TERCER TRIMESTRE, FACTORES DE RIESGO, PARTO

¿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 los 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

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA P - 09

Firma de Autor



huella digital

Fecha