



U N I V E R S I D A D
AUTÓNOMA
D E I C A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**“ANEMIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE COMO
FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, JUNIO-DICIEMBRE 2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los
servicios de salud**

Presentado por:

Thalia Medina Muñoz

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Obstetricia

Docente asesor:

Dra. Silvana Rosario Campos Martínez

Código Orcid N° 0000-0001-7031-9576

Chincha, Ica, 2021

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mi camino.

A mis padres por su inmenso amor y apoyo constante para lograr cumplir mis metas.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INDICE GENERAL | |
| INDICE DE FIGURAS Y CUADROS | |
| I.INTRODUCCIÓN | 9 |
| II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 2.1 Descripción del problema | 12 |
| 2.2 Pregunta de investigación general | 12 |
| 2.3 Preguntas de investigación específicas | 12 |
| 2.4 Justificación e importancia | 12 |
| 2.5 Objetivo general | 13 |
| 2.6 Objetivos específicos | 13 |
| 2.7 Alcances y limitaciones | 14 |
| III.MARCO TEORICO | 14 |
| 3.1 Antecedentes | 14 |
| 3.2 Bases teóricas | 18 |
| 3.3 Marco Conceptual | 26 |
| IV.METODOLOGIA | 28 |
| 4.1 Tipo y nivel de investigación | 28 |
| 4.2 Diseño de la investigación | 29 |
| 4.3 Población – muestra | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 Hipótesis general y específicas | 29 |
| 4.5 Identificación de Variables | 29 |
| 4.6 Operacionalización de Variables | 30 |
| 4.7 Recolección de datos | 32 |
| V.RESULTADOS | 33 |
| 5.1 Presentación de resultados | 32 |
| 5.2 Interpretación de los resultados | 36 |
| VI.ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 36 |
| 6.1 Análisis Descriptivos de los resultados | 36 |
| 6.2 Comparación resultados con Marco Teórico | 38 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| BIBLIOGRAFIA | |
| ANEXOS | |
| ANEXO 01: Instrumento de Investigación | |
| ANEXO 02: Ficha de validación Juicio de Expertos | |

INDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla N°.01 Características sociodemográficas de las gestantes en el tercer trimestre con parto pretérmino el Hospital Regional de Ica, junio-diciembre 2020. | 35 |
| Tabla N°.02 Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, junio a diciembre 2020. | 37 |
| Tabla N° 03. Parto pretérmino en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Ica, junio – diciembre 2020. | 38 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfico N°1. Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, junio a diciembre 2020. | 35 |
| Gráfico N° 02. Parto pretérmino en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Ica, junio – diciembre 2020. | 36 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar que la anemia durante el tercer trimestre representa un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, en el periodo de junio a diciembre, 2020.

Materiales y Método: nuestra investigación fue de carácter no experimental, de naturaleza cuantitativa, de análisis diferencial de grupos. Se centro sobre todo en un periodo de tiempo retrospectivo y sobre un momento transversal. La población que se evaluó dentro de nuestra investigación estuvo conformada por un total de 105. El muestreo que se utilizó para nuestra investigación fue no probabilístico, de características por conveniencia y en la corresponde de la muestra tenemos un total de 250 registros clínicos.

Resultados: Se establece que aproximadamente un 80% de todas las pacientes evaluadas, fueron gestantes que tuvieron edades menores o iguales a 19 años. Cerca del 76.3% se encontraron en una situación sentimental con sus parejas de características de conviviente, además más del 90% se dedica solamente a los quehaceres de la casa. Se evidenció que un total es el 33% de todas las gestantes evaluadas presentó anemia de nivel leve, sin embargo, cerca del 21% de gestantes presentaron los niveles moderados de anemia y solamente 6% presentan cuadros de anemia severa. Se encontró relación entre todas las variables con un valor estadísticamente significativo.

Conclusión: La presencia de cuadros de anemia en pacientes gestantes dentro de su tercer trimestre de gestación constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino, contando con una asociación estadísticamente significativa.

Palabras claves: Anemia en gestantes del tercer trimestre, Parto prematuro.

ABSTRACT

Objective: To determine that anemia during the third trimester represents a risk factor for preterm delivery at the Regional Hospital of Ica, in the period from June to December, 2020.

Materials and Method: Non-experimental quantitative analytical study of group difference, retrospective cross-sectional. The study population consisted of the medical records of pregnant women who presented preterm delivery, a total of 705. Non-probabilistic convenience sampling type and the sample consisted of 250 medical records.

Results: 80% of the pregnant women were less than or equal to 19 years of age, 76.4% were in a cohabitating sentimental situation, 93.2% were at home, 80.8% of the pregnant women had secondary education , 44% come from the coast, 73% of pregnant women had mild anemia, 21% of pregnant women had moderate anemia and 6% had severe anemia, a statistical association was found between both variables with a p value = .000.

Conclusion: The presence of anemia (mild, moderate or severe) in pregnant women in the third trimester is a risk factor for premature delivery; and this association is statistically significant.

Key words: Anemia in third trimester pregnant women, Preterm delivery.

I.INTRODUCCIÓN

La anemia en la gestación es un trastorno nutricional muy importante en el mundo y se ha podido evidenciar que su prevalencia es mucho mayor durante el último trimestre de gestación; por medio de este estudio se buscó conocer asociación con el parto pretérmino por tratarse de una complicación usual en nuestro medio. El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ica en base a los datos obtenidos de las Historias clínicas de las pacientes atendidas durante los meses de junio a diciembre que fueron atendidas por partos prematuros.

En los siguientes capítulos de nuestra investigación, tendremos el repaso de los antecedentes nacionales e internacionales, además presentaremos la exposición de las bases teóricas del estudio, donde se establecerán de manera teóricas y operacionales, el desarrollo de las variables involucradas en nuestro estudio. Continuaremos con la metodología y explicaremos la naturaleza de la investigación, así como la definición de la muestra y de la población. Como parte del desarrollo de las bases teóricas de la investigación se pasará hacia el apartado práctico de la misma y nos centraremos en la presentación de resultados, así como su respectiva interpretación y posterior análisis con relación a los antecedentes previamente planteados.

Por último y como parte final de nuestra investigación presentaremos las conclusiones y recomendaciones extraídas del análisis final de los resultados, así como también haremos un repaso por los anexos y los instrumentos utilizados en el desarrollo de nuestro estudio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

En todo el mundo se calcula que se producen 15 millones de nacimientos de niños prematuros durante Cada año. Esta equivalencia representa un aproximado de uno de cada 10 nacimientos, se ha podido observar que esta cifra a ido en aumento. A nivel de Latinoamérica la incidencia de estas cifras es de 8% y en nuestro país la incidencia tiene un porcentaje de 7.3%. El desarrollo de un cuadro de recién nacido pretérmino constituye una de las principales causas de morbi mortalidad en nuestro ámbito nacional y a nivel mundial, es por ello que constituye un problema de salud pública de la importancia especialmente en regiones de latinoamérica.¹

Para explorar el impacto del bloqueo de COVID-19 en las tasas de nacimientos prematuros en Dinamarca, se realizó un estudio de proporción de prevalencia basado en registros a nivel nacional en los 31 180 recién nacidos únicos vivos nacidos en Dinamarca entre el 12 de marzo y el 14 de abril durante 2015-2020.

La distribución de las edades gestacionales (EG) fue significativamente diferente ($p = 0,004$) durante el período de encierro en comparación con los 5 años anteriores y fue impulsada por una tasa significativamente menor de niños extremadamente prematuros durante el encierro en comparación con la tasa media correspondiente para el mismo. fechas en los años anteriores (OR 0,09; IC del 95%: 0,01 a 0,40; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre el bloqueo y los años anteriores para otras categorías de GA.

Las razones de esta disminución no están claras. Sin embargo, el bloqueo ha brindado una oportunidad única para examinar posibles factores relacionados

con la prematuridad. La identificación de posibles mecanismos causales podría estimular cambios en la práctica clínica.²

La Organización Mundial de la Salud OMS menciona que el parto prematuro (menor a 37 semanas) va en aumento cada año y la complicación principal es la defunción en los niños menores de cinco años, aproximadamente para el 2015 se tuvo un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones oportunas.³

A nivel mundial la anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de anemia en gestantes a nivel mundial es de 41%.⁴

La anemia durante la gestación corresponde a un trastorno de la base nutricional de gran importancia a nivel mundial, ya que se calcula que 1/3 de toda la población mundial presenta un cuadro de anemia en grados diversos puntos de las cuales muchas de estas causas se encuentran asociadas a la ingesta insuficiente de hierro, además de los cambios fisiológicos que se producen dentro Del periodo de la gestación.⁵

A nivel nacional se establece que el parto prematuro está representado por un 7.3%. La Unicef dentro de la última investigación planteada dentro del periodo 2012 2014 determina como una de las primeras causas de fallecimiento neonatal al parto pretérmino. Además dicha institución establece que para el año de estudio se notificaron un total de 3786 muertes por parto prematuro, representando de esta manera alrededor de 25% de un total de fallecimientos neonatales.⁶

En la región callado se realiza un estudio en pacientes gestantes que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del hospital de NIEL así es CARRION donde se pudo evidenciar que el porcentaje de riesgo es 3.94 veces mayor de presentar algún tipo de complicación durante el parto o el posparto inmediato para aquellas gestantes que presentaban grados de hemoglobina correspondientes a anemia entre ellos como principal complicación la ruptura prematura de membranas, Hemorragias al término del parto y por último la condición de Prematuridad.⁷

2.2 Pregunta de investigación general

¿Es la anemia durante el tercer trimestre un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, junio a diciembre 2020?

2.3 Preguntas de investigación específicas

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes de tercer trimestre, con parto pretérmino ?

¿Cuál es la frecuencia de anemia leve, moderada y severa en las gestantes con parto pretérmino?

2.4 Justificación e importancia

El tercer trimestre del embarazo representa una fase sensible para la plasticidad cerebral infantil, ya que una serie de eventos celulares de rápido desarrollo, como la sinaptogénesis, la migración neuronal y la mielinización

regulan el desarrollo de los circuitos neuronales (1). Durante este período de crecimiento y desarrollo, el cerebro humano es muy susceptible a la exposición al estrés. Los bebés muy prematuros nacen con un sistema neurobiológico inmaduro y están expuestos precozmente a procedimientos estresantes durante semanas o meses en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La exposición excesiva y prolongada al estrés durante la admisión a la UCIN puede exceder la capacidad reguladora natural del bebé, amenazando el equilibrio alostático del bebé y podría alterar permanentemente las respuestas neuroendocrinas, autonómicas, cardiovasculares y neurales (2), lo que lleva a una morbilidad mental persistente durante todo el período. vida útil (3, 4).

Junto con una mayor supervivencia en los recién nacidos extremadamente prematuros (EP; edad gestacional <28 semanas) debido al progreso continuo en la atención perinatal (5, 6), las tasas de disfunción en el área de la salud mental y el comportamiento se han mantenido sin cambios o incluso empeorado durante las últimas décadas (7-10). Con un mayor riesgo de padecer un amplio espectro de trastornos psiquiátricos, el fenotipo prematuro está representado principalmente por déficits en la atención, el funcionamiento ejecutivo y los síntomas emocionales. Es importante destacar que, si bien el parto prematuro se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, una gran proporción de niños permanece relativamente inafectada [por ejemplo, (11)].

Aquí revisaremos el impacto del estrés después de la prematuridad en la programación de los sistemas neurobiológicos. Comenzamos dando una breve descripción de los diferentes tipos de factores estresantes observados en la investigación del estrés posnatal, seguido del desarrollo típico de los sistemas reguladores autónomos, endocrinos y descendentes en el período fetal. Luego recurrimos a la evidencia de que el estrés posnatal después de la prematuridad tiene efectos a corto y largo plazo en el desarrollo del

cerebro. Por último, discutimos los posibles mecanismos por los cuales la adversidad posnatal aumenta el riesgo de problemas sociales y afectivos después de la prematuridad. A lo largo de esta revisión, llamamos la atención sobre las lagunas críticas y las preguntas sin respuesta y hacemos sugerencias para futuras investigaciones que aclaren los mecanismos que vinculan el estrés posnatal, la neurobiología y el futuro desarrollo social y afectivo. Cuando es apropiado, nos enfocamos en proporcionar evidencia de estudios postnatales en humanos; sin embargo, nos basamos en estudios prenatales y / o en animales donde faltan investigaciones de cuestiones críticas en individuos prematuros.

2.5. Objetivo general

Determinar si la anemia durante el tercer trimestre representa un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, en el periodo de junio a diciembre 2020.

2.6 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las gestantes de tercer trimestre con parto pretérmino.
2. Identificar la frecuencia de anemia leve, moderada y severa en gestantes con parto pretérmino.

2.7 Alcances y limitaciones

La investigación se llevó a cabo dentro del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ica, se basó en información de las gestantes atendidas por parto pretérmino y anemia que cumplieron los criterios de inclusión.

Las limitaciones que se presentaron fueron principalmente la demora en adquirir los permisos para acceder a los registros e historias clínicas por el contexto actual de emergencia sanitaria por COVID-19 y también el no contar con el auspicio de alguna entidad externa.

III.MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes

Para el año 2018 Bustos en el país de Ecuador presenta un estudio sobre la anemia presente en la gestación y la relación con la amenaza de parto prematuro y parto prematuro, esta investigación se realiza en el Hospital San Vicente en el periodo de enero a julio del año 2017. El objetivo de este estudio fue poder establecer una relación entre la amenaza de parto pretérmino y la presencia de anemia. Material y método, el tipo de estudio fue de cohorte. Se encontraron los siguientes resultados: Los cuadros de anemia fueron un factor de riesgo que presentó una gran asociación con la amenaza de parto pretérmino, esto representado con un valor de Chi cuadrado estadísticamente significativo, lo cual asevera que existe una diferencia significativa entre la presencia y la correlación de estas variables. De esta manera se comprueba la hipótesis de la asociación entre las variables que presenta la investigación. Además se establece que el 78% de todas las pacientes evaluados presentaron un cuadro de parto pretérmino, Teniendo como cuadro principal causante a la anemia. Se concluye que en la anemia determinada por los niveles de hemoglobina en las pacientes gestantes que Sonia me lo hace en el tercer trimestre de la gestación y que no cuentan con un manejo adecuado, constituyen un factor asociado a la amenaza de parto prematuro ⁸.

Para el año 2017 también en Ecuador se presenta un estudio que lleva como título prevalencia y factores relacionados con el parto prematuro en un hospital

general de la provincia de vacas. Este estudio tuvo como periodo de desarrollo los años del 2015 hacia el 2017. El estudio tuvo como objetivo en la determinación de la prevalencia, así como los factores asociados para el desarrollo de un parto prematuro en la población de gestantes atendidas en el hospital mencionado. El estudio fue de naturaleza analítico y de corte transversal. Las conclusiones a las que lleguen estudio fueron que se Establece una prevalencia total de 3.9% y los factores asociados para el parto pretérmino son los cuadros de anemia, infecciones del tracto urinario, vaginitis y vaginosis bacteriana así como un control prenatal inadecuado.¹⁰

Para el año 2017 el investigador Villegas dentro de nuestra capital establece el estudio de: anemia como principal factor de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino en aquellos que estantes que cursan con el último trimestre de gestación. Dicho estudio se desarrolla en el servicio de ginecología del Hospital Lanfranco La Hoz, Es un estudio de naturaleza analítica de punto de partida retrospectivo y del tipo casos y controles. Los resultados a las cuales llega el estudio es que la incidencia de cuadros de anemia en gestantes fue un total de 31.9% frente a aquellas pacientes que se encontraron dentro del grupo control que fueron un total de 48% de gestantes con cuadro de anemia. La diferencia fue corroborada de manera estadística y se mostró una sucesión de manera positiva entre los grados de anemia y El desarrollo de parto prematuro. Donde concluye que se identificó que si existe una relación entre la anemia en gestantes del tercer trimestre para el desarrollo de parto pretérmino en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional "Carlos Lanfranco La Hoz".¹³

Mientras que en el 2015 el investigador Flores establece el estudio titulado anemia durante el tercer trimestre como parte de los factores de riesgo para parto pretérmino en las gestantes atendí es el Instituto materno perinatal, dicho estudio fue desarrollado durante el año 2015 y tuvo como principal objetivo la determinación de la anemia como un factor de riesgo

que se presenta durante el último trimestre de la gestación y es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de parto prematuro. Material y método, estudio retrospectiva, transversal, analítica de casos y controles. Resultados: Se establece que más del 50% de las gestantes que estuvieron dentro de los grupos de tareas correspondiente a 20:34 años de edad presentaron 1° significativo entre la relación de anemia y parto pretérmino. Además, continuando con la caracterización de estas gestantes establece que muchas de ellas encontraban en el grado de instrucción primaria o en su defecto secundario. Para el ámbito de las características ginecológica se estableció que el 37% de las gestantes presentar un cuadro de parto prematuro y en 37.78 de las gestantes presentaron un cuadro correspondiente a anemia. La razón de la muestra de esta probabilidad que se establece entre la anemia y el parto pretérmino fue de un total de 4.0 y se concluye que en el tercer trimestre existe una relación estadísticamente significativa entre la anemia y el parto pretérmino.¹⁴

3.2 Bases teóricas

Anemia:

La anemia, actualmente es considerada como una patología asociado en salud pública, tiene una gran incidencia en diversos países subdesarrollados, relacionado con el decir nutricional en niños. Diversos estudios lo relacionan dicha patología con estado gestacional de la madre.¹⁶

La anemia dentro de su fisiopatología, es considerada como la disminución progresiva de los niveles de hemoglobina, representados por la concentración de eritrocitos en el plasma

sanguíneo y nivel de hematocrito disminuido a nivel de el estudio de sangre periférica. Se dice que se establecen los niveles de hemoglobina a través de características socio demográficas como la edad sexo, raza, embarazo, actividad física y por último región. Además, a través de la vida de una persona se establecen diferentes etapas para los grados de hemoglobina correspondientes a cada una de ellas. De esta manera tenemos que, En la adolescencia debido a la presencia de los primeros cuadros de menstruación se puede presentar 1° de anemia correspondiente a esta pérdida. Además, cuando las mujeres tienen el deseo genésico y logren gestar se establecen nuevos mecanismos fisiopatológico es por los cuales se producen anemia durante la gestación.¹⁶

Etiología

La anemia con una concentración de hemoglobina (Hb) no inferior a 10 g / dl al término, ocurre en casi todos embarazos, y en la mayoría de los casos refleja un proceso fisiológico (discutido a continuación) en lugar de un estado de deficiencia o trastorno hematológico subyacente. Anemia significativa en el embarazo (definida como se produce una concentración de Hb <11 g / dl en el primer trimestre o <10 g / dl en el segundo y tercer trimestre) con una prevalencia que oscila entre el 2 y el 26%, según la población estudiada [2-4]. Anemia es un contribuyente importante a la morbilidad y mortalidad materna y fetal, particularmente en los países menos desarrollados países [2-6].

De las causas patológicas de anemia en el embarazo, la anemia por deficiencia de hierro (AIF) es el más común, particularmente en los países más desarrollados, donde las contribuciones de otros los

trastornos que producen anemia, como el paludismo o las hemoglobinopatías, son menos importantes [7-9].

La anemia en el embarazo, es tanto un interés académico de larga data como un elemento de mi práctica como hematólogo. ¹⁷

Tipos de Anemia

Anemia Gravídica

Generalmente se considera que un embarazo único normal llevado a término requiere una transferencia de 500 a 800 mg de hierro materno [28]. Se estima que la demanda de hierro absorbido aumenta de 0,8 mg / día al comienzo del embarazo a 7,5 mg / día al final del embarazo, con un requerimiento promedio durante todo el curso del embarazo de 4,4 mg / día [29]. En un estudio de mujeres embarazadas sanas en Perú, el valor del percentil 5 de Hb de los sujetos que recibieron suplementación con 66 mg elementales hierro / día fue consistentemente más alto que el de los sujetos que recibieron placebo. Las diferencias eran pequeñas en el primer trimestre (0,1 mg / dL de Hb más alto) y aumentó gradualmente en el segundo (0,1-0,4 mg / dL Hb superior) y tercer trimestre (0,3-0,9 mg / dL Hb superior) y el puerperio (1 mg / dL Hb más alta) [19].

La diferencia relativamente pequeña en el primer trimestre probablemente refleja una alta incidencia de DI o reservas marginales de hierro en ambos grupos y la brecha en constante aumento refleja el aumento requerimientos de hierro del embarazo que no se satisfacen en el grupo de placebo. En una gran reseña de las mujeres premenopáusicas, sólo el 20% tenía reservas de hierro supuestas de > 500 mg (definido como un suero

concentración de ferritina > 70 µg / L), y potencialmente podría pasar por el embarazo sin hierro suplementación [30].

Esto concuerda con un estudio anterior en el que las mujeres que recibieron o no recibieron suplementos de hierro durante el embarazo se sometieron a una evaluación de la médula ósea después del parto.

Solo el 16% de las mujeres que no recibieron suplementos de hierro oral tenían hierro teñido en los aspirados de médula ósea después del parto a término, aunque su concentración media de Hb (10,9 g / dL) estaba en el rango esperado para el tercer trimestre.¹⁸

Anemia ferropénica

A partir de aproximadamente la sexta semana de embarazo, el volumen de plasma aumenta desproporcionadamente a la masa de eritrocitos, alcanzando un valor máximo en aproximadamente 24 semanas de gestación. Como máximo, el volumen de plasma es un 40-50% más alto que en el inicio del embarazo [13].

Dado que los parámetros utilizados para identificar la anemia en la práctica clínica (el hematocrito (Hct), la sangre Concentración de Hb y recuento de eritrocitos circulantes) se expresan como concentraciones basadas en volumen de sangre total, el volumen de plasma expandido hace que disminuyan y, por lo tanto, produce "anemia".

Si bien la concentración de Hb, el Hct y, en menor grado, el recuento de eritrocitos, son los indicadores utilizados en la práctica, estos parámetros son sólo sustitutos de la definición real de anemia:

reducción de la masa de eritrocitos por unidad de peso corporal [14]. Según este criterio, la anemia fisiológica de el embarazo no es en realidad anemia: se produce un aumento del 15-25% en la masa de eritrocitos durante el embarazo, pero queda oculto por el efecto de dilución del aumento del volumen plasmático [15].

Esto es impulsado por un aumento en las concentraciones séricas de eritropoyetina durante el final del segundo y principios del tercer trimestre [16] y es facilitado o potencialmente limitado por la disponibilidad de hierro. Mujeres embarazadas que usan suplementos de hierro tienen un mayor aumento en la masa de eritrocitos que las mujeres que no usan suplementos de hierro [1], y las mujeres con reservas de hierro comprometidas al comienzo del embarazo tendrán un aumento limitado de la masa de eritrocitos.

Sin embargo, el límite superior del aumento de la masa de eritrocitos en presencia de hierro adecuado está regulado a través del control de la eritropoyetina y no aumenta por una mayor disponibilidad de hierro: las mujeres embarazadas, que tiene una dieta tradicional rica en hierro y una predisposición genética a aumentar absorción de hierro en la dieta, no aumente la concentración de Hb o Hct con la suplementación¹⁹.

Anemia megaloblástica

La anemia considerada megaloblástica tiene como origen la alteración del proceso de maduración de los eritrocitos, lo cual con lleva a una hematopoyesis de manera incorrecta y dentro de las principales causas del desarrollo de este trastorno tenemos a la

hipovitaminosis y a la disminución de ácido fólico, dentro de los nutrientes esenciales. Esta enfermedad está relacionada con una síntesis alterada de ADN y de cadenas de ARN de aquellas proteínas que normalmente tienen su origen de producción en las células de la sangre periférica, estas células son consideradas como megaloblásticas. Al haber algún aumento de masa y de capacidad de maduración se presenta esto dentro del núcleo.²⁰

Anemia hemolítica

Los cuadros de anemia de característica hemolítica conforman un conjunto de enfermedades que tienen como punto en común la destrucción y remoción de los eritrocitos en la sangre periférica previo al cumplimiento de su ciclo de vida que corresponde a 120 días. El tamizaje inicial de esta enfermedad establece un amplio espectro de sospecha clínica y se relaciona con múltiples procesos fisiopatológico, entre los cuales tenemos a los procesos infecciosos, a los procesos por intoxicación y por último a los pacientes que presenten algún cuadro de Neoplasia. Es importante recalcar que una de las causas de esta enfermedad también tiene su origen en la genética y puede ser de características hereditarias. El mecanismo del desarrollo de esta enfermedad establece dos características específicas la hemólisis dentro de los vasos y la hemólisis fuera de los mismos.²¹

Diagnóstico de la anemia

La identificación refleja las reservas de hierro agotadas. Aunque el "estándar de oro" para la identificación es la ausencia de tinción hierro reticuloendotelial en una muestra de médula ósea, en la práctica clínica generalmente se define por marcadores de laboratorio sustitutos, como una ferritina sérica baja o un porcentaje reducido de transferrina saturación por hierro [31].

Los valores de estos parámetros se analizan a continuación. La frecuencia de la DI en el embarazo refleja no solo las necesidades de hierro del embarazo, sino también la alta frecuencia de DI entre las mujeres premenopáusicas.

Las estimaciones específicas varían según la población estudiada y el parámetro específico utilizado para definir la ID. Diferentes criterios de diagnóstico para DI en el embarazo se analizan a continuación. En un estudio reciente informado desde los EE. UU. Definiendo ID por Nutrientes 2020, 12, 447 4 de 15 ferritina sérica baja ($<30 \mu\text{g} / \text{L}$) o saturación de transferrina baja ($<19\%$), 42% de las mujeres no seleccionadas en el primer trimestre que no presentaban anemia cumplieron los criterios de laboratorio de ID [32].

Encuesta de Examen de Nutrición y Salud (NHANES) [36], tenían deficiencia de hierro (Tabla 1). Los subconjuntos de las mujeres blancas afroamericanas y no latinas se asemejaba a la población general de la encuesta, pero el 50% de las mujeres latinas en este rango de edad tenían deficiencia de hierro. En una revisión de estudios de Europa, del 40 al

55% se informó que las mujeres premenopáusicas tenían deficiencia de hierro ²¹.

Clasificación de la Anemia

La anemia se encuentra relacionada con la desnutrición y la enfermedad.²²

Anemia leve (Hb de 10 - 10,5 g/dl)

Anemia moderada (Hb de 7 - 9 g/dl)

Anemia severa (Hb menor de 7 g/dl)

Valores Normales de la Sangre durante la Gestación²³

Hemoglobina: 1° trimestre (120 g/L); 3° trimestre (110 g/L).

Hematocrito: 1° trimestre (36 - 44%); 3° (33 - 42%).

Hierro sérico: (60 - 150 mg/100 ml).

Reticulocitos: (0,5 - 1,5%).

Eritrosedimentación: (45 mm al finalizar el trimestre).

Leucocitos: (10 000 a 15 000/mm³).

Plaquetas: 150 000 a 400 000/mm³. ²⁰

Etiología

El origen de los partos pretérmino muy pocas veces está asociado sólo a una causa. Se considera que son de naturaleza multifactorial y tienen ciertas características que predisponen a su aparición. Dentro de las principales determinantes del desarrollo de este cuadro tenemos a los cuadros de infección, el estrés que presenta la madre, los mediadores sanguíneos a niveles de la circulación útero placentaria y aquellas lesiones que se generen dentro del útero y estén relacionadas con la circulación o el sufrimiento fetal. También se encuentran dentro de las causas la distensión uterina desmedida y la insuficiencia de oxígeno autoridad de la placenta. Es común determinar que cada uno de estos factores actúen de manera asociada y produzcan un parto pretérmino debido a una infección que se presenta en la madre.

Fisiopatología

Evaluación del impacto de la identificación materna en el curso del embarazo y en el desarrollo de la primera infancia es más complejo de lo que parece a primera vista. El DI es más común en los ámbitos económico y social poblaciones desfavorecidas, y estos desafíos pueden contribuir de forma independiente a las complicaciones en el embarazo y el desarrollo de la primera infancia.

En el caso de IDA, pueden surgir preguntas sobre si cualquier efecto negativo es una consecuencia general de la anemia o es específico de la DI.

En un informe reciente en mujeres que fueron infectadas con esquistosomiasis durante el embarazo, la IDA materna parece predecir identificación del niño a los seis meses de edad. La identificación

también puede ser un marcador de otros problemas nutricionales. En un estudio, las mujeres con bajo peso al comienzo del embarazo tenían concentraciones de ferritina sérica más bajas que a madres con peso corporal normal o con sobrepeso.

La DI puede contribuir a un desarrollo cognitivo deficiente en la primera infancia, y la oportunidad de intervenir durante el embarazo y evitar esta complicación es atractivo desde el punto de vista de la salud pública.

Sin embargo, no está del todo claro que la suplementación materna con hierro durante el embarazo pueda revertir efectos de la DI materna durante el embarazo sobre el desarrollo neurológico. Dos revisiones sistemáticas recientes no encontraron evidencia de que la suplementación con hierro durante el embarazo mejorara el desarrollo neurológico en descendencia.

La frecuencia específica de DI en las poblaciones estudiadas puede haber contribuido a la ausencia de un efecto estadísticamente significativo: los beneficios pueden haberse limitado a los pacientes que recibieron hierro deficiente o tenían reservas marginales de hierro en el momento del tratamiento.

Desde el punto de vista del recién nacido anemia / estado de hierro, la evidencia parece más clara: estudios que abarcan 60 años que consistentemente apoyan el concepto de que la identificación materna no suele reducir el suministro de hierro fetal. Aparece el feto ser priorizado por la biología de la gestación como receptora de hierro y los nutrientes necesarios para la síntesis de Hb. Como resultado, la concentración de Hb de los bebés nacidos de madres con ADH suele ser normal, para la edad del lactante y los valores de los marcadores bioquímicos del estado del hierro (como hierro sérico, transferrina

saturación y ferritina sérica) observados en el recién nacido parecen no estar relacionados con los observados en la madre.²⁴

3.3 Marco Conceptual

Terminología Básica

La hemoglobina (Hgb) es una molécula grande en los glóbulos rojos que se compone de hemo, el hierro compuesto y globina, una proteína simple. Una función principal de Hgb, además de mantener equilibrio ácido-base, es su capacidad para atraer oxígeno al hierro que transporta. Después de recibir oxígeno de los pulmones, Hgb forma lo que se llama oxihemoglobina.

La presencia de el oxígeno de esta proteína es lo que hace que la sangre parezca de color rojo brillante. Órganos de todo el el cuerpo recibe oxígeno a medida que los glóbulos rojos circulan hacia los tejidos corporales, se libera el oxígeno transportado del Hgb, y la molécula de oxígeno se difunde en los capilares. La sección de globina de luego, la Hgb recibe dióxido de carbono de las células de los tejidos y lo elimina del cuerpo por exhalación respiratoria²⁵.

El metabolismo del hierro, que es la descomposición del hierro almacenado en el cuerpo, es el proceso necesario para la producción de Hgb y síntesis de enzimas requeridas para oxigenación sistémica y energía celular. Mayor del cuerpo La fuente de hierro proviene del sistema reticuloendotelial, en el que los macrófagos del el hígado y el bazo fagocitan los glóbulos rojos viejos o dañados²⁶. Enzimas, como

hemo oxigenasa-1 (HO-1), juegan un papel en la degradación del hemo que se libera de glóbulos rojos fagocitados. Este proceso se realiza para crear una forma de hierro utilizable en todo el cuerpo. El hierro resultante, que se almacena o se utiliza rápidamente por proteínas, como transferrina, es la

forma necesaria para la energía y la oxigenación de células, tejidos y sistemas.

La transferrina es una proteína plasmática portadora que se sintetiza en el hígado y se sabe que ser un indicador aceptable del aporte de hierro dentro del cuerpo. La transferrina tiene una alta afinidad por el hierro y se conoce como ferrotransferrina cuando se une a un hierro molécula durante el transporte.

Se produce el almacenamiento de hierro principalmente en el bazo, la médula ósea y el citoplasma de los macrófagos. Este almacenamiento de hierro es conocido como ferritina o hemosiderina, una forma descompuesta de ferritina. La producción de Hgb se ralentiza cuando el almacenamiento de hierro no se reemplaza en estos depósitos, lo que resulta en una ID y una coincidiendo con un nivel bajo de.

Sin embargo, muy poco hierro permanece en circulación en comparación con la que se utiliza intracelularmente para la eritropoyesis, o la producción de glóbulos rojos, así como para otras funciones celulares.

Factores asociados al parto prematuro Preconcepcionales:

Psicosocial²⁵

Ausencia de control prenatal
Privación social
Conducta de riesgo
Intervalo intergenésico menor de 12 meses
Estrés

Anatómico genético/hereditario²⁶

Edad materna mayor de 29 años
Historia previa de muerte infantil
Muerte fetal
Un hijo de peso bajo al nacer
Cesárea
Embarazo múltiple
Anomalías fetales
Malformaciones uterinas o placentarias

IV.METODOLOGIA

4.1 Tipo y nivel de investigación

LA presente tesis se encuentra enmarcado en una investigación tipo no experimental y de nivel cuantitativa analítica

4.2. Diseño de la Investigación

La presente tesis posee un diseño aplicativo y de corte transversal.

4.1 Población – muestra

Población: La presente tesis posee un grupo de historias clínicas de las gestantes que se le diagnostico posteriormente parto prematuro, todo ello en un numero de 705.

Muestra:

La presente tesis posee una muestra de 250 historias clínicas.

4.2 Hipótesis general y especificas

Hipótesis general

- La anemia en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, en el periodo de junio a diciembre 2020.

Hipótesis específicas

- Las características sociodemográficas de las gestantes de tercer trimestre con parto pretérmino.
- La frecuencia de anemia leve, moderada y severa en gestantes con parto pretérmino.

4.3 Identificación de Variables

Características Sociodemográficas

- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Nivel de educación
- Lugar de procedencia
-

Anemia en gestantes

Parto prematuro

4.4 Operacionalización de Variables

| VARIABLES | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | VALOR | |
|----------------------------------|------------------|----------------------|---|--------------------|---|--|
| Característica Sociodemográficas | Mixto | Edad | Años | Intervalo | 1. Menor o igual a 19 años | 2. Mayor a 19 años |
| | | Estado civil | Tipo de unión Conyugal | Nominal | 1. Soltera 2. Casada | 3. Conviviente |
| | | Ocupación | Actividad Laboral | Nominal | 1. Ama de casa 2. Estudiante | 3. Independiente 4. Dependiente |
| | | Nivel educativo | Nivel educativo que tiene la Adolescente. | Ordinal | 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria | 4. Superior técnica 5. Superior Universitaria |
| | | Lugar de Procedencia | Lugar de nacimiento de la adolescente. | Nominal | 1. Costa | 2. Sierra 3. Selva |

| | | | | | | |
|--|--------------|--|---|---------|--|--------------------------|
| Anemia en gestantes del tercer trimestre | Cuantitativa | Concentración de hemoglobina de las gestantes del tercer trimestre | Leve : 9 a 10.5 g/dl Moderada: 7 a <9 g/dl Severa: < 7 g/dl | Ordinal | 1. Leve 2. Moderada | 3. Severa 4. No tiene |
| Parto prematuro | Cuantitativa | Parto con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor o igual a 36 semanas. | Terminación del parto entre las 22 y 36 semanas. | Nominal | 1. Prematuro tardío 2. Muy prematuro 3. Extremadamente prematuro | |

4.5 Recolección de datos

Se utilizaron técnicas cuantitativas para la recopilación y el análisis de datos, por lo que IBM SPSS y Microsoft se seleccionaron Excel para analizar los datos. Las respuestas transferidas a hojas de Excel para cada tipo de encuestados, y luego los datos se importaron a SPSS para extraer estadísticas.

Usando descriptivo estadísticas, para obtener información general. Estadísticas demográficas para obtener información general sobre los encuestados va a realizar. El análisis factorial servirá antes de probar la hipótesis. Con el fin de averigüe si el modelo es aceptado o no, prueba de confiabilidad con Alpha Cronbach para medir la consistencia interna funcionará. Queríamos conocer el impacto de la calidad del servicio electrónico dimensiones sobre competitividad de las empresas; por lo tanto, 5 dimensiones actúan como variables independientes sobre el sostenimiento de la ventaja competitiva como variable dependiente. Factores que se cargaron en el modelo, se utilizará como puntajes de regresión para medir el impacto de cada dimensión y modelo general en la variable dependiente.

V.RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes en el tercer trimestre con parto pretérmino el Hospital Regional de Ica, junio-diciembre 2020.

| | Con Anemia | | Sin Anemia | |
|-----------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Edad | N | % | N | % |
| Menor o igual a 19 años | 100 | 80 | 80 | 64 |
| Mayor a 19 años | 25 | 20 | 45 | 36 |
| Estado civil | | | | |
| Soltera | 20 | 16 | 24 | 19.2 |
| Casada | 7 | 5.6 | 8 | 6.4 |
| Conviviente | 98 | 78.4 | 93 | 74.4 |
| Ocupación | | | | |
| Ama de casa | 70 | 56 | 58 | 46.4 |
| Estudiante | 6 | 4.8 | 4 | 3.2 |
| Independiente | 8 | 6.4 | 20 | 16 |
| Dependiente | 41 | 32.8 | 43 | 34.4 |
| Educación | | | | |
| Primaria | 28 | 22.4 | 13 | 10.4 |
| Secundaria | 64 | 51.2 | 82 | 65.6 |
| Superior técnica | 10 | 8 | 14 | 11.2 |
| Superior Universitaria | 23 | 18.4 | 16 | 12.8 |
| Lugar de procedencia | | | | |
| Costa | 55 | 44 | 70 | 56 |
| Sierra | 45 | 36 | 39 | 31.2 |
| Selva | 25 | 20 | 16 | 12.8 |
| Total | 125 | 100% | 125 | 100% |

Fuente: Historias clínicas de Hospital Regional de Ica.

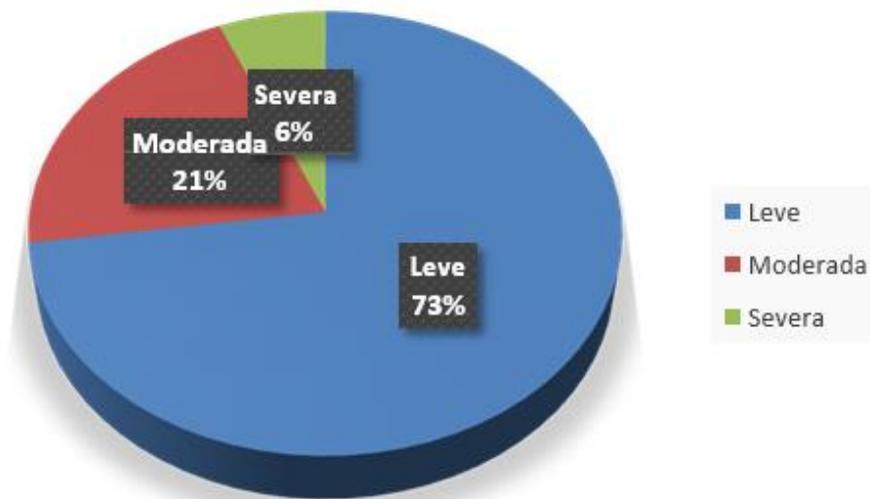
Tabla 2. Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, junio a diciembre 2020.

Gráfico N° 01: Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con

| Clasificación de la anemia | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Leve | 91 | 73 |
| Moderada | 26 | 21 |
| Severa | 8 | 6 |
| Total | 125 | 50% |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Ica

parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica, junio a diciembre 2020.



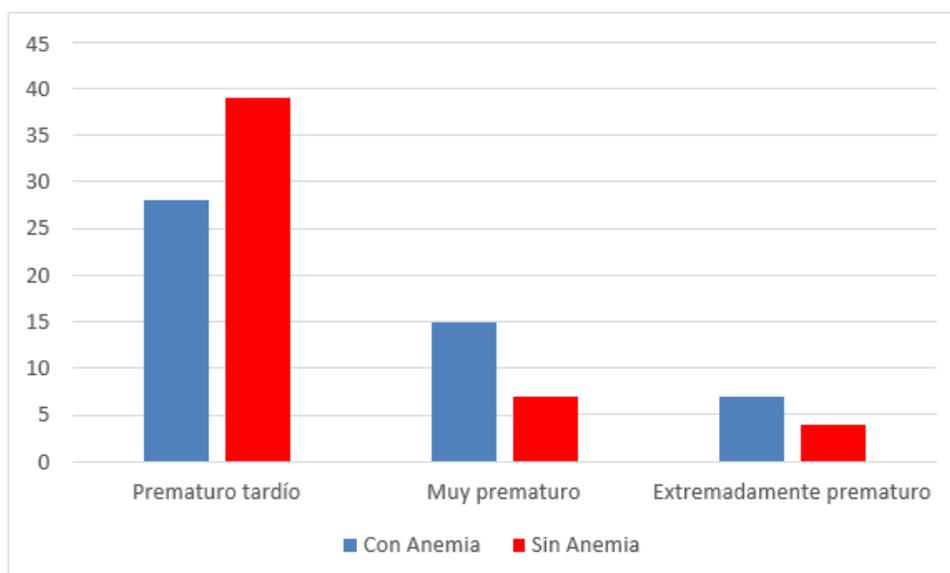
Fuente: Historias clínicas de Hospital Regional de Ica.

Tabla 03. Parto pretérmino en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Ica, junio – diciembre 2020.

| Prematuro | | Anemia | | Chi cuadrado de Pearson |
|--------------------------|-----------|--------------|--------------|-------------------------|
| | | Si | No | |
| Prematuro tardío | n= | 71 | 98 | Valor P: ,000 |
| | % | 28% | 39% | |
| Muy prematuro | n= | 37 | 18 | |
| | % | 15% | 7% | |
| Extremadamente prematuro | n= | 17 | 9 | |
| | % | 7% | 4% | |
| Total | n= | 125 | 125 | N° Validos: 250 |
| | % | 50,0% | 50,0% | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Ica.

Gráfico N° 02. Parto pretérmino en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Ica, junio – diciembre 2020.



Fuente: Historias clínicas de Hospital Regional de Ica.

5.2 Interpretación de los resultados

Se presenta el análisis de características descriptivas para los resultados. Además el análisis para las variables de características cuantitativas se presenta el cálculo de la tendencia de medida central, caracterizados por los términos de mediana moda y media. Para el caso de las variables que son de naturaleza cualitativa se establece la distribución en carácter de porcentajes de los datos establecidos en frecuencias relativas y absolutas.

Se realizó el análisis estadístico de los dos grupos que se detallan a continuación

- Gestante con anemia.
- Gestante sin anemia.

Después se realizó el análisis multivariado donde se aplicó una prueba no paramétrica, (Chi cuadrado).

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis Descriptivos de los resultados

En la tabla N°01 Observamos las características sociodemográficas de las gestantes que presentaron parto prematuro encontrando, para el grupo de las gestantes con anemia el 80% tuvieron edad menor o igual a 19 años y el 20% tuvieron edad mayor a 19 años, para el grupo de gestantes sin anemia el 64% tuvieron edad menor o igual a 19 años y el 36% tuvieron edad mayor a 19 años. En cuanto a la ocupación, para el grupo de gestantes con anemia se encontró que el 56% se dedica a su casa, el 32.8% son trabajadoras dependientes, el 6.4% son trabajadoras independientes y el 4.8% son estudiantes, para el grupo de las gestantes sin anemia se encontró que el 46.4% se dedica a su casa, el

34.4% son trabajadoras dependientes, el 16% son trabajadoras independientes y el 3.2% son estudiantes.

El nivel de educación para el grupo de gestantes con anemia se encontró que el 51.2% tuvieron estudios de nivel secundaria, el 22.4% tuvieron educación primaria, el 18.4% tuvieron educación universitaria y el 8% tuvieron educación superior técnica, para el grupo de gestantes sin anemia el 65.6% tuvieron estudios de nivel secundaria, el 12.8% tuvieron educación universitaria, el 11.2% tuvieron educación superior técnica y el 10.4% tuvieron educación primaria.

En la tabla N°02 del grupo de gestantes con anemia en el tercer trimestre se observa, el 73% de gestantes tuvieron anemia leve, el 21% de gestantes tuvieron anemia moderada y el 6% tuvieron anemia severa.

En la tabla N°03 se observa dos grupos de gestantes con o sin anemia en el tercer trimestre que tuvieron recién nacido prematuro, de acuerdo con su clasificación encontramos: Esta asociación es estadísticamente significativa ($P < .000$), lo que respalda la hipótesis de investigación que la anemia es un factor de riesgo para parto prematuro.

6.2 Comparación resultados con Marco Teórico

El parto prematuro y la anemia en el tercer trimestre de embarazo son problemas de salud pública que generalmente causan morbilidad materna y perinatal ya que no solo tiene repercusiones en gran escala en la salud, sino también en el desarrollo socio económico de una nación.

En tal sentido, el presente estudio fue realizado mediante la revisión de historias clínicas del Hospital Regional de Ica.

La anemia por deficiencia de hierro (IDA) es un tipo de anemia, que es una expresión de un proceso patológico provocado por diversas causas y factores de riesgo antes mencionados.

Por lo tanto, la IDA puede manifestarse por signos y síntomas generales que varían en gravedad y dependen de la importancia de la condición de un individuo. Dado que algunos síntomas son inespecífico, general y fácilmente confundido como resultado de otra condición de salud o por una causa cotidiana, la AIF puede pasar desapercibida y no diagnosticada durante un período prolongado. Palidez, pérdida de energía o debilidad y disnea de esfuerzo son signos cardinales y síntomas de la AIF en todas las poblaciones. Estos signos y síntomas son el resultado de la cantidad anormalmente baja de oxígeno que circula por los tejidos corporales.

Este bajo nivel de oxígeno es representado por un nivel reducido de Hgb, así como otros valores de laboratorio de diagnóstico (American Sociedad de Hematología, 2016; Bánhidý, Ács, Puhó y Czeizel, 2011).

No solo los signos y síntomas de la IDA a menudo pueden ser inespecíficos y generales, sino que los síntomas también pueden carecer de coherencia en su presentación. Taquicardia, palpitaciones y la hipertrofia cardíaca son algunos síntomas cardiovasculares que pueden presentarse en casos crónicos casos de IDA; estos han sido notados particularmente por mujeres embarazadas con AIF. (Breyman, 2013). La fatiga o letargo es la principal queja de una persona con IDA, mientras que la irritabilidad y la regulación deficiente de la temperatura son otros síntomas más exhibido específicamente por mujeres embarazadas (Pavord et al., 2012).

Algunos pacientes también informan tener picofagia o un deseo inusual de comer o masticar artículos que no son alimentos, como hielo y suciedad. Estas

sustancias, si son tóxicas cuando se ingieren, pueden dañar indirectamente un desarrollo feto.

Dolor de cabeza, lengua adolorida o lisa, conocida como glositis y pérdida de cabello o uñas la fuerza también puede sugerir IDA. La mayoría de estos signos y síntomas surgen cuando la AIF ha se vuelven lo suficientemente graves como para ser diagnosticados. Otras causas subyacentes, como grave aguda pérdida de sangre o comorbilidades crónicas, deben ser tratadas. Muchas veces, signos y síntomas de ID o IDA desaparecerá o se volverá menos prominente como los factores de riesgo o subyacentes las causas están descartadas o bien gestionadas

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Como se pudo evidenciar se demostró que la mujeres que participaron en la presente tesis, poseen ciertas características sociodemográficas tales como que la mayoría de ella son amas de casa, la mayoría son de la parte de la costa, y la casi todos solo poseen solo educación completa.

- Las características de la anemia que se pudo observar fue que en su mayor parte casi un 75% de ellas son leves, y solo un 5% de ellas fueron de naturaleza severa.
- La incidencia de parto prematuro solo ocurrió en un 40% de gestantes aproximadamente sin anemia, por otro lado la relación entre la gestantes con anemia con una ocurrencia de parto prematuro solo fue de un 15%.
- Por último se puede concluir que la incidencia en gestantes del tercer encontradas en el trimestre es un factor de riesgo significativo para parto prematuro(P:0.000.)

RECOMENDACIONES

La mayoría de las pacientes embarazadas pueden tolerar el hierro oral, especialmente cuando se administra una vez al día o en un horario intermitente. Sin embargo, si el paciente no responde al hierro oral o no puede / no quiere tomar hierro por vía oral, la terapia con hierro intravenoso es segura y eficaz.

Una ventaja del hierro intravenoso.

La terapia consiste en corregir la Hb / Hct y las reservas de hierro de forma simultánea y rápida. Revisiones sistemáticas recientes indican que la terapia con hierro intravenoso durante el embarazo permite un logro más completo de los Concentraciones de Hb.

Se encuentran disponibles varias preparaciones de hierro por vía intravenosa, con diferentes horarios de dosificación, y una discusión detallada de estos está fuera del alcance de la revisión actual. En la mayoría

En los casos, la dosis total a administrar por vía intravenosa es de 1000 a 1500 mg de hierro elemental.

En ausencia de signos o síntomas gastrointestinales, la evaluación endoscópica del tubo digestivo es poco probable que identifique una lesión que explique la pérdida de sangre en mujeres premenopáusicas con DI, y puede diferirse con seguridad a favor de un ensayo de reemplazo de hierro.

Como se señaló anteriormente, la falta de respuesta a la terapia con hierro debe impulsar la evaluación de las fuentes en curso de pérdida de sangre si hay persistencia evidencia de DI, o consideración de otras etiologías de anemia.

BIBLIOGRAFIA

1. Mendoza TL, Claros BD, Mendoza TL, et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Ago [citado 2018 Ago 12]; 81(4): 330-342.
Disponible en:
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012)
2. Chang H, Larson J, Blencowe H. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. Rev. Lancet. Estados Unidos. 2014; 381:223-234.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2018. [acceso 12 de agosto 2018]. Nacimientos Prematuros [03]. Disponible: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2018. Serie de Informes Técnicos: 84. Disponible: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
5. Wong ME. Anemia en el tercer trimestre de gestación como factor de riesgo de bajo peso al nacer en recién nacidos a término. hospital regional docente de Trujillo 2014-2015. [tesis de médico cirujano]. Repositorio digital de la Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. 2016

6. Villegas GR. Anemia como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del tercer trimestre del servicio de ginecoobstetricia del

Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo 2016. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad San Juan Bautista. Perú. 2017

7. Montano VG. Asociación entre anemia y complicaciones materno - fetales en gestantes del servicio de Gineco obstetricia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2017

8. Bustos, SD; Galarza RB. Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra y hospital Gustavo Domínguez de santo domingo en el periodo enero a julio 2017. [tesis de especialidad]. Repositorio de la Universidad Católica del Ecuador. 2018

9. Erras JE, Camacho JC, Torres DY. Anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas. Rev. Enferm Inv. Ecuador. 2018 3(2):71-78.

10. Pintado, VM. Prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Católica de Cuenca. Ecuador. 2017

11. Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Rev. Redalyc. Colombia. 2016 48, 215-227

12. Montano, VG. Asociación entre anemia y complicaciones materno - fetales en gestantes del servicio de Ginecología del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2018
13. Villegas, GR. Anemia como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del tercer trimestre del servicio de ginecología del Hospital Nacional Carlos Lanfranco la Hoz durante el periodo 2016. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Privada San Juan Bautista. Perú. 2017
14. Flores, EJ. 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]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2015
15. Aguirre, HE. Anemia materna como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en gestantes del Hospital Belén de Trujillo en periodo julio – diciembre 2015. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Antenor Orrego. Perú. 2015
16. Paredes HA. Valores hematológicos, anemia ferropénica y factores de riesgo en gestantes que acuden al Hospital Regional “Manuel Nuñez Butrón” puno – 2016. [tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Altiplano. Perú. 2017
17. Casas LM, Ninahuanca MA. Características clínicas del recién nacido y su relación con la anemia en el segundo y tercer trimestre en el embarazo - Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen 2013 – 2015. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Peruana los Andes. Perú. 2015

18. Flores HJ. Prevalencia de anemia en gestantes del centro de salud La Libertad, San Juan de Lurigancho, Lima, enero - octubre del 2015. [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio digital de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2017

19. Guías de Salud [Internet]. España. 2014 [Rev. 22 de julio 2018]. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [494].

Disponible:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

20. Morlés RE. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital "San José" Callao - Lima. 2016. [tesis de Médico Cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2018

21. Gómez SI et al. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. *Medicas. Rev. Peru. Epidemiol.* Perú. 2014 18: 2 - 3

22. Marín MA, Vásquez TW. actores sociales que influyen en la variación de hemoglobina en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo. [tesis de Licenciatura]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. 2014

23. Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Perú. 2015 [Rev. 22 de julio 2018]. Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte [129].

Disponible:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

24. Palencia CA. [Internet]. Chile. 2016. [Rev. 22 de julio 2018]. Parto prematuro. [10]. Disponible: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
25. Pacheco J. Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias. Rev Per Ginecol Obstet. 2016;54:24-32
26. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú. 2015. [Rev. 22 de julio 2018]. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. [16]. Disponible: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
27. Hospital María Auxiliadora. [Internet]. Perú. 2017. [Revisado el 12 de agosto del 2018]. Compendio Estadístico. [68]. Disponible: <http://www.hma.gob.pe/pdf/publicaciones/21.pdf>

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEMIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, JUNIO A DICIEMBRE 2020.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad:

2. Estado civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente

3. Ocupación:

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Independiente
4. Dependiente

4. Nivel educativo:

1. Sin estudios
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior técnica
5. Superior Universitaria

5. Lugar de procedencia:

1. Costa
2. Sierra
3. Selva

II. ANEMIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE

1. Nivel de hemoglobina en el 3º trimestre: ...

Leve ()

Moderada ()

Severa ()

No tiene ()

III. Datos del parto

6. Parto prematuro

Prematuro tardío ()
prematuro ()

muy prematuro () extremadamente
Edad gestacional.....

JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

| |
|--|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. |
| 3. La estructura del instrumento es adecuada. |
| 4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable. |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. |
| 6. Los ítems son claros y entendibles. |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. |

| CRITERIOS | JUECES | | | | | VALOR P |
|--------------|--------|----|----|----|----|---------|
| | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| TOTAL | 7 | 7 | 6 | 7 | 7 | 34 |

B = _____

| | |
|---------------------|--------------------------|
| 0,53 a menos | Validez nula |
| 0,54 a 0,59 | Validez baja |
| 0,60 a 0,65 | Válida |
| 0,66 a 0,71 | Muy válida |
| 0,72 a 0,99 | Excelente validez |
| 1.0 | Validez perfecta |

ANEXO 02 Ficha de validación de instrumentos de medición



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

| Nº | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | | |
| 2 | la secuencia de presentación de ítems es óptima | | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | | |

FECHA:/...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO