



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Presencia de anemia en el tercer trimestre de gestación como factor de riesgo para la presencia de parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo. 2018.)

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE BACHILLER EN OBSTETRICIA

AUTORA:

GISELA NATHALI PEREIRA TERRONES (ORCID 0000-0002-3849-9578)

ASESORA:

Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE (ORCID 0000-0002-5501-8959)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL

TRUJILLO – PERU

2019

Dedicatoria

A Dios Todopoderoso, quien es mi guía en todo momento.

A mis padres y hermanos, quienes me brindaron su apoyo sacrificio y amor incondicional a mi Hija, por ser fuente de motivación para superarme día a día y así poder luchar para que en esta vida forjemos un mejor destino.

A mis demás familiares, quienes sin esperar nada a cambio, me apoyaron en todo momento. También a los que no están físicamente pero siempre y cada día los llevo en mi corazón.

Agradecimiento

El presente estudio no se hubiera hecho realidad sin la orientación y ayuda incondicional de los doctores: Dra. Irma Yupari Azabache y demás trabajadores del Hospital Belén.

A los docentes de la Universidad César Vallejo y en especial a la Dra. Ana Vilma Peralta Iparraguirre, quienes con sus conocimientos profesionales y humanísticos me brindaron su ayuda en la ejecución de la presente Tesis.

Gisella.

Acta de aprobación de tesis



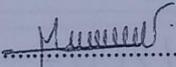
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

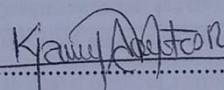
Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

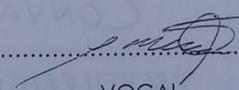
El jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) Gisella Nathali Pereira Terrones,

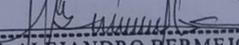
cuyo título es: "PRESENCIA DE ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION, COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE PARTO PRETERMINO. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018"

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, ortográficamente calificado de: 15 (número)
Quince(letras)


.....
PRESIDENTE


.....
SECRETARIO


.....
VOCAL

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
El Presente documento es: COPIA
FIEL DE SU ORIGINAL, que he tenido
a la vista, sin juzgar su contenido,
VÁLIDO PARA USO INTERNO
7/01/04/2019

I. ALEJANDRO HERMEJO S.
Secretario Académico - FFCCMM

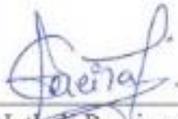
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vice Rectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

Declaratoria de autenticidad

Yo Gisella Nathali Pereira Terrones con Documento nacional de identidad N° 46736911 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Obstetricia, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.



Gisela Nathali Pereira Terrones

DNI: 46736911

Trujillo, 30 de Mayo..... del 2019.

Índice

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Acta de aprobación de tesis	iv
Declaratoria de autenticidad	iv
Índice.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	12
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	12
2.2. Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)	12
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	14
2.4. Procedimiento	14
2.5. Métodos de análisis de datos	14
2.6. Aspectos éticos.....	15
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES	21
VI. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXOS.....	26
ANEXO 1: Presencia de anemia en el tercer trimestre de gestación como factor de riesgo para la presencia de parto pretérmino. hospital belén de trujillo.2018	26
ANEXO 2: Variables y operacionalización de variables	27
ANEXO 3: Autorización de publicación de tesis	28
ANEXO 4: Acta de aprobación de originalidad de tesis.....	29
ANEXO 5: Pantallazo del porcentaje de turnitin.....	30

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación estadística del Identificar si la anemia en el tercer trimestre de embarazo es un factor de riesgo para la presencia del parto pre termino Hospital Belén de Trujillo., el diseño de esta investigación es de tipo no experimental, transversal, de casos y controles correlacional donde participaron 35 gestantes con parto pretermino y 35 gestantes a termino con parto a término, durante el año 2018. Para la recolección de la información se usó un instrumento con una ficha de recolección de datos. Para evaluar la información obtenida se ingresó a una base de datos en Excel con macros para si la anemia en el tercer trimestre de embarazo es un factor de riesgo para la presencia del parto pre termino evaluar; luego los resultados obtenidos fueron ingresados al software SPSS Versión 22.0 en español para determinar la relación entre las variables con la prueba Chi cuadrado ($p = 0.05$). La anemia en el tercer trimestre es un factor de riesgo para la presencia de parto pretermino. (OR. 4.25).

Palabras Claves: (Parto pretermino, anemia tercer trimestre).

ABSTRACT

With the objective of determining the statistical relationship of Identifying whether anemia in the third trimester of pregnancy is a risk factor for the presence of preterm delivery Belén de Trujillo Hospital, the design of this research is of a non-experimental, transversal type, of correlational cases and controls where 35 pregnant women with preterm birth and 35 pregnant women with term to childbirth participated, during the year 2018. For the collection of information, an instrument with a data collection card was used. To evaluate the information obtained We entered an Excel data base with macros for if the anemia in the third trimester of pregnancy is a risk factor for the presence of the preterm delivery to evaluate; Then, the results obtained were entered into the SPSS Software Version 22.0 in Spanish to determine the relationship between the variables with the Chi square test ($p = 0.05$). Anemia in the third trimester is a risk factor for the presence of preterm delivery. (OR 4.25)..

Keywords: Preterm labor, third trimester anemia.

I. INTRODUCCIÓN

Mundialmente la anemia afecta a 1620 millones de individuos, siendo un 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). Prevalentemente se da en los niños en edad preescolar con un 47,4%, en los varones con un 12,7%; en las no gestantes con un 30,2%; pero se alcanzan el máximo número de afectadas por anemia en las gestantes, con un 41,8% siendo un problema de salud que debemos tratar de disminuir. El predominio de anemia en las gestantes de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) es de 28,0%, con una diferenciación según los tipos de anemia como: anemia leve de 25,1%; moderada de 2,6%, y grave de 0,2%.¹

En Latinoamérica y el Caribe existe mucha desigualdad económica teniendo los ciudadanos que convivir con el hambre, la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes y otros factores; teniendo dificultades en obtener productos alimenticios saludables y seguros necesarios para una vida sana y activa,² conllevando esta problemática a considerar a la anemia como sinónimo de pobre salud, teniendo en cuenta que en Latinoamérica la anemia ferropénica afecta a los grupos más vulnerables como son las gestantes, como es el caso de Cuba, un país que no está libre de esta carencia nutricional y su prevalencia alcanza al 25% de las embarazadas.³ De acuerdo a los informes difundidos en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición, la preponderancia de anemia en mujeres en edad fértil es del 15% de la población; y según la Unidad Nutricional del Ministerio Salud Pública (MSP) en el año 2012, el 46,9% de las gestantes en Ecuador tienen anemia. Por lo tanto, es preocupación de las autoridades disminuir estos índices encontrados.⁴

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014), se encontró que la agrupación de mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años de edad con anemia alcanzó el 25,8%. Así como, del total de las mujeres de este estudio, el 21,6% sufrió alguno de los diferentes tipos de anemia, teniendo en cuenta también su paridad, siendo así que el 53,1% de estas mujeres tuvieron entre 1 a 3 hijos o hijas, un 10,4% de las mujeres tuvieron de 4 a 5 hijos y un 4,2% de las mujeres tuvieron de 6 a más hijos; cabe resaltar que las mujeres gestantes estudiadas que padecieron anemia alcanzaron el 28,9%, siendo un problema social difícil de erradicar.⁵ Y de acuerdo a los reportes del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN)

2014, se observó la proporción de anemia en gestantes en un 26,7%, de las cuales la prevalencia de anemia leve fue de 25,1%, moderada de 2,6% y grave de 0,2%. Cabe denotar que los departamentos de la sierra presentaron mayor preeminencia de anemia en gestantes, ocupando los primeros lugares, dentro del tipo grave, los departamentos de Huancavelica con 53,6%, seguido de Puno con el 51,0% y Ayacucho con 46,2%; con anemia moderada esta Apurímac con 40,8% y La libertad con 27%, entre otros.⁶

A nivel local según la data del Hospital Belén, en el Sistema Informático Perinatal y tomando referencia de los años anteriores se ha encontrado una frecuencia de casos de anemia en gestantes con un 28% para el año 2014, un 34% se presentó en el año 2015 y un 25% en el año 2016; información brindada por la estadística; datos que nos indica cómo está afectando el estado de desnutrición de la comunidad y necesita identificar sus factores: la edad, la paridad y el índice de masa corporal (IMC) para disminuir su frecuencia de los casos de anemia.⁷

Con el parto pre término, para ello se usaron registros de historias clínicas desde Chumak E.⁸ en Iran 2010 realizó el trabajo “Anemia en el embarazo y su asociación con resultado del embarazo en la ciudad de Monchegorsk, tuvo como objetivo de determinar la prevalencia de la anemia en el embarazo en dicha población y analizar su asociación con el peso del recién nacido, así como el riesgo el año 1973 hasta el 2002. En el análisis multivariable se encontró 14 que las mujeres que habían tenido anemia durante el embarazo tenían 50% menos el riesgo de tener un óbito fetal o un parto pre término.

Ramón J.⁹ en Chile 2015 realizó un estudio titulado “Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término”, su objetivo fue relacionar la anemia materna con el peso al nacer en mujeres con embarazos a término. Para ello tomó una muestra intencionada de 200 mujeres a las cuales les tomó un control de 15 hemoglobina y hematocrito. Los principales resultados El peso promedio de los recién nacidos de madres anémicas es menor (2.970 kg) en comparación a los nacidos de madres no anémicas (3.390). Conclusión El bajo peso al nacer predominó en las madres anémicas con un OR =1.558, si bien se encontró una asociación no es estadísticamente significativa.

Nair M.¹⁰ en India 2016 en su estudio “Asociación entre anemia materna y resultado del embarazo: un estudio cohorte en Assam, India”, objetivo buscar la asociación entre anemia materna y resultados perinatales, se encontró que, de la muestra estimada, 35% tenía anemia moderada y severa durante la gestación. Como resultado las mujeres con anemia severa tenían mayor probabilidad de desarrollar hemorragia post-parto (aOR=9.45), dar a luz a un recién nacido con bajo peso al nacer (aOR=6.19) y bebés pequeños para la edad gestacional (aOR=8.72), así como estos bebés tenían mayor probabilidad de muerte perinatal (aOR=16.42).

Escudero L, et al.¹¹ en Colombia 2011, realizaron un estudio sobre “Factores Sociodemográficos y Gestacionales asociados a la concentración de Hemoglobina en Embarazadas de la Red Hospitalaria Pública de Medellín”, donde trabajaron con una muestra de 336 mujeres embarazadas; analizando la edad promedio que fue 24±6; 67.6 %, y el peso pregestacional de 54.4±8.2 kg; así mismo, el promedio de la concentración de hemoglobina en el primer trimestre fue 13.0±1.0 g/dl, 11.9±1.1 g/dl en el segundo y 12.2±1.1 g/dl en el tercer trimestre; demostrando una diferencia significativa entre la hemoglobina y la concentración del índice de masa del cuerpo pregestacional (IMC) (p = 0,035) y una correlación significativa entre la primera concentración de hemoglobina del I trimestre con el IMC (r= 0.178, p= 0.028), y también con la tercera concentración de hemoglobina de III trimestre (r=0.356 y p = 0.000). Concluyendo que existió asociación entre el IMC pregestacional con la concentración de hemoglobina al comienzo y al final del embarazo.

Por su parte, San-Gil C, Villazán M, Ortega Y.³ en Cuba 2013, en su estudio “Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio Regla”, aplicaron una encuesta con datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y del embarazo actual en una muestra de 68 gestantes en el Policlínico Lidia y Clodomiro. Los resultados fueron: disminución de los valores medios de hemoglobina en el primer trimestre (11.2 g/L) correspondiente al 35,3 % y en el tercer trimestre (10.8 g/L) con un 56,0%, con una anemia moderada más alta. En conclusión, determinaron que la anemia tenía una alta frecuencia, siendo la anemia moderada la que más se presentó, tanto en el primer trimestre como en el tercer trimestre de las gestantes estudiadas; así mismo, la anemia

al inicio del embarazo fue un factor de riesgo para la existencia de anemia al tercer trimestre.

Albán S, Caicedo J.¹² en Ecuador 2013, en su trabajo titulado “Prevalencia de anemia y factores de riesgos asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de Salud N° 1 Pumapungo”; trabajaron con una muestra de 376 gestantes, de las cuales se encontró que el predominio de anemia fue de 5,58% y con Hb ajustada (< 12,3g/dl) de 41,8%; entre los resultados hallados determinaron que el nivel de anemia leve se presentó en un 61%, más alto porcentaje, seguida por moderada 39% y no se encontraron casos graves; concluyendo que los porcentajes de anemia hallados son contrarios con otras publicaciones de la literatura nacional e internacional, confirmando una asociación con los factores de multiparidad, IMC y estado civil.

Fernández A.¹³ en Bolivia 2013, realizó una investigación titulada “Factores de riesgos asociados con la anemia en embarazadas del Hospital la Paz, primer trimestre del 2013”, con una población muestral de 339 mujeres gestantes atendidas en el Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013, encontrándose en ellas un 37,2% casos de anemia. Los factores de riesgo obstétricos que se relacionaron con la anemia gestacional fueron: edad materna, deficiente control prenatal, nivel de estudios y paridad; desde el punto de vista perinatal se consideró el bajo peso al nacer y la edad gestacional; estos resultados le permitieron concluir que el factor de riesgo para anemia con mayor valor significativo, fue la paridad es decir, que a mayor número de embarazos mayor riesgo de anemia y por consiguiente el de tener niños con bajo peso al nacer.

Rosas M, et al.¹⁴ en México 2016, realizaron un estudio llamado “Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel”, aplicando una entrevista personal y toma de muestras biológicas a 194 gestantes que acudieron al Centro de Salud T III Dr. José Castro Villagrana, de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, encontrando como resultado que la edad promedio de todas las gestantes fue de 24.6±6 años; la prominencia de anemia fue de 13% (25 casos); donde el 76% tuvo anemia leve, 24% moderada y 0% grave. Se

llegó a la conclusión que la presencia de anemia en mujeres embarazadas es baja; sólo se asoció de manera estadísticamente significativa con el trimestre del embarazo.

Hernández A, et al.¹⁵ en Perú 2015, investigaron sobre los “Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú”, obteniendo información del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), de 311 521 gestantes con anemia que fueron atendidas en 7703 establecimientos públicos de salud durante el 2015. La prevalencia nacional de anemia fue de 24,2%, 30,5% en el área rural y 22,0% en el área urbana. Las regiones de Huancavelica (45,5%), Puno (42,8%), Pasco (38,5%), Cusco (36,0%) y Apurímac (32,0%) fueron los que más alto porcentaje alcanzaron para anemia. Además encontraron distritos con alta prioridad para anemia ubicados en: Ancash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Junín, La Libertad y Lima. Por tanto se concluyó que la anemia gestacional en el Perú concentra su mayor prominencia en las áreas rural y sur de la sierra, y los distritos con mayor población tienen alta tasa de anemia.

Por su parte, Miranda A.¹⁶ en Perú 2015, realizó un estudio titulado “Anemia en gestantes y peso del recién nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, en la que trabajó con 1702 gestantes que reunieron los criterios de inclusión, cuyo resultados fueron: el promedio de la edad de las gestantes fue 24.48 años, el IMC de las gestantes estuvo en el intervalo entre 18 y 28.9, con media de 22.2; el 90.39% de las embarazadas presentó edad gestacional igual o menor a 40 semanas; la media de Hemoglobina en estas gestantes fue de 11.5 +/- 1.2 g/dl y el 26.1% desarrollaron anemia en el tercer trimestre; concluyendo que no hubo correlación entre la anemia materna y el peso del recién nacidos.

Canales S, Vera G.¹⁷ en Perú 2016, publicaron un trabajo titulado “Factores de riesgo de anemia ferropénica en gestantes que acuden al Puesto de Salud I-II Gerardo Gonzales Villegas de Tumbes. 2011 – 2015”; investigación que trabajó con una población de 1128 gestantes del sector del puesto de salud, de las cuales el 63% presentaron anemia. Los resultados demostraron además que el 32% de la población tenía entre 21 a 25 años; en los factores obstétricos el 49% fueron gestantes del primer trimestre, de las cuales el 45% correspondió a las multíparas y el 21% solo acudió a cuatro controles prenatales, 55% tuvieron un índice de masa corporal adecuado;

concluyendo que existió un arduo trabajo por realizar, para disminuir la incidencia de anemia en gestantes y prevenir cualquier complicación.

Flores J.¹⁸ en Perú 2017, publicó un trabajo titulado “Prevalencia de anemia en gestantes del centro de salud La Libertad, San Juan de Lurigancho, Lima, enero – octubre del 2015”, recolectado datos de 172 historias clínicas del establecimiento, determinando que la prevalencia de anemia en gestantes fue de 20,3%, de las cuales 18% tuvo anemia leve y el 2,3% moderada; ésta se presentó más en el grupo de 14 a 19 años con un 30,6% a diferencia de las gestantes de 35 a 43 años con un porcentaje de 28,6%; el número de hijos también influyó en que el porcentaje sea mayor como el que alcanzo de dos o más hijos con un 32,4%; concluyendo que la prevalencia de anemia es mayor en gestantes con edades que oscilan entre 14 -19 y 35 – 43 años, con antecedentes de 2 o más partos. Marín M.¹⁶ en La Libertad 2014, realizó un estudio: “Principales factores sociales que influyen en las variaciones de hemoglobina en gestantes atendidas en el Hospital Pacasmayo, 2012”; en el cual trabajó con una muestra de 63 mujeres gestantes atendidas en el mencionado hospital desde el 01 de enero al 30 de junio del 2012. Los resultados demostraron que en un 75% el nivel de Hb fue de > 11.0 g/dl, los demás estaban influenciados por la ocupación, el nivel educativo y por último el estado civil, la edad y la procedencia. En conclusión, la principal característica fue el nivel de Hb entre 10.0 – 10.9, y estuvo influenciados por la edad (adolescentes), estados civil y de procedencia rural.

Miranda A,⁴ en Lima 2014, realizo estudio titulado “Anemia en gestantes y peso del recién nacido Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, tuvo como objetivo identificar la relación entre anemia en gestantes y peso del recién nacido, en el cual se observó mediante un estudio observacional, analítico y retrospectivo, en su población solo 5.5% de recién nacidos presentaron bajo peso al nacer. Tuvo como resultado que el 26.1% de las gestantes tuvieron anemia en el tercer trimestre. Concluyeron con que no se encontró una relación entre la anemia materna y el peso del recién nacido.

Cárdenas S,⁵ en Lima 2017,realizo un estudio titulado “Anemia en gestantes como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer en el Hospital Nacional de Policía Luis N. Sáenz entre los años 2014 – 2015” tuvo como objetivo determinar si la anemia en gestantes era un factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer, para lo cual realizó

un estudio de casos y controles, donde tomo como población del estudio a las gestantes con recién nacido en el tiempo establecido, los casos fueron definidos como madres con bebés, con recién nacidos y los controles como madres con recién nacidos con peso entre 2500 a 4000 gr. En el estudio se encontró un odds ratio de 2.5 en relación de la anemia en gestantes y el bajo peso al nacer. Tuvieron del total de la muestra 45% de bebés con edad gestacional a término y 55% prematuros. Como resultado la relación a la anemia según la aparición en el trimestre, teniendo un odds ratio de 2.4 en el primer trimestre y de 4 en el tercer trimestre.

Celiz A.¹⁹ en La Libertad 2016, en su estudio titulado “Anemia Materna como factor de riesgo asociado a Preeclampsia en Gestantes del Hospital Belén de Trujillo. 2016”, donde trabajó con 336 gestantes de 20 a 35 años, a quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin preeclampsia, teniendo en cuenta las variables edad materna, grado de paridad y procedencia. Los resultados demostraron que la frecuencia de anemia materna en gestantes con preeclampsia fue 23% y en las que no tuvieron esta patología fue de 14%; concluyéndose que la anemia materna fue factor de riesgo asociado a la preeclampsia (Odds ratio de 1.90) en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Se ha establecido que recién nacido pretérmino se denomina a todo aquel que nace entre las 20.1 y 36.6 semanas ¹. Por otro lado, tanto la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que el parto pretérmino o prematuro comprende el periodo entre las semanas 22 y 37 de gestación, esto quiere decir entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 g de peso ².

El parto pretérmino continúa siendo causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Adicionalmente se atribuye directamente a la prematuridad el 75% de las muertes perinatales y 50% de las secuelas neurológicas ^{3,4}. La frecuencia estimada es de 5 a 10% de todos los embarazos, siendo mayor en países en desarrollo ^{3,5,6}. Se ha reconocido que el parto pretérmino constituye uno de los principales retos de la atención perinatólogica actual ⁴.

Según la OMS, para 2005 el 9,6% de todos los nacimientos fueron prematuros, aunque que se disminuyó a 12,7% en 2007, 12,3% en 2008 y 12,1% en 2009⁷.

En 2010 se estimó a nivel mundial que 1.1 millones de neonatos fallecieron como consecuencia de las complicaciones que acompañan a la prematurez, siendo la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años ¹.

Se reconoce que la prematuridad también es responsable de una importante proporción de secuelas. En ese sentido, se considera un problema para la salud pública a nivel mundial, al conllevar complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, trastornos metabólicos, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar o apneas, entre otras. Posteriormente puede originar parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición ⁷. Se conoce también que algunas complicaciones producen secuelas discapacitantes en el desarrollo neurológico y cognitivo ⁸.

En Estados Unidos la frecuencia de parto pretérmino es entre 12% y 13% y en los países europeos entre 5% y 9% y su crecimiento se atribuye al incremento de los partos indicados médicamente, especialmente por pre-eclampsia; también por partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente. Por otro lado, en países con menos desarrollados han aumentado por incremento de factores como la infección bacteriana ascendente y otros ⁹.

Existen tres grupos considerados en el parto pretérmino; el primero se refiere al recién nacido pretérmino extremo (≤ 28 semanas de gestación), el segundo al recién nacido pretérmino moderado (29-32 semanas de gestación) y el tercero al recién nacido pretérmino (33-36 semanas de gestación) ¹. La literatura indica que cerca del 5% de los partos prematuros ocurren antes de las 28 semanas, 15% entre 28-31 semanas, cerca del 20% entre 32 y 33 semanas y 60-70% entre 34-37 semanas ¹⁰.

Se ha llegado a afirmar que la ruptura prematura de membranas es probablemente la patología más asociada al parto pretérmino y a las complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnioítis y septicemia neonatal. Dicha eventualidad origina trabajo de parto espontáneo en más del 90% de los casos en las primeras 24 horas ¹¹.

En general se han identificado cuatro causas principales desencadenantes del parto pretérmino que son la inflamación, la hemorragia decidual, la sobredistensión uterina y la activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal materno-fetal¹² mientras que en las unidades de cuidados intensivos neonatales se deben a sepsis, enterocolitis necrotizante, síndrome de dificultad respiratoria, entre otras más¹³.

Existe gran interés médico y científico sobre los factores de mayor riesgo para parto pretérmino y así establecer medidas preventivas adecuadas. En general no hay una única causa, sino que se conocen numerosos factores de riesgo y se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro¹⁴. Así, en el parto pretérmino intervienen enfermedades maternas, embarazos múltiples originados por técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación, infecciones, estilos de vida y diferentes situaciones sociales, elementos básicos en su génesis¹⁵. Por ello, la morbilidad neonatal de los prematuros varía y depende principalmente del peso al nacer, edad gestacional al nacer, malformaciones fetales, de la etiología responsable del parto prematuro y de las características de la unidad de cuidado intensivo donde se encuentra el neonato¹⁰.

En un parto pretérmino, el factor de riesgo más importante es el antecedente de parto pretérmino y representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos, incrementando de 1,5 a 2 veces el riesgo. Es importante señalar que también se han llegado a considerar al antecedente de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, anomalías uterinas, aborto habitual, conización del cérvix y longitud cervical corta. Así también, en el anteparto se identifican a los embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, hemorragia anteparto, polihidramnios, infección del tracto urinario, infección materna severa, entre otros. En cuanto a factores y condiciones maternas podemos citar a la infección bacteriana ascendente, hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, sífilis, enfermedad periodontal, edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años, aunque este rango es variable en otras fuentes científicas. Entre los factores epidemiológicos y ambientales están el bajo nivel socioeconómico y los psicosociales, raza afroamericana, tabaquismo, bajo peso materno, índice de

masa corporal <19.8 además del periodo intergenésico corto⁷. En cuanto a las infecciones bacterianas ascendentes podemos citar a la bacteriuria asintomática por estasis^{16,17}.

Otras fuentes de información indican que la relación con parto pretérmino se da con edad de la madre <15 años y >35, tabaquismo, otras toxicomanías y falta de control prenatal, además de complicaciones maternas como sangrado vaginal durante la gestación, placenta previa, desprendimiento de placenta, embarazos múltiples, traumatismos, entre otros. Además mencionan evidencia sobre la infección uterina, principalmente vaginosis bacteriana¹².

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial, existiendo aproximadamente 1.000 millones de casos; constituyéndose la anemia materna en un problema de salud pública. Este problema afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo. En los países en desarrollo, las tasas de prevalencia se estiman en alrededor de 50% en mujeres embarazadas y un 23% de las embarazadas de los países desarrollados²⁰.

En América Latina y el Caribe se calcula que 3% de las muertes maternas son atribuibles directamente a la anemia y se asocia con aumento del riesgo de infección, fatiga y mayores pérdidas sanguíneas durante el parto y puerperio. Siendo un factor que contribuye a la mortalidad infantil, materna y perinatal.²⁰

En el Perú, el registro de anemia en el año 2013 fue de 1526 gestantes; más que en el año 2012. Siendo evaluadas en nivel de hemoglobina el 54.8% de las gestantes. A pesar de contarse un número mayor de gestantes evaluadas, la proporción de gestantes con anemia ha descendido en 1.2%, disminuyendo por tercer año consecutivo. Considerándose un indicador severo de salud pública.²¹

En el 2014 se registró un total de 75522 casos de anemia en gestantes, que corresponde a un 24.4%. En el año 2015, se ha registrado 75857 más que en el año 2014, correspondiendo a un 24.2% siendo la disminución en el 2015 de apenas 0,2 de punto porcentual con respecto al año 2014. En el 2016 el número total de casos de anemia en gestantes por departamento fue de 78457, correspondiendo a un 23.7%.²¹

Según indica la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, elaborada por el instituto nacional de estadística e informática (INEI), tres de cada diez mujeres en estado de gestación (29,6%) padecen de anemia. Siendo lima metropolitana quien concentra la mayor cantidad de mujeres gestantes con anemia (23,1%), seguido de la selva (22,9%), la sierra y el resto de la costa (18,9%). Además, el 23,3% de las mujeres que se encuentran dando de lactar también padece esta enfermedad.²²

En la Región La Libertad año 2017, el departamento presento un total de 6410 casos de anemia, siendo 0.2% anemia severa, 11.7 % anemia moderada y el 21.1 % anemia leve.³ según reporte del Sistema de Información del Estado Nutricional en gestantes.²²

En el Perú debido a su alta prevalencia documentada en este grupo poblacional, constituir un serio problema de salud y estar asociada con una de sus causas más comunes la malnutrición por deficiencia de micronutrientes entre ellos el hierro en la dieta diaria de la gestante; lo que conlleva a tener repercusiones serias en la madre y el feto. Y constatar que aún no se ha logrado reducir considerablemente la prevalencia de anemia, el estado peruano viene trabajando en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Ministerio Nacional de la Salud; a través de su plan nacional para la reducción de la anemia 2017 – 2021. Se necesita medidas adicionales para alcanzar la meta establecida por la Asamblea Mundial de la Salud, de reducir un 50% la anemia en las mujeres en edad fecunda para 2025.²³

Por todo lo descrito, para realizar la investigación se planteó el siguiente problema ¿La anemia en el tercer trimestre de gestación es un factor de riesgo para la presencia de parto pre termino Hospital Belén Trujillo 2018? para ello se determinó el objetivo general: Identificar si la anemia en el tercer trimestre de embarazo es un factor de riesgo para la presencia del parto pre termino Hospital Belén de Trujillo. 2018.

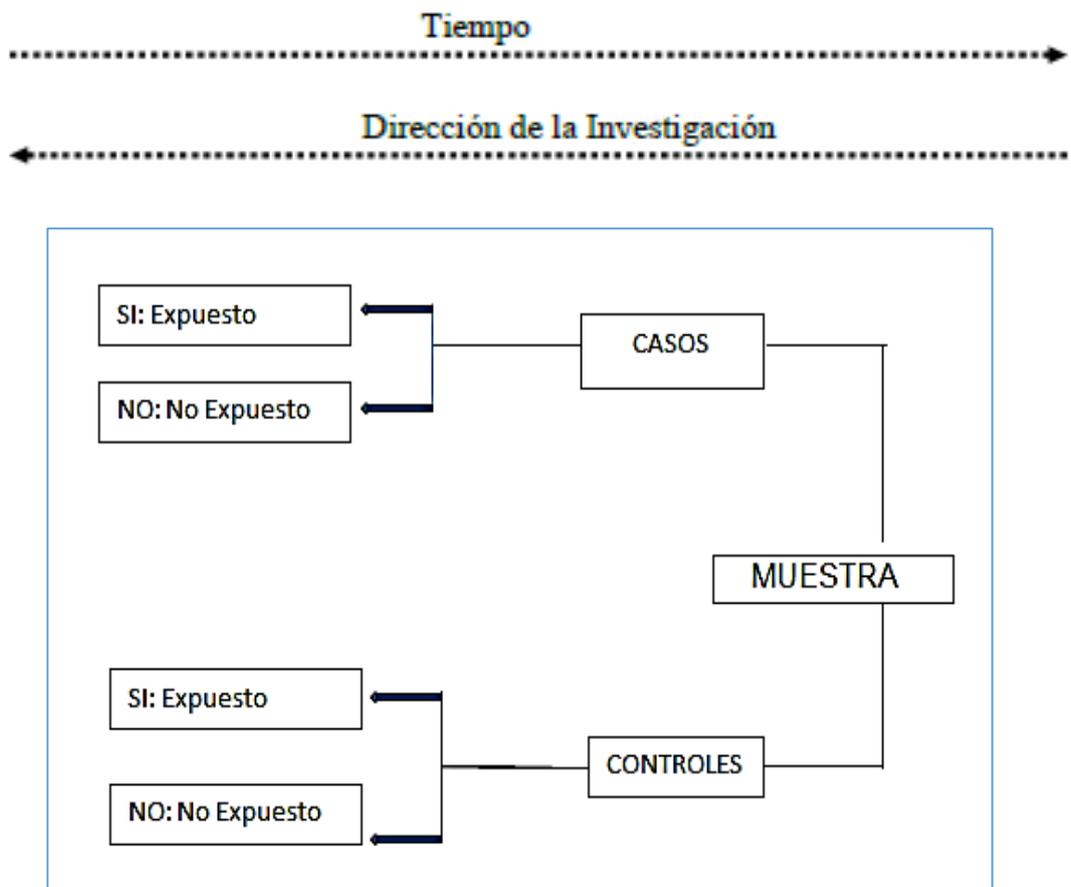
Y se tiene los siguientes objetivos específicos.

- Identificar la frecuencia de anemia en el tercer trimestre.
- Identificar la frecuencia de parto pre termino.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, transversal, de casos y controles, donde se buscó establecer relación entre los factores de riesgo definidos y el parto pretermino, cuyo esquema es el siguiente:



2.2. Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)

Población:

La población de estudio estará constituida, por todas las historia clínicas de las gestantes que acudieron Hospital Belén de Trujillo, durante el periodo 487, desde Enero a Diciembre ; las cuales cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión.

Muestra:

La muestra se seleccionó al azar de un total de Historias clínicas de gestantes que acudieron para la atención de su parto en el Hospital Belen de Trujillo siendo 35 parto preterminos , Enero a Diciembre de 2018 , y que cumplieron con los criterios de selección ,empleándose para ello, el procedimiento siguiente:

$$p_1 = \frac{w \cdot p_2}{(1 - p_2) + w \cdot p_2}$$

Siendo:

- p1: Frecuencia de exposición entre los casos.
- w: Odds Ratio.
- p2: Probabilidad de exposición entre los controles.

- Según el estudio de Osorno (34), p1 = 40 %; w = 4, reemplazando valores se obtuvo: p2 = 2,8%.
- Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la expresión:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \cdot \sqrt{2 \cdot p \cdot (1-p)} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{p_1 \cdot (1-p_1) + p_2 \cdot (1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ 1,96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5 %.

$Z_{1-\beta}$ 0,84 que equivale a una probabilidad de error beta de 20%.

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Reemplazando los valores ya establecidos, se obtuvo 35 gestantes, es decir se necesitó estudiar a 35 casos y 35 controles.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Historia clínica de gestantes que haya acudido a sus atenciones prenatales desde su primer trimestre en forma regular.
- Historia clínica de gestantes que hayan tenido su parto entre las 22 y 37 semanas de gestación.
- Historia clínica de gestantes con recién nacidos pretérmino con

malformaciones congénitas asociadas.

- Historia clínica de gestantes con recién nacidos muertos.
- Historia clínica de gestantes con datos incompletos.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Cuestionario estructurado para el cumplimiento de objetivos. Este instrumento de recolección de datos consta de 3 partes están subdivididas en tres partes.

La primera parte del instrumento está constituido por datos generales

La segunda parte constan los datos obstétricos las cuales se colocara el término de la gestación entre las semanas 22 y 37.

La tercera parte se tomaran dosaje de Hemoglobina por trimestre. (Ver anexo 1)

2.4. Procedimiento

Después de ser aprobado el proyecto de investigación, se realiza el permiso correspondiente al área estadística de ginecoobstetricia para solicitar el número de historias clínicas con parto pretérmino según los criterios de inclusión y exclusión.

Realizado todo esto, se trabajó con el instrumento de recolección de datos para obtener información.

2.5. Métodos de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó Microsoft Office Excel 2010 y el paquete estadístico Epidat 3.1. La información obtenida se tabuló en una base de datos para su proceso y posteriormente se generaron las tablas de frecuencia con sus respectivas distribuciones porcentuales.

Para determinar la asociación entre las distintas variables propuestas con el parto pretérmino se utilizó estadística analítica a base de la determinación de chi cuadrado (χ^2), fijando un nivel de significancia en $p < 0.05$, para determinar la relación entre las variables. Registrándose como:

- $p > 0.05$ No es significativo: No existe influencia.
- $p < 0.05$ Si es significativo: Existe influencia.
- $p < 0.01$ Altamente significativo: Existe influencia.

Utilizando el estadígrafo Odds Ratio (OR); si el OR era igual a 1, la exposición no se asociaba a parto pretérmino, mientras que si el OR era menor a 1, la exposición tenía efecto protector (es decir, la exposición disminuía la probabilidad de desarrollar parto pretérmino). Si el valor de OR era mayor a 1, la exposición aumentaba las posibilidades de presentar el parto pretérmino. Fue necesario el cálculo de p e IC al 95%. Para el análisis de la información de cada factor se realizaron tablas de distribución de frecuencias de doble entrada.

2.6. Aspectos éticos

En este caso no se pedirá el consentimiento informado a la paciente, ya que será directo con el establecimiento de salud y la investigadora, respetando la información expuesta en la historia clínica, ya que solo tomaremos algunos datos.

III. RESULTADOS

TABLA 01

**Identificar la frecuencia de anemia en el tercer trimestre. Hospital Belén
Trujillo 2018**

ANEMIA	Frecuencia	%
SI	7	20,0%
NO	28	80,0%
TOTAL	35	100%

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación. Se identificó que solo el 20% de las gestantes presentaron anemia en el tercer trimestre y su parto pretérmino.

TABLA 02

Frecuencia de parto pretermino.Hospital Belén Trujillo 2018

PARTO PRETERMINO	Frecuencia	%
SI	487	11,5
NO	3766	88,55%
TOTAL	4253	100%

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación. Se identificó que solo el 11.5% de las gestantes atendidas en el Hospital Belen de Trujillo durante al año 2018 terminaron en un parto pretermino y 88.55% culmino en parto atermino.

TABLA 3

Anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo para la presencia de parto pretermino. Hospital Belén 2018.

FACTOR	PARTO PRETÉRMINO		X^2	p	OR	IC 95%
	Sí %	No %				
Anemia						
Sí	7 20	2 5.72				
No	28 80	33 94.28	3.188	0.074	4.125	0.79221.483
TOTAL	35 100	35 100				

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación: El 20% presentaron anemia en el tercer trimestre y tuvieron parto pretermino y el 80% no presentaron. EL 94.28% de gestantes que tuvieron parto a término no presentaron anemia. El valor $p=0.074$ lo que indica que no existe relación significativa entre anemia y parto pretermino. Al aplicar la prueba OR se encontró el valor 4.125 indicando que las mujeres que tienen anemia tiene 4 veces más riesgo de sufrir parto pretermino.

IV. DISCUSIÒN

El presente estudio buscó determinar si la anemia en el tercer trimestre esta asociados al parto pre término en las pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital Belén de Trujillo, durante el periodo enero a diciembre del 2018.

El Tabla 1: Describe la incidencia de los factores en estudio como causa de parto pre término en las pacientes, la anemia en 20% para cada uno. Como. Nuestro resultado, si bien es de naturaleza descriptiva, puede ser comparado con otros trabajos que indican la presencia de varios de los factores propuestos en esta investigación, como es el caso de la investigación publicada.

El estudio realizado por Flores J 2017, encontró que el 20% de mujeres presentan anemia en gestantes el nivel de hemoglobina se encuentra entre 10.0-10.9. De igual manera Hernández A en el 2015 la anemia en gestantes 24.2% concluyendo que se concentra su mayor prominencia en las áreas rurales y los distritos con mayor población.

El estudio realizo por Canales S 2016 presento el 63% presento anemia y el 49% presentaron anemia en primer trimestre, no se relaciona con nuestros resultados encontrados.

La Tabla 2: Se muestra la frecuencia de parto pre término en el Hospital durante el periodo Enero-Diciembre de 2018. Al respecto debemos mencionar que se registraron un total de 4253 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia por diversos motivos, de las cuales 487 presentaron parto pretérmino, lo cual nos da una frecuencia de 20.0%. De las 487 pacientes con parto pretérmino se seleccionaron 35 por muestreo probabilístico aleatorio, mismas que constituyeron nuestro grupo de casos, las que fueron comparadas con 35 controles sin parto pretérmino.

En la Tabla 3 se presentan los diversos factores de riesgo con el objetivo de determinar su asociación a la condición de parto pretérmino. : El 20% presentaron

anemia en el tercer trimestre y tuvieron parto pretermo y el 80% no presentaron. EL 94.28% de gestantes que tuvieron parto a término no presentaron anemia. El valor $p=0.074$ lo que indica que no existe relación significativa entre anemia y parto pretermino. Al aplicar la prueba OR se encontró el valor 4.125 indicando que las mujeres que tienen anemia tiene 4 veces más riesgo de sufrir parto pretermo

Miranda A, en 2015 el 26.1% desarrollo anemia en el tercer trimestre de gestación y concluyeron que no existe relación entre anemia y peso del recién nacido.

Villazan M; Otega Y (2013) indica que el 56% de las gestantes presentaron anemia en el tercer trimestre con una anemia moderada más alta. En conclusión, determinaron que la anemia tenía una alta frecuencia, siendo la anemia moderada la que más se presentó, tanto en el primer trimestre como en el tercer trimestre de las gestantes estudiadas; así mismo, la anemia al inicio del embarazo fue un factor de riesgo para la existencia de anemia al tercer trimestre.

Finalmente, al ser el parto pretérmino la principal causa de morbimortalidad neonatal y materna, que no se ha podido revertir en todo el mundo a pesar de las ingentes cantidades de dinero que los países desarrollados gastan para su investigación, consideramos que el presente estudio destaca factores preponderantes para el desarrollo de parto pretérmino, con lo que esperamos contribuir y servir de base en nuestro medio para la realización de estudios posteriores en los que también debería abarcarse los factores sociodemográficos.

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de anemia en el tercer trimestre es 20%.
2. La frecuencia del parto pre término en Hospital Belén durante el año 2018 es 26.7%.
3. La anemia en el tercer trimestre es un factor de riesgo para la presencia de parto pretermino. (OR. 4.25).

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que todas gestantes deben iniciar un control prenatal precoz y reenfocado con la finalidad de diagnosticar tempranamente la anemia.
- Las gestantes que presentaran anemia durante el tercer trimestre de gestación debe considerarse como pacientes de riesgo. Debe darse el tratamiento especializado por el equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Minguet-Romero R, Cruz-Cruz P, Ruíz-Rosas R, Hernández-Valencia M. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82:465-471.
2. Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. [Consultado el 29 Junio 2016]. Disponible en URL: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra_Velarde_F_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2
3. Acosta-Rerriquer J, Ramos-Martínez M, Zamora-Aguilar L, Murillo-Llanes J. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 737-43.
4. Nápoles D. Los tocolítics en el parto pretérmino: un dilema actual. *MEDISAN* 2013; 17(9):5063.
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, Merialdi M, Requejo J, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88:31-8.
6. Lawn E, Michael G, Craig E, and the GAPPS Review Group. Global report on preterm borth and stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10(Suppl 1): 1 – 24.
7. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. TEMA 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* 2016; 1(I):75-80.
8. Chumak E, Grijbovski A. Anemia in pregnancy and its association with pregnancy outcomes in the Arctic Russian town of Monchegorsk, 1973–2002. *International Journal of Circumpolar Health*. 2010.
9. Urdaneta Machado J, Lozada Reyes M, Cepeda de Villalobos M, García I J, Villalobos I N, Contreras Benítez A et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015; 80 (4):297-305.
10. Nair M, Choudhury M, Choudhury S, Kakoty S, Sarma U, Webster P et al. Association between maternal anaemia and pregnancy outcomes: a cohort study in Assam, India. *BMJ Global Health*. 2016.

11. Miranda, A. Anemia en gestantes y peso del recién nacido Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014. Universidad San Martín de Porres; 2015.
12. Morgan F, Cinco A, Douriet F. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(2): 103 – 9.
13. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Med Chile* 2012; 140: 19-29.
14. Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Edstedt Bonamy AK, Persson M, Wikström AK, et al. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro [1]. *JAMA* 2013 12; 309(22):236-70.
15. Castrillo K, Zúñiga D, Arrieta F. Experiencia en el manejo de parto pretérmino. *Revista Médica de Costa Rica y Centramérica* 2010; LXVIII (592):145-49.
16. Rodríguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera L. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011-2013. *UCV – Scienta* 2014; 6(2): 143-47.
17. Serrano-Gómez S, García-Morales M. Longitud cervical en la predicción de amenaza de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(1):24-30.
18. Genes B. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev. Nac. (Itauguá)* 2012; 4 (2): 8-14.
19. Couto D, Nápoles D, Montes de Oca P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *MEDISAN* 2014; 18(6):852.
20. Allen Lindsay, Bruno de Benoist, Omar Dary, Richard Hurrell, Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Guías para la fortificación de alimentos con micronutriente 2017. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/es/
21. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional. Periodo Anual 2014 al 2017. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe> Lima, Perú
22. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2017. Lima, Perú

23. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. Documento normativo sobre anemia 2017. Disponible en: <https://www.fundacionbenqoa.org/publicaciones/>

ANEXOS

ANEXO 1

PRESENCIA DE ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO.2018

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I:-Datos maternos.

() Anemia. 1

() Sin Anemia 2

III. DURACION DE LA GESTACION:

A termino SI (1) / NO (2)

Pretermino SI () / NO ()

IV. DOSAJE DE HEMOGLOBINA

• Hb. en 1º trimestre: -----gr/dl

• Hb. en 2º trimestre: -----gr/dl

Hb. en 3º trimestre: -----gr/dl

ANEXO 2

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE

[VARIABLE INDEPENDIENTE:

Anemia durante el tercer trimestre del embarazo

VARIABLE DEPENDIENTE:

2.1. Parto pretérmino.]

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	Anemia durante el Tercer trimestre	Disminución de la concentración de contenido de Hb en la sangre, acompañado de un descenso del número de hematíes.	Resultado del último examen de Hb registrado en la Historia Perinatal con valores <11 gr% registrado en tercer trimestre.	Si / No	Nominal
PARTO PRETÉRMINO	Parto Pre término	Expulsión del producto de la concepción ocurrido antes de 37 semanas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación.	Según el reporte de la Historia Clínica.	Sí / No	Nominal

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Gisella Nathali Pereira Terrones, identificado con DNI N° 46736911 egresado de la Escuela Profesional de OBSTETRICIA de la Universidad César Vallejo, autorizo () No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Presencia de Anemia en el Tercer Trimestre de Gestación como factor de Riesgo para la presencia de Parto Pretermo Hospital Belén de Trujillo 2018" en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

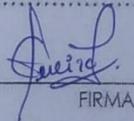
.....

.....

.....

.....

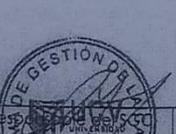
.....



FIRMA

DNI: 46736911

FECHA: 30 de Mayo del 2019

			
Revisó	Vicerrectorado de Investigación/ DEVAC	Responsable del SGC	Aprobó Rectorado PERU

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier documento electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTRIBADA.

ANEXO 4

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F04-PP-PR-02,02
		Versión : 10
		Fecha : 10-06-2018
		Página : 1 de 1

Yo, Ana Vilma Peratta Iparaguire
..... docente de la Facultad Ciencias Médicas
Escuela Profesional Obstetricia de la Universidad César Vallejo Trujillo
(precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada:

"Presencia de Anemia en el Tercer Trimestre de Gestación
como factor de riesgo para la presencia de Parto pre-
termino Hospital Belén de Trujillo 2018"

del (de la) estudiante Pereira Terrones Gisella Nathali
..... constato que la investigación tiene un índice de
similitud de% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las
coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la
tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas
por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha.....


.....
Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 18140470


Revisó: Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo / Responsable del IAG


Aprobó: Evaluación Acreditada


Aprobó: Gestión de Calidad


Aprobó: Rectorado

NOTA: cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del campus
Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

ANEXO 5

PANTALLAZO DEL PORCENTAJE DE TURNITIN

Presencia de anemia en el tercer trimestre de gestación como factor de riesgo para la presencia de parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo. 2018.)

2DO ENVIO REPOSITORIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

20%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE
