



Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“ANEMIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR
DE RIESGO PARA PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA, EN EL PERIODO DE ABRIL A SETIEMBRE, 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachilleres:

Jazmín Milagros Gonzales Picón

Luz Milagros Morón Guevara

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por habernos permitido llegar a este momento, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera.

A nuestros padres, por ser el pilar más importante emocional y económicamente y por demostrarnos siempre su cariño, apoyo y consejos.

A nuestros hermanos y familiares, por sus palabras y compañía, y en especial para los que nos dejaron en el camino de nuestro trabajo.

A nuestros maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por protegernos a lo largo de nuestro camino y darnos la fuerza necesaria para superar los obstáculos y las dificultades a lo largo de nuestra vida.

A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños y su apoyo incondicional a nuestros hermanos y familiares por sus consejos y sus palabras que me guiaron durante mi vida.

A nuestro asesor, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la tesis.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

ASESOR

Mg. Cesar Tárraga Palomino

JURADOS

PRESIDENTE

Dr. Carlos Rodríguez Chávez

SECRETARIO

Dra. Ana María Sanz Ramírez

VOCAL

Lic. Carlos Vélez Cervantes

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivo	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Terminología básica	27
2.4. Hipótesis	27
2.5. Variables	28
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	30
3.2. Población y muestra	30
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	32
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	33
3.5. Aspectos éticos	34
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	35
4.2. Discusión	41
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	44
5.2. Recomendaciones	45

REFERENCIAS	46
ANEXOS:	
Instrumento	51
Juicio de expertos	52
Constancia de aprobación (HAMA)	57
Matriz de consistencia	58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla N°.01 Gestantes con o sin anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo para parto prematuro, características sociodemográficas.	35
Tabla N°.02 Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, 2018.	37
Tabla 03. Parto prematuro en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2018.	38

RESUMEN

Objetivo: Determinar que la anemia en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018.

Materiales y Método: Estudio de tipo no experimental cuantitativa analítica de diferencia de grupos, retrospectivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por las historias clínicas de gestantes que presentaron parto prematuro siendo un total de 705. Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y la muestra estuvo conformada por 250 historias clínicas.

Resultados: El 80% de las gestantes tuvieron edad menor o igual a 19 años, el 76,4% fueron de situación sentimental conviviente, el 93,2% se dedicaba a su casa, el 80,8% de las gestantes tuvieron educación secundaria, el 44% proviene de la costa, el 73% de gestantes tuvieron anemia leve, el 21% de gestantes tuvieron anemia moderada y el 6% tuvieron anemia severa, se encontró asociación estadística entre ambas variables con un valor $p=.000$.

Conclusión: La presencia de anemia (leve, moderada o severa) en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro; y esta asociación es estadísticamente significativa.

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

SUMMARY

Objective: To determine if the anemia in pregnant women of the third trimester is a risk factor for premature birth in the María Auxiliadora Hospital, from April to September, 2018.

Materials and methods: Study of non-experimental quantitative analytical type of group difference, retrospective transversal. The study population was made up of the clinical histories of pregnant women who presented premature delivery, a total of 705. Type of non-probabilistic sampling for convenience and the sample consisted of 250 clinical histories.

Results: 80% of pregnant women were less than or equal to 19 years of age, 76.4% were sentimental living together, 93.2% were home-based, 80.8% of 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, statistical association was found between both variables with a value $p = .000$.

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

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

Capítulo I: Problema

1.1. Planteamiento del problema.

A nivel mundial se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, es decir, más de 1 en 10 nacimientos, y esa cifra está aumentando. En Latinoamérica y El Caribe la incidencia es de 8,1 %, y en el Perú la incidencia es de 7,3%. El nacimiento de un recién nacido pretérmino es una de las principales causas de morbilidad perinatal en el ámbito mundial es por ello por lo que constituye un problema de salud pública de gran importancia, especialmente en Latinoamérica.¹

En América Latina y el Caribe nacen aproximadamente 12 millones de niños cada año, de los cuales 135,000 fallecen por prematuridad, siendo la prematuridad un problema para las complicaciones neonatales. En los Estados Unidos de Norteamérica y países europeos su incidencia ha permanecido sin cambios, alrededor del 8%.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 en la gestación es un trastorno nutricional muy importante en el mundo, aproximadamente la tercera parte de la población mundial (2 billones de personas) cursa con algún grado de anemia. De las cuales se

encuentra asociado a la deficiente ingesta de hierro y cambios fisiológicos propios de la gestación.⁵

En el Perú, se menciona que la tasa de parto prematuro es de 7.3 por cada 100 nacidos vivos en el año 2014. La UNICEF en su último estudio realizado en el periodo 2011- 2012, lo determinó como la primera causa de muerte neonatal en el Perú. Por este grupo de causas se estima que fallecieron alrededor de 3786 neonatos, representando el 25.1% del total de muertes.⁶

A nivel nacional, un estudio realizado a gestantes hospitalizadas en el Hospital Nacional Carlos Lanfranco la Hoz de la provincia de Lima encontraron que si existe una asociación entre la anemia en gestantes del tercer trimestre y parto prematuro.⁶

En la provincia del Callao se realizó un estudio en gestantes que acudían al servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión encontrando que existe 3,94 veces más riesgo de presentar alguna complicación materno fetal si la gestante presentara anemia, entre ellas a la ruptura prematura de membrana, hemorragia postparto, oligohidramnios y prematuridad.⁷

La realidad del Hospital María Auxiliadora no es diferente a dicha problemática, pues existe un porcentaje importante de mujeres que presentan anemia (36%) durante su embarazo, principalmente durante el último trimestre.²⁷ Por otro lado, el reporte del parto prematuro para el año 2017 es de 10.5%. En tal sentido consideramos formular el siguiente problema.²⁷

1.2. Formulación del problema.

¿Será la anemia en gestantes del tercer trimestre un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018?

1.3. Justificación.

El desarrollo del presente estudio es importante porque consideramos necesario analizar la anemia en el tercer trimestre como un factor de riesgo importante para el parto prematuro, ya que la anemia materna se ha convertido en un diagnóstico frecuente en la consulta diaria, de esta manera crear estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia en gestante. Con el fin de evitar las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

La anemia durante el embarazo se ha convertido en un problema de Salud Pública cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio sanitario; siendo un tema de importancia en el área de la salud materna perinatal; es un factor reconocido para diversas patologías durante el embarazo y en especial con el parto prematuro. En tal sentido el presente estudio propone demostrar que la anemia en el tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro, con la finalidad de actualizar la información y concientizar al personal responsable de la atención prenatal frente a esta problemática.

La importancia de esta investigación radica en la problemática que representa la presencia de la anemia durante la gestación y en especial durante el último trimestre por lo que si se presentara el parto los recién nacidos tienen menos probabilidades de vida. La presencia de anemia durante la gestación por deficiencia de hierro puede conducir a que se produzca en el último trimestre de tal manera que puede conllevar a que se dé un crecimiento fetal deficiente, parto prematuro o que el recién nacido tenga un bajo peso al nacer. Se debe de tener en cuenta que el parto prematuro es responsable del 75% de la mortalidad neonatal y los que sobreviven en su mayoría presentan múltiples secuelas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y en la edad adulta, pues con frecuencia ocurren discapacidades neurológicas dando

como resultado limitaciones físicas, lo cual influye negativamente en su adaptación social y en la salud del recién nacido prematuro.

En tal sentido, el presente estudio contribuirá con un soporte científico teórico para futuras investigaciones. De tal manera que ayude en la prevención de la anemia en gestantes con parto prematuro y disminuya la morbimortalidad materno perinatal.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

- Determinar que la anemia en gestantes del tercer trimestre es factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos.

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

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

Bustos, SD; Galarza RB en el año 2018 en Ecuador realizó un trabajo de investigación titulado “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” con el objetivo de determinar la relación que existe entre la presencia de anemia y amenaza de parto pretérmino. Material y método, el tipo de estudio fue de cohorte. Se encontraron los siguientes resultados: La anemia es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino y con un χ^2 con un valor de $P < 0,002$ que nos indica que existe una diferencia significativa entre las variables, por lo cual se comprueba la asociación entre las dos variables en este estudio. Es así que el 78,21% de las pacientes que tuvieron amenaza de parto prematuro, presentaron como causa anemia. Concluyeron, que se comprobó que la anemia, basada en su hemoglobina, diagnosticada en el tercer trimestre de embarazo y sin un manejo adecuado, es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino⁸.

Erras JE, Camacho JC, Torres DY en el año 2018 en Ecuador realizó un trabajo de investigación titulado “Anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas” con el objetivo de Identificar a la anemia ferropénica como factor de riesgo de emergencias obstétricas en gestantes. Material y método, investigación cuantitativa, no experimental, transversal, analítico correlacional. Donde se encontró que hay asociación entre la anemia ferropénica y emergencia obstétrica ($\chi^2 = 0$). También existe relación en el tercer trimestre de embarazo con la infección de vías urinarias; parto prematuro; abrupto placentario ($\chi^2 = 0$). Donde concluye,

la anemia ferropénica predominó en las gestantes como principal factor de riesgo para el desarrollo de emergencias obstétricas.⁹

Pintado, VM en el año 2017 en Ecuador realizó un trabajo de investigación titulado “Prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016” con el objetivo, de determinar la prevalencia y los factores asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital General de Macas. Material y método, el tipo de estudio analítico y transversal. Donde se encontró que el parto pretérmino presenta una prevalencia del 3.9% y los factores asociados para parto pretérmino son la anemia, infección de vías urinarias, vaginosis bacteriana y control prenatal inadecuado. Donde concluye, que los factores sociodemográficos, maternos y obstétricos tienen riesgo significativo.¹⁰

Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ en el año 2016 en Colombia realizó un estudio titulado “Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá”. Tuvo como objetivo que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretérmino. Material y método, se trata de un estudio de corte transversal, observacional analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron parto prematuro. Los resultados arrojaron una prevalencia de parto pretérmino en un 6,1%; media de edad 17,3 años, el rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al parto prematuro, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). Donde concluye que los principales factores que se insinúan como asociados con el parto pretérmino son la anemia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia y bajo nivel de escolaridad.¹¹

Montano, VG en el año 2018 en el Callao, realizó un trabajo de investigación titulado “Asociación entre anemia y complicaciones materno - fetales en gestantes del servicio de Ginecobstetricia del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017” con el objetivo, determinar la asociación entre

anemia y complicaciones materno fetal en gestantes. Materiales y métodos, observacional retrospectivo, cuantitativo, analítico, casos y controles. Resultados: donde se encontró relación significativa, entre anemia y prematuridad ($p=0.001$). Donde concluye que existe 3,94 veces más riesgo de presentar alguna complicación materna fetal si la gestante presentara anemia.¹²

Villegas, GR en el año 2017 en Lima realizó un trabajo de investigación titulado “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” con el objetivo, identificar la asociación entre la anemia en gestantes del tercer trimestre con el desarrollo de parto pretérmino. Material y métodos, estudio retrospectivo, cuantitativo, analítico, tipo casos y controles. Resultados: El porcentaje de pacientes con anemia en el grupo de casos fue del 31,9% y en el grupo control, del 48,8%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. La razón de probabilidades mostró una asociación positiva entre la presencia de anemia y el desarrollo de parto pretérmino de 2,03. 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

Flores, EJ en el año 2015 en Lima realizó un trabajo de investigación titulado “Anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio- diciembre 2015” con el objetivo, determinar si la anemia durante el tercer trimestre de embarazo es un factor de riesgo asociado al desarrollo de parto pretérmino en gestantes. Material y método, estudio retrospectiva, transversal, analítica de casos y controles. Resultados: se encuentra que el 55,00% de las gestantes está entre los 20 y 34 años de edad; siendo la edad promedio de 23 años; el 89,45% tiene un grado de instrucción primario o secundario. Entre las características Ginecobstetricias el 37,22% de gestantes tuvieron parto pretérmino, el 37,78% de gestantes anemia. La razón de probabilidad muestra una

asociación entre la anemia en el tercer trimestre de gestación y el parto pretérmino de 4,00. Donde concluye que en el tercer trimestre se demostró relación entre la anemia y parto pretérmino ($p=0.000$).¹⁴

Aguirre, HE en el año 2015 en Trujillo, realizó un trabajo de investigación titulado “Anemia materna como factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en gestantes del Hospital Belén de Trujillo en periodo julio – diciembre 2015” con el objetivo: demostrar que la anemia materna es factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en gestantes. Materiales y métodos, estudio observacional analítico de casos y controles, que incluyó a 236 gestantes. Resultados: No hubo diferencias significativas entre grupos de casos y controles para la edad, paridad, procedencia y grado de instrucción materna ($p>0.05$). La anemia materna aumentó el riesgo de parto pretérmino espontáneo en 3.42 veces, la anemia moderada lo hizo en 3.04 veces, y la severa en 3.65 veces ($p<0.05$). Donde concluye que la anemia materna es factor de riesgo asociado a parto pretérmino espontáneo en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.¹⁵

2.2. Bases teóricas.

2.2.1 Anemia:

La anemia, es un problema de salud pública, que con frecuencia podemos observar en los países desarrollados y se asocia a factores como por ejemplo la mala dieta con bajo contenido de hierro. Éste problema de salud es la más común en los embarazos, ya que el feto requiere del consumo de hierro.¹⁶

Anemia es la disminución en su concentración de eritrocitos, hemoglobina, y hematocrito componentes de la sangre periférica del 1 al 10% que varían según la edad, sexo, raza, embarazo, la actividad física y región. En la adolescencia se requiere cubrir todas las demandas de hierro propias del crecimiento y del inicio de la menstruación agregándole a esto el desarrollo y crecimiento de un nuevo ser.¹⁶

2.2.2. Etiología

Es una disminución de la cantidad de eritrocitos, del hematocrito o del contenido de hemoglobina. La masa eritrocítica representa el equilibrio entre su producción y destrucción o pérdida de eritrocitos los glóbulos rojos se vuelven pequeños. Puede presentarse a causa de hemorragias, falta de nutrientes, ya que en la gestación aumenta la absorción intestinal y el incremento de la necesidad de la unidad feto placentaria.¹⁷

2.2.3. Fisiopatología

La aparición de anemia es reflejo de insuficiencia de la médula, o destrucción excesiva de eritrocitos. La insuficiencia medular es decir reducción de la eritropoyesis, puede derivarse de insuficiencias nutricionales, exposición a sustancias tóxicas, invasión tumoral.¹⁷

2.2.4. Tipos de Anemia

Anemia Gravídica

Es la concentración baja de los valores normales de la hemoglobina, teniendo en cuenta la edad, el estado fisiológico, sexo y lugar de procedencia. Las causas de la anemia más frecuentes son: déficit de hierro, vitamina B12 y ácido fólico. La función de las células de la sangre es encargada de transportar oxígeno a los órganos y a los tejidos. También es definida como la disminución de la deficiencia en hematíes, ya que se encuentra debajo de los valores normales.¹⁸

La anemia en la gestación es más bajo a partir de la semana 12 ya que la sangre empieza a disminuir, acelerándose en el segundo trimestre y considerando leve en el tercer trimestre. En las semanas 32 y 34 el volumen sanguíneo de la madre es 42-45%, aumentando la masa eritrocitaria. La “hipervolemia” en el embarazo es sumamente necesaria para irrigar el útero hipertrófico, sustituir la placenta, prevenir el retorno venoso y disminuir el sangrado en el parto. Se detalla que solo un 5% de las embarazadas presentan una hemoglobina de 11g/dl, considerando patológicos a los valores bajos de la hemoglobina.¹⁸

Anemia ferropénica

La anemia ferropénica se presenta con frecuencia en los embarazos, en especial en las mujeres que tiene hiperémesis gravídicas (90%). La mejor prevención para la anemia es llevar una dieta equilibrada y consumo de hierro pre y post gestación. La anemia ferropénica no afecta

al producto mientras no presente una hemoglobina menor de 7g/dl. Teniendo consecuencias como los partos prematuros, abortos, infección e incluso la mortalidad neonatal. Es necesaria la medición de los niveles de ferritina para poder medir indirectamente la cantidad de hierro en la sangre.¹⁹

Se requiere normalmente 100mg de hierro en un embarazo normal. Detallando que 300mg va directamente para la placenta y el feto, 200mg es excretado constantemente y 500mg se emplea para el incremento de los glóbulos rojos. Teniendo en cuenta que la principal causa de anemia es el déficit de hierro, pérdida crónica de sangre u ocasiones que incremente el aumento de los requerimientos ya sea en niños, adolescentes y primordialmente en las gestantes.¹⁹

La anemia por déficit de hierro es el más común de anemia en el embarazo. El estado nutricional del hierro depende del equilibrio a largo plazo del hierro y es favorecido por la ingestión de cantidades adecuadas de hierro en la dieta (natural o fortificada) o a través de suplementos de hierro. El equilibrio se ve afectado negativamente por la pérdida de hierro a través del recambio y la excreción de la mucosa intestinal, la descamación de la piel, la menstruación y la lactancia. La absorción de hierro es del 15-30% y hasta el 50% en el estado de deficiencia de hierro se reduce a 5-8% con una dieta rica de fuentes de hierro, tales como cereales, semillas, verduras, leche y huevos.¹⁹

Anemia megaloblástica

Es producida por deficiencia de ácido fólico y vitamina B12. El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble por ende no se acumula en el cuerpo y es eliminada a través de la orina. Esta vitamina puede ocasionar defectos congénitos en el feto entre ellos la espina bífida, aconsejando a la madre que consuma el suplemento antes y durante el embarazo sobre todo durante el primer trimestre de gestación.²⁰

La anemia megalobástica es la expresión de un trastorno madurativo de los precursores eritroides y mieloides, que da lugar a una hematopoyesis ineficaz y cuyas causas más frecuentes son el déficit de vitamina B12 y/o de ácido fólico. Este trastorno es producto de la síntesis defectuosa del DNA con síntesis de RNA y proteínas normales, que lleva a la producción de células con una apariencia morfológica particular en sangre periférica y/o médula ósea, y que se los denomina “megaloblastos” debido a un mayor aumento de la masa y de la maduración citoplasmática con respecto al núcleo.²⁰

Anemia hemolítica

El síndrome de anemia hemolítica involucra un grupo de patologías como manifestación común la destrucción y/o remoción de los glóbulos rojos de la circulación antes de que se cumpla su vida media de 120 días. En el abordaje inicial de esta patología es importante recordar su amplio espectro de presentación y su relación con procesos infecciosos, tóxico-metabólicos y neoplásicos, no dejando de lado que puede ser la primera manifestación de una enfermedad hereditaria. La fisiopatología de la anemia hemolítica se puede englobar en dos mecanismos principalmente en hemólisis intravascular y hemólisis extravascular.²¹

2.2.5. Diagnóstico de la anemia

Se mide los valores de hemoglobina, hematocrito, leucocitos, nivel plaquetario, hierro sérico, vitamina B12 y también la duración de la hemorragia. Se menciona que la anemia grave presenta ciertos síntomas como: cefalea, vértigos, cansancio, mareos, en ocasiones presenta amenorreas y malestares gastrointestinales.²¹

La anemia, por lo general se manifiesta durante el control prenatal, ya que requiere de toma de análisis en sangre siendo rutinario, con la finalidad de evidenciar los valores de hemoglobina y hematocrito. Para diagnosticar la anemia comprenderá de la anamnesis y examen de

laboratorio, siendo la forma más sencilla y rápida de evaluación mediante el estudio de la:²¹

Hemoglobina: parte de la sangre que distribuye el oxígeno de los pulmones a los tejidos del cuerpo.²¹

Hematocrito: medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre.²¹

2.2.6. 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

2.2.7 Parto prematuro

El parto prematuro o pretérmino es definido por la edad gestacional como un indicador de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días pos conceptuales.²⁴

A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los recién nacidos como prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:²⁴

- a) Prematuro tardío: aquellos nacidos de la semana 32 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- b) Muy prematuro: aquellos nacidos entre la semana 28 con 0/7 días a la semana 31 con 6/7 días.
- c) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros la obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiados seguidos.²⁴

Etiología

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobredistensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y abrupto placentae. Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:²⁴

- a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
- b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
- c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

Incidencia

En Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino-espontáneos; el 16-21%, por ruptura prematura de membrana y el 11-15%, de forma iatrogénica (indicación médica). En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas.²⁴

En el Perú durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron A término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Postérmino (>42 semanas).²⁶

Fisiopatología

Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina).²⁴

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks. La hormona de la progesterona ayuda al reposo de las fibras musculares, inhibe la maduración cervical y ayuda a reducir las citoquinas, siendo la clave para activar la decidua. Los estrógenos ejercen lo contrario. Antes de la labor del parto, aumenta la hormona del estrógeno activando así las contracciones del útero, maduración del cérvix, activación de la capa decidual y membranas fetales. La hormona del estrógeno incrementa la oxitocina, prostaglandinas y las proteínas que están asociadas a las contracciones. Todos estos cambios que se presentan impulsan a la contractibilidad uterina.²⁴

La reducción de los estrógenos por la placenta está dada por el producto, aportando los andrógenos adrenales. Se requiere que el eje hipotálamo e hipófisis se encuentre funcionando como precursores de

estrógenos en la placenta. La hormona corticotropina mantiene la actividad del eje placentario.²⁴

Factores que condicionan el 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

Gestacionales:

Nutricional, vascular y metabólico²⁶

Desnutrición

- Hipoxemia fetal: preeclampsia, diabetes mellitus, síndrome metabólico, hipertiroidismo, embarazo múltiple.
- Sangrado vaginal durante el embarazo por enfermedad vascular coriódécidual o uteroplacentario.

Inflamatorio²⁶

- Pielonefritis aguda
- Rotura prematura de membranas
- Infecciones cervicovaginales

2.3 Terminología Básica

Anemia en el tercer trimestre: define a gestantes que presentan valores de hemoglobina < 11g/dL y valor de hematocrito < 33%.²²

Factor de riesgo: son las características que tiene cualquier enfermedad.²²

Parto pretérmino: es el recién nacido prematuro con edad gestacional menor de 37, que ocurre antes del inicio de labor de parto.²⁵

2.4 Hipótesis

H1: La anemia en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018.

H0: La anemia en gestantes del tercer trimestre no es un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018.

2.5 Variables e indicadores

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	<p>Leve : 9 a 10.5 g/dl</p> <p>Moderada: 7 a <9 g/dl</p> <p>Severa: < 7 g/dl</p>	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuro tardío 2. Muy prematuro 3. Extremadamente prematuro

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación.

El estudio fue de tipo no experimental cuantitativa analítica de diferencia de grupos retrospectivo transversal.

3.2 Población y Muestra

Población

La población de estudio fueron las historias clínicas de las gestantes que tuvieron parto prematuro siendo un total de 705.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el siguiente algoritmo:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra Calculada

N: Población

Z: 1,96 (Nivel de confianza)

p: (0.5) (Variabilidad negativa)

q: (1-p) (Variabilidad positiva)

d: (0.05) Máximo error, precisión deseada

$$n = \frac{705 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (705 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n =250

Se conformaron dos grupos: Grupo 1: 125 gestantes con anemia y Grupo 2: 125 gestantes sin anemia que presentaron parto prematuro.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Grupo 1

- Historia clínica materna completa.
- Gestantes con anemia en el tercer trimestre que tuvieron parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora.
- Gestantes sin ninguna otra complicación médica u obstétrica del embarazo.

Grupo 2

- Historia clínica materna completa.
- Gestantes sin anemia en el tercer trimestre que tuvieron parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora.
- Gestantes sin ninguna otra complicación médica u obstétrica del embarazo.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica materna.
- Gestantes que presentaron otras patologías de probables causas de parto prematuro.
- Gestantes que no acepte ser parte del estudio

Unidad de análisis: Historia clínica de la gestante con anemia durante el tercer trimestre y con parto prematuro.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para el presente estudio se utilizó la técnica de revisión documental que fue la historia clínica.

Se realizó lo siguiente:

- Se solicitó la autorización al director del Hospital María Auxiliadora para realizar la investigación Dr. Hugo Alejos Cano.
- Se solicitó un asesor por parte del Hospital para guiarnos en el desarrollo del estudio.
- Se coordinó con el jefe de Obstetras para la recolección de datos.
- Se recolectó la información de las historias clínicas, el tiempo estimado fue de 8 minutos por historia.
- La recolección de la información se dio de Lunes a Viernes de 13pm a 17pm.

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos previamente validado por juicio de expertos.

El instrumento estuvo estructurado en 3 partes:

- I. Parte: Características Sociodemográfica** se consideró los siguientes ítems (edad, estado civil, ocupación, nivel de educación y lugar de procedencia).

II. Parte: Anemia en Gestantes del Tercer Trimestre se tomó en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe (nivel de hemoglobina en el tercer trimestre).

III. Parte: Datos Parto se tomó en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe (edad gestacional y la presencia de parto prematuro).

3.4 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron revisados y codificados e ingresados a una base de datos exclusiva para la investigación creada en el programa SPSS versión 22. De tal manera que los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

Se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media, moda, mediana), para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.

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).

3.5 Aspectos Éticos

Se tuvo en cuenta los aspectos éticos durante el desarrollo de la investigación:

- Se protegió la privacidad de la información obtenida, de los cuestionarios y de los datos obtenidos de las historias clínicas.
- Se cumplió con el principio de no maleficencia ya que la información obtenida solo fue con fines de estudio para la investigación, así mismo se le garantizó la veracidad de la información mediante la no manipulación de los datos recolectados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.1. Resultados

Tabla 01.

Gestantes con o sin anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo para parto prematuro, características sociodemográficas.

	Con Anemia		Sin Anemia	
	N	%	N	%
Edad				
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 del HMA

Interpretación

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. La situación sentimental para el grupo de las gestantes con anemia, el 78.4% fueron convivientes, el 16% fueron solteras y el 7% fueron casadas, para el grupo de las gestantes sin anemia, el 74.4% fueron convivientes, 19.2% fueron solteras y el 6.4% fueron casadas. 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 cuanto al lugar de procedencia, para el grupo de gestantes con anemia se encontró que el 44% fueron de la costa, el 36% fueron de la sierra y el 20% fueron de la selva, para el grupo de gestantes sin anemia se encontró que el 56% proviene de la costa, el 31% son provenientes de la sierra y el 12% provienen de la selva.

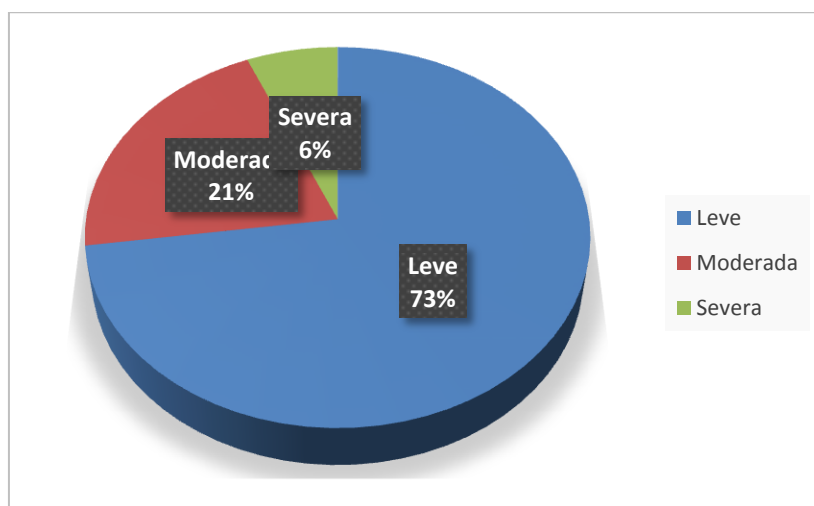
Tabla 02.

Clasificación de la anemia en gestantes de tercer trimestre con parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, 2018.

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

Fuente: Historias Clínicas del HMA

Gráfico N° 01



Clasificación de la anemia en gestantes

Interpretación

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.

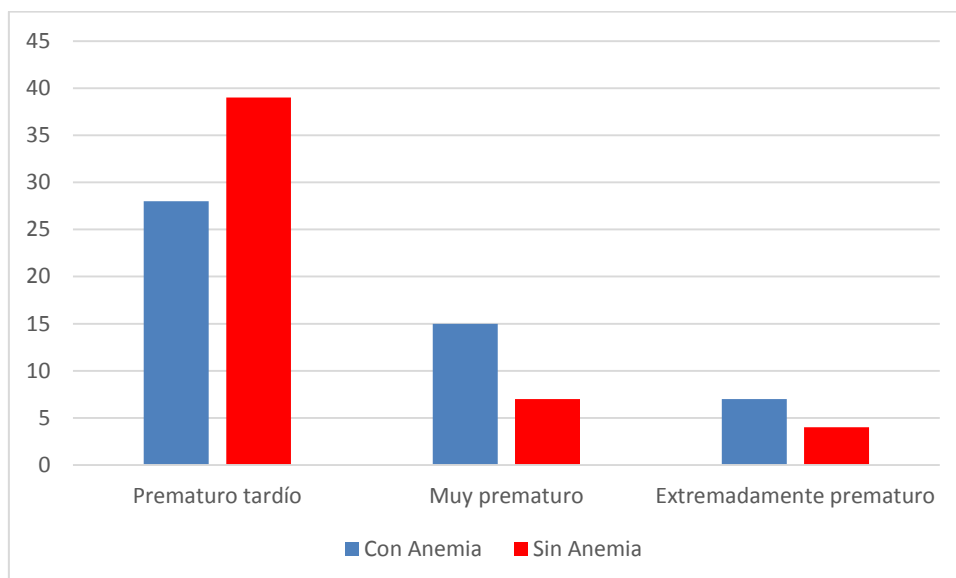
Tabla 03.

Parto prematuro en gestantes con o sin anemia de tercer trimestre atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2018.

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

Fuente: Historias Clínicas del HMA

Gráfico N° 02



Parto prematuro en gestantes con o sin anemia

Interpretación

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: Prematuro tardío, 28% en gestantes con anemia y 39% en gestantes sin anemia. Muy prematuro, 15% en gestantes con anemia y 7% en gestantes sin anemia. Extremadamente prematuro, 7% en gestantes con anemia y 4% en gestantes sin anemia. Esta asociación es estadísticamente significativa ($P < 0,000$), lo que respalda la hipótesis de investigación que la anemia es un factor de riesgo para parto prematuro.

4.2 Discusión

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 María Auxiliadora. Respecto a las características sociodemográficas, el 80% de las gestantes tuvieron edad menor o igual a 19 años y el 20% tuvieron edad mayor a 19 años en comparación con el estudio realizado por Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ en el año 2016 donde la edad promedio fue de 17,3 años, resultado diferente a nuestro estudio, al estudio realizado por Flores, EJ en el año 2015 donde la edad oscila entre 20 y 34 años siendo la edad promedio de 23 años. Por otro lado, el promedio de la edad gestacional fue de 36,7 semanas y encontrándose un rango de 26 a 36 semanas de gestación sin embargo el estudio de Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ en el año 2016 encontró un rango de 26 a 36 semanas para la edad gestacional resultados semejantes a nuestro estudio. Podemos observar que el promedio de hemoglobina de las gestantes fue de 9,65 g/dl se encontró rangos de 7 a 12 g/dl, resultado diferente a nuestro estudio, al estudio realizado por Flores, EJ en el año 2015 donde el promedio de hemoglobina de las gestantes fue de 11,0 g/dl y se encontró rangos de 7,1 a 11,0 g/dl. Por otra parte, se encontró que el 76,4% fueron de situación sentimental conviviente, el 17,6% fueron solteras y el 6% son casadas, resultado semejante con el estudio de Pintado VM en el año 2017 encontramos que el 20% son casadas, 71,1% conviviente, 7,9% soltera. En cuanto a la ocupación de las gestantes se observa que el 93,2% se dedica a su casa, el 3,6% de las gestantes son trabajadoras dependientes, el 1,6% de las gestantes son trabajadoras independientes y el 1,6% de las gestantes son estudiantes, sin embargo, en el estudio de Pintado VM en el año 2017 tenemos que el 70,4% se dedica a su casa, el 8,6% son

trabajadoras dependientes y 8,6% son estudiantes. En relación con el nivel de educación se encontró que el 80,8% de las gestantes tuvieron educación secundaria, el 8,4% realizó estudios de superior técnica, el 7,2% solo tuvieron estudio de nivel primario y el 3,6% tuvieron educación universitaria, según el estudio realizado por Flores, EJ en el año 2015 se encontró que el 89,45% tiene grado de instrucción primario o secundario diferente con los resultados de nuestro estudio. En cuanto al lugar de procedencia encontramos que el 44% de las gestantes proviene de la costa, el 30% son provenientes de la sierra y el 26% provienen de la selva, resultado diferente al estudio de Pintado VM en el año 2017 encontramos que el lugar de procedencia de las gestantes fue de zona urbana el 30,3%, mientras de zona rural el 69,7%.

En relación a la frecuencia de anemia en gestantes con parto prematuro se encontró, el 73% de gestantes tuvieron anemia leve, el 21% de gestantes tuvieron anemia moderada y el 6% tuvieron anemia severa, según el estudio Flores, EJ en el año 2015 se encontró que el 29% tuvo anemia moderada, el 24% anemia severa y el 47% tuvo una hemoglobina mayor de 11,0 g/dl; datos diferentes a nuestro estudio. Coincidimos con el estudio de Montano, VG en el año 2018 se encontró gestante con parto prematuro, el 41,7% anemia leve, 58,3% anemia moderada y 0% anemia severa.

Al comparar los resultados con estudio a nivel Internacional y Nacional encontramos que, para Bustos, SD; Galarza RB en el año 2018 el 78,21% de las gestantes que tuvieron amenaza de parto prematuro, presentaron anemia en el tercer trimestre, en el estudio realizado por Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ en el año 2016 encontró que el 23,3% de gestantes que tuvieron parto prematuro presentaron anemia durante el embarazo. En un estudio de diseño casos y controles realizado por Villegas, GR en el año 2017 encontró que en el grupo de los casos la anemia se presentó en un 31,9% y en el grupo de los controles la anemia se presentó en 48,8%. En el estudio de Flores, EJ en el año 2015 encontró que las gestantes que tuvieron parto prematuro el 37,78% presentaron anemia en el tercer trimestre del embarazo.

Con relación al grupo de gestantes con o sin anemia en el tercer trimestre que tuvieron recién nacido prematuro, de acuerdo a su clasificación se encontró: Prematuro tardío, 28% en gestantes con anemia y 39% en gestantes sin anemia. Muy prematuro, 15% en gestantes con anemia y 7% en gestantes sin anemia. Extremadamente prematuro, 7% en gestantes con anemia y 4% en gestantes sin anemia. Además, se realizó la contrastación de hipótesis para las variables parto prematuro en relación con las gestantes que presentaron anemia y las que no presentaron anemia en el tercer trimestre, donde se encontró un valor de $p=0,000$, siendo estadísticamente significativo en la población de estudio.

Según los resultados de Bustos, SD; Galarza RB en el año 2018 encontró que la anemia es un factor de riesgo asociado a la amenaza de parto pretérmino con un chi cuadrado de $P<0,002$ resultados semejantes en comparación con nuestro estudio. En el estudio realizado Erras JE, Camacho JC, Torres DY en el año 2018 se encontró que existe asociación entre la anemia el tercer trimestre de embarazo con el parto prematuro (χ^2 , $p=.000$) de tal manera que en su estudio predominó la anemia ferropénica. Para el estudio de Pintado, VM en el año 2017 encontró que el factor asociado para parto prematuro es la anemia durante el embarazo con un valor de ($p: 0,04$). Coincidimos con el estudio de Barrera, SL; Manrique, DF; Ospina, DJ en el año 2016 encontró que el factor asociado a parto prematuro fue la anemia con un valor $p< 0.05$. En el estudio realizado Montano, VG en el año 2018 encontró relación significativa, entre anemia y prematuridad ($p=0.001$) donde concluye en su estudio que existe 3,94 veces más riesgo de presentar alguna complicación materna fetal si la gestante presenta anemia. Coincidimos con el estudio de Villegas, GR en el año 2017 donde concluye que si existe asociación entre la anemia en gestantes del tercer trimestre con el desarrollo de parto prematuro con un valor ($P=0,002$). Al comparar con el estudio de Flores, EJ en el año 2015 coincidimos que existe asociación entre la anemia en el tercer trimestre y parto pretérmino, con un valor $p=0.000$. En el estudio de Aguirre, HE en el año 2015 se encontró que la anemia materna aumentó el riesgo de parto

pretérmino espontáneo en 3.42 veces, la anemia moderada lo hizo en 3.04 veces, y la severa en 3.65 veces de tal manera siendo estadísticamente significativo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Las características sociodemográficas de las gestantes con anemia en el tercer trimestre fueron, edad menor o igual a 19 años, de situación sentimental conviviente, con ocupación ama de casa, con estudios de educación secundaria y procedente de la costa.
2. La frecuencia de anemia leve fue de 73%, moderada 21% y severa de 6% en gestantes con parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora.
3. El parto prematuro tardío presentó 39% en gestantes sin anemia, en las gestantes con anemia el parto muy prematuro representó el 15% y extremadamente prematuro en el 7% respectivamente.
4. Se concluyó que: La presencia de anemia (leve, moderada o severa) en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro; y esta asociación es estadísticamente significativa con un valor $P:0.000$.

5.2 Recomendaciones.

1. Con los resultados encontrados se recomienda ofrecer una atención integral y de calidad, en la atención prenatal renfocada, educando a las gestantes y sus familias en la adecuada alimentación, antes, durante y después del embarazo.
2. Se recomienda el trabajo multidisciplinario y ordenado de los diferentes profesionales de la salud para disminuir la anemia y concientizar a las gestantes para el cuidado de su salud, mediante un trabajo coordinado, que distinga estrategias individualizadas para la costa, sierra y selva.
3. Fortalecer las medidas de prevención, como el consumo de hierro, sesiones educativas en cada control prenatal, disminuir el consumo de alimentos con alta densidad energética y así poder disminuir los casos de anemia y su repercusión en la salud materna perinatal.
4. Contribuir con la captación oportuna de gestantes con anemia brindando un tratamiento oportuno y así mejorarla durante el transcurso del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. <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 Ginecobstetricia 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 ginecoobstetricia 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>

6. ANEXOS

Ficha de recolección de datos

ANEMIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR DE
RIESGO PARA PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA, EN EL PERIODO DE ABRIL A SETIEMBRE, 2018

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

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

Leve () Moderada () Severa () No tiene ()

III. Datos del parto

7. Parto prematuro

Prematuro tardío () muy prematuro () extremadamente prematuro ()

8. 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

$$B = \frac{34}{34+2} \times 100 = 0.9444$$

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

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
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 adecuado.	/		
4. Los ítems del instrumento responde 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.	/	/	Se sugiere revisar mas, para la aplicación de mas ítems.

SUGERENCIAS:

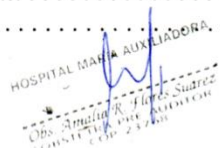
.....

.....

.....

.....

.....



 HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

 OBS. Amalio R. Flores Suárez

 CONSTRUYENDO LA SALUD

 C. 010 23-780

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
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 adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde 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.	✓		

SUGERENCIAS:

.....


 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 HST. MARIA SANCHEZ ORTIZ
 C.P.P. 29656

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
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 adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde 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.	✓		

SUGERENCIAS:

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL BARRO COLODO

 Dra. Patricia G. Polo Casanova
 C.C.P. 10955

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

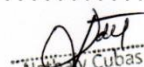
SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....


 Nathaly Cubas Castro
 OBSTETRA
 C.O.P. 25479

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
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 adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde 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.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

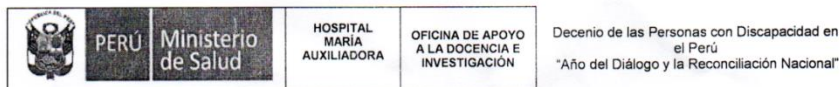
.....


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA


CATHERINE CASASQUEZ CHUQUILLANOVA
OBSTÉTRA - COP: 17737

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

CARTA DE APROBACIÓN



CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA**, Que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, Versión del 27 de Junio del presente; Titulado: "ANEMIA EN LAS GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/049/18, presentado por las Investigadora Principal: Alumnas: Jazmín Milagros GONZALES PICÓN, Luz Milagros MORÓN GUEVARA, ha sido REVISADO.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el 28 de junio del 2019. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 27 de Junio del 2018.

Atentamente



MINSA IGSS
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
MC JORGE POLO CORTÉZ
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JPC/abf.
c.c. Investigador Principal.
c.c. Archivo.

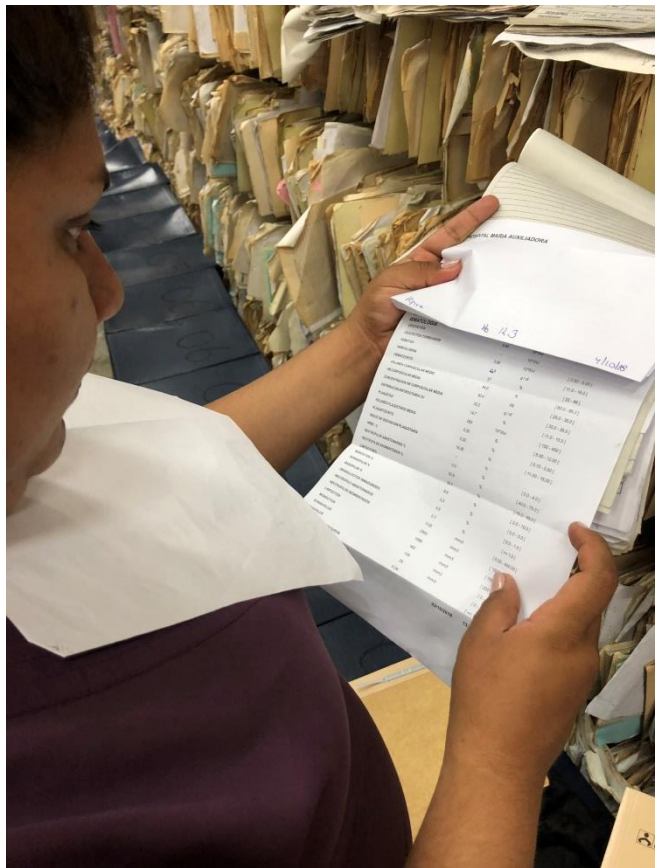
MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

“ANEMIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, EN EL PERIODO DE ABRIL A SETIEMBRE, 2018”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
<p>¿Será la anemia en gestantes del tercer trimestre un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018?</p>	<p align="center">General</p> <p>Determinar que la anemia en gestantes del tercer trimestre es un factor de riesgo para parto prematuro en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de abril a setiembre, 2018.</p> <p align="center">Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características sociodemográficas de las gestantes de tercer trimestre con parto prematuro. - Identificar la frecuencia de anemia leve, moderada y severa en gestantes con parto prematuro. 	<p align="center">Características Sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Estado civil - Ocupación - Nivel de educación - Lugar de procedencia <p align="center">Anemia en gestantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leve: 9 a 10.5 g/dl - Moderada: 7 a <9 g/dl - Severa: < 7 g/dl - No tiene <p align="center">Parto prematuro</p> <p>Terminación del parto entre las 22 y 36 semanas de gestación</p>	<p>1. Enfoque: Investigación cuantitativa</p> <p>2. Tipo: Analítico</p> <p>3. Nivel Aplicativo.</p> <p>4. Diseño Corte Transversal</p>	<p>Población: Estuvo conformado por las historias clínicas de las gestantes que tuvieron parto prematuro siendo un total de 705.</p> <p>Muestra: Se tendrán en cuenta 250 historias clínicas.</p> <p>Grupo 01: 125 gestantes con anemia. Grupo 02: 125 gestantes sin anemia.</p>	<p align="center">Técnica Análisis documental</p> <p align="center">Instrumento Ficha de recolección de datos</p>

RECOLECCIÓN DE DATOS







Hospital de Apoyo María Auxiliadora Dpto. Gineco-Obstetricia Lima-Perú

ÚAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA;
 ³ LISTADO DE HISTORIAS ³
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

P gina : 1

Ú DEFINICION DE LA POBLACION AA;
 .. DROPBOX\SIP\D2010\SIHIS1.DBF N = 6,682 1 de abr 18 - 30 de set 18
 AA
 Ú SELECCION POR OTRAS VARIABLES AA(hasta 3 grupos de 5 condiciones)AA;
 EDAD GESTACI: 28 -36
 À Registros seleccionados... 705 AAAAAAÙ

- 95 - HISTORIA MATERNA (SIHIS1.DBF)
- 3 - EDAD (SIHIS1.DBF)
- 55 - EDAD GESTACIONAL (SIHIS1.DBF)
- 71 - SEXO (SIHIS1.DBF)
 - 1 - FEMENINO
 - 2 - MASCULINO
- 62.- TERMINACION (SIHIS1.DBF)
 - 1 - ESPONTANEA
 - 2 - FORCEPS
 - 3 - CESAREA
 - 4 - OTRA

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
000003983	34	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0000019286	19	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000104453	37	36	FEMENINO	CESAREA
0000147739	29	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000181313	28	33	FEMENINO	CESAREA
0000229758	41	34	MASCULINO	CESAREA
0000236872	31	36	FEMENINO	CESAREA
0000262167	25	34	FEMENINO	CESAREA
0000269038	25	34	FEMENINO	CESAREA
0000271532	39	32	MASCULINO	CESAREA
0000311812	24	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000330915	37	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000333444	23	34	FEMENINO	CESAREA
0000354498	39	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000370989	21	36	FEMENINO	CESAREA
0000380515	21	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0000385931	32	34	FEMENINO	CESAREA
0000392271	27	35	FEMENINO	CESAREA
0000395248	24	36	MASCULINO	CESAREA
0000399431	21	34	MASCULINO	ESPONTANEA
0000400684	41	35	MASCULINO	CESAREA
0000408413	24	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000411235	42	35	MASCULINO	CESAREA
0000418130	27	36	MASCULINO	CESAREA
0000421298	23	34	FEMENINO	CESAREA
0000429875	27	32	MASCULINO	CESAREA

ÚAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA¿
 ³ LISTADO DE HISTORIAS ³
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0000650148	29	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000650800	33	36	MASCULINO	CESAREA
0000650865	32	36	MASCULINO	CESAREA
0000657845	32	36	FEMENINO	CESAREA
0000673787	31	34	MASCULINO	CESAREA
0000674040	20	35	FEMENINO	CESAREA
0000674375	39	34	MASCULINO	CESAREA
0000690006	15	36	MASCULINO	CESAREA
0000693265	20	32	MASCULINO	CESAREA
0000696869	21	34	MASCULINO	ESPONTANEA
0000698076	32	32	FEMENINO	CESAREA
0000702509	42	34	MASCULINO	CESAREA
0000722102	39	36	MASCULINO	CESAREA
0000725234	33	34	MASCULINO	CESAREA
0000726545	14	35	MASCULINO	CESAREA
0000735788	42	35	MASCULINO	CESAREA
0000735788	41	35	MASCULINO	CESAREA
0000745227	36	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000751159	34	35	MASCULINO	CESAREA
0000754920	30	36	MASCULINO	CESAREA
0000757899	26	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000758137	32	35	FEMENINO	CESAREA
0000759505	17	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000760191	33	36	MASCULINO	CESAREA
0000766432	20	36	MASCULINO	CESAREA
0000773347	30	35	MASCULINO	CESAREA
0000775759	18	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000777501	29	35	FEMENINO	CESAREA
0000777501	29	35	FEMENINO	CESAREA
0000780737	20	34	MASCULINO	CESAREA
0000781614	39	36	FEMENINO	CESAREA
0000781614	39	36	FEMENINO	CESAREA
0000783541	39	36	FEMENINO	CESAREA
0000787725	23	35	FEMENINO	CESAREA
0000787725	23	35	FEMENINO	CESAREA
0000788225	26	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0000788225	26	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0000789750	37	35	MASCULINO	CESAREA
0000796410	20	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000797869	21	36	FEMENINO	CESAREA
0000801900	36	35	MASCULINO	CESAREA
0000803121	21	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000804151	18	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0000808814	19	33	MASCULINO	ESPONTANEA

Hospital de Apoyo María Auxiliadora Dpto. Gineco-Obstetricia Lima-Perf

ÜAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA¿
 ³ LISTADO DE HISTORIAS ³
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

P gina : 4

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0000809615	32	33	MASCULINO	CESAREA
0000810821	34	33	FEMENINO	CESAREA
0000812039	19	35	MASCULINO	CESAREA
0000813048	29	36	MASCULINO	CESAREA
0000817689	32	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0000818117	34	34	MASCULINO	CESAREA
0000819787	33	36	FEMENINO	CESAREA
0000819787	33	36	FEMENINO	CESAREA
0000821547	25	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000822077	29	35	FEMENINO	CESAREA
→ 0000823531	40	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000823550	18	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000829513	31	36	FEMENINO	CESAREA
0000831785	33	32	FEMENINO	ESPONTANEA
0000834724	22	35	FEMENINO	CESAREA
0000837603	16	35	FEMENINO	CESAREA
0000840798	35	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000844583	34	36	MASCULINO	CESAREA
0000846783	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000848064	38	36	FEMENINO	CESAREA
→ 0000850947	34	34	FEMENINO	CESAREA
0000853872	35	34	FEMENINO	CESAREA
0000868801	23	33	FEMENINO	CESAREA
0000869889	24	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000883801	25	33	MASCULINO	CESAREA
0000883801	25	33	MASCULINO	CESAREA
0000885056	20	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000887627	27	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0000902065	30	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000904884	35	35	MASCULINO	CESAREA
0000911592	40	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000913356	30	34	MASCULINO	CESAREA
0000913356	30	34	MASCULINO	CESAREA
0000918805	30	36	FEMENINO	CESAREA
→ 0000924666	31	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000927998	37	32	FEMENINO	CESAREA
0000930649	38	36	FEMENINO	CESAREA
0000935950	16	33	FEMENINO	CESAREA
0000939353	20	32	MASCULINO	CESAREA
0000945532	20	36	FEMENINO	CESAREA
0000948805	32	35	MASCULINO	CESAREA
0000959814	31	36	MASCULINO	CESAREA
0000960659	21	35	MASCULINO	CESAREA
0000961917	30	35	FEMENINO	ESPONTANEA

Hospital de Apoyo María Auxiliadora Dpto. Gineco-Obstetricia Lima-Perf

ÜAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA;
 ³ LISTADO DE HISTORIAS ³
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

P gina : 5

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0000961954	42	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0000963360	23	36	MASCULINO	CESAREA
0000972205	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0000981014	27	36	FEMENINO	CESAREA
0000994247	35	35	MASCULINO	CESAREA
0000994247	35	36	MASCULINO	CESAREA
0000995447	34	36	FEMENINO	CESAREA
0001001029	36	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001006824	26	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001007328	36	35	FEMENINO	CESAREA
0001015136	31	34	FEMENINO	CESAREA
0001018347	30	35	MASCULINO	CESAREA
0001019699	41	35	FEMENINO	CESAREA
0001021745	34	34	FEMENINO	CESAREA
0001032152	39	35	MASCULINO	CESAREA
0001033115	38	33	FEMENINO	CESAREA
0001039366	22	36	FEMENINO	CESAREA
0001042012	25	36	FEMENINO	CESAREA
0001050461	28	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001053248	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001057227	18	33	FEMENINO	CESAREA
0001057723	22	35	MASCULINO	CESAREA
0001059335	30	35	MASCULINO	CESAREA
0001061356	18	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001068388	17	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001070928	40	33	FEMENINO	CESAREA
0001076916	23	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001083310	26	33	FEMENINO	CESAREA
0001084138	25	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001084148	28	36	FEMENINO	CESAREA
0001101068	37	36	MASCULINO	CESAREA
0001102066	32	36	FEMENINO	CESAREA
0001105781	31	35	MASCULINO	CESAREA
0001111226	38	35	FEMENINO	CESAREA
0001114303	34	34	FEMENINO	CESAREA
0001120143	31	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001120636	42	33	MASCULINO	CESAREA
0001126619	42	34	MASCULINO	CESAREA
0001126821	30	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001126895	32	33	MASCULINO	CESAREA
0001127173	32	34	FEMENINO	CESAREA
0001128459	34	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001128588	33	34	MASCULINO	CESAREA
0001129124	32	34	MASCULINO	CESAREA

ÚAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA;
 3 LISTADO DE HISTORIAS 3
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÀ

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0001132683	37	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001134369	25	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001142072	34	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001144328	28	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001146194	31	33	MASCULINO	CESAREA
0001147824	33	33	FEMENINO	CESAREA
0001150653	21	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001151524	38	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001155173	29	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001157035	35	36	MASCULINO	CESAREA
0001158410	34	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001159895	37	33	FEMENINO	CESAREA
0001163588	23	34	MASCULINO	CESAREA
0001164878	38	34	MASCULINO	ESPONTANEA
0001166390	25	33	FEMENINO	CESAREA
0001169655	29	36	FEMENINO	CESAREA
0001169655	29	36	FEMENINO	CESAREA
0001174304	18	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001176666	19	35	FEMENINO	OTRA
0001177547	29	33	FEMENINO	CESAREA
0001182301	35	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001191413	33	36	MASCULINO	CESAREA
0001204912	24	34	MASCULINO	CESAREA
0001207778	19	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001208529	34	33	FEMENINO	CESAREA
0001208788	21	32	MASCULINO	CESAREA
0001210294	39	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001212822	24	35	MASCULINO	CESAREA
0001215103	24	34	FEMENINO	CESAREA
0001223384	25	36	MASCULINO	CESAREA
0001227850	26	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001230774	24	34	MASCULINO	ESPONTANEA
0001234851	26	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001238146	30	34	FEMENINO	CESAREA
0001249625	23	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001255107	30	34	FEMENINO	CESAREA
0001259499	36	35	FEMENINO	CESAREA
0001261056	27	34	FEMENINO	CESAREA
0001263284	22	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0001263609	25	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001264543	41	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001266934	21	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001269143	31	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001273541	22	35	MASCULINO	ESPONTANEA

ÚAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA;
 3 LISTADO DE HISTORIAS 3
 AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0001274382	16	36	MASCULINO	CESAREA
0001278088	23	35	MASCULINO	CESAREA
0001281937	27	36	MASCULINO	CESAREA
0001288015	25	35	FEMENINO	CESAREA
0001289714	30	36	FEMENINO	CESAREA
0001290199	27	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001294405	30	33	MASCULINO	CESAREA
0001300004	33	35	FEMENINO	CESAREA
0001301140	25	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001305514	29	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001316359	29	36	MASCULINO	CESAREA
0001318045	26	32	FEMENINO	CESAREA
0001319251	20	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001320707	19	36	MASCULINO	CESAREA
0001325510	27	36	MASCULINO	CESAREA
0001331237	27	32	MASCULINO	CESAREA
0001333460	20	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001336510	33	33	MASCULINO	CESAREA
0001349983	24	33	MASCULINO	CESAREA
0001355810	24	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001360965	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001361060	19	32	FEMENINO	CESAREA
0001361408	28	35	MASCULINO	CESAREA
→ 0001361769	38	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001363363	24	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0001367197	22	34	FEMENINO	CESAREA
→ 0001372174	25	36	MASCULINO	CESAREA
0001376506	33	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001376753	28	32	MASCULINO	ESPONTANEA
0001377493	21	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001379674	33	36	FEMENINO	CESAREA
0001381252	25	36	FEMENINO	CESAREA
0001383277	31	35	MASCULINO	CESAREA
→ 0001385014	25	32	MASCULINO	ESPONTANEA
0001385120	25	34	MASCULINO	ESPONTANEA
0001389815	20	33	FEMENINO	CESAREA
0001391307	29	36	MASCULINO	ESPONTANEA
→ 0001398289	23	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001404134	14	33	FEMENINO	ESPONTANEA
0001411195	30	36	FEMENINO	CESAREA
0001412593	25	33	MASCULINO	CESAREA
0001413832	39	32	FEMENINO	CESAREA
0001414126	23	36	FEMENINO	CESAREA
0001415090	21	33	MASCULINO	ESPONTANEA

Hospital de Apoyo María Auxiliadora Dpto. Gineco-Obstetricia Lima-Perú

ÜAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA;

³ LISTADO DE HISTORIAS ³

AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÜ

P gina : 8

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0001424291	29	35	FEMENINO	CESAREA
0001427644	26	36	MASCULINO	CESAREA
0001431193	40	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001432720	26	34	MASCULINO	CESAREA
0001441269	23	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001445221	19	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001449575	32	35	FEMENINO	CESAREA
0001452629	19	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001456320	23	36	MASCULINO	CESAREA
0001457018	22	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001458393	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001458393	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001460149	25	36	FEMENINO	CESAREA
0001461260	23	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001462616	26	35	FEMENINO	CESAREA
0001462616	26	35	FEMENINO	CESAREA
0001465813	24	35	MASCULINO	CESAREA
0001466867	24	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001471442	21	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001477609	19	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001484830	26	35	MASCULINO	CESAREA
0001486572	20	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001494949	23	36	FEMENINO	CESAREA
0001501925	34	35	FEMENINO	CESAREA
0001508564	31	34	MASCULINO	CESAREA
0001509200	35	36	FEMENINO	CESAREA
0001510263	20	35	MASCULINO	CESAREA
0001513720	25	35	MASCULINO	CESAREA
0001521393	22	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001526756	23	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001529650	41	36	MASCULINO	CESAREA
0001529678	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001529678	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001530443	34	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001532538	23	36	FEMENINO	CESAREA
0001537003	19	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001541632	19	32	MASCULINO	CESAREA
0001542505	16	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001543272	30	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001544169	23	36	MASCULINO	CESAREA
0001546380	37	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001553644	18	32	FEMENINO	CESAREA
0001559692	32	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001561122	17	36	MASCULINO	ESPONTANEA

Hospital de Apoyo María Auxiliadora Dpto. Gineco-Obstetricia Lima-Perú

ÚAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA¿
 3 LISTADO DE HISTORIAS 3
 ÀAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAÙ

P gina : 8

HISTORIA MATERNA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	SEXO	TERMINACION
0001424291	29	35	FEMENINO	CESAREA
0001427644	26	36	MASCULINO	CESAREA
0001431193	40	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001432720	26	34	MASCULINO	CESAREA
0001441269	23	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001445221	19	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001449575	32	35	FEMENINO	CESAREA
0001452629	19	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001456320	23	36	MASCULINO	CESAREA
0001457018	22	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001458393	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001458393	32	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001460149	25	36	FEMENINO	CESAREA
0001461260	23	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001462616	26	35	FEMENINO	CESAREA
0001462616	26	35	FEMENINO	CESAREA
0001465813	24	35	MASCULINO	CESAREA
0001466867	24	34	FEMENINO	ESPONTANEA
0001471442	21	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001477609	19	35	MASCULINO	ESPONTANEA
0001484830	26	35	MASCULINO	CESAREA
0001486572	20	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001494949	23	36	FEMENINO	CESAREA
0001501925	34	35	FEMENINO	CESAREA
0001508564	31	34	MASCULINO	CESAREA
0001509200	35	36	FEMENINO	CESAREA
0001510263	20	35	MASCULINO	CESAREA
0001513720	25	35	MASCULINO	CESAREA
0001521393	22	33	MASCULINO	ESPONTANEA
0001526756	23	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001529650	41	36	MASCULINO	CESAREA
0001529678	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001529678	22	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001530443	34	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001532538	23	36	FEMENINO	CESAREA
0001537003	19	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001541632	19	32	MASCULINO	CESAREA
0001542505	16	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001543272	30	35	FEMENINO	ESPONTANEA
0001544169	23	36	MASCULINO	CESAREA
0001546380	37	36	MASCULINO	ESPONTANEA
0001553644	18	32	FEMENINO	CESAREA
0001559692	32	36	FEMENINO	ESPONTANEA
0001561122	17	36	MASCULINO	ESPONTANEA

00 - 19	20 – 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99
801900	1385120	411235	813048	104453	797869	236872	1208788	421298
808814	1414126	514335	821547	823550	848064	822077	1105781	466398
1288015	1432720	945532	850947	885056	902065	853872	565082	571794
1289714	1445221	1015136	930649	913356	924666	1127173	673787	697793
1305514	1452629	1059335	994247	935950	963360	1142072	831785	757899
1325510	1456320	1157035	995447	939353	1039666	1155173	844583	760191
1355810	1501925	418130	1018347	960659	1050461	1164878	846783	840798
1376506	1513720	786739	1021747	961954	1101068	1207778	904884	911592
1385014	1561122	1266934	1053248	1032152	1102066	1230774	1068388	1126895
1389815	1564621	1281937	1084148	1061356	1134369	1372174	1223384	1146194
1391307	1565126	1331237	1177547	1128459	1176666	1379674	1263284	1159895
1457018	1586124	1404134	1238146	1150653	1333460	1383277	19286	1166390
1462616	1589420	1413832	1264543	1169655	1360965	1449575	376989	1210294
1465813	810821	1484830	1269143	1227850	1361060	1486572	817689	354498
1477609	834724	1532538	1273541	1261056	1361769	1529678	869889	471598
1537003	887627	1541632	1120143	1234851	1363363	1543272	1274382	927998

1570510	1006824	1565231	1318045	1316359	1441269	1607776	1278088	1290199
1587919	1057723	1638234	1427644	1319251	1461260	1611073	1349983	1367197
1593512	1111226	1657531	1460149	1376753	1466867	1620172	1398289	1377493
1594301	1126821	1673634	1471442	1381252	1508564	1623973	1546380	1411195
1608414	1129124	1674037	1494949	1526756	1510263	1685679	1562189	1412593
1671113	1147824	1674639	1530443	1529650	1544169	1688972	1640181	1415090
1671206	1151524	1682939	1553644	1589650	1579865	1689073	1671586	1424291
1674419	1212822	1688338	1565640	1589759	1645965	1690374	1678481	1431193
311812	1249625	1691836	1301140	1628150	1672965	1693179	1679586	1458393
587908	1631621	1600639	1634940	1670653	1681167	1693275	1689386	1521393
818117	1669423	1702233	1635144	1671558	1685061	1696479	1694885	1559692
868801	1695524		1646745	1685750	1686969		1695088	1576992

moron_y_gonzales.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

6%

2

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

3%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo