

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR:

Bach. HUALLANCA VILCA, ROGER FILEMON

ASESOR:

Dr. ALARCÓN VILA, PAVEL ANTONIO

AYACUCHO - PERÚ

2023

DEDICATORIA:

Esta tesis está dedicada a Dios y a mis padres ya que sin ellos no hubiera podido lograr culminar mi carrera profesional de Obstetricia, ya que ustedes estuvieron apoyándome día a día con perseverancia, amor y su apoyo incondicional

Roger Filemon Huallanca Vilca

AGRADECIMIENTO

“Con gratitud a nuestra Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, alma mater formadora de grandes profesionales exitosos, con capacidades de investigación académica y competitiva en las diferentes carreras profesionales”.

“A mi gloriosa Escuela Profesional de Obstetricia y así también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante con valores y principios durante todo el tiempo de mi formación académica”.

Con gratitud doy gracias al centro de salud Vilcashuamán por su aceptación y brindado la oportunidad de facilitar el trabajo de ejecución para mi trabajo de investigación, Agradezco también al obstetra EDGAR GODOY JAIME por haberme brindado su apoyo y conocimiento.

De manera especial agradezco a mi asesor Obstetra Dr. PAVEL ANTONIO ALARCON VILA por su orientación, capacidad, conocimiento científico y guiarme hasta la finalización de la tesis.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CAPÍTULO I | 5 |
| PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN | 5 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.2 OBJETIVOS | 6 |
| 1.2.1 Objetivo General | 6 |
| 1.2.2 Objetivo Específicos | 6 |
| CAPÍTULO II | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO | 7 |
| 2.1.1 A nivel Internacional..... | 7 |
| 2.1.2 A nivel Nacional | 9 |
| 2.2 BASE TEÓRICO – CIENTÍFICA | 12 |
| 2.2.1. Embarazo en adolescentes..... | 12 |
| 2.2.2. Embarazo en la adolescencia | 13 |
| 2.2.3. Factores de riesgo individuales:..... | 13 |
| 2.2.4. Anemia en adolescentes..... | 14 |
| 2.2.5. Causas de la anemia | 16 |
| 2.2.6 Consecuencias de la anemia en gestantes | 18 |
| 2.3. HIPÓTESIS | 19 |
| 2.4.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS..... | 19 |
| 2.4.1. Anemia | 19 |
| 2.4.4. Edad..... | 19 |
| 2.4.5. Paridad | 19 |
| 2.4.6. Procedencia..... | 20 |
| 2.4.7. Grado de instrucción..... | 20 |
| 2.4.8. Edad gestacional | 20 |
| 2.4.9. Adolescencia | 20 |
| CAPÍTULO III | 21 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 21 |
| 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 21 |
| 3.2 MÉTODO DE ESTUDIO | 21 |
| 3.3 POBLACIÓN | 21 |
| 3.4 MUESTRA..... | 21 |
| 3.4.1 Criterios de inclusión..... | 21 |
| 3.4.2 Criterios de exclusión..... | 21 |
| 3.5 TIPO DE MUESTRA..... | 21 |
| 3.6 VARIABLES DE ESTUDIO | 22 |
| 3.6.1 Variable independiente..... | 22 |
| 3.6.2 Variable dependiente. | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 22 |
| 3.7 PROCEDIMIENTO | 22 |
| 3.7.1 Coordinación | 22 |
| 3.7.2 Captación de casos | 23 |
| 3.7.3 Recolección de datos..... | 23 |
| 3.7.4 Determinación de anemia | 23 |
| 3.8. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS..... | 23 |
| CAPÍTULO IV | 24 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 24 |
| TABLA 1. | 24 |
| TABLA 2. | 26 |
| TABLA 3. | 28 |
| TABLA 4. | 29 |
| TABLA 5. | 31 |
| TABLA 6. | 33 |
| TABLA 7. | 35 |
| TABLA 8. | 37 |
| CONCLUSIONES..... | 39 |
| RECOMENDACIONES..... | 40 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 41 |
| ANEXO N° 1..... | 45 |
| ANEXO N° 2..... | 46 |
| ANEXO N° 3..... | 47 |

INTRODUCCIÓN

La anemia es un trastorno en el que la concentración de hemoglobina, cae por debajo de sus valores normales, disminuyendo la capacidad de oxigenación de la sangre al organismo. “La causa más común es la deficiencia de hierro derivada de un balance negativo de hierro prolongado en el tiempo, que a su vez puede deberse a un aporte o absorción inadecuados de hierro en la alimentación, al aumento de las necesidades de hierro durante el embarazo , los períodos de crecimiento o al incremento de las pérdidas de hierro como consecuencia de la menstruación”.¹

“El embarazo es una etapa del proceso vital humano donde se caracteriza por tener mayor demanda de hierro y el aumento en los cambios hemodinámicos, que producen que la mujer sea más susceptible a variaciones en la concentración de hemoglobina. Las mujeres embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables en el desarrollo de una anemia ferropénica debido a la expansión de la masa de células rojas y al crecimiento de la unidad feto- placentaria”.²

“Los requerimientos de hierro exceden a la ingesta dietética en dos momentos del ciclo de vida; durante el primer año de vida y en las mujeres durante la adolescencia, posteriormente en el embarazo aumentan tres veces más que durante la menstruación. Durante esta etapa los requerimientos de hierro materno ascienden a alrededor de 800 mg.El embarazo en adolescentes ocasiona con más frecuencia depleción de las reservas de hierro y ferritina en comparación con mujeres embarazadas de otros grupos de edad”.³

“De acuerdo con los reportes de la OMS (2017), el 30% de todas las mujeres embarazadas a nivel mundial sufren de deficiencia de hierro. No obstante, esta cifra aumenta en los países en desarrollo donde las mujeres embarazadas son afectadas por esta enfermedad hasta en un 50 a 60%”.¹

Los factores que influyen en esta patología son diversos en los países en vías de desarrollo y se sabe que las mujeres que habitan en zonas rurales tienen mayor riesgo de desarrollar anemia nutricional en relación a mujeres que viven en zonas urbanas y esto se debe a que los alimentos consumidos no contienen los nutrientes necesarios, debido probablemente a falta de conocimiento e información y por su propia cultura. “Los requerimientos totales de hierro durante la gestación son aproximadamente de 1200 mg, que aportan principalmente a los eritrocitos maternos (450 mg), el feto (250-

300 mg), la placenta (90-100 mg), pérdidas generales (200- 250 mg) y durante el parto (150 mg de hierro, 300-500mL de sangre), sin contar pérdidas por cesáreas u otras complicaciones”.⁴

En Perú, el Ministerio de Salud indica que cuatro de cada diez embarazadas son anémicas y que 37% de las embarazadas a nivel nacional tiene anemia debido a malos hábitos alimenticios, poca información nutricional y pobreza.

De 82 gestantes adolescentes, el 34,1 % tuvo anemia, mientras el resto de las gestantes adolescentes, el 65,9 % tuvo resultado normal (no tienen anemia). La edad cronológica y la edad gestacional, no tienen relación significativa con los casos de anemia presentes en las adolescentes ($p > 0,05$), por lo que, no son factores de riesgo para su prevalencia. La consulta prenatal inadecuada se comportó como un factor de riesgo para la presencia de anemia en las adolescentes ($p < 0,05$). Ser gestante soltera y con baja escolaridad, son factores sociodemográficos relacionados con la prevalencia de anemia en las adolescentes ($p < 0,05$). Existe relación significativa entre el ingreso económico bajo y la presencia de anemia en gestantes adolescentes, siendo las más afectadas aquellas cuyo ingreso es menor a los 1000 soles ($p < 0,05$), comportándose como factor de riesgo. La zona de procedencia, no se comporta como factor de riesgo para la anemia en la población de estudio, por no tener diferencia significativa ($p > 0,05$). “Por lo que el presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados de la anemia en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho, mayo – julio 2022”.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La anemia es una patología carencial muy frecuente y constituye un serio problema de proporciones endémicas. De acuerdo con (OMS, 2017), en el mundo hay más de 4.000 millones de personas con déficit de hierro, y se estima que un 15% de la población mundial padece anemia ferropénica. En los países desarrollados, esta anemia se presenta con mayor frecuencia en lactantes y niños en edad preescolar (10%), adolescentes (15%), mujeres en edad fértil (20%), gestantes (40%) y ancianos (5%), convirtiéndose en un problema de salud pública. por lo tanto, américa latina no es la excepción”.¹

“Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en (ENDES, 2017), del instituto de estadísticas e informática (INEI) en el Perú se documentado una prevalencia de anemia en un 46.3% de los niños y las niñas de 6 a 35 meses de edad, 62.1% de los niños y las niñas de 6 a 8 meses de edad, 27.9% de mujeres embarazadas, 20.8% de las mujeres en edad fértil (mujeres entre 15 y 49 años de edad), nivel nacional. La situación más alarmante se encuentra en la Costa pues, la prevalencia por déficit de hierro se extendió de 36.1% a 42%, en la sierra de 52% al 54.2%, mientras que en la selva pasó de 48.8% a 53.6%”.⁶

Las gestantes con anemia por deficiencia de hierro tienen una alta probabilidad de que sus niños nazcan prematuramente o con bajo peso, también está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones.⁶

“La deficiencia de hierro y la anemia traen consecuencias severas en el pronóstico de

las mujeres gestantes, estando asociadas con una menor capacidad para trabajar, fatiga, debilidad y disturbios psíquicos, condiciones que en su totalidad afectan la calidad de vida tanto a nivel físico como psíquico. En el futuro, los sistemas de cuidado de la salud prenatal deberán dedicar más esfuerzos para erradicar este problema tan significativo”.⁷

En el Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho, se atienden a un grupo significativo de embarazadas adolescentes, mayormente procedentes de estratos socio- económicos deficientes, para su consulta prenatal, quienes desconocen si tienen o no anemia; por ello se propuso la realización del presente trabajo de investigación con la finalidad de determinar la prevalencia de esta patología carencial en el embarazo y relacionar los resultados obtenidos con factores socio-económicos y demográficos de las adolescentes.

Debido a esta problemática, se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados de la anemia en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho mayo a julio 2022?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- “Determinar los factores asociados a la anemia en adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho mayo a julio 2022”.

1.2.2 Objetivo Específicos

- “Determinar los factores asociados a la anemia en adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro de Salud de Vilcashuamán”.
- Establecer la relación de la anemia con la edad, edad gestacional, atención prenatal, condición económica, escolaridad, procedencia, estado civil.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1 A nivel Internacional

Martínez y Cols. (2018)⁹, “ Algunos de los cambios fisiológicos del embarazo, implican el riesgo de sufrir diferentes trastornos, entre ellos la anemia, la cual está altamente asociada a mortalidad materno-fetal. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 42 % de las gestantes sufren de anemia en algún momento del embarazo. Los tipos de anemia más frecuentes son la ferropénica, megaloblástica y de células falciformes. La anemia por deficiencia de hierro es la de mayor incidencia durante el embarazo”. **Objetivo:** Actualizar la información existente en la literatura científica internacional acerca de la anemia fisiológica y patológica en el embarazo, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento. **Métodos:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura mediante los MeSH(títulos de temas medicos) : anemia, embarazo, deficiencia de hierro, vitamina B12, ácido fólico y fisiología en inglés y en español. **Resultados:** Se hallaron más de 18 321 artículos, de los cuales 40 cumplieron los criterios de inclusión para ser seleccionados. **Conclusiones:** Si bien un número considerable de cuadros de anemia gestacional corresponden a anemias fisiológicas sin ningún tipo de repercusión clínica, es muy fundamental e importante el reconocimiento de cuadros patológicos, por la asociación que estos llevan a desenlaces maternos y perinatales adversos.

Farez (2018) ¹⁰, “ En el hospital General Guasmo Sur se realizó un trabajo de investigación cuyo **objetivo** fue establecer la prevalencia y factores de riesgo de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas, que acuden a consulta. **La metodología** empleada fue de enfoque

cuantitativo, diseño no experimental, observacional y descriptivo”. **Los resultados** demostraron una prevalencia de 50 casos, la distribución por mes fue uniforme entre 15 a 17 años, unión libre, secundaria incompleta 9-10% mensual, los factores de riesgo detectados fueron edades entre menos de 4 controles prenatales. **Se concluye** que existe una importante prevalencia de anemia leve (65%) en adolescentes embarazadas atendidas, y el principal factor de riesgo es la edad.

Lafuente y Cols. (2019) ⁵, Objetivo “establecer la prevalencia, el grado y en qué grupo etario se presenta con mayor frecuencia la anemia ferropénica en mujeres embarazadas. **Método.** Es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. El universo: Todas las mujeres gestantes que acudieron a control en Hospital Villa Pagador de Cochabamba”. **Resultados,** “De 970 mujeres embarazadas, 501 tienen Anemia, 52%. 98 anemia moderada, 80% y 6 anemia Grave, 1,2%. El grupo etario con mayor prevalencia de Anemia es de 15 a 35 años, con 454, 91%. siguiéndole el de mayor a 35 años con 47, 9%. El grupo menor a 15 años no presentó ningún caso”. **Conclusión,** De los resultados se identifica que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas que acudieron a sus controles prenatales es 52% y es uno de los más altos en relación a otros trabajos.

Góngora Cols. (2021) ¹¹, Objetivo: “caracterizar a las gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Docente "7 de noviembre" del municipio Majibacoa”. **Métodos:** “estudio observacional descriptivo de corte transversal en gestantes adolescentes El universo estuvo constituido por 34 gestantes adolescentes. Se estudiaron las variables edad materna, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas al embarazo, así como complicaciones perinatales **Resultados:** el 55,9 % de las gestantes adolescentes tenía entre 18 y 19 años, el 14,7 % eran fumadoras, y el 14,7 % tenían como antecedente obstétrico abortos anteriores. El 26,5 % de las adolescentes presentó anemia como enfermedad asociada. El 26,5 % de los partos fue de tipo distócico; y el 17,6 % de los recién nacidos de madres adolescentes fueron pretérmino”. **Conclusiones:** “En las gestantes adolescentes fue común el consumo de tabaco, así como los abortos previos, las cuales desarrollaron como principales enfermedades asociadas al embarazo la anemia, las infecciones vaginales y de vías urinarias. Altos porcentajes de los partos fueron distócicos, así como partos pretermino”.

Brenes y Cols. (2021)¹², realizó un estudio descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la frecuencia de anemia en 69 adolescentes embarazadas, que asisten al Hospital Bertha Calderón Roque. El 83% de ellas presentó dicha patología; el 2% se encontraba en su primer trimestre; el 11% segundo trimestre y 88% el tercer trimestre y según la edad 14 años presentaron el 9%, 15 y 16 años un 12% respectivamente, seguida por 17 años con 21%, 18 años con 30% siendo esta la cifra más alta y 19 años con 16%.

2.1.2 A nivel Nacional

Abanto y Cols. (2017)¹⁴, Objetivo, “determinar la anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes Centro de Salud Patrona de Chota. **Diseño** retrospectivo, descriptivo, transversal. Muestra 408 gestantes. Técnica el análisis documental. Instrumento una ficha estructurada, teniendo en cuenta lo propuesto por Albán y Caisedo (2013). Procesamiento de la información con el SPSS Versión 24. Se calculó el OR (razón de productos cruzados)”. **Resultados**: “Prevalencia de anemia en las gestantes 3%, la leve alcanzó el 58,33% y la moderada 41,67%. Las gestantes menores de 19 años presentaron un riesgo del 1,09 de presentar anemia en relación con las mayores de 20 años. Las gestantes de más de 28 semanas presentaron 3,1 veces más riesgo de presentar anemia en referencia a las mujeres que cursan el primero y segundo trimestre de gestación. Las gestantes con bajo peso presentaron un riesgo de 1,6 de presentar anemia en concordancia a las gestantes con ganancia de peso normal, sobre peso y obesidad. Las gestantes con bajo nivel de instrucción (analfabeta y primaria) presentan 1,53 riesgos de presentar anemia que las que tienen grado de instrucción secundaria y superior. Las gestantes que residen en la zona rural tienen 2 veces más riesgo de presentar anemia que las de la zona urbana. **Conclusión**. Los factores asociados a la anemia en las gestantes fueron: Edad menor de 19 años, edad gestacional mayor de 28 semanas, IMC pregestacional bajo peso, grado de instrucción analfabetas y primaria, procedencia zona rural”.

Paredes y Cols. (2018)³. Objetivo “determinar los factores asociados a los niveles de anemia en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Hipólito Unanue”. **Material y métodos**: “Estudio descriptivo, correlacional., retrospectivo y de corte transversal. Se analizó 312 gestantes de una población de 1636, que se atendieron por parto vaginal y que se les realizó dos dosajes de hemoglobina en diferentes trimestres del embarazo. Se utilizó el Sistema Informático Perinatal (SIP) e historias clínicas, análisis estadístico mediante frecuencias y porcentajes y Chi “². **Resultados**: “Características sociodemográficas: edad 20 a 24 años (27,2%). Grado de instrucción secundaria completa (53,8%), estado civil conviviente (71,5%), ocupación ama de casa (56,7%). Antecedentes obstétricos: evaluación nutricional pre gestacional adecuada (43,6%), seguido de sobrepeso (37,5%), obesidad (16,7%) y déficit (2,2%); paridad ninguna (41,7%), número de abortos ninguno (54,5%), periodo intergenésico menor a 24 meses (84,3%), número de controles prenatales mayor a seis (57,1%) y edad gestacional en tercer trimestre (96,5%); consejería (85,3%), consumo de sulfato ferroso (86,9%). Niveles de hemoglobina: anemia leve 81,7%, anemia moderada 17,3% y anemia severa 1%”. **Conclusiones**: Los factores obstétricos asociados a los niveles

de anemia fueron ningún antecedente de gestaciones ($p=0,049$), sin abortos ($p=0,049$), periodo intergenésico menor a 24 meses ($p=0,043$) y número de controles prenatales mayor a seis. ($p=0,043$), y factores sociodemográficos: ama de casa como ocupación.

Gómez y Huamán (2018)¹⁴, Objetivo: “Determinar cuál es la relación de la anemia en gestantes adolescentes y el peso del recién nacido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2017. **Metodología:** “El método fue científico no experimental básico de tipo transversal, correlacional de un nivel descriptivo retrospectivo”. **Resultados:** “En la investigación que es la relación de la anemia gestacional, con el peso del recién nacido en gestantes adolescentes del encontramos que existe una relación ($p=0,00$) ($p<0,05$)” **Conclusión:** “La anemia de las gestantes adolescentes y el peso del recién nacido se relacionan directamente ($p=0.000$). Las gestantes adolescentes tienen anemia leve 71.4% siendo esto perjudicial para el feto en su vida intrauterina, la cual afectará su estado de vida cuando nazca”.

Taipe y Troncoso (2019)¹⁵. Objetivo: “Determinar la frecuencia de anemia en gestantes y su relación con el estado nutricional pre gestacional”. **Materiales y métodos:** “Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, realizado en el Servicio de Obstetricia y Nutrición del Centro de Salud del distrito de Santiago de Surco entre el 1 de julio de 2015 y el 31 julio de 2016. Se revisaron 455 historias clínicas materno- perinatales (HCMP) de las que se seleccionaron 93 que cumplían los criterios de inclusión. Se utilizó estadística descriptiva”. **Resultados:** “El 11,8 % de gestantes presentaron anemia. La hemoglobina promedio en las gestantes fue $12,2 \pm 1,06$ g/dl. El 58,5% tenía índice de masa corporal (IMC) pregestacional normal y también una mayor frecuencia de anemia (10,7%). Se observó que los casos de anemia son más frecuentes en los dos primeros trimestres, con un promedio de 4,8%, y disminuyen en el tercer trimestre (2,2%). **Conclusiones:** La mayor frecuencia de anemia en mujeres embarazadas se presentó en el grupo con IMC pregestacional normal. Los niveles de hemoglobina disminuyen de acuerdo a la edad de la madre y aumentan conforme a la edad gestacional”.

Villaverde A. (2020)¹⁶ “Este estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre la prevalencia de anemia y los factores socioeconómicos en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital de Pichanaki. Respecto a la metodología de secuencia de estudio, fue de método científico de nivel correlacional, tipo aplicada, de diseño descriptivo correlacional. Se asumió una muestra probabilística de 72 adolescentes embarazadas con la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Utilizando un cuestionario y una ficha de análisis documental en la recopilación de datos y guía de observación directa; en el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi-cuadrado con una significancia estadística $p \leq 0,05$. Entre los

resultados se destaca la prevalencia de anemia en un(26%) las cuales se encuentran dentro del rango para afirmar que es un problema de salud pública. Entre los factores demográficos relacionados con la anemia destaca el grado de instrucción secundaria incompleta (47,2%), estado civil conviviente (69,4%), ocupación laboral ama de casa (40,3%). En el factor clínico edad gestacional (41,7%), hijo de I y II trimestre de embarazo, inadecuado consumo de proteínas (62,5%). En el factor económico una remuneración mínima vitae de 750-930.00s / (38,9%), que son dependientes económicamente de los padres (50,0%) En el factor clínico edad gestacional (41,7%), hijo de I y II trimestre de embarazo, inadecuado consumo de proteínas (62,5%). En el factor económico una remuneración mínima vitae de 750-930.00s / (38,9%), que son dependientes económicamente de los padres (50,0%) En el factor clínico edad gestacional (41,7%), hijo de I y II trimestre de embarazo, inadecuado consumo de proteínas (62,5%). En el factor económico una remuneración mínima vitae de 750- 930.00s / (38,9%), que son dependientes económicamente de los padres (50,0%)”.

Villalobos (2020), Objetivo: Determinar como la anemia es un factor de riesgo de bajo peso al nacer en gestantes adolescentes, en el hospital Nacional Dos de Mayo. **Método:** “Estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal, tipo casos y controles. La población fue de 183 gestantes adolescentes anémicas que tuvieron neonatos. Se contó con 61 casos y 122 controles, escogidos al azar. Se recopiló información en una ficha de recolección de datos”. **Resultados:** “La frecuencia de anemia leve y moderada en gestantes adolescentes fue 72,7%, 27,3%, respectivamente; no hubo ninguna gestante con anemia severa. En el análisis bivariado entre los factores de la madre asociados al bajo peso al nacer; respecto a los controles prenatales inadecuados la tendencia es aumentar el riesgo,pero no alcanza significancia estadística probablemente por el poder limitado de muestra (OR: 1,761). En el análisis multivariado entre los factores asociados a bajopeso al nacer se muestran la edad materna OR: 0.3, los controles prenatales inadecuados OR: 1.9. El peso promedio de los neonatos fue 3025g y el 33% presentó bajo peso”. **Conclusiones:** No se encontró que la anemia sea un factor deriesgo para bajo peso al nacer en gestantes adolescentes.

Torres B. (2020)¹⁷, Objetivo: “Determinar la prevalencia de anemia en gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de 2017- 2019”. **Método:** Observacional, descriptivo, de prevalencias. **Resultados:** La prevalencia global de anemia fue 4,73% (n=39). En el 2018 se registró mayores casos con 38,5%. El grado de anemia más frecuente es la anemia moderada con 59%. La edad media 16,95 ± 1,84. Las características más frecuentes fueron: grupo etario adolescente III (17-19 años) con 53,8%; secundaria incompleta con 56,4% (n=22) estado civil conviviente con 64,1% (n=25), según el tipo ocupación estudiantes fue 43,6% (n=17), según la paridad fue nulípara con 84,6%; CPN adecuado con 53,8%. En I trimestre no anemia con 59%, II trimestre anemia con 56,4%, III trimestre anemia con 89,7%. Las características de anemia gestacional fueron

significativas ($p < 0,05$) solo en el tipo de ocupación. **Conclusiones:** “La prevalencia de anemia en gestantes adolescentes fue de 4,73%.

Carrillo A (2020)⁸, Objetivo: Determinar los factores asociados a anemia ferropénica en gestantes adolescentes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes- Paita, 2016-2017. **Metodología:** “Estudio analítico, observacional, retrospectivo de fuente de corte transversal. La población está constituida por las pacientes gestantes adolescentes en Hospital Nuestra Señora de las Mercedes-Paita. La unidad de muestreo está constituida por cada una de las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes con anemia y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes”. **Resultados:** “Con 180 participantes en registro de historias clínicas entre 2016 al 2017, encontramos una edad promedio de 16.69 años (DE: 1.45); Se encontraron tres grupos donde 96 registros estaban dentro del rango de anemia leve (entre los 10.9 a 10 mg/dl) teniendo una media de 10.44 mg/dl, seguido a ello un 40% (72 registros) presentaron niveles entre los 9.9 a 7 mg/dl siendo un rango promedio de 8.99 mg/dl y finalmente en un 6.66% de los casos (12 registros) encontramos un rango de 7 mg/dl para nivel de hemoglobina en sangre”. **Conclusiones:** “ Los factores asociados a la presencia de anemia ferropénica en gestantes adolescentesson: Edad de 17 años, estar entre la 13 a 28 semana de gestación (2do trimestre), tener menos de 6 Controles Prenatales y finalmente falta de consejería nutricional conjuntamente con el no uso de suplementos de hierro durante gestación”.

2.2 BASE TEÓRICO – CIENTÍFICA

2.2.1. Embarazo en adolescentes

“La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala que la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, establecimiento las posibilidades de independencia socioeconómica. Anteriormente, organismos internacionales habían acordado que la adolescencia comprendía entre las edades de 10 a 19 años; sin embargo, el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto de 2011, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días”.

“No obstante, la Etapa Vida Adolescente señala que el grupo poblacional con edades comprendidas entre los 15 a 24 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como población joven, con un criterio psicosocial, por lo tanto, parte de la población

adolescente es también población joven. El tema de salud sexual y reproductiva en los adolescentes es complicado y polémico ya que aborda temas como el inicio de las relaciones sexuales, el uso y el acceso a los anticonceptivos, la muerte materna, entre otros, que son analizados constantemente por especialistas del Ministerio de Salud para encontrar mecanismos que puedan abordar directamente esta problemática”

2.2.2. Embarazo en la adolescencia

Se define el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.

Arana y Cols., (2017) plantean que el “embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea”.²¹

Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. Trabajos realizados en el extranjero señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes ¹⁸.

“Actualmente el(a) obstetra es el profesional de salud de referencia para ofrecer recomendaciones nutricionales durante el control del embarazo, pues entre sus competencias se incluyen el asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y la comunidad”.

El gran reto al que se enfrentan los profesionales no es tanto dar consejos, sino saber cómo hacerlo para no herir sentimientos en la adolescente embarazada, conseguir cambios de comportamiento y no generar frustración.

2.2.3. Factores de riesgo individuales:

- Menarquía precoz
- Bajo nivel de aspiraciones académica

- Impulsividad
- Fecundidad y poca habilidad de planificación familiar
- Ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes

Factores de riesgo familiares:

- Disfunción familiar
- Antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia
- Pérdida de figuras significativas.
- Baja escolaridad de los padres

Factores de riesgo sociales:

- Bajo nivel socio económico.
- Hacinamiento
- Estrés
- Delincuencia
- Alcoholismo
- Trabajo no calificado
- Vivir en un área rural
- Mitos y tabúes sobre sexualidad
- Marginación social del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes

2.2.4. Anemia en adolescentes

“La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados. La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. Asimismo, es un problema mundial, constituye uno de los indicadores generales de pobreza en salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria”¹⁹.

Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.

Para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario, el estado de gravidez requiere ajustes fisiológicos y bioquímicos que incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, pero hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante que da como resultado hemodilución.

“El aumento del volumen plasmático llega a un promedio de 1 000mL necesario para llenar la vascularización expandida de los tejidos maternos hipertrofiados y la circulación feto-placentaria. El grado de aumento del volumen plasmático se correlaciona con el tamaño del feto. También hay un aumento de masa eritrocitaria circulante, en un promedio de 300 a 400mL para el feto único”.

“La hemodilución relativa consecuenta al aumento promedio de sólo 300mL del volumen eritrocitario en comparación con los 1 000mL del volumen plasmático, da como resultado una disminución promedio del hematocrito de 41 a 37,5 % y de la hemoglobina, de 14 a 11 g/L hacia el tercer trimestre de la gestación. Por lo tanto, se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 11 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación. La Organización Mundial de la Salud en 2002 ha dado la siguiente clasificación de la anemia: Anemia moderada: Hb. < 110 g/L y > 70 g/L, anemia severa: Hb. < 70 g/L y > 40 g/L, anemia muy severa: Hb. < 40 g/L”²⁰.

Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo.

La anemia empeorará el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres. También, aunque durante el embarazo hay una distribución preferencial del hierro hacia el feto, la anemia severa de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pre término.

La incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente en el mundo, y es mucho más frecuente en los países subdesarrollados que en los desarrollados.

Se manifiesta más al final del embarazo en grandes multíparas, en gestantes jóvenes, en las que no reciben atención prenatal y en las que no toman suplemento de hierro.

Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales.

2.2.5. Causas de la anemia

“La mayoría, un 75 a un 80% de las mujeres gestantes con anemia, tiene anemia por deficiencia de hierro. En una fracción más pequeña de las mujeres, se encuentra otras causas de anemia, principalmente por deficiencia de folato y/o de la vitamina B12, así como por la presencia de enfermedades inflamatorias o infecciosas. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que tanto los niveles plasmáticos de folato como los de cobalamina disminuyen marcadamente durante el embarazo, lo cual sugiere que la deficiencia de las vitaminas citadas puede tener un papel significativo. Las mujeres en las regiones del Mediterráneo, Medio Oriente, Lejano Oriente y África pueden tener hemoglobinopatías, lo cual causa anemia en el parto. En la población de raza negra de origen africano que vive en el Perú, aproximadamente un 10% tiene una hemoglobinopatía (hemoglobina S). Adicionalmente, estas mujeres son más propensas para presentar deficiencias de vitaminas. En consecuencia, en muchos países, la búsqueda de hemoglobinopatías es parte del programa de control prenatal en las poblaciones en riesgo”.

La anemia por deficiencia de hierro es por definición una anemia que responde al tratamiento con hierro, administrado por las vías oral o intravenosa. El hierro es obligatorio para la producción de hemoglobina en los precursores de los glóbulos rojos (los eritroblastos); y si el suministro de hierro en la médula ósea es inadecuado, la producción de hemoglobina cae y declina el número de glóbulos rojos en la circulación. Ello subsecuentemente lleva al desarrollo de anemia por deficiencia de hierro, con una concentración baja de hemoglobina. Típicamente, la anemia es microcítica, con un volumen promedio bajo de los glóbulos rojos (MCV, mean red cell volumen) e hipocrómica, con un contenido bajo de hemoglobina en glóbulos rojos; esto es, un valor promedio bajo de la hemoglobina en los glóbulos rojos (MCH, mean red cell hemoglobin) y una concentración promedio baja de hemoglobina en los glóbulos rojos (MCHC, mean

red cell hemoglobin concentration). En la mayoría de las mujeres, la deficiencia de hierro surge debido a una ingestión dietaria de hierro insuficiente. Las encuestas dietarias han demostrado que aún en los países desarrollados y pudientes, la ingestión dietaria de hierro es muy baja en algunos subgrupos poblacionales. Por ejemplo, las mujeres danesas en edad reproductiva tienen una ingestión dietaria de hierro en 9 mg/día, lo cual significa que más de 90% de las mujeres tiene una ingestión por debajo de la cantidad recomendada diaria de hierro, fijada en por lo menos 18mg/día¹⁰.

“El hierro dietario consiste en hierro heme y hierro no heme. El hierro heme posee una buena biodisponibilidad, llevando a una absorción gastrointestinal favorable del hierro, mientras que el hierro no heme tiene una biodisponibilidad pobre, lo cual indica una absorción baja del hierro. El hierro heme está presente en los productos alimentarios de origen animal (carne, pollo, pescado), en tanto que el hierro no heme se encuentra predominantemente en los productos alimentarios de origen vegetal (verduras, cereales, granos, legumbres). Adicionalmente, la carne contiene un denominado ‘factor de la carne’, el cual facilita la absorción del hierro no heme. En consecuencia, los individuos que consumen con regularidad alimentos de origen animal se encuentran en un menor riesgo para desarrollar deficiencia de hierro en comparación con los individuos que consumen exclusivamente alimentos de origen vegetal”.

“Las pérdidas continuas de sangre, que son predominantemente en el tracto gastrointestinal debido a infecciones, parasitosis intestinales, o por enfermedad inflamatoria intestinal, también pueden contribuir con la deficiencia de hierro y con la anemia. Es más, las mujeres con una pérdida marcada de sangre en sus periodos menstruales o aquellas con sangrado uterino recurrente debido a alguna enfermedad ginecológica tienen un riesgo muy aumentado para desarrollar deficiencia de hierro y anemia”⁴.

“Los estudios sobre la absorción gastrointestinal de hierro en las mujeres gestantes demuestran que la absorción aumenta con una duración creciente del embarazo. El aumento es más pronunciado después de las 20 semanas de gestación. Sin embargo, el aumento en la absorción del hierro parece ser causado por una depleción progresiva de dicho elemento. Las mujeres gestantes con reservas amplias de hierro no presentan el mismo incremento en la absorción de hierro en comparación con las mujeres con reservas de hierro pequeñas o depletadas”. “Un estudio llevado a cabo en Inglaterra encontró una correlación inversa entre los niveles plasmáticos de ferritina y la absorción de hierro. Adicionalmente, un estudio realizado en el Perú examinó la absorción del hierro en el tercer trimestre utilizando isótopos de dicho elemento. Las mujeres que habían

tomado diariamente 60 mg de hierro ferroso durante el embarazo tuvieron una absorción promedio de hierro en 12%, lo cual es similar a lo registrado en las mujeres no gestantes. Hubo una correlación inversa entre los niveles plasmáticos de ferritina y la absorción de hierro. Las mujeres con valores plasmáticos de ferritina por debajo de 30 mg/L tuvieron una absorción promedio de 12,2%, aquellas con valores de ferritina por encima de 30 mg/L tuvieron una absorción promedio de 6,8%; y las mujeres con los niveles máximos de ferritina, en 61 mg/L tuvieron una absorción en 1,5%. Estos resultados sugieren que el incremento en la absorción del hierro durante la gestación es inducido principalmente por los niveles bajos de dicho elemento”

2.2.6 Consecuencias de la anemia en gestantes

“Los síntomas de la deficiencia de hierro sin anemia son inespecíficos. La depleción de las reservas corporales de hierro puede producir fatiga y una menor capacidad para realizar actividad física, las cuales ceden después del tratamiento con hierro. Cuando se ha desarrollado anemia por deficiencia de hierro, los síntomas se tornan más específicos y progresivamente pronunciados con la severidad de la anemia”¹⁸.

“La anemia por deficiencia de hierro durante la gestación puede tener consecuencias profundamente negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres, así como afectar significativamente su calidad de vida. Son más frecuentes la fatiga, la debilidad general y las disfunciones psíquicas incluyendo un deterioro de las capacidades cognitivas, malestar, inestabilidad emocional y depresión; y existe una mayor frecuencia de desarrollo de infecciones”. “Las mujeres con deficiencia de hierro pueden experimentar problemas en cuanto a manejar las actividades de la vida diaria, en realizar sus actividades laborales usuales, sea su trabajo como amas de casa o en su empleo fuera del hogar. Se alteran las relaciones de las mujeres con sus familias y sus allegados, afectándose negativamente”⁴.

“La deficiencia de hierro y la anemia durante la gestación inevitablemente se agravarán después de dar a luz (anemia posparto), debido a las pérdidas de sangre asociadas con el parto. La anemia posparto está asociada con un compromiso de la calidad de vida, desde los puntos de vista físico y psicológico; y constituye un problema significativo de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados”.

La deficiencia del hierro en las madres afecta negativamente las interacciones entre la madre y el niño; la suplementación con hierro protege contra estos efectos negativos. Este espectro de síntomas puede hacer que las mujeres experimenten dificultades en el cuidado de sus bebés; y puede afectar los lazos emocionales entre la madre y su bebé⁴.

2.3. HIPÓTESIS

“La anemia en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Vilcashuamán, es severa y está asociada a los factores como la edad, paridad, condición económica, escolaridad, procedencia y estado civil”.

2.4.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

2.4.1. Anemia

“Es la disminución de los valores de hemoglobina y hematocrito por debajo de sus valores normales, la hemoglobina es la proteína rica en hierro que le da a la sangre el color rojo y que al mismo tiempo permite a los glóbulos rojos transportar oxígeno por todo el cuerpo, la anemia se puede presentar en el embarazo, pudiendo ser fisiológico o patológico”.

2.4.2. Hemoglobina

“Pigmento hemático, presente en el interior de los eritrocitos, y que le da el característico color rojo, su concentración referencial mínima es de 11,5 g/dl de sangre, su función principal es el de transportar el oxígeno de los pulmones hacia todo el organismo”.

2.4.3. Atención prenatal

“La atención prenatal o control prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales”.

2.4.4. Edad

Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la entrevista realizada, presentándose en año cronológico.

2.4.5. Paridad

Es el estado de haber parido uno o más productos de 500 gramos de peso o más, vivo

o muerto por vía vaginal y se clasifica en nulípara, primípara y multípara.

2.4.6. Procedencia

“Se refiere al lugar donde una persona nace o vive, sea sola o con su familia. Para el presente estudio se consideró la zona donde vive, tal como zona urbana, urbano – marginal y zona rural.”

2.4.7. Grado de instrucción

“Es el nivel de estudios conseguidos por una persona a lo largo de su vida. En tanto, aquella que no ha seguido ningún nivel de estudios, se considera como analfabeta”.

2.4.8. Edad gestacional

“La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento, que puede ser designado en semanas o trimestres. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran posmaduros”.

2.4.9. Adolescencia

“La adolescencia es un periodo de desarrollo biológico, psicológico sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 11 y 13 años, y su finalización a los 19 años o 21 años.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2 MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo, correlacional y transversal

3.3 POBLACIÓN

Estuvo representada por todas las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho, durante el periodo de mayo a julio 2022.

3.4 MUESTRA

Constituida por 82 gestantes adolescentes atendidas, durante el mismo periodo establecido.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas
- Adolescentes embarazadas que firmaron el consentimiento informado

3.4.2 Criterios de exclusión

Adolescentes que no cumplieron con el criterio de inclusión

3.5 TIPO DE MUESTRA

- probabilístico

3.6 VARIABLES DE ESTUDIO

3.6.1 Variable independiente

Factores asociados a la anemia:

- Edad
- Atención paridad
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Condición económica
- Estado civil
- Información recibida sobre anemia

3.6.2 Variable dependiente.

- Adolescentes gestantes

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron las técnicas e instrumentos para identificar los niveles de hemoglobina y diagnosticar anemia durante la gestación, que incluye lo siguiente:

Técnicas:

- Entrevista personal a la adolescente gestante.
- Determinación de la anemia (método hematológico)

Instrumentos:

- Fichas de recolección de datos.
- Historia clínica.

3.7 PROCEDIMIENTO

Se solicitó a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud la carta de presentación para la realización del presente proyecto dirigido al director del Centro de Salud de Vilcashuamán

3.7.1 Coordinación

Se obtuvo la autorización del Médico jefe del Centro de Salud de Vilcashuamán, para también coordinar con el jefe del servicio de Obstetricia para poder entrevistar a las adolescentes embarazadas.

3.7.2 Captación de casos

Se identificaron a las embarazadas adolescentes, a quienes se les explicó de forma clara, de que trata el estudio, los objetivos, propósitos e importancia del mismo.

3.7.3 Recolección de datos

La recolección de datos se inició con la entrevista a la embarazada, con una charla de consejería y sensibilización, referida a los casos de anemia y las posibles consecuencias que este pudiera ocasionar, con la finalidad de lograr su colaboración con la realización de la investigación. Luego de haber sido explicada se le solicitó la firma en el consentimiento informado (anexo 1).

Una vez sensibilizada, y con su consentimiento, se procedió a llenar la información del tema de estudio, sobre los datos de su filiación personal, antecedentes obstétricos (anexo 2); asimismo, se realizaron las acciones referidas al dosaje de hemoglobina.

3.7.4 Determinación de anemia

a) Recolección de la muestra

La muestra biológica consistente en sangre venosa, se recolectó por punción de la vena presente en la flexura del codo empleando las medidas de bioseguridad, rotulándose con el número de la ficha de encuesta. La muestra recolectada se llevó al Laboratorio Clínico del Centro de Salud, para su procesamiento.

En el Laboratorio se determinó la hemoglobina en un contador hematológico automatizado. Para definir anemia se usó como punto de corte un valor de hemoglobina inferior a 11,5 g/dL.

3.8. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

“Se creó una base de datos en programa Excel, que tenga la hoja de cálculo del paquete estadístico SPSS versión 26,0, cuyos resultados del análisis se presentan en tablas estadísticas de frecuencia porcentual en la que se relacionan las variables de estudio. Para demostrar la dependencia entre las variables, los resultados fueron tratados con el Chi Cuadrado” (X^2)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN SEGÚN LA FRECUENCIA, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022”.

| Anemia | | FRECUENCIA | |
|--------------|----------|------------|--------------|
| | | N° | % |
| Con anemia | Leve | 22 | 26,8 |
| | Moderada | 06 | 07.3 |
| Sin anemia | | 54 | 65,9 |
| TOTAL | | 82 | 100,0 |

En la tabla 1, se muestra los resultados para determinar la anemia, realizado a una muestra de 82 adolescentes en estado de gestación, donde del total de gestantes adolescentes el 34,1 % (28) resultó tener anemia, correspondiendo a la anemia leve 26,8% (22), con valores de hemoglobina entre 9 a 10.9 mg/dl de sangre y para la anemia moderada el 7,3% (06) cuyo valor de hemoglobina oscilan entre 7 a 8,9 mg/dl, mientras que el 65,9 % (54) tuvo resultado sin anemia oscilando dentro de los valores normales.

De los resultados obtenidos, un porcentaje significativo de adolescentes, de la localidad de Vilcashuamán, se encuentra con algún cuadro de anemia, la misma que puede estar determinada principalmente por deficiencia de hierro, que es la más frecuente; en tal sentido, según la OMS, la anemia es la patología hematológica más frecuente del embarazo, existiendo 2 billones de mujeres en estado gestacional en el mundo, de las cuales 42 % sufre de algún grado de anemia durante su embarazo (Percy et al, 2017). En Perú, según el reporte de ENDES (2017), Se ha encontrado que 3 de cada 10 gestantes tienen anemia.,

donde la prevalencia de gestantes anémicas se elevó al 27,9%, llegando a ser del 38,9 % en las gestantes adolescentes de 15 a 19 años.

La causa de la anemia, es multifactorial, donde se incluyen factores nutricionales, sociales, económicos, políticos y ambientales, teniendo como principal etiología la nutricional por deficiencia de hierro, siendo esta responsable de al menos la mitad de los casos de anemia en gestantes.

Soto (2020), al identificar los factores asociados a la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia del hospital "San José" Callao, encontró una prevalencia del 78,9% de anemia en gestantes

Taípe y Troncoso (2019), en Lima, determinaron la frecuencia de anemia en el Servicio de Obstetricia y Nutrición del Centro de Salud del distrito de Santiago de Surco, hallando que, el 11,8 % de gestantes presentaron anemia. En la misma ciudad de Lima, Torres (2020), al realizar el trabajo de prevalencia de anemia en gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, encontró una prevalencia global de anemia del 4,73% (n=39). Mientras que, en Piura, Carrillo A (2020), determinó los factores asociados a anemia ferropénica en gestantes adolescentes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, encontró un 53,3 % de anemia.

"El impacto de la anemia en el embarazo puede tener consecuencias severas en la madre cuando esta es severa, sin embargo, son leves cuando los niveles de hemoglobina son mayores de 8 mg/dL. Por otro lado, el feto suele ser muy sensible a niveles bajos de hemoglobina menos severos predisponiéndolos a parto prematuro, óbito fetal, bajo peso al nacer, en la vida intrauterina y, anemia infantil, bajo rendimiento escolar, talla baja, trastornos del comportamiento en la vida extrauterina".

TABLA 2.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN LA EDAD, MAYO A JULIO 2022”.

| Edad (años) | Anemia | | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 14 – 16 | 08 | 09,8 | 17 | 20,7 | 25 | 30,5 |
| 17 – 19 | 20 | 24,3 | 37 | 45,1 | 57 | 69,5 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$\chi^2 = 0,073$ $p > 0,05$ No Significativo

En la tabla 2, se observa que, del total de adolescentes embarazadas, el (57) 69,5 % tuvo la edad entre los 17 a 19 años, de las cuales el (20) 24,3 % tuvieron anemia; en tanto las adolescentes gestantes (25) que del 30,5 % , con edad de 14 a 16 años que son adolescentes embarazadas (8), el 9,8 % también lo tienen anemia ; resultados que, al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, demuestran que no hay diferencia significativa entre las variables confrontadas ($p > 0,05$), evidenciando que la anemia de estas adolescentes no depende de la edad, pudiendo presentar de manera indistinta, independientemente de su edad.

“Al igual que en la infancia, las necesidades de nutrientes en general, entre ellos el hierro, son mayores para poder apoyar un crecimiento y desarrollo de la adolescente, que es fundamental para procesos fisiológicos básicos, como ser la producción de hemoglobina y la función enzimática; por lo que, su deficiencia se produce cuando su ingesta, a partir de la dieta, no logra cubrir las necesidades; por lo tanto, las reservas corporales de hierro resultan insuficientes para responder a las demandas fisiológicas del organismo, durante los períodos de crecimiento de la adolescente, encontrándose en un elevado riesgo para la adquisición de anemia. Tal como se determinó en el presente trabajo, pues, se determinó anemia en ellas., donde aproximadamente, la tercera parte de cada grupo etario padece de ella, sin tener en cuenta la edad”.

“Los factores relacionados con la anemia ferropénica durante el embarazo son diversos, entre ellos la edad de las adolescentes, quiénes, cuanto menor es la edad, desconocen su causa, siendo más perceptible en las menores de 15 años; pues, es obvio que a menor edad cronológica, hay un inadecuado nivel de conocimientos sobre nutrición materna con alimentos ricos en hierro; por lo que, es necesario realizar un adecuado y cuidadoso control prenatal para diagnosticarla de manera precoz y poder resolverlos oportunamente”.

De acuerdo al informe de la OPS (2018), se ha estimado que al menos el 25 % de las mujeres, que viven en países en desarrollo, tendrán su primer hijo hacia los 19 años de edad y muchos más en los siguientes años, lo cual convierte a la adolescencia en un importante “período preparatorio” para una madre y un bebé saludables; sin embargo, debido a la dificultad que implica el conocer cuándo ocurrirá el embarazo, el mantener niveles adecuados de hierro durante todo el período de la adolescencia y durante el período de adulta joven, asegurará no solamente el estado nutricional y la salud de la generación actual, sino también de la generación siguiente. Por lo que, el mantener niveles apropiados de hierro durante el embarazo en la adolescencia, es aún más desafiante, ya que a las necesidades de hierro para el embarazo se deberán sumar las necesidades de hierro para el crecimiento rápido de la adolescente.

Al respecto, Torres (2020), en gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, halló mayores casos de anemia en el grupo etario adolescente de 17 a 19 años, con 53,8%; “Escudero et al. (2014), en Colombia, informan que la anemia es más evidente en las más jóvenes, quienes al tomar suplemento de hierro diariamente presentaron mejores concentraciones de hemoglobina y ferritina, frente a aquellas que no lo hicieron, Hb 12,1 g/dL vs. 11,7 g/dL y ferritina sérica 14,6 µg/L vs. 7,0 µg/L; por su parte, Fernández et al. (2018), en La Habana (Cuba), informan que, de 80 gestantes adolescentes en estudio, las que presentaron mayores casos de anemia fueron las menores de 15 años (13,4%), por desconocimiento de la nutrición adecuada durante el embarazo”.

TABLA 3.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL, MAYO A JULIO 2022”.

| Edad gestacional (trimestres) | Anemia | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Primer | 03 | 03,7 | 14 | 17,1 | 17 | 20,7 |
| Segundo | 08 | 09,8 | 15 | 18,3 | 23 | 28,0 |
| Tercer | 17 | 20,7 | 25 | 30,5 | 42 | 51,2 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 2,810$$

$$p > 0,05$$

No Significativo

En la tabla 3, se muestra los resultados de 82 adolescentes embarazadas, el 51,2 % (42) se encuentran en el tercer trimestre de gestación, de las cuales el 20,7 % (17) adolescentes embarazadas padecen de anemia; el 28,0 % (23) corresponden al segundo trimestre de embarazo, de quienes, el 9,8 % (8) tienen anemia; en tanto que del 20,7 % (17) de adolescentes embarazadas que son del primer trimestre, el 3,7 % (3) tuvieron anemia; resultados que al ser sometido al estadístico del Chi cuadrado, demuestran que no hay diferencia significativa entre las variables confrontadas ($p > 0,05$), evidenciando que la anemia de las adolescentes no depende de la edad gestacional.

Brenes et al. (2021), en Nicaragua, realizó un estudio para determinar la frecuencia de anemia en 69 adolescentes embarazadas, que asisten al Hospital Bertha Calderón Roque, donde menciona, que, el 2% se encontraba en su primer trimestre; el 11% segundo trimestre y 88% el tercer trimestre. Igualmente, Abanto et al. (2017), en Cajamarca, al determinar la anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes, reporta que las gestantes de más de 28 semanas de embarazo presentaron 3,1 veces más riesgo de presentar anemia en referencia a las mujeres que cursan el primero y segundo trimestre de gestación. Por su parte, Paredes. (2018), en Tacna, al determinar los factores asociados a los niveles de anemia en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Hipólito Unanue, señala entre las características sociodemográficas, a la edad gestacional del tercer trimestre (96,5%). En tanto que, Taípe y Troncoso (2019), en Lima, encuentran resultados diferentes, pues, ellos determinaron que los casos de anemia son más frecuentes en los dos primeros trimestres, con un promedio de 4,8%, y disminuyen en el tercer trimestre (2,2%)

TABLA 4.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DEVILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN LA ATENCIÓN PRENATAL, MAYO A JULIO 2022”.

| Atención | Anemia | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | | |
| prenatal | N° | % | N° | % | N° | % |
| | Adecuada | 03 | 03,6 | 30 | 36,6 | 33 |
| Inadecuada | 25 | 30,5 | 24 | 29,3 | 49 | 59,8 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 15,417$$

$$p < 0,05$$

** Altamente Significativo

En la tabla 4, se observa que del total (82) adolescentes embarazadas , el 59,8 % (49)adolescentes embarazadas tuvieron consulta prenatal inadecuada, de las cuales el 30,5 % (25) adolescentes embarazadas tuvo anemia; en tanto que del 40,2 % (33) adolescentes embarazadas cuya consulta prenatal fue adecuada, el 3,6 % (3) de gestantes adolescentes también lo tiene; resultados que, al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, se evidencia que hay diferencia altamente significativa entre las variables confrontadas ($p < 0,05$), evidenciando que la anemia de esta población de adolescentes depende de la atención prenatal.

En su mayoría, las adolescentes al tener su primera gestación, no acuden oportunamente para su consulta prenatal, sea por vergüenza, falta de tiempo o por otros motivos; debido a ello no son diagnosticadas oportunamente si presentan o no anemia, así como no reciben de forma adecuada la orientación por parte del profesional obstetra, el primero para establecer el tratamiento inmediato y solucionar la anemia y, el otro, para que la gestante tenga mejor conocimiento sobre una nutrición adecuada, cuya repercusión puede ser negativa para el binomio madre-hijo, si no se da la solución oportunamente, mediante el tratamiento adecuado y una buena nutrición con productos ricos en hierro.

La mayoría de las mujeres, entre ellas las adolescentes, que viven en países en desarrollo, así como muchas de países desarrollados, inician su consulta prenatal a partirde las 12

semanas de embarazo el embarazo con escaso hierro en los depósitos corporales; tal es así que, un estudio realizado en Guatemala con mujeres en edad reproductiva mostró que el 39 al 67% de las mujeres no tenían reservas de hierro corporal en su primer control y que éstos pueden incrementarse conforme avanza la edad gestacional (Viteri y Berger, 2015)

Asimismo, Soto (2020), al identificar los factores asociados a la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología del hospital “San José” Callao, en el análisis bivariado encontró que, la variable controles prenatales tenían una relación estadísticamente significativa con anemia gestacional.

Torres (2020), “determinó la prevalencia de anemia en gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde el 53,8 % tuvo control prenatal inadecuado; por su parte, Villalobos (2020), en Lima, al realizar el análisis multivariado entre los factores asociados a bajo peso al nacer por causa de la anemia, muestra a los controles prenatales inadecuados (OR: 1,9), es decir que, la gestante anémica, tiene 1,9 veces más probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer; Carrillo (2020), en Piura, señala igualmente a tener menos de 6 controles prenatales y falta de consejería nutricional conjuntamente con el no uso de suplementos de hierro durante gestación”.

TABLA 5.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN SU ESTADO CIVIL, MAYO A JULIO 2022”.

| Estado civil | Anemia | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Soltera | 17 | 20,7 | 43 | 52,4 | 60 | 73,2 |
| Casada | 09 | 11,0 | 06 | 07,3 | 15 | 18,3 |
| conviviente | 02 | 02,4 | 05 | 06,1 | 07 | 08,5 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 5,997$$

$$p < 0,05$$

* Significativo

En la tabla 5, se aprecia que los casos de anemia son más frecuentes en las embarazadas adolescentes solteras, representando el 20,7 % (17); mientras que las gestantes casadas agruparon al 11 % (9) de casos de anemia; en tanto que, las convivientes adolescentes gestantes (02) fueron las que menor número de casos tuvieron (2,4 %); la diferencia significativa cuando fueron tratados con el estadístico del Chi Cuadrado ($p < 0,05$), lo que evidencia que el estado civil casada de las adolescentes embarazadas entrevistadas, se comporta como factor de riesgo para la anemia, donde las adolescentes embarazadas solteras fueron las más afectadas.

“Realizando el análisis de nuestros resultados, la misma condición de ser gestante soltera, tienen vergüenza de mostrar su embarazo y, en muchas de ellas, es un límite para acudir regularmente a su consulta prenatal para pedir orientación en nutrición para prevenir la anemia, asimismo, su alimentación no es adecuada, consecuencia de ello es que tienen los valores de hemoglobina disminuidos; en este sentido, estas mujeres se encuentran más susceptibles de padecer de anemia durante el embarazo, lo que no sucede con una mujer casada o conviviente, quienes, al menos cuentan ya con el apoyo de su esposo o pareja de manera frecuente y acuden con regularidad a sus controles; pero, aun así, hay adolescentes que presentan el cuadro anémico”. Munares y Gómez (2014), en Lima, al “determinar los niveles de hemoglobina en gestantes adolescentes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú reportan que entre los factores que incidieron en el incremento de anemia en el embarazo, fue ser soltera, tal como se obtuvo en el presente trabajo. En la misma capital peruana, Torres (2020), determinó la prevalencia de anemia en gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, señala entre las características más frecuentes al civil

conviviente con 64,1% (n=25)". Villaverde (2020), en Pichanaki, igualmente al relacionar los factores demográficos con la anemia destaca el estado civil conviviente (69,4%). Resultados donde señalan a las convivientes con mayores casos de anemia; lo que no concuerda con los obtenidos en el presente trabajo, señalándose a las convivientes como el menor número de casos, posiblemente sea que en la localidad de Vilcashuamán haya pocos casos de unión consensual.

TABLA 6.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTESEMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN, MAYO A JULIO 2022”.

| Grado de instrucción | Anemia | | | | TOTAL | |
|----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Iletrada | 05 | 06,1 | 01 | 01,2 | 06 | 07,3 |
| Primaria | 13 | 15,8 | 23 | 28,0 | 36 | 44,0 |
| Secundaria | 07 | 08,5 | 22 | 26,8 | 29 | 35,4 |
| Superior | 03 | 03,7 | 08 | 09,8 | 11 | 13,4 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 10,904$$

$$p < 0,05$$

* Significativo

En la tabla 6, se observa que del total de adolescentes embarazadas, el 44,0 % (36) adolescentes embarazadas tienen educación primaria, de las cuales el (13) 5,8 % adolescentes gestantes tuvo anemia; (29) adolescentes embarazadas el 35,4 % cuanta con estudios de secundaria completa, en quienes el 8,5 % (7) también tienen anemia, (6) 7,3 % adolescentes embarazadas son iletradas, hallándose casos de anemia en 5 de ellas; en tanto que, de 11 adolescentes embarazadas con estudios superiores, el 3,7 % (3) tuvo anemia; datos que al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, demuestran que hay diferencia significativa entre las variables confrontadas ($p < 0,05$), evidenciando que la escolaridad está relacionada con la presencia de anemia en la población estudiada, hallándose mayores casos de la patología carencial en adolescentes analfabetas o que sólo cuentan con estudios de primaria.

“El nivel de instrucción tiene una relación directamente proporcional con el acceso a la información y orientación acerca de la nutrición antes y durante el embarazo, primordialmente con alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia, en tal sentido, las gestantes adolescentes que tienen estudios del nivel superior, aparte de tener los conocimientos adecuados sobre ello, acuden con mayor frecuencia a los profesionales de la salud para hacer las consultadas del caso; pero, a pesar de ello, aún un grupo de ellas padece de anemia; lo que no se observó en las mujeres iletradas o que tuvieron estudios de primaria, quienes generalmente se guían de personas de su entorno o al consumo de alimentos no muy ricos en hierro, así como no hacen la consulta del caso durante su control

prenatal”.

Creed et al. (2000),), en un estudio aleatorizado y controlado, basado en la comunidad, realizado en Perú, para mejorar la ingesta de hierro en mujeres adolescentes mediante “cocinas comunitarias”, identificó los mejores y más baratos alimentos ricos en hierro en las comunidades en particular; asimismo, investigaron cómo presentar los mensajes educativos sobre la relación de los efectos de la ingesta de hierro sobre el rendimiento escolar en una manera culturalmente aceptable, como resultado, las adolescentes que recibieron la intervención aumentaron su conocimiento sobre los alimentos que deben ser consumidos para mejorar la ingesta de hierro, lo cual se reflejó en una mayor ingesta diaria total de hierro, incluyendo la triplicación de la ingesta de hierro hemínico, evidenciando que la enseñanza-aprendizaje, juega un papel muy importante en dicha población.

Torres (2020), en Lima, determinó los porcentajes más altos de anemia en adolescentes que tenían secundaria incompleta con 56,4%, así como por Vásquez et al. (2009), quienes, en Loreto, al referirse a la escolaridad, reportan que el 60% de adolescentes embarazadas que tienen grado de instrucción de secundaria

TABLA 7.
“LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN SU INGRESO ECONÓMICO, MAYO A JULIO 2022”.

| Ingreso económico | Anemia | | | | TOTAL | |
|-------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| 1000 – 3000 | 05 | 06,1 | 18 | 22,0 | 23 | 28,0 |
| < 1000 | 23 | 28,0 | 36 | 43,9 | 59 | 72,0 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 4,188$$

$$p < 0,05$$

* Significativo

En la tabla 7, se observa que de 82 adolescentes embarazadas, el 72,0 % (59) de adolescentes embarazadas tienen ingreso menos de 1000 soles como ingreso familiar mensual, considerada como de economía baja, de las cuales el 28,0% (23) adolescentes embarazadas padecen de anemia; en tanto que, del 28,0 % con ingresos mayores a los 1000 soles: el 6,1 % (5) adolescentes embarazadas tiene anemia; resultados que al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, demuestran que hay diferencia significativa entre las variables confrontadas ($p < 0,05$), evidenciando que la anemia depende de la condición económica de las adolescentes, donde las más afectadas fueron las de menores ingresos económicos.

“La condición económica de las adolescentes, igualmente, está relacionada con la calidad de vida que tiene y la de sus familiares, donde las que carecen de medios económicos resultaron ser el grupo que fue más afectado por la anemia, como consecuencia de no poseer la economía necesaria para poder comprar productos ricos en nutrientes, por el desconocimiento del tema de estudio, así como de una buena nutrición con productos ricos en hierro; asimismo, una buena parte de ellas son procedentes de zonas rurales y/o marginales de la localidad de Vilcashuamán; es decir, que estas muchachas no tienen una nutrición óptima con alimentos potenciales en hierro, tal como consumo de carnes, pescado, hortalizas verdes, etc., que es muy importante para la fisiología orgánica y regeneración celular, y no tienen el mismo nivel de conocimiento en comparación con aquellas procedentes

de familias con condición económica buena quienes tienen una nutrición adecuada y, sobre todo, tienen el acceso frecuente a los servicios de información y salud, sobre aspectos relacionados a tener en niveles adecuados los valores de hemoglobina”.

Fernández y Cols. (2018), en La Habana (Cuba), “señalan que algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación tienen relación con el incremento del riesgo de padecer de anemia en el embarazo, debido al desconocimiento o conocimiento superficial de una alimentación rica en fuente de hierro”.

Mamani (2018), en Puno, refiere que el desconocimiento de la anemia y la práctica en su prevención, recibe la influencia de varios factores epidemiológicos como son la edad precoz, nivel socio – económico pobre, solteras y bajo nivel de educación.

TABLA 8.
LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, SEGÚN SU PROCEDENCIA, MAYO A
JULIO 2022.

| Procedencia | Anemia | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Si | | No | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Urbana | 07 | 08,5 | 20 | 24,4 | 27 | 32,9 |
| Marginal | 04 | 04,9 | 07 | 08,5 | 11 | 13,4 |
| Rural | 17 | 20,7 | 27 | 32,9 | 44 | 53,7 |
| TOTAL | 28 | 34,1 | 54 | 65,9 | 82 | 100,0 |

$$\chi^2 = 1,229 \quad p > 0,05 \quad \text{No Significativo}$$

En la tabla 8, se observa que de 82 adolescentes embarazadas, el 53,7 % (44) provienen de la zona de Vilcashuamán, de las cuales el 20,7 % (17) adolescentes embarazadas padecen de anemia; el 32,9 % (27) adolescentes embarazadas provienen de la zona urbana de la localidad, de quienes, el 8,5 % (7) tienen anemia; en tanto que del 13,4 % (11) de adolescentes embarazadas que viene de la zona marginal, el 4,9 % (4) adolescentes embarazadas tuvieron anemia; datos que al ser analizados con el estadístico del Chi cuadrado, demuestran que no hay diferencia significativa entre las variables confrontadas ($p > 0,05$), evidenciando que la anemia de las adolescentes no depende de la zona de procedencia.

En las zonas rurales de la ciudad de Vilcashuamán, no existe las condiciones indispensables para tener un nivel de vida adecuado, debido a que se encuentran familias con ingresos económicos deficientes, donde los padres de familia, generalmente, no tienen una adecuada educación, por lo que repercute negativamente en sus hijos, entre ellos las adolescentes, quienes no tienen una orientación adecuada sobre el riesgo de padecer de anemia durante el embarazo, en tal sentido, éstas tienen que recibir la información por intermedio de otras personas (amigas, maestro) o por medio de la información virtual.

Soto (2020), refiere que, generalmente, se espera que las personas que viven en el área rural y que tienen menor nivel educativo, tengan mayores niveles de deficiencias nutricionales, incluyendo la deficiencia de hierro y anemia, debido a que no tienen los medios para lograr una dieta saludable, no tienen acceso a servicios médicos o de nutrición para

prevenir o tratar estas condiciones o tienen mayores niveles de infecciones y enfermedades, lo cual incrementa el riesgo de padecer deficiencias nutricionales. De cinco países, que disponen de datos representativos para el nivel nacional, en dos la prevalencia de anemia parece ser mayor entre las mujeres que viven en el área rural (Bolivia y Honduras). En los restantes tres países, Perú, El Salvador y Haití, la prevalencia de la anemia en mujeres del área urbana es levemente superior o casi similar a la prevalencia de anemia que se encuentra en las mujeres del área rural

Abanto et al. (2017), en Cajamarca, determinó la anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes Centro de Salud Patrona de Chota, donde señala que, las gestantes que residen en la zona rural tienen 2 veces más riesgo de presentar anemia que las de la zona urbana. Igualmente, Bornás y Chambilla (2018), en Tacna, reportan diferencia significativa entre la procedencia de mujeres y prevalencia de la anemia, presentándose con mayor frecuencia en aquellas que proceden de los conos circundantes a Tacna.

En la ciudad de Antioquia (Colombia), Parra et al. (2015), efectuaron una intervención para medir los cambios de conocimientos relacionados con las prácticas que modifican el consumo de alimentos en la modificación de variables hematológicas; hallaron cambios positivos de conocimientos de las participantes; pero no observaron concordancia entre ellas, debido a que las procedentes de estratos sociales marginales presentaron dificultades en la modificación del consumo de alimentos; por lo que se justifica implementar esta estrategia integrada en los programas de control prenatal de la población aledaña a la zona urbana de esta ciudad.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y considerando los objetivos planteados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. De 82 gestantes adolescentes, el 34,1 % tuvo anemia, de las cuales, el 26,8 % tuvo anemia leve y el 7,3 % anemia moderada; mientras que el 65,9 % no tuvieron anemia
2. La edad cronológica y la edad gestacional, no tienen relación significativa con los casos de anemia presentes en las adolescentes ($p > 0,05$), por lo que, no son factores de riesgo para su prevalencia.
3. La consulta prenatal inadecuada se comportó como un factor de riesgo para la presencia de anemia en las adolescentes ($p < 0,05$)
4. Ser gestante soltera y con baja escolaridad, son factores sociodemográficos relacionados con la prevalencia de anemia en las adolescentes ($p < 0,05$)
5. Existe relación significativa entre el ingreso económico bajo y la presencia de anemia, siendo las más afectadas aquellas cuyo ingreso es menor a los 1000 soles ($p < 0,05$), comportándose como factor de riesgo
6. La zona de procedencia, no se comporta como factor de riesgo para la anemia en la población de estudio, por no tener diferencia significativa ($p > 0,05$)

RECOMENDACIONES

1. De los resultados obtenidos en la presente investigación, “es necesario que las adolescentes acudan de manera regular a su control prenatal, porque es en ese momento cuando el profesional de la salud tiene contacto directo con la gestante y pueda orientarla adecuadamente, reforzando sobre el cuidado nutricional que deben tener”.
2. “Es necesario reforzar la nutrición materna, especialmente con alimentos de origen animal ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo, carnes rojas y pescado, menestras), añadir hierro a alimentos básicos que se consumen en cantidades significativas (leches, cereales) y la suplementación con hierro y ácido fólico a las gestantes durante su control prenatal”.
3. “En base al porcentaje de gestantes adolescentes con anemia, se le debe indicar una ingesta de 120 mg de hierro elemental desde las 14 semanas como dosis de tratamiento”.
4. “Continuar con más trabajos de investigación sobre este grupo poblacional, primordialmente en las adolescentes, por ser una población de riesgo, promocionando una salud integral adecuada”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre anemia. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo WHO/NMH/NHD/. Suiza. 2017
2. López A. Anemia ferropénica en mujeres gestantes. Biociencias, 2017, 11-20
3. Paredes I, Choque L, Linares A. Factores asociados a los niveles de anemia en gestantes del Hospital Hipólito Unanue, Tacna. Rev Méd Basadrina; 2018, 12(1). Disponible en [:http://revistas.unibq.edu.pe/index.php/rmb/article/view/630](http://revistas.unibq.edu.pe/index.php/rmb/article/view/630)
4. González R, Álvarez K, Bejarano M, et al. La travesía del hierro en el embarazo: una vía para su deficiencia. Revista de Hematología. México. 2019.
5. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
6. Lafuente L, Enríquez A, Grageda N, Ayaviri D, Lara L. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas. Re Ci Sa UNITEPC. 2019; 1(2): 24-9. Disponible en: <https://investigacion.unitepc.edu.bo/revista/index.php/revistaunitepc/article/view/15>
7. Farez R. Prevalencia de anemia ferropénica en embarazadas. Tesis Medicina. Universidad de Guayaquil. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30940>
8. Carrillo A. Factores asociados a anemia ferropénica en gestantes adolescentes del Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes, Paíta. Tesis Medicina. Universidad Privada Antenor Orrego. 2020. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6622/1/REP_MEHU_A.N.CANTES.ADOLESCENTES.HOSPITAL.NUESTRA.SE%C3%91ORA.MERCED.ES.PAITA.2016-2017.pdf

9. Martínez L, Jaramillo L, Villegas J, et al. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Rev Cub Obstet Ginecol. 2018; 44(2). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356/287>
10. Farez R. Prevalencia de anemia ferropénica en embarazadas. Tesis Medicina. Universidad de Guayaquil. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/30940>
11. Góngora C, Mejías R, Vázquez L, et al. Caracterización de las gestantes adolescentes del Policlínico Docente “7 de Noviembre”. Universidad Médica Pinareña. 2021. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/777>
12. Brenes CA, García VA y Palacio A. (2021) Frecuencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 14-19 años de edad, que asisten al Hospital Bertha Calderón Roque en el período comprendido entre Julio a Septiembre del 2020. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/15431/>
13. Abanto M, Salcedo M, Vásquez T. Anemia y factores de riesgo asociados en mujeres gestantes. Centro de Salud Patrona de Chota, Rev Científ Univ Nac Cajamarca; 2017, 16(2). Disponible en: <http://revistas.unc.edu.pe/index.php/Caxamarca/article/view/21>
14. Gómez R, Huamán C. Relación de anemia en gestantes adolescentes y peso del recién nacido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo. Tesis Obstetricia. Universidad Peruana Los Andes. 2018. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/721/TEISIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Taípe B, Troncoso L. Anemia en el primer control de gestantes en un Centro de Salud de Lima, Perú y su relación con el estado nutricional pregestacional. *Horizonte Médico*; 2019,19(2).
16. Villaverde A. Prevalencia de anemia y factores socioeconómicos en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Pichanaki. Tesis Obstetricia, Universidad Roosevelt. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/ROOSEVELT/238>.
17. Torres B. Prevalencia de anemia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de 2017-2019. Tesis Medicina. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2020. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4257/TORRES%20ESPINOZA%20BELEN%20SHYRLEY%20%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1>
18. Grille Sofía. Anemia y Embarazo. 2015. Disponible en: https://www.hematologia.hc.edu.uy/images/Anemia_y_Embarazo.pdf
19. Ortiz Y, Ortiz K, Castro B, Núñez S, Rengifo G. Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas. *Enfermería Global*,2019, 18(4). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/358801>
20. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Rev Peruan Ginecol Obstet*. 2012;58(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23045132201200040009
21. Arana A, Intriago A, Gómez S, De la Torre J. Factores de riesgo que conlleva la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años. *Dominio de las Ciencias*, 2017; 3(4): 431 – 47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325495>.
22. Segura Brenda. Prevalencia de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas del Hospital Abel Gilbert Pontón, Guayaquil. Tesis Ciencias Químicas, Univ de Guayaquil, 2016. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18319>

23. Villalobos J. Anemia como factor de riesgo de bajo peso al nacer en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis Medicina. Universidad Ricardo Palma. 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2895/JVILLALOBOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas del Hospital San José. Rev Peru Investig Matern Perinat 2020; 9(2):31-3. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/203/199>
25. Percy L, Mansour D, Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 de abril de 2017; 40:55-67.
26. OPS. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Adolescente-Anemia-Espanol.pdf>
27. Viteri FE, Berger J. Importance of pre-pregnancy and pregnancy iron status: Can long-term weekly preventive iron and folic acid supplementation achieve desirable and safe status? Nutr Rev 2015; 63(12): S65-S76
28. Creed HM, Uribe TG, Bartolini RM, et al. Improving dietary intake to prevent anemia in adolescent girls through community kitchens in a periurban population of Lima, Peru. J Nutr 2000; 130: 459S-461S.
29. NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, *Norma Técnica* de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la *anemia* en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO. MAYO A JULIO 2022

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a la anemia en adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de Vilcashuamán, Ayacucho. Mayo a julio 2022

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES: Todas las gestantes adolescentes

RIESGOS: Determinar la prevalencia de anemia con la finalidad de establecer medidas correctivas en la población.

CONFIDENCIALIDAD: su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de las investigaciones sean expuestos.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: la participación es estrictamente voluntaria.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: la participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

AUTORIZACIÓN:

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio que están realizando.

.....

FIRMA



ANEXO N° 2

FICHA DE ENCUESTA

DATOS GENERALES.

Ficha Nª.....

- Edad:
11 – 13 () 14 – 16 () 17 – 19 ()

- Paridad:
Primigesta () Multigesta ()

- Estado Civil:
Soltera () Casada () Conviviente ()

- Grado de instrucción:
Iletrada () Primaria () Secundaria () Superior ()

- Ingreso económico mensual (soles)
1000 – 3000 () <1000 ()

- Edad gestacional ()semanas

- Atención prenatal
Adecuado () Inadecuado ()

- ESTUDIO HEMATOLÓGICO () Hemoglobina g/dL

- Anemia: Si () No ()
Tipo: Leve () Moderado () Severo ()

OBSERVACIONES

.....
.....

ANEXO N° 3

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR |
|-------------------------------|--|--|
| Variable Independiente | | |
| Edad | Adolescencia: (precoz) (Medio) (Tardía) | 11 - 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años |
| Atención prenatal | Adecuado Inadecuado | Mayor a 6 controles Menor o igual a 5 |
| Grado de instrucción | Illetrada Primaria Secundaria Superior | Sin estudios 1° a 6° grado 1° a 5° año secunda 1° a 5° año superior |
| Condición económica | Buena Regular Deficiente | > 4000 soles 1000 – 3000soles < 1000 soles |
| Procedencia | Urbana Marginal Rural | Vive en la ciudad Vive en zonas marginales Vive en el campo |
| Estado civil | Soltera Conviviente Casada | Sin pareja estable Pareja consensual Concónyuge |
| Variable Dependiente | | |
| Embarazo | Embarazada No embarazada | Test de embarazo positivo Test de embrazado negativo. |

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N°722 -2023-UNSCH-FCSA-D

BACHILLER: ROGER FILEMON HUALLANCA VILCA

En la ciudad de Ayacucho siendo las 3.08 pm del día 07 de setiembre de 2023, se reunieron en forma presencial los Docentes miembros del Jurado Evaluador de la Escuela Profesional de Obstetricia para el acto de sustentación del Trabajo de Tesis titulado "FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMAN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022", , presentado por el Bachiller: ROGER FILEMON HUALLANCA VILCA , para optar el Título profesional de **OBSTETRA**.

Los miembros del jurado de sustentación están conformados por: **Presidente:** Prof. Oriol Marciano Chuchon Gomez (delegado por la Decana), **Miembros:** Prof. Martha Amelia Calderón Franco, Prof. Delia Anaya Anaya y Prof. Basilia Vivanco Garfias, Asesor Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila y como Secretario Docente Prof. Ignacio Prado Pizarro.

Con el quorum reglamentario se dio inicio a la sustentación de Tesis, como acto inicial el Presidenta de la sustentación de Tesis dio lectura a la RESOLUCIÓN DECANAL N° 722-2023-UNSCH-FCSA-D, también manifiesta que los documentos presentados por el recurrente no tiene ninguna observación, dando algunas indicaciones al sustentante para el inicio de la sustentación de tesis.

Da inicio con la exposición a las 3.10 pm el Bachiller ROGER FILEMON HUALLANCA VILCA , culminando a las 3:36 pm.

El Presidente de la comisión solicita a los Miembros del Jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas: invitando a iniciar con sus preguntas la profesora: Basilia Vivanco Garfias, seguidamente da pase a la profesora. Delia Anaya Anaya, luego interviene la profesora Martha Amelia Calderon Franco, asimismo participa el Prof. Oriol Marciano Chuchon Gomez como presidente de los miembros del jurado y finalmente hace la invitación al Asesor Profesor Pavel Antonio Alarcón Vila para su intervención.

Una vez concluida con las intervenciones a las 4.20 p.m El Presidente de la comisión invita al sustentante abandonar el auditorium para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: ROGER FILEMON HUALLANCA VILCA

| JURADOS | TEXTO | EXPOSICIÓN | PREGUNTAS | PROMEDIO FINAL |
|-------------------------------|-------|------------|-----------|----------------|
| Oriol Marciano Chuchon Gomez | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Martha Amelia Calderón Franco | 17 | 17 | 17 | 17 |

| | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|
| Delia Anaya Anaya | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Basilía Vivanco Garfias | 17 | 18 | 18 | 18 |
| PROMEDIO FINAL | | | | 17 |

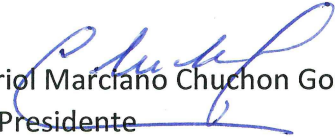
De la evaluación realizada por los miembros del Jurado Calificador, llegaron al siguiente resultado.

Aprobar al Bachiller: ROGER FILEMON HUALLANCA VILCA

Quien obtuvo la nota final de: diecisiete (17)

Y en señal de conformidad, los miembros del Jurado evaluadores firman al pie del presente.

Siendo las 4.35pm, concluye la sustentación presencial.

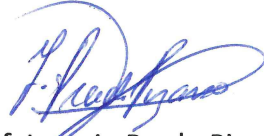

Prof. Oriol Marciano Chuchon Gomez
Presidente


Prof. Martha Amelia Calderon Franco
Miembro


Prof. Delia Anaya Anaya
Miembro


Prof. Basilía Vivanco Garfias
Miembro


Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila
Asesor


Prof. Ignacio Prado Pizarro
Secretario Docente

Ayacucho 07 de setiembre de 2023.

**CONSTANCIA N° 26-2023 VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE TESIS**

Dra. Delia Anaya Anaya docente-instructora en el proceso de implementación de las pruebas anti plagio en **PRIMERA INSTANCIA** de la tesis de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; he constatado que la tesis titulada:

“FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022”.

Autoras: Bach. HUALLANCA VILCA, Roger Filemón

Asesor: Dr. Obsta. Pavel Antonio ALARCÓN VILA

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITIN concluyendo que presenta un porcentaje de 25 % de similitud.

Ayacucho, 18 de agosto de 2023



Dra, Delia Anaya Anaya

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS N° 026- 2023

La Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, en mérito a la Resolución Decanal N° 470-2022-UNSCH-FCSA-D, delegada por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, verifica en segunda instancia, la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, demás normas y procedimientos inherentes; Por tanto, deja constancia que el trabajo de tesis titulado “**FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMAN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022**”

Autor: **Bach. HUALLANCA VILCA, Roger Filemon**

Asesor : **Prof. Pavel Antonio Alarcón Vila**

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITING concluyendo que presenta un porcentaje de **25%** de similitud.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga es procedente conceder la Constancia de Originalidad.

Ayacucho, 22 de agosto de 2023


Dra. Mirtha Infante Beingoalea
DIRECTORA

C.c:
Archivo
MIB/

“FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022”

por Roger Filemon Huallanca Vilca

Fecha de entrega: 22-ago-2023 10:53a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2149489451

Nombre del archivo: 3._TESIS._ROGER_FILEMON_HUALLANCA_VILCA.docx (273.79K)

Total de palabras: 12943

Total de caracteres: 70988

“FACTORES ASOCIADOS DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE VILCASHUAMÁN, AYACUCHO, MAYO A JULIO 2022”

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante | 5% |
| 2 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 4% |
| 3 | repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet | 4% |
| 4 | repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | docobook.com Fuente de Internet | 1% |
| 6 | repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | www.researchgate.net Fuente de Internet | 1% |
| 8 | repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet | 1% |

| | | |
|----|--|-------|
| 9 | repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 10 | docplayer.es Fuente de Internet | 1 % |
| 11 | repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet | 1 % |
| 12 | Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante | 1 % |
| 13 | repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet | < 1 % |
| 14 | repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet | < 1 % |
| 15 | riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet | < 1 % |
| 16 | repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet | < 1 % |
| 17 | Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante | < 1 % |
| 18 | repositorio.umsa.bo Fuente de Internet | < 1 % |

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo