

NOMBRE DEL TRABAJO

4 TES - ALMANZA Y APAZA.docx

RECUENTO DE PALABRAS

12318 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

68 Pages

FECHA DE ENTREGA

May 23, 2023 10:53 AM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

68124 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

15.3MB

FECHA DEL INFORME

May 23, 2023 10:55 AM GMT-5**● 4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 4% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**PARTO PRETÉRMINO Y ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZÁNGARO,
PUNO 2022**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORAS

Bach. ALMANZA HUAMAN KATERIN PILAR

Bach. APAZA APAZA LICELY DANY

ASESORA

Mg. SUAREZ REYNOSO, LIZ MIRIAM

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE

Huancayo – Perú

2023

Dedicatoria

A Dios por iluminar mi camino, a mis padres Delfín y Pilar quienes fueron una ayuda incondicional en este camino, por brindarme las facilidades de poder estudiar y continuar con mi carrera profesional; a mis hermanos Luis y Mileydi quienes fueron mi motivación y compañía; a mi amiga Licely por su valiosa amistad.

Katerin.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, a mi madre que estuvo siempre a mi lado brindándome su mano y palabras de aliento para llegar a culminar mi profesión, a mi padre, el amigo incondicional, aunque ya no está en este plano; me enseñó a trabajar para cumplir mis sueños y quien tuvo fe en mí siempre. A mis tías Mery y Sonia por su apoyo incondicional y a mi hermano Aldair que es mi fuente de luz; y en especial a mi amiga Katerin mi compañera de tesis.

Licely.

Agradecimiento

A la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt que nos ha permitido obtener nuestro tan ansiado título profesional. A la administración del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, que me permitió realizar la recopilación de datos estadísticos acerca de parto pretérmino y anemia.

A nuestra asesora de tesis Mg. Suarez Reynoso Liz Miriam, por la orientación y ayuda que nos brindó para la realización de esta tesis.

Katerin y Licely.

Página del jurado

MG.

Presidenta

MG.

Secretario

Vocal

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras; Almanza Huaman Katerin Pilar, DNI 70342251 y Apaza Apaza Licely Dany, DNI 70290053 alumnas de pregrado de la UPH Franklin Roosevelt.

DECLARAMOS QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del título de Obstetras es original, siendo resultado de mi trabajo personal.
2. Declaramos que el trabajo de investigación que se ha realizado el presente año y que ponemos en consideración para evaluación; no fue presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno.

Somos conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumimos cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis, así como de los derechos sobre la obra presentada.

Asimismo, somos responsables ante la universidad o terceros, del cualquier daño que pudiera ocasionar, por lo incumplimiento de lo declarado.



.....
Almanza Huaman Katerin Pilar
DNI 70342251



.....
Apaza Apaza Licely Dany
DNI 70290053

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MÉTODO	23
2.1. Tipo y diseño de investigación	23
2.2. Operacionalización de variables	24
2.3. Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)	25
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	25
2.5. Procedimientos.....	26
2.6. Método de análisis de datos	26
2.7. Aspectos éticos	26
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES.....	39
VI. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	46

Índice de tablas

Tabla 1. Parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	27
Tabla 2. Edad y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	28
Tabla 3. Grado de instrucción y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	29
Tabla 4. Ocupación y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	30
Tabla 5. Estado civil y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	31
Tabla 6. Atención prenatal parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	32
Tabla 7. Paridad y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	33
Tabla 8. Índice de masa corporal y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	34
Tabla 9. Antecedente de parto pretérmino y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.	35

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre parto pretérmino y la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno 2022. **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo básico, enfoque cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental y transeccional; como técnica se empleó el análisis documental y como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos; el conjunto poblacional se conformó por 690 gestantes y una muestra de 247 gestantes. **Resultados:** Se encontró que el parto pretérmino guarda relación positiva con la anemia ($p=0.026$); por otro lado los antecedentes personales que se asocian al parto pretérmino son: La edad ($p=0.030$), el grado de instrucción ($p=0.001$), la ocupación ($p=0.045$) y el estado civil ($p=0.047$); y dentro de los antecedentes obstétricos que se asocian al parto pretérmino son: Las atenciones prenatales ($p=0.035$), la paridad ($p=0.033$), el índice de masa corporal ($p=0.024$) y los antecedentes de parto pretérmino ($p=0.035$). **Conclusión:** Se llegó a la conclusión que el parto pretérmino guarda relación con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Palabras clave: Parto pretérmino, anemia y gestantes.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between preterm delivery and anemia in pregnant women attended at the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital in Azángaro, Puno 2022.

Material and Methods: The study was of basic type, quantitative approach, correlational level, non-experimental and cross-sectional design; documentary analysis was used as a technique and a data collection form was used as an instrument; the population consisted of 690 pregnant women and a sample of 247 pregnant women. **Results:** It was found that preterm delivery was positively related to anemia ($p=0.026$); on the other hand, the personal antecedents associated with preterm delivery were: age ($p=0.030$), educational level ($p=0.001$), occupation ($p=0.045$) and marital status ($p=0.045$). 045) and marital status ($p=0.047$); and within the obstetric history associated with preterm delivery were: prenatal care ($p=0.035$), parity ($p=0.033$), body mass index ($p=0.024$) and history of preterm delivery ($p=0.035$). **Conclusion:** It was concluded that preterm delivery is related to anemia in pregnant women attended at the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital in Azángaro, Puno-2022.

Keywords: Risk factors, pregnant women, preeclampsia.

I. INTRODUCCIÓN

La anemia durante el embarazo se ha relacionado con una serie de complicaciones graves, que incluyen parto prematuro, bajo peso al nacer, hemorragia posparto, embarazo adolescente, embarazos múltiples, intervalos entre embarazos, nacimientos prematuros, muerte fetal intrauterina y retraso del crecimiento intrauterino. Además, específicamente la ADH, con niveles de Hb < 9,0 g/dl, aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, hemorragia posparto;(1) así como anemia infantil, bajo rendimiento académico, baja estatura y problemas de comportamiento en etapas posteriores.(2)

13 La anemia es un problema de salud pública que afecta a personas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.(1) Asimismo, la anemia es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes, las estadísticas muestran que la incidencia de la anemia en mujeres embarazadas es superior al 30%.(3) Por tanto, una parte significativa de las mujeres embarazadas en todo el mundo están anémicas, lo que puede tener un impacto negativo y significativo en la salud materna, fetal e infantil.(1)

De acuerdo al Ministerio de Salud, considera que la anemia está caracterizada por una afección en los eritrocitos en relación a su cantidad que de las cuales son inadecuados para la demanda del organismo del ser humano. 10 En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina inferior a dos desviaciones estándar de acuerdo al género, la edad y la altura del nivel del mar.(4)

Se define que la anemia es considerada como la falta de eritrocitos en el organismo que tienen la capacidad de transportar oxígeno, puede provocar diversas complicaciones a lo largo de la vida. La condición se desarrolla debido a deficiencias en uno o más de hierro, vitamina B12 y ácido fólico, siendo la anemia por deficiencia de hierro (ADH) la forma más común durante el embarazo. Las mujeres embarazadas con 3 niveles de hemoglobina menores de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, y menores de 10,5 g/dl en el segundo trimestre, se consideran anémicas.(1)

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de los elementos fundamentales que se encuentra en el eritrocito es el hierro el cual es necesario para las actividades cruciales, una de sus actividades es la transportación de oxígeno como también la síntesis del ácido desoxirribonucleico y por último se el metabolismo muscular. Ante ello se indica que la anemia es aquello que se encuentra en un déficit nutricional que se visualiza en todo el

mundo porque según los datos estadísticos el 33% de las no embarazadas presentan anemia y a las 40% de las embarazadas carecen de hierro tal como en los 42% de niños. En las gestantes se tiene un descenso de hierro en los eritrocitos el cual se da en el parto prematuro y también se ve en los recién nacidos de bajo peso al nacer. Sin embargo si la gestante evidencia un descenso de hierro en los últimos trimestre como consecuencia sufre el feto ya que tendrá una afección en el desarrollo cognitivo.(5)

Entre 2016, Latinoamérica y el Caribe tuvo una prevalencia de anemia en mujeres embarazadas de 29.5%, mientras que la prevalencia en Perú fue de 25.8% que varía según la ubicación geográfica; por ejemplo, Huancavelica y Puno tuvieron tasas respectivas de 45.5% y 42.8%.(6)

Asimismo, en nuestro país, tres de cada diez mujeres embarazadas presentan anemia. Según los datos de la ENDES 2016, la incidencia de anemia en mujeres gestantes aumentó a 27,9%, llegando a 38,9% en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años;(2) y en el primer trimestre del año 2022 el porcentaje de gestantes con diagnóstico de anemia fue del 32.3% en el departamento de Puno según el informe gerencial del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN HIS), notablemente hubo un incremento.(7)

De acuerdo al informe proporcionado por SIEN DIRESA según provincias de la región Puno en el año 2021, San Román tuvo 528 casos de gestantes con anemia, de ellos 273 casos pertenecían a la anemia leve, 239 casos a anemia moderada y 16 casos a anemia severa; seguidamente estaba Puno con 426 casos, donde el 223 casos se encontraban categorizadas dentro de anemia leve, 196 casos dentro de anemia moderada y 7 casos dentro de anemia severa; en el tercer lugar se encuentra la provincia de Azángaro con 208 casos de gestantes con anemia, donde el 116 casos presentaron anemia leve, 89 casos presentaron anemia moderada y 3 casos anemia severa.(8)

Asimismo, la OMS define el parto pretérmino como un acontecimiento antes de 37 semanas completas o 259 días desde el último ciclo menstrual.(9) A pesar de los increíbles avances en atención perinatal, en los últimos años se ha verificado que más de 15 millones de recién nacidos nacen antes de las 37 semanas a nivel mundial. Por ende, los recién nacidos vivos deben enfrentarse de inmediato a la formidable batalla de la supervivencia, y un número considerable de ellos arrastra complicaciones de por vida. Además, las complicaciones de un parto pretérmino son alguna de las causas que provoca el aumento de mortalidades en los niños.(10)

Ante ello una de las principales causas de esta enfermedad y muerte entre los recién nacidos es el parto prematuro. Causa entre el 60 y el 80% de la mortalidad y el 50% de las deficiencias neurológicas congénitas. En los países industrializados, se han encontrado que la mortalidad y morbilidad de neonatos es la primera causa que afecta a dicho país. Por otro lado, Estados Unidos, muestra que el 13% de recién nacidos nacieron antes de las 37 semanas de gestación. En Europa, la cifra oscila entre el 5% y el 9%, según el país. En Latinoamérica nacen unos 12 millones de niños al año, y 135.000 de ellos mueren por parto prematuro.(9)

Asimismo, la mortalidad neonatal se cobró la vida del 26% de los recién nacidos en 2019. Estos bebés tenían muy pocas posibilidades de sobrevivir, ya que pesaban menos de 1000 gramos, y el 23% de ellos nacieron muy prematuramente, mientras que el 29% de los bebés son nacidos a término. Por lo cual, la causa más común de mortalidad entre los recién nacidos son los partos prematuros y las complicaciones relacionadas con la inmadurez, que representan que cada 4 recién nacidos 3 mueren en el momento.(11)

En Perú la mortalidad neonatal por parto prematuro menor a 28ss es alrededor de 60%, sin embargo, en los departamentos de Moquegua, Puno, Cusco, Huancavelica, Amazonas, Huánuco, Loreto, Tacna y Tumbes esta cifra se eleva, puesto que la mortalidad neonatal es más frecuente.(11)

Al respecto a nivel nacional se encontraron antecedentes como de Minaya et al. (12), realizaron un estudio denominado: “Efecto de la relación entre la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes de un hospital peruano (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz) realizado en el 2022”. La metodología empleada ha sido el de observacional, retrospectivo analítico de caso y control; donde en la investigación participaron 240 mujeres en total, 120 embarazadas que habían tenido partos prematuros (casos) y 120 embarazadas que habían tenido partos a término (controles), todas ellas hospitalizadas en ginecobstetricia. Resultados: La anemia fue una variable independiente que representó el 36.7% del total de pacientes, con un 48.3% de anemia en los casos y un 28.3% en los controles. Asimismo, el análisis multivariante reveló en el cuadro en donde se ubica ⁸ la anemia con (OR: 2,24; IC 95%: 1,26- 3,97; p:0,006); controles prenatales inadecuados (OR: 2,33; IC: 95% 1,32- 4,1; p:0, 003) aumentaban el riesgo de parto pretérmino, ajustado por parto pretérmino previo, falta de controles prenatales, edad materna, peso materno y número de gestaciones en el embarazo. Sin embargo, el sobrepeso, los antecedentes de parto prematuro, la edad avanzada

o el hecho de ser multigesta. En conclusión, la amenaza de parto prematuro aumenta significativamente con la anemia y la falta de control prenatal.(12)

Pérez A. (13) estudio realizado en Piura titulado: “Anemia en el primer trimestre es factor de riesgo asociado a parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo de Sullana 2021”. Su metodología fue de casos y controles, donde analizó 194 adolescentes gestantes (97 con parto prematuro y 97 sin parto prematuro) y se aplicó una ficha de recopilación de datos. El resultado mostró que las estadísticas indicaban que el 76.3% habían nacido en una zona urbana, el 93.8% pertenecían al grupo de adolescentes tardías y el 76.3% habían terminado educación secundaria. En los tres primeros meses de embarazo, la anemia afectaba al 28.4% de las mujeres. Se demostró que la anemia en el primer trimestre ($p=0,007$), la edad materna ($p=0,017$), procedencia ($p=0,007$) y la infección del tracto urinario (ITU) en el trimestre III ($p=0,001$) estaban asociados con el parto prematuro. Por otro lado, la anemia que se presenta en el primer trimestre es un factor para el parto de prematuridad en los adolescentes (OR=2,86; IC 95%: 1,49 - 5,54). Se concluye que si se presenta anemia durante los primeros trimestres estas se asocian a un riesgo mayor en el parto prematuro tardío en las adolescentes del Hospital de Sullana.(13)

Aburto S. (14) estudio realizado en Chincha titulado: “Anemia gestacional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Rezola de Cañete 2019”. Investigación observacional, retrospectivo que fue de casos y controles, en donde se incluyó a 190 embarazadas en donde (95 tenían anemia y 95 no presentaban anemia), a quienes se les encuestó mediante una hoja de recolección de datos. Resultados muestran que el 68.42% presentaron anemia y parto pre término y el 26.3% no presentan anemia de las cuales dan parto pre término, el 52.63% de gestantes con anemia son de 20 y 29 años de edad, el 71,6% de las gestantes que se encuentran con anemia fueron madres solteras. En conclusión, las gestantes que tuvieron anemia tuvieron riesgo de un parto pretérmino.(14)

Gonzales A. (15) estudio realizado en Huancavelica titulado: “Anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Ccasapata 2020”; el método empleado fue de tipo analítico documental, diseño descriptivo, retrospectivo y transversal; la población y muestra estuvo conformada de 55 gestantes, se utilizó la ficha de recolección de datos. Los resultados evidencian que el 70.1% de las gestantes atendidas no presentaban anemia, mientras que el 29,1% sí. El 52.7% era joven, el 34.6% era adolescente y el 12.7% era adulta. El 56.3% eran casadas y un 43.6% convivientes. El 96,4% eran amas de casa y el 3.6% eran empleadas del

sector público. El 76.4% tenían educación secundaria, el 18.2% educación primaria y solo el 5.4% tenían educación superior técnico o universitario. El 58.2% tuvieron controles prenatales antes de las 16ss y después un 41.8%. el 38.2% son multíparas, el 27.3% primíparas, el 25.5% nulíparas y el 9% gran multíparas. El 3.6% de las mujeres gestantes eran anémicas con diagnóstico leve en el trimestre I y II. El 18.1% tuvieron anemia leve y el 3.6% tuvo anemia moderada en el trimestre III. En conclusión, el 29,1% de las embarazadas estaban anémicas.(15)

Arcos F. (16) estudio realizado en Lima titulado: “Anemia materna y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Barranca-Cajatambo durante el periodo 2018-2019”; investigación retrospectiva, cuantitativa de casos y controles. En la muestra se incluyó a 186 casos y 186 controles de pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Barranca Cajatambo, asimismo, se aplicó ficha de recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas. Los resultados, indican que el 61,80 % de las gestantes presentaron anemia con parto pretérmino, el 38,20 % de las gestantes presentaron anemia sin parto pretérmino, el 46,29 % de las gestantes presentaron parto pretérmino sin anemia; en conclusión, se obtuvo relación positiva entre la anemia y parto pretérmino con $p=0.01$ y OR: 1,88 IC 1,12 – 3,16, donde indica que la presencia de anemia provoca riesgo del parto prematuro en un 88%.(16)

Ramos M. (17) estudio realizado en Lima titulado: “Parto pretérmino y su relación con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra 2018”; investigación de cohorte retrospectiva, descriptiva, correlacional y transversal. La población estuvo conformada por 389 gestantes con parto prematuro y la muestra incluyó a 76 gestantes con parto prematuro, el instrumento fue una ficha de recolección de datos (historias clínicas). Según los resultados, la tasa de partos prematuros en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en 2018 fue del 9.8%; el 60% de las gestantes fueron diagnosticadas con anemia y el 40.70% sin anemia; el 88.5% de las gestantes tenían una EG entre 32 y 37 semanas (pretérmino moderado-tardío) y el 11.5% de 28 a 32 semanas (muy pretérmino); el 60% de las gestantes con anemia tuvieron parto pretérmino, al igual que el 40% de las gestantes sin anemia. En conclusión, no existe asociación entre parto prematuro y anemia durante el embarazo ($p>0,05$). (17)

Maraza T. (18) estudio realizado en Lima titulado: “Anemia y amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Sergio Enrique Bernaldes en el periodo 2018-2019”; estudio de tipo

analítico, retrospectivo de casos y controles, con una población y muestra analizada de 164 casos y 328 controles, se aplicó una ficha de recolección de datos de las historias clínicas. El resultado mostró que, de acuerdo al análisis multivariante, la anemia (OR 2,370; IC 95%: 1,434-3,917; p=0,001), la ⁹ITU (OR 3,100; IC 95%: 1,930-4,980; p=0,001) y la RPM (OR 3,442; IC 95%: 2,175-5,447; p=0,000) se asocian significativamente con la APP. La edad, los antecedentes de parto prematuro, la infección intraamniótica y el índice de masa corporal no variaron significativamente entre los grupos de casos y controles. En conclusión, los resultados indican que la anemia es un factor predictivo de parto prematuro inminente.(18)

Villegas R. (19) estudio realizado en Lima titulado: “Anemia en gestantes del tercer trimestre con el desarrollo de parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo 2016”; estudio retrospectivo, de casos y controles, donde se analizaron 332 pacientes que estuvieron hospitalizados: 166 casos y 166 controles. De acuerdo a los resultados, el 31.9% del grupo de casos tuvieron anemia y el 48.8% del grupo de controles tuvo anemia, esta diferencia fue significativa según el análisis estadístico (P = 0,002) la odds ratio (OR) demostró una conexión favorable entre la presencia de anemia y el inicio del parto prematuro, con un valor de 2,03 (IC del 95%: 1,30-3,17). En conclusión, existe una correlación entre la anemia en mujeres embarazadas en su tercer trimestre y el desarrollo de parto prematuro.(19)

Aliaga B. (20) estudio realizado en Juliaca titulado: “Anemia en el embarazo y su relación con el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2019”; el estudio ha sido cuantitativo y fue descriptivo transversal y prospectivo. La población del estudio estuvo constituida por 1064 gestantes y la muestra de 282 mujeres embarazadas, a cada una de ellas se le entregó un cuestionario de 11 preguntas. Los resultados evidencian que se encontraron que el 43.3% de edad \geq 35 años, el 36.2% tienen educación primaria, el 35.8% son amas de casa, el 47,8% tienen estado civil casado, el 47,5% tienen atención prenatal adecuada, el 47,5% son multíparas, el 56.7% tiene IMC de bajo peso, el 55.3% tiene anemia moderada, el 43.2% presenta antecedente de parto pretérmino y el 56.4% parto muy pretérmino. En conclusión, los factores: ²Antecedentes personales (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y antecedentes obstétricos (atención prenatal, paridad, edad gestacional, IMC, anemia, antecedente de parto pretérmino) se asocian de manera significativa con el parto pretérmino, con un valor de significancia de $0.00 < p=0.05$.(20)

Asimismo, se ha encontrado antecedentes en el ámbito internacional como de Kempainen L. et al. (21) quienes efectuaron un estudio sobre: Anemia por deficiencia de hierro gestacional se asocia con parto prematuro, restricción del crecimiento fetal e infecciones posparto, con la finalidad de “Evaluar los efectos de la ADH gestacional sobre los resultados del embarazo y comparar los resultados en embarazos tratados con suplementos de hierro por vía oral o intravenosa”. Este estudio ha sido retrospectivo y longitudinal, la población incluyó a 215 gestantes complicadas con ADH gestacional. La anemia por deficiencia de hierro (ADH) gestacional se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro (10,2 % frente a 6,1 %, $p=0,009$) y restricción del crecimiento fetal (RCF) (1,9 % frente a 0,3 %, $p=0,006$). El grupo de ADH gestacional que recibió suplementos de hierro por vía intravenosa tuvo un mayor aumento en los niveles de Hb en comparación con aquellos que recibieron medicación oral (18,0 g/L vs. 10,0 g/L, $p<0,001$), pero no hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados maternos y neonatales. En conclusión, la prematuridad, la RCF, las infecciones posparto y las estancias hospitalarias prolongadas fueron más comunes entre las madres con ADH gestacional.(21)

Atindama S. et al. (22) estudio realizado en Ghana titulado, “Epidemiología descriptiva de la anemia entre las mujeres embarazadas que inician la atención prenatal en las zonas rurales del norte de Ghana”, con el propósito de “Determinar la prevalencia y los factores maternos asociados con la anemia en el embarazo en las primeras visitas de atención prenatal (APN)”. Estudio de análisis retrospectivo. Se incluyeron en el estudio un total de 506 mujeres embarazadas que iniciaron la consulta prenatal, a quienes se les midieron los niveles iniciales de hemoglobina (Hb). Según los resultados, la mediana de la edad gestacional en el momento de la reserva fue de 14 semanas (5-36 semanas). La prevalencia de anemia fue del 42.7% y fue alta entre madres adolescentes (52%), madres que cursaron en el tercer trimestre (55%) y gran multíparas (58%). Los factores asociados con la anemia incluyeron gran multiparidad (odds ratio [OR] = 1,94 con IC del 95 % [1,58–2,46]), registro durante el tercer trimestre (OR = 2,06 [1,78–2,21]) y madre con bajo peso en comparación con aquellas con normo peso (OR = 3,17 [1,19-8,32]). Conclusión: La carga de anemia en el embarazo sigue siendo alta en las zonas rurales del norte de Ghana.(22)

Yuan X. et al. (23) estudio realizado en China titulado: La deficiencia de hierro al final del embarazo y sus asociaciones con los resultados del parto en mujeres chinas embarazadas; estudio de cohorte retrospectivo, con la finalidad de “Examinar la prevalencia de la

deficiencia de hierro en el tercer trimestre utilizando múltiples indicadores del estado del hierro y la relación con los resultados del nacimiento en la población china”. Ha sido un estudio de la población constó de cohorte observacional retrospectivo de 11 581 mujeres embarazadas. Los resultados evidencian que la prevalencia de deficiencia de hierro (DH) en el estudio fue del 51,82% definida por bajo ferritina sérica (SF) ($< 12 \mu\text{g/L}$), 54,43% definida por alto transferrina sérica (ST) ($> 4 \text{ g/L}$) y 53,90% definida por alto cociente ST/SF (Log 10 transformada > 5.52). El cociente ST/SF materno se asoció con un mayor peso medio al nacer (97,04 g; IC del 95 %, 74,28, 119,81 para el cuartil más alto frente al más bajo). La DH materna en el tercer trimestre, definida por la relación ST/SF, se asoció con menores riesgos de parto prematuro (PTB), bajo peso al nacer (BPN) y bebés pequeños para la edad gestacional (SGA), mayores riesgos de macrosomía y grandes para la edad gestacional (LGA) bebés (para PTB: OR = 0,53, IC del 95 %, 0,36–0,77; para BPN: OR = 0,44, IC del 95 %, 0,31–0,62; para SGA: OR = 0,69, IC del 95 %, 0,57–0,83; para macrosomía: OR = 1,39, IC 95 %, 1,13–1,70; para LGA: OR = 1,20, IC 95 %, 1,04–1,39). En conclusión, las DH en el tercer trimestre del embarazo son frecuentes en las mujeres china.(23)

Bustos D. y Galarza B. (24) estudio realizado en Quito titulado: “Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretérmino en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra y Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsachilas en el periodo enero a julio 2017”, es un estudio de cohorte histórico o no concurrente, en donde se incluyó a 217 pacientes, se usó una ficha de recopilación de datos de las historias clínicas. En los resultados se muestran que la presencia de anemia (hemoglobina) en el embarazo es un factor de riesgo vinculado a amenaza de parto pretérmino (RR 2.53, IC 95%:1.39 – 4.61, $p=0,002$). Por lo cual, del 78.21% de las gestantes que tuvieron amenaza de parto prematuro, la causa era la anemia basada en su hemoglobina; sin embargo, el 21.78% no presentaron amenaza de parto pretérmino. Asimismo, la anemia no está asociada al parto pretérmino (RR 1.455, IC 95%:0.81 – 2.61, $P<0,209$). En conclusión, se demostró que la anemia es un factor de riesgo relacionado con la amenaza de parto prematuro en función de su hemoglobina, detectada en el tercer trimestre del embarazo y sin una atención eficaz, pero no se encontró relación con el diagnóstico de parto prematuro.(24)

Con respecto a las bases teóricas, se considera parto pretérmino cuando la gestante da parto antes de las 37 semanas (PPT). Pero en relación a los recién nacidos a término, los propensos a fallecer son aquellos nacidos pretérminos en la etapa neonatal, ya que en ello desarrollan

todo tipo de infecciones y asimismo se presentan parálisis cerebral también se presentan déficit sensorial o en ocasiones problemas de aprendizaje y enfermedades respiratorias; además, a medida que la edad gestacional es menos existe mayor posibilidad de complicaciones fetales y gestacionales ante ello, es importante tener en cuenta los considerables gastos económicos que conlleva, sobre todo en términos de necesidad de educación a largo plazo, tratamiento médico continuado y cuidados intensivos neonatales. En consecuencia, la PPT es un problema clínico importante, cuya morbilidad y mortalidad en neonatos puede reducirse mediante el uso de estrategias preventivas y asistenciales eficaces.(25)

El parto pretérmino se subdivide principalmente en tres tipos: La prematuridad extrema que es cuando el nacimiento del bebé ocurre entre la semana 22 y la semana 27, esta afección ocurre en gestantes en un porcentaje de 0.25%; la prematuridad moderada es cuando el nacimiento se da durante las semanas que comprenden desde 28 a 31ss, este acontecimiento se presenta en un 0.6% de mujeres embarazadas; la prematuridad leve es cuando el nacimiento del bebé ocurre durante las semanas 32 a 37, situación que se da en un 3.0% de los embarazos.(20)

Por otro lado, la anemia se define como una afección en la que los niveles de hemoglobina son inferiores a 11g/dl en la segunda mitad del embarazo.(26)

Debido al aumento del volumen plasmático que provoca el embarazo, así como a la mayor necesidad de hierro y ácido fólico, las mujeres embarazadas corren un mayor riesgo de desarrollar anemia. La anemia gestacional es un factor de riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia materna posparto, todo lo cual contribuye a aumentar el riesgo de morbilidad y muerte materna y perinatal.(27)

La medición de la hemoglobina está ampliamente reconocida como el principal indicador para diagnosticar la anemia. En consecuencia, es posible utilizarla como indicador indirecto del estado nutricional de hierro tanto de las madres como de los niños. Además, se realiza con la intención de fortalecer las políticas de salud pública para la prevención y el manejo de la anemia, como estrategia de intervención para mejorar la salud materno-infantil.(28)

Clasificación de la anemia: Los valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en mujeres gestantes superiores a 15 años de acuerdo al MINSA, es considerado sin anemia menor o igual a 11.0 g/dl, con anemia leve de 10.0 a 10.9 g/dl, moderada de 7.0 a 9.9 g/dl y severa menor a 7.0 g/dl.(4)

Con la finalidad de prevenir los índices de anemia ferropénica el MINSA indica que las gestantes que llegan cumplir las 14 semanas de gestación, puérperas y hasta luego de los 30 días de gestación se les indicará consumir suplementos de hierro en una dosis de 60 mg de hierro elemental y 400g de ácido fólico en 3 meses.(26) Dado que las demandas de hierro del organismo durante el tercer trimestre del embarazo son tan grandes que no pueden satisfacerse con la ingesta de alimentos, esta etapa del embarazo tiene una propensión genética a presentar una mayor incidencia de anemia.(27)

Antecedentes personales a considerar: La edad como un componente biodemográfico que se utiliza para identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital del ser humano. Cuando se habla de la mujer, la importancia de este factor se amplifica debido a que es el momento en que se considera que está en su “Edad fértil”. Esta etapa distingue a la mujer por su capacidad para ovular y quedarse embarazada, sin embargo, es importante señalar que se trata de una circunstancia fisiológica que pone a la madre, al feto y al lactante en riesgo de contraer una enfermedad. Existe una asociación entre quedarse embarazada antes de los 20 años o después de los 35, ambos casos vinculados a un mayor riesgo materno y perinatal.(20)

La edad de la madre se considera un factor de riesgo, especialmente en el caso de madres primerizas extremadamente jóvenes o muy añosas. Esto es especialmente cierto en el caso de madres muy jóvenes o muy mayores. Cuanto más joven es la mujer cuando se queda embarazada, mayor es el riesgo de tener hijos prematuros o con bajo peso al nacer. Estos resultados podrían ser consecuencia de la inmadurez biológica, que incluye dos subcategorías: por un lado, está la inmadurez biológica asociada a un desarrollo ginecológico joven y por otra está la concepción del bebé sin haber completado el propio desarrollo del cuerpo de la madre.(29)

Asimismo, las edades extremas de la madre pueden ser factores de riesgo para presentar un PPT y también las enfermedades como las infecciones de las vías urinarias, la violencia basada en género y el periodo intergenésico corto menores a 2 años.(30) En un estudio de Ecuador se evidenció que existe una correlación entre la edad materna y la incidencia de la anemia, que alcanza su máximo índice entre las embarazadas menores de 20 años.(27)

El grado de instrucción está definida como el nivel de educación de una persona, en otros términos, es el mayor nivel de escolarización alcanzado o intentado, ya sea provisional o finalmente inconcluso.(31)

Ocupación: Labor, trabajo, actividad o profesión a la que dedica la persona una parte importante de su tiempo. Por eso hay personas que tienen trabajos “A tiempo parcial” o “A tiempo completo”.(31)

Estado civil: Los resultados perinatales del embarazo se han relacionado con el estado civil, que es un marcador demográfico o poblacional. En la literatura sobre salud pública se ha descrito una correlación entre las mujeres “solteras” o “no casadas” y una serie de consecuencias negativas para la salud.(31)

Antecedentes obstétricos: Atención prenatal considerando la atención preconcepcional, la atención prenatal reorientada, la planificación institucional del parto y la atención posparto se incluyen en el espectro de la atención integral a la salud de la madre. Para ser considerada una mujer embarazada controlada, la “NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01” recomienda que la primera visita de atención prenatal se produzca antes de las 14 semanas de gestación y con un total de 6 controles. Esta NTS también hace hincapié en que la atención prenatal reorientada es un proceso multidisciplinar de seguimiento y evaluación de la madre y su hijo.(32) Asimismo, uno de los factores de riesgo que puede conllevar a un PPT es la falta de control del embarazo.(30)

Paridad: Soto menciona que las mujeres gestantes multíparas son las que tienen más probabilidades de tener anemia, por lo cual la paridad es un factor de riesgo para presentar anemia.(2)

Índice de masa corporal: También conocido como IMC PG, se utiliza para clasificar el estado nutricional de una mujer antes de quedarse embarazada. Basándose en esta información, es posible predecir la cantidad de peso que una mujer debe adquirir mientras espera un hijo. Para calcular el índice de masa corporal pregestacional (IMC PG), se deben utilizar las cifras obtenidas del peso pregestacional y la altura actual.(33)

La clasificación del estado nutricional de la gestante es de acuerdo al IMC pregestacional (IMC PG): De acuerdo al MINSA (2019), se considera delgadez cuando el IMC PG es < 18.5 , se considera normal cuando el IMC PG se encuentra entre ≥ 18.5 y < 25.0 , se considera sobrepeso cuando el IMC PG se encuentra de 25.0 a < 30.0 y es considerado obesidad cuando el IMC PG es ≥ 30 .(33) Además de los factores de riesgo que puede conllevar a un PPT es la desnutrición o peso materno bajo ($< 45\text{kg}$). (30)

Antecedentes del parto pretérmino: Uno de los factores de riesgo principal que se presenta en un PPT son los antecedentes de PPT espontaneo y también el hecho de tener un cérvix corto.(34) Además también en ello se indica que en los factores de riesgo se tiene a la anemia y el otro predisponente es la anemia.(30)

Por consiguiente, se llegó a plantear el siguiente problema general: ¿Existe relación entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022?, también se plantearon los problemas específicos: ¿Existe relación entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022? y ¿Existe relación entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022?

La justificación del presente estudio se da puesto que se ha visto casos de partos pretérminos que podrían estar asociadas a la anemia gestacional que es un problema de la salud pública a nivel mundial, nacional y local, por lo cual, es primordial realizar un análisis de acuerdo a la realidad que se presenta en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro; asimismo, con este estudio se pretende aportar conocimientos sobre la teoría existente en vínculo al parto pretérmino y la anemia que tienen una consecuencia negativa en la salud de la madre y también en la salud del RN, estos datos serán obtenidos por medio de la ejecución del instrumento, asimismo, los resultados del presente estudio servirán de guía para estudios posteriores relacionamos al tema.

Teniendo en cuenta estas circunstancias y los datos estadísticos disponibles, se ha determinado que es necesario realizar un proyecto de estudio dentro del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. Es indispensable tener un conocimiento sólido del parto pretérmino, la anemia en la gestación y la relación que ambas variables guardan, cuyos resultados deben poder ordenarse de tal manera que sirvan como fuente confiable de información bibliográfica actualizada para posteriores investigaciones sobre el tema. La presente investigación se fundamenta en los hallazgos teóricos y científicos de estudios tanto internacionales como nacionales.

Esta presente investigación tiene el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022. También se plantearon los objetivos específicos: Identificar la relación entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes

atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022 e identificar la relación entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

De la misma manera presenta la siguiente hipótesis general: Existe relación directa entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022; también se plantearon las hipótesis específicas: Existe relación directa entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022 y existe relación directa entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

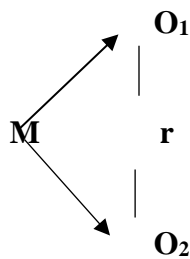
II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio que se realizó fue de tipo básico, de un enfoque cuantitativo y de nivel correlacional, dado que tuvo el propósito de incrementar el conocimiento con respecto a las variables anemia y parto pretérmino, además se midió el grado de asociación entre las variables ya mencionadas.(35)

El diseño del estudio fue no experimental basado en un corte transversal, lo que significa que ninguna variable fue modificada intencionalmente en el transcurso de la investigación. Es decir, cuando su comportamiento a lo largo del estudio puede verse gracias a la categorización basada en sus dimensiones o al número de instancias en que se obtienen los datos.(35)

A este tipo de estudio le corresponde como esquema lo siguiente:



Donde:

M: Muestra

O₁: Anemia

O₂: Parto pretérmino

R: Posible relación entre las variables

2.2. Operacionalización de variables

TITULO: “PARTO PRETERMINO Y ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZANGARO, PUNO 2022”

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Parto pretérmino	VARIABLE DEPENDIENTE	Parto espontáneo o inducido antes de las 37 semanas de gestación según FUR o ecografía del primer trimestre	Es un conjunto de información almacenada a través de los tipos de parto pretérmino.	Tipos de parto pretérmino	Pretérmino extrema Pretérmino moderado Pretérmino leve	22 a 27 semanas 28 a 31 semanas 32 a 37 semanas	Cuantitativo	Ordinal
Anemia	VARIABLE INDEPENDIENTE	Es la ³ condición en la cual el valor de hemoglobina es menor a 11 gr/dl en la segunda mitad del embarazo.	Esta variable será operacionalizada a través de los antecedentes personales y obstétricos.	Antecedentes personales Antecedentes obstétricos	Edad Grado de instrucción Ocupación Estado civil Atención prenatal Paridad Índice de masa corporal IMC Antecedente del parto pretérmino	< 19 años 20 a 34 años 35 a más Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Ama de casa Empleada Independiente Soltera Casada Conviviente Sin control Inadecuado (<4) Adecuado (5 a+) Nulípara Primípara Multípara Normal: 18.5 – 24.9 Peso bajo: <18.5 Sobre peso: >30 No presentó 1 vez 2 o más veces	Cuantitativo	Nominal

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

La investigación se conformó por un total de 690 gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno.

La muestra se constituyó por 247 gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, para ello se aplicó la fórmula para poblaciones finitas (Anexo 3).

Criterios de inclusión:

- Gestantes que desearon participar en el estudio de manera voluntaria.
- Gestantes que eran mayores a 17 años, 11 meses y 29 días.

Criterios de exclusión:

- Gestantes adolescentes.
- Gestantes que se negaron a participar en el estudio.

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

El estudio empleó como técnica el análisis documental, ello permitió recopilar información concreta.

Para ello como instrumento de recolección de los datos se utilizó una ficha de recolección de datos que está conformado por cuatro partes: En la primera parte están las preguntas sobre los antecedentes personales, en la segunda se incluyen preguntas relacionados a los antecedentes obstétricos, en la tercera se ubican las preguntas sobre el tipo de parto pretérmino y en la cuarta parte se encuentra la pregunta sobre clasificación de anemia en el embarazo. Asimismo, esta ficha fue validado por juicio de 3 expertos, quienes indicaron que el instrumento era adecuado para ser aplicado; además fue sometido a prueba piloto para analizar el instrumento; donde se obtuvo una confiabilidad de Alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,801$) en donde se evidenció un resultado mayor a 0.8 el cual indica que el instrumento que fue utilizado es firme y sólido.

6 JUICIO DE EXPERTOS	FORMATO B
	Validez del instrumento de investigación

Dra. Yessenia Henny Silva Contreras	Promedio de valoracion	90
	Opinion de aplicabilidad	Muy bueno
Mg. Liz Mirian Suarez Reynoso	Promedio de valoracion	80
	Opinion de aplicabilidad	Bueno
Mg. Flor Azucena Laura Paredes	Promedio de valoracion	90
	Opinion de aplicabilidad	Muy bueno

2.5. Procedimientos

Primeramente, para llevar a cabo la presente investigación, se solicitó permiso al director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, solicitud que fue entregada en mesa de partes. Luego se procedió a coordinar y después de la autorización se procedió a la aplicación del instrumento en las gestantes atendidas en dicho hospital.

2.6. Método de análisis de datos

Para la debida recopilación de información, primeramente, se empezó a procesar la base de datos en el Microsoft Office Excel 2016 para realizar la estadística descriptiva. Luego se tabularon los datos en el programa estadístico SPSS vs. 26 para realizar el análisis inferencial, contrastar las hipótesis para la explicación de la asociación y los datos se presentaron en tablas y en gráficos para su posterior análisis.

2.7. Aspectos éticos

Este estudio estuvo orientado esencialmente en los principios éticos y bioéticos durante su desarrollo; como el respeto a todos los colaboradores, confidencialidad en el recojo de la información mediante el cuestionario; autonomía: Las gestantes tuvieron la información del estudio y decidieron si participar o no, si fuera el caso firmaron el consentimiento informado; beneficencia: Se brindó la información necesaria del presente estudio a los gestantes, ya que los resultados fueron de beneficio para la población del lugar de estudio; no maleficencia: En ningún momento fueron expuestos a sufrir daños las gestantes que participaron en el estudio; justicia: En todo momento del desarrollo del estudio se brindó un trato basado en respeto e igualdad, si discriminar a nadie.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Parto pretérmino	Anemia							
	Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Pretérminos extremos	25	10.1	24	9.7	5	2.0	54	21.8
Prematuridad moderada	28	11.4	61	24.7	27	10.9	116	47.0
Prematuridad leve	29	11.7	33	13.4	15	6.1	77	31.2
Total	82	33.2	118	47.8	47	19.0	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 11.015 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.026

Interpretación: En la tabla N°1, se evidencia la relación entre el parto pretérmino y anemia en gestantes, donde del 47.0% de las gestantes que tuvieron prematuridad moderada, el 11.4% presentaron anemia leve, el 24.7% anemia moderada y el 10.9% anemia severa; por otro lado, del 31.2% de las gestantes que tuvieron prematuridad leve, el 11.7% presentaron anemia leve, el 13.4% anemia moderada y el 6.1% anemia severa; por último, del 21.8% de las gestantes que tuvieron prematuridad extrema, el 10.1% presentaron anemia leve, el 9.7% anemia moderada y el 2.0% anemia severa.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 11.015 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.026. En consecuencia, se puede indicar que el parto pretérmino se asocia a la anemia en gestantes.

Tabla 2. Edad y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Edad	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 19 años	12	4.9	42	17.0	23	9.3	77	31.2
20 a 34 años	29	11.7	65	26.3	39	15.8	133	53.8
35 a más años	13	5.3	9	3.6	15	6.1	37	15.0
Total	54	21.9	116	46.9	77	31.2	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 10.683 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.030

Interpretación: En la tabla N°2, se evidencia la relación entre el antecedente personal de edad y el parto pretérmino en gestantes, donde del 53.8% de las gestantes que tenían de 20 a 34 años, el 11.7% presentaron prematuridad extrema, el 26.3% prematuridad moderada y el 15.8% prematuridad leve; por otro lado, del 31.2% de las gestantes que tenían menos de 19 años, el 4.9% presentaron prematuridad extrema, el 17.0% prematuridad moderada y el 9.3% prematuridad leve; por último, del 15.0% de las gestantes que tenían más de 35 años, el 5.3% presentaron prematuridad extrema, el 3.6% prematuridad moderada y el 6.1% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 10.683 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.030. En consecuencia, se puede indicar que el factor personal de edad se asocia al parto pretérmino.

Tabla 3. Grado de instrucción y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Grado de instrucción	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin instrucción	14	5.7	9	3.6	14	5.7	37	15.0
Primaria	15	6.1	23	9.3	9	3.6	47	19.0
Secundaria	18	7.3	49	19.8	40	16.2	107	43.3
Superior	7	2.8	35	14.2	14	5.7	56	22.7
Total	54	21.9	116	46.9	77	31.2	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 21.682 Chi2 tabulado: 12.592 gl = 6 p = 0.001

Interpretación: En la tabla N°3, se evidencia la relación entre el antecedente personal de grado de instrucción y el parto pretérmino en gestantes, donde del 43.3% de las gestantes que tenían secundaria completa, el 7.3% presentaron prematuridad extrema, el 19.8% prematuridad moderada y el 16.2% prematuridad leve; por otro lado, del 22.7% de las gestantes que tenían superior completo, el 2.8% presentaron prematuridad extrema, el 14.2% prematuridad moderada y el 5.7% prematuridad leve; del 19% de las gestantes que tenían primaria completa, el 6.1% presentaron prematuridad extrema, el 9.3% prematuridad moderada y el 3.6% prematuridad leve, por último, del 15.0% de las gestantes que no tenían instrucción, el 5.7% presentaron prematuridad extrema, el 3.6% prematuridad moderada y el 5.7% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 21.682 que es mayor a la Chi2 tabulada de 12.592, con 6 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.001. En consecuencia, se puede indicar que el factor personal de grado de instrucción se asocia al parto pretérmino.

Tabla 4. Ocupación y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Ocupación	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ama de casa	18	7.3	50	20.2	37	15.0	105	42.5
Empleada	17	6.9	44	17.8	17	6.9	78	31.6
Independiente	19	7.7	22	8.9	23	9.3	64	25.9
Total	54	21.9	116	46.9	77	31.2	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 9.737 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.045

Interpretación: En la tabla N°4, se evidencia la relación entre el antecedente personal de ocupación y el parto pretérmino en gestantes, donde del 42.5% de las gestantes que eran ama de casa, el 7.3% presentaron prematuridad extrema, el 20.2% prematuridad moderada y el 15.0% prematuridad leve; por otro lado, del 31.6% de las gestantes que tenían un empleo, el 6.9% presentaron prematuridad extrema, el 17.8% prematuridad moderada y el 6.9% prematuridad leve; por último, del 25.9% de las gestantes que eran independientes, el 7.7% presentaron prematuridad extrema, el 8.9% prematuridad moderada y el 9.3% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 9.737 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.045. En consecuencia, se puede indicar que el factor personal de ocupación se asocia al parto pretérmino.

Tabla 5. Estado civil y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Estado civil	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	24	9.7	28	11.3	32	13.0	84	34.0
Casada	11	4.5	32	13.0	17	6.9	60	24.4
Conviviente	19	7.7	56	22.6	28	11.3	103	41.6
Total	54	21.9	116	46.9	77	31.2	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 9.637 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.047

Interpretación: En la tabla N°5, se evidencia la relación entre el antecedente personal de estado civil y el parto pretérmino en gestantes, donde del 41.6% de las gestantes que eran convivientes, el 7.7% presentaron prematuridad extrema, el 22.6% prematuridad moderada y el 11.3% prematuridad leve; por otro lado, del 34.0% de las gestantes que eran solteras, el 9.7% presentaron prematuridad extrema, el 11.3% prematuridad moderada y el 13.0% prematuridad leve; por último, del 24.4% de las gestantes que eran casadas, el 4.5% presentaron prematuridad extrema, el 13.0% prematuridad moderada y el 6.9% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 9.637 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.047. En consecuencia, se puede indicar que el factor personal de estado civil se asocia al parto pretérmino.

Tabla 6. Atención prenatal parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Atenciones prenatales	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin control	0	0.0	19	7.7	10	4.0	29	11.7
Inadecuado	33	13.4	61	24.7	38	15.4	132	53.5
Adecuado	21	8.5	36	14.6	29	11.7	86	34.8
Total	54	21.9	116	47	77	31.1	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 10.332 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.035

Interpretación: En la tabla N°6, se evidencia la relación entre el antecedente obstétrico de atención prenatal y el parto pretérmino en gestantes, donde del 53.5% de las gestantes con atenciones prenatales inadecuadas, el 13.4% presentaron prematuridad extrema, el 24.7% prematuridad moderada y el 15.4% prematuridad leve; por otro lado, del 34.8% de las gestantes que tenían atenciones prenatales adecuadas, el 8.5% presentaron prematuridad extrema, el 14.6% prematuridad moderada y el 11.7% prematuridad leve; por último, del 11.7% de las gestantes sin controles, el 0.0% presentaron prematuridad extrema, el 7.7% prematuridad moderada y el 4.0% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 10.332 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.035. En consecuencia, se puede indicar que el factor obstétrico de atención prenatal se asocia al parto pretérmino.

Tabla 7. Paridad y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Paridad	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nulípara	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primípara	23	9.3	29	11.7	30	12.1	82	33.1
Múltipara	31	12.6	87	35.3	47	19.0	165	66.9
Total	54	21.9	116	47.0	77	31.1	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 6.818 Chi2 tabulado: 5.992 gl = 2 p = 0.033

Interpretación: En la tabla N°7, se evidencia la relación entre el antecedente obstétrico de paridad y el parto pretérmino en gestantes, donde del 66.9% de las gestantes múltiparas, el 12.6% presentaron prematuridad extrema, el 35.3% prematuridad moderada y el 19.0% prematuridad leve; por otro lado, del 33.1% de las gestantes primíparas, el 9.3% presentaron prematuridad extrema, el 11.7% prematuridad moderada y el 12.1% prematuridad leve; por último, no se presentaron casos de nuliparidad.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 6.818 que es mayor a la Chi2 tabulada de 5.992, con 2 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.033. En consecuencia, se puede indicar que el factor obstétrico de paridad se asocia al parto pretérmino.

Tabla 8. Índice de masa corporal y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Índice de masa corporal	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Delgadez	8	3.2	5	2.0	2	0.8	15	6.0
Normal	14	5.7	31	12.6	18	7.3	63	25.6
Sobrepeso	24	9.7	63	25.5	36	14.6	123	49.8
Obesidad	8	3.2	17	6.9	21	8.5	46	18.6
Total	54	21.8	116	47.0	77	31.2	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 14.551 Chi2 tabulado: 12.592 gl = 6 p = 0.024

Interpretación: En la tabla N°8, se evidencia la relación entre el antecedente obstétrico de índice de masa corporal y el parto pretérmino en gestantes, donde del 49.8% de las gestantes con sobrepeso, el 9.7% presentaron prematuridad extrema, el 25.5% prematuridad moderada y el 14.6% prematuridad leve; del 25.6% de las gestantes con IMC normal, el 5.7% presentaron prematuridad extrema, el 12.6% prematuridad moderada y el 7.3% prematuridad leve; por otro lado, del 18.6% de las gestantes con obesidad, el 3.2% presentaron prematuridad extrema, el 6.9% prematuridad moderada y el 8.5% prematuridad leve; por último, del 6.0% de las gestantes con delgadez, el 3.2% presentaron prematuridad extrema, el 2.0% prematuridad moderada y el 0.8% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 14.551 que es mayor a la Chi2 tabulada de 12.592, con 6 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.024. En consecuencia, se puede indicar que el factor obstétrico de índice de masa corporal se asocia al parto pretérmino.

Tabla 9. Antecedente de parto pretérmino y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

Antecedente de parto pretérmino	Parto Pretérmino							
	Pretérminos extremos		Prematuridad moderada		Prematuridad leve		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presentó	4	1.6	20	8.1	5	2.0	29	11.7
1 vez	13	5.3	40	16.2	23	9.3	76	30.8
2 a más veces	37	15.0	56	22.7	49	19.8	142	57.5
Total	54	21.9	116	47	77	31.1	247	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Historias Clínicas.

Chi2 calculado: 10.347 Chi2 tabulado: 9.488 gl = 4 p = 0.035

Interpretación: En la tabla N°9, se evidencia la relación entre el antecedente obstétrico de antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino en gestantes, donde del 57.5% de las gestantes con antecedentes de 2 a más veces de parto pretérmino, el 15.0% presentaron prematuridad extrema, el 22.7% prematuridad moderada y el 19.8% prematuridad leve; por otro lado, del 30.8% de las gestantes con antecedentes de un parto pretérmino, el 5.3% presentaron prematuridad extrema, el 16.2% prematuridad moderada y el 9.3% prematuridad leve; por último, del 11.7% de las gestantes sin antecedentes de parto pretérmino, el 1.6% presentaron prematuridad extrema, el 8.1% prematuridad moderada y el 2.0% prematuridad leve.

El análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado evidencia Chi2 calculado de 10.347 que es mayor a la Chi2 tabulada de 9.488, con 4 grados de libertad, y un nivel de significancia de 0.035. En consecuencia, se puede indicar que el factor obstétrico de antecedente de parto pretérmino se asocia al parto pretérmino.

IV. DISCUSIÓN

Este estudio se propuso determinar la relación entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno; encontró que, el parto pretérmino se asocia estadísticamente a la anemia en gestantes. Tales resultados coinciden con el estudio de Arcos F. (16), quien encontró que la anemia se asocia al parto pretérmino con un p valor de 0.01; de igual forma con la investigación de Maraza T. (18), quien halló que el parto pretérmino se asocia a la anemia con un p valor de 0.001; así también guarda similitud con el estudio de Villegas R. (19), quien demostró que la anemia en gestantes asocia a un parto pretérmino ($p=0.002$); asimismo Minaya et al. (12), hallaron que el parto prematuro aumenta significativamente la anemia. Sin embargo, los resultados discrepan con la investigación de Ramos M. (17), quien demostró en su estudio que el parto prematuro no se asocia a la anemia ($p>0.05$).

Un embarazo sano y libre es el primer paso para reducir el riesgo de parto prematuro y sus problemas posteriores. Todos los embarazos deberían ser experiencias felices, y esto sólo es posible si las mujeres reciben una atención excelente antes, durante y en el puerperio. El asesoramiento sobre el consumo de alimentos ricos en hierro es una de esas intervenciones cruciales incluidas que se debe dar posterior al parto.

También se halló que los antecedentes personales se asocian estadísticamente al parto pretérmino en gestantes. Hablando en detalle de los antecedentes personales se evidenció que, la edad se asocia al parto pretérmino ($p=0.030$), donde el 26.3% de las gestantes tenían entre 20 a 34 años y presentaron un parto de prematuridad moderada; de igual forma el grado de instrucción se asocia al parto pretérmino ($p=0.001$), donde el 19.8% de las gestantes tenían secundaria completa y un parto de prematuridad moderada; así también la ocupación se asocia al parto pretérmino ($p=0.045$), donde el 20.2% de las gestantes eran ama de casa y tuvieron un parto de prematuridad moderada y por último el estado civil se asocia al parto pretérmino ($p=0.047$), donde el 22.6% de las gestantes eran convivientes y tuvieron un parto de prematuridad moderada.

Dichos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Pérez A. (13), quien demostró en su estudio que la edad materna influye en el parto pretérmino ($p=0.017$); de igual forma coinciden con el estudio de Aburto S. (14), quien en su investigación evidenció que de las gestantes que tuvieron parto pretérmino el 52.63% tenían entre 20 y 29 años; estos hallazgos

también guardan cierta similitud con lo hallado por Gonzales A. (15), quien reflejó en su estudio que de las gestantes que tuvieron parto pretérmino el 96.4% de las gestantes eran amas de casa y el 76.4% tenían secundaria completa. Sin embargo, discrepan con el estudio de Aliaga B. (20), quien demostró en su estudio que de las gestantes que tuvieron parto pretérmino el 47.8% eran casadas.

En consecuencia, dado que los cambios culturales han dado lugar a un ideal de vida que, en particular para las mujeres, exige su desarrollo personal simultáneo en las esferas familiar y laboral, al tiempo que mantiene la visión convencional que sitúa la responsabilidad del cuidado de la familia sobre los hombros de la madre, es lógico que las mujeres tengan más probabilidades de contar con más antecedentes personal que pueden contribuir negativamente al parto pretérmino.

Por último, se encontró que los antecedentes obstétricos se asocian estadísticamente al parto pretérmino en gestantes. Hablando a detalle sobre los antecedentes obstétricos se reflejó que, las atenciones prenatales se asocian al parto pretérmino ($p=0.035$), donde el 24.7% de las gestantes tenían controles prenatales inadecuado y un parto de prematuridad moderada; así también la paridad se asocian al parto pretérmino ($p=0.033$), donde el 35.3% de las gestantes eran multíparas y un parto de prematuridad moderada; de igual forma el índice de masa corporal se asocian al parto pretérmino ($p=0.024$), donde el 25.5% de las gestantes tenían sobrepeso y un parto de prematuridad moderada y por último el antecedente de parto pretérmino se asocian al parto pretérmino ($p=0.035$), donde el 22.7% de las gestantes tuvieron 2 a más veces antecedentes de parto pretérmino y un parto de prematuridad moderada.

Los datos hallados guardan cierta relación con lo encontrado por Minaya et al. (12), quienes encontraron que el parto pretérmino se debe a la falta de control prenatal; de igual forma con la investigación de Gonzales A. (15), quien reflejó en su estudio que, de las gestantes que presentaron parto pretérmino, el 38.2% eran multíparas; los resultados también son similares a los hallados por Aliaga B. (20), quienes demostraron en su investigación que de las gestantes que tuvieron parto pretérmino el 52.5% tuvieron controles inadecuados, el 47.5% eran multíparas, el 56.7% sobrepeso y el 43.2% si tuvieron antecedente de parto pretérmino.

Tras ello se puede indicar que, identificar a las mujeres con riesgo de parto prematuro es un reto crucial para el personal de la atención clínica, ya que los enfoques más eficaces para evitar el parto prematuro se basan en los antecedentes obstétricos. La atención obstétrica

clínica depende en gran medida de la identificación oportuna de los factores de riesgo de parto prematuro, ya que se ha demostrado que las intervenciones tempranas reducen la probabilidad de parto prematuro. A fin de determinar el método más eficaz para prevenir el parto prematuro, es necesario distinguir entre embarazos de bajo y alto riesgo.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que el parto pretérmino guarda relación directa ($p=0.026$) con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.

SEGUNDA: Se estableció que, los antecedentes personales se asocian estadísticamente al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022. Dentro de ellas, la edad ($p=0.030$), el grado de instrucción ($p=0.001$), la ocupación ($p=0.045$) y el estado civil ($p=0.047$).

TERCERA: Se estableció que, los antecedentes obstétricos se asocian estadísticamente al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022. Dentro de ellas, las atenciones prenatales ($p=0.035$), la paridad ($p=0.033$), el índice de masa corporal ($p=0.024$) y los antecedentes de parto pretérmino ($p=0.035$).

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERO: Al personal obstetra del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro realizar una anamnesis exhaustiva y cuidadosa de todas las pacientes embarazadas que acudan a dicho nosocomio, con el fin de evitar el parto pretérmino y la anemia en gestantes.

SEGUNDO: Al personal obstetra de los establecimientos de salud de la Provincia de Azángaro que realicen una vigilancia constante de los controles prenatales para registrar la mayor cantidad posible de información sobre la salud y los antecedentes de las mujeres embarazadas.

TERCERO: Realizar un trabajo interdisciplinario con los profesionales de nutrición, para desarrollar un plan de alimentación saludable para las gestantes como parte de un programa que promueva la buena nutrición y un estilo de vida equilibrado.

CUARTO: A los futuros profesionales a que realicen nuevas investigaciones, con una población más amplia para la formulación de recomendaciones o técnicas para el tratamiento y la prevención del parto prematuro y anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmad M, Mohammed S, Waleed A, Amir H, Redha A, Samir D, et al. Prevalence and risk factors of anemia in pregnant women in Najaf governorate, Iraq: A study in primary health care centers. *Eurasian Med Res Period* [Internet]. 2023;16:109–80. Available from: <https://www.geniusjournals.org/index.php/emrp/article/view/3251/2762>
2. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas del Hospital San José. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2020;9(2):31–3. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/203/199>
3. Mohamed A, Al-Mawlah Y, Abdulabbas H. Examination and analyzing the levels of related micronutrients and anemia in pregnant women. *J Biotech Res* [Internet]. 2023;14:35–40. Available from: <https://www.proquest.com/openview/ff66f53f0a7680efbb615f29d6760452/1?pq-origsite=gscholar&cbl=136084>
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Perú; 2017 [cited 2023 Feb 8]. p. 10–41. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>
6. Espinola M, Sanca S, Ormeño A. Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazada en Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021;86(2):192–201. Available from: https://sochog.cl/wp-content/uploads/2021/05/TO_06-2.pdf
7. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe Gerencial SIEN HIS Estado nutricional de niños y gestantes que acceden a Establecimientos de Salud [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2022. p. 1–46. Available from: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2022/Inf>

Gerencial SIEN-HIS I SEMESTRE 2022.pdf

8. Consejo Regional de Obstetras VIII Puno. Reporte de seguimiento concertado a indicadores de anemia en gestantes de la región de Puno. 2021;4. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-11-24/reporte-regional-de-anemia-en-gestantes-revision-2.pdf>
9. Montero A, Ferrer R, Paz D, Pérez M, Díaz Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Rev Médica Granma [Internet]. 2019;23(5):1155–73. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-1155.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
11. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. Vols. 28-SE 46, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. 2019. p. 1166–90. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
12. Minaya J, Vidal J, Minaya M. Efecto de la relación entre la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes de un hospital peruano. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2022;11(3):9–15. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/281/326>
13. Pérez A. Anemia en el primer trimestre es factor de riesgo asociado a parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo de Sullana 2021 [Internet]. Universidad Nacional de Piura; 2022. Available from: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/4091/MHUM-PER-QUI-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Aburto S. Anemia gestacional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Rezola de Cañete 2019 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/3284/T.TPMH-ABURTO-YATACO-SANDRA-MILAGROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Gonzales A. Anemia en gestantes atendidas en el centro de salud Ccasapata 2020 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Available from:

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9c63c4a5-1d36-48c3-8f09-e26863980326/content>

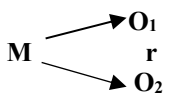
16. Arcos F. Anemia materna y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Barranca-Cajatambo durante el periodo 2018-2019 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. Available from: [http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2667/T-TPMC-FLOR DE MARIA ARCOS PARDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2667/T-TPMC-FLOR_DE_MARIA_ARCOS_PARDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Ramos M. Parto pretérmino y su relación con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra 2018 [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2020. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6176/Ramos_VM.pdf?sequence=3&isAllowed=y
18. Maraza T. Anemia y amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Sergio Enrique Bernales en el periodo 2018-2019 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. 2020. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2971/TMARAZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Villegas R. Anemia en gestantes del tercer trimestre con el desarrollo de parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo 2016 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. Available from: [http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/925/T-TPMC- Roberth Danjelo Villegas Garcia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/925/T-TPMC-Roberth_Danjelo_Villegas_Garcia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
20. Aliaga B. Anemia en el embarazo y su relación con el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2019 [Internet]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2021. Available from: http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/5358/T036_70312928_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Kempainen L, Mattila M, Ekholm E, Pallasmaa N, Törmä A, Varakas L, et al. Gestational iron deficiency anemia is associated with preterm birth, fetal growth restriction, and postpartum infections. *J Perinat Med* [Internet]. 2020;49(4). Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2020-0379/html>

22. Atindama S, Ayamba E, Agorinya I, Alhassan M, Kagura J, Yidana A, et al. Descriptive epidemiology of anaemia among pregnant women initiating antenatal care in rural Northern Ghana. *African Journals* [Internet]. 2019;11(1). Available from: <https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/phcfm.v11i1.1892>
23. Yuan X, Hu H, Zhang M, Long W, Liu J, Jiang J, et al. Iron deficiency in late pregnancy and its associations with birth outcomes in Chinese pregnant women: a retrospective cohort study. *Nutr Metab (Lond)* [Internet]. 2019;16(30). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12986-019-0360-9>
24. Bustos D, Galarza B. Anemia en la gestación y su relación con amenaza de parto pretermino y parto pretermino, en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra y Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsachilas en el periodo enero a julio 2017 [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14976/TESIS_CORREGIDA_DRA_PALACIOS_DR_GALARZA_DRA_BUSTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Yanque O, Zafra J, Taype A, Arroyo J, Rosales C, Mucha J, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. *Acta Medica Peru* [Internet]. 2019;36(1):46–56. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n1/a08v36n1.pdf>
26. Ayala F, Ayala D. Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2019;65(4):487–9. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v65n4/a12v65n4.pdf>
27. Díaz R, Díaz L. Anemia gestacional del tercer trimestre: frecuencia y gravedad según la edad materna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020;58(4):428–36. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768632009/html/>
28. Encuesta Demografica y de Salud Familiar. Lactancia, nutrición y desarrollo de niñas, niños y mujeres [Internet]. Perú; 2020. p. 1–36. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
29. Gonzales F, Saavedra W. Número de controles prenatales y su asociación con el bajo peso al nacer en mujeres de 15 a 49 años según la Encuesta Demográfica y de Salud

- Familiar ENDES-2016 [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). 2018. Available from: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624895/gonzales_hf.pdf?sequence=4&isAllowed=y
30. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino [Internet]. 2010. p. 41–8. Available from: [https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2010/RM487-2010-MINSA Atenciones Obstetricas.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2010/RM487-2010-MINSA_Atenciones_Obstetricas.pdf)
31. Condori R, Quilla M. Factores relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancane-2022 [Internet]. Universidad Roosevelt. 2022. Available from: [https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/885/TESIS CONDORI PINTO - QUILLA CHAMBI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/885/TESIS_CONDORI_PINTO_-_QUILLA_CHAMBI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna [Internet]. 2013. p. 1–61. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
33. Aguilar L, Lázaro M. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2019. p. 1–48. Available from: [https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/Guia Técnica VNA Gestante Final - Versión Final -.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/Guia_Técnica_VNA_Gestante_Final_-_Versión_Final_-.pdf)
34. EsSalud. Guía de práctica clínica para La prevención y manejo del parto pretermino [Internet]. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Perú; 2018. p. 1–25. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Partido_Pretermino_Versión_Corta.pdf
35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6th ed. Education MGH, editor. México; 2014. 1–634 p. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PARTO PRETÉRMINO Y ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ DE AZANGARO, PUNO-2022					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN/ INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>General: ¿Existe relación entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022?</p> <p>Específicos: ¿Existe relación entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022?</p> <p>¿Existe relación entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p> <p>Objetivos específicos: Identificar la relación entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p> <p>Identificar la relación entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación directa entre parto pretérmino y anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p> <p>Hipótesis específicas: Existe relación directa entre antecedentes personales y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p> <p>Existe relación directa entre antecedentes obstétricos y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, Puno-2022.</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Parto pretérmino</p>	<p><u>Tipos de parto pretérmino</u> Pretérmino extrema Pretérmino moderado Pretérmino leve</p>	<p>Tipo de investigación: Básico</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Nivel de estudio: Correlacional</p> <p>  </p> <p>M: Muestra O₁: Anemia O₂: Parto pretérmino R: Posible relación entre las variables</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental de corte transversal</p> <p>Población La población estuvo conformada por 690 gestantes atendidas en el Hospital.</p> <p>Muestra: Por muestreo probabilístico con una muestra de 247 gestantes.</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p> <p>Técnica: Análisis documental.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>
			<p>Variable independiente</p> <p>Anemia</p>	<p><u>Tipos de anemia</u> Anemia leve Anemia moderada Anemia severa</p>	

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN ROOSEVELT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD- ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**

**“PARTO PRETÉRMINO Y LA ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO DE AZANGARO, PUNO
2022”**

Historia clínica N°:

ANTECEDENTES PERSONALES

1.- Edad

- a) < 19 años
- b) 20 a 34 años
- c) 35 a más

2.- Grado de instrucción

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3.- Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Independiente

4.- Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

5.- Atenciones prenatales

- a) Sin control
- b) Inadecuado <4
- c) Adecuado 5 a más

6.- Paridad

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara

7.- Índice de masa corporal

- a) Delgadez <18.5
- b) Normal: ≥ 18.5 a <25.0
- c) Sobre peso: 25.0 a <30.0

d) Obesidad: ≥ 30.0

8.- Antecedentes de parto pretérmino

- a) No presentó
- b) 1 vez
- c) 2 o más veces

TIPOS DE PARTO PRETÉRMINO

- a) Pretérminos extremos (22 a 27 semanas)
- b) Prematuridad moderada (28 a 31 semanas)
- c) Prematuridad leve (32 a 37 semanas)

CLASIFICACIÓN DE ANEMIA

- a) Leve: Hb 10.0-10.9 g/dl
- b) Moderada: Hb 7.0-9.9
- c) Severa: Hb < 7 g/dl

Anexo 3. Calculo de muestreo

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

Donde:

n: Es el tamaño de la muestra

N: Es el tamaño de la población.

Z: Es el nivel de confianza (1.96), es decir, 95% de confianza)

e: Es la precisión o el error (5% de error)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

Cálculo de la muestra:

$$\frac{690 (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2 \times (690 - 1) + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}$$

$$n = 247$$

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento de investigación

Tabla 10. Estadística de fiabilidad de la variable: Parto pretérmino y la anemia en gestantes

Alfa de Cronbach	N de elementos
,801	10

Anexo 5: Validez del instrumento de investigación

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : PARTO PRETERMINO Y ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZANGARO PUNO 2022

1.2. Nombre del instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado																X				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																X				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																X				
4. Organización	Existe una organización Lógica																X				
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																X				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																X				
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																X				
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																X				
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																X				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																X				

PROMEDIO DE VALORACIÓN

80

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : LIZ MIRIAM SUAREZ REYNOSO

DNI N° : 20075491 Teléfono /Celular : 988456058

Dirección domiciliaria : P.J. SAN CARLOS N° 120-HUANCAYO

Título Profesional : OBSTETRIZ.

Grado Académico : MAESTRO

Mención : - GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
- INVESTIGACION Y DOCENCIA UNIVERSITARIAI



SUAREZ REYNOSO LIZ MIRIAM
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP. 14003 RNE. 877-E.01

Firma

Lugar y fecha: Huancayo, 21 de abril del 2023.

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE
EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la : PARTO PRETERMINO Y ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS
Investigación EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZANGARO PUNO 2022

1.2. Nombre del instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado																				X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																			X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																	X			
4. Organización	Existe una organización Lógica																		X		
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																X				
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																			X	
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																	X			
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																X				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																		X		

PROMEDIO DE VALORACIÓN

90

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombre y Apellido : Flor Amecua Laura Paredes
DNI N° : 7214326 Teléfono / Celular : 958248034
Dirección domiciliaria : Jr. Arque N° 127 - Azángaro
Título Profesional : Obstetra
Grado Académico : Magister en Salud
Mención : Salud Pública


Mgtr. Flor A. Laura Paredes
OBSTETRA
COP: 21830

Firma

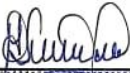
PROMEDIO DE VALORACIÓN

90

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- 1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : Yessenia Henny Silva Contreras
DNI N° : 29570749 Teléfono / Celular : 939393536
Dirección domiciliaria : Jr. 2 de Mayo N° 330 -
Título Profesional : Obstetra
Grado Académico : Doctor
Mención : Doctor en Salud Pública


Dra. Yessenia Silva Contreras
OBSTETRA
C.O.P. 4504
Lugar y fecha:

Anexo 5: Resolucion decanal de la facultad de ciencias de la salud

Anexo 6: Informe de proyecto de tesis por software antiplagio

Anexo 7: Tabulacion de datos

m u e s t r a	Antecedentes personales				Antecedente obstétricos				Tipos de parto pretérmino	Clasificación de anemia
	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Estado civil	Atenciones prenatales	Paridad	Índice de masa corporal	Antecedentes de parto pretérmino		
1	2	3	1	2	2	3	2	1	3	3
2	2	2	1	3	2	3	4	1	3	3
3	1	3	1	3	1	3	2	1	3	3
4	2	3	1	3	2	3	2	1	3	3
5	2	3	2	3	1	3	2	1	3	2
6	1	3	1	3	1	3	4	1	3	3
7	2	3	3	3	1	3	4	2	3	3
8	1	2	2	3	1	3	2	3	3	2
9	1	3	3	3	1	3	4	3	3	2
10	1	3	2	3	1	3	2	3	2	2
11	1	3	2	3	1	3	4	1	2	3
12	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3
13	1	4	2	3	1	3	3	2	2	3
14	2	3	2	3	1	3	4	3	2	2
15	2	3	1	2	1	3	2	3	2	2
16	2	3	1	3	1	3	3	3	2	3
17	2	3	2	2	1	3	3	2	2	3
18	2	3	1	3	1	3	2	3	2	3
19	2	4	1	3	1	3	4	3	2	3
20	2	3	1	3	1	3	3	3	2	2
21	2	3	1	3	1	3	4	3	3	3
22	2	3	1	2	1	3	2	3	2	3
23	1	2	1	3	1	3	2	3	2	2
24	2	3	1	2	2	3	3	3	2	3
25	2	2	1	3	2	3	4	2	2	2
26	3	3	1	3	3	3	4	2	2	3
27	1	3	1	3	1	3	3	2	2	2

28	2	3	1	3	2	3	3	1	2	3
29	1	3	1	2	3	3	3	3	2	2
30	1	3	1	3	1	3	2	2	2	2
31	1	3	1	3	1	3	2	1	3	2
32	1	3	1	2	1	3	4	2	3	2
33	2	3	1	2	2	3	3	1	2	2
34	2	3	1	1	2	3	3	1	2	2
35	1	3	3	2	1	3	4	2	2	3
36	1	1	3	1	1	3	4	1	2	3
37	1	1	1	3	1	3	2	2	3	2
38	2	4	2	3	2	3	3	2	2	3
39	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3
40	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2
41	2	4	3	2	2	2	3	1	2	2
42	1	4	2	3	3	2	3	1	2	3
43	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
44	2	4	1	3	2	2	3	1	2	3
45	1	4	2	3	3	3	3	1	2	1
46	1	2	1	3	3	3	3	2	2	1
47	2	4	1	3	2	3	3	3	2	1
48	2	3	1	1	2	3	3	2	2	1
49	2	3	3	2	2	3	3	2	2	1
50	2	3	1	3	2	2	3	3	3	3
51	2	3	1	2	2	3	3	1	2	3
52	2	3	1	2	2	3	3	2	1	1
53	3	4	1	1	3	3	3	1	1	1
54	2	4	1	3	2	3	3	2	2	3
55	2	1	1	2	2	3	3	3	1	1
56	1	4	1	1	3	3	3	3	3	3
57	2	2	1	1	2	3	3	3	1	1
58	1	1	1	2	3	3	3	3	2	1
59	2	3	1	1	2	3	3	3	3	3
60	2	4	1	1	2	3	3	2	3	1

61	1	4	1	2	3	3	3	2	2	3
62	1	3	1	3	3	3	2	1	3	1
63	3	3	1	2	3	3	2	1	1	1
64	2	4	1	1	2	2	3	2	3	3
65	3	1	3	3	3	2	4	3	3	2
66	3	3	2	1	3	3	1	2	3	1
67	3	4	2	3	3	2	1	2	1	3
68	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1
69	3	2	1	3	3	3	2	1	2	2
70	2	3	2	3	2	3	4	2	3	2
71	2	3	3	2	2	3	2	3	2	1
72	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1
73	1	4	3	1	3	3	3	1	3	2
74	2	3	1	2	2	3	4	3	2	2
75	2	1	2	1	2	3	3	3	2	2
76	2	1	2	2	2	3	1	1	2	1
77	1	3	1	2	3	3	3	3	2	2
78	1	3	2	3	3	3	2	1	2	2
79	1	3	3	1	2	3	4	2	2	2
80	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1
81	1	4	1	1	3	3	4	2	2	2
82	1	4	3	2	3	3	2	1	2	2
83	2	4	2	3	2	3	2	1	2	2
84	2	4	2	3	2	3	3	3	2	1
85	3	3	2	3	3	3	1	1	1	3
86	2	1	2	3	2	3	3	3	2	1
87	2	4	3	3	2	3	3	2	3	1
88	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
89	2	1	3	3	2	3	4	2	1	1
90	2	3	3	3	2	3	2	3	3	1
91	3	3	2	3	3	3	4	2	1	1
92	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3
93	3	2	1	3	3	3	3	2	2	1

94	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2
95	2	2	1	3	2	3	1	1	2	2
96	2	4	1	3	2	2	3	3	2	2
97	2	3	2	3	2	2	2	3	1	2
98	1	4	1	3	3	2	3	2	2	1
99	1	2	1	3	3	2	3	3	1	1
100	1	2	2	3	3	2	4	3	2	1
101	2	3	2	3	2	2	4	3	1	2
102	1	2	3	3	3	2	3	2	2	2
103	1	2	3	1	3	2	2	3	2	2
104	1	4	1	1	3	3	4	3	3	2
105	2	2	2	1	2	3	4	3	1	1
106	2	3	3	1	2	3	1	3	3	1
107	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1
108	3	3	2	1	2	3	3	3	2	2
109	2	1	3	1	2	2	4	2	1	2
110	2	3	2	1	2	3	3	2	1	1
111	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3
112	2	3	1	1	2	2	2	3	3	2
113	2	3	1	1	2	2	2	3	3	3
114	2	1	1	1	2	2	3	3	1	2
115	1	3	2	3	2	3	3	3	1	2
116	1	1	2	1	2	3	3	2	3	1
117	2	3	3	3	2	2	3	2	1	1
118	2	3	2	1	2	3	3	3	1	2
119	2	3	1	3	2	2	3	3	3	2
120	1	1	3	2	2	3	3	3	2	2
121	1	3	2	1	2	2	3	3	1	2
122	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3
123	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3
124	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2
125	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2
126	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2

127	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2
128	2	3	1	3	2	3	4	3	1	3
129	2	3	3	1	2	3	4	2	2	2
130	1	3	3	1	3	3	3	3	3	1
131	1	4	1	2	3	3	2	2	2	3
132	2	4	1	3	2	2	2	2	3	3
133	2	3	2	1	2	3	3	3	2	2
134	3	3	3	3	3	3	4	3	3	1
135	1	4	1	1	3	2	4	3	3	2
136	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2
137	3	4	1	1	3	2	3	3	2	1
138	2	4	2	1	2	3	3	3	3	1
139	2	3	3	1	2	3	4	3	3	2
140	1	3	2	1	3	3	3	3	2	2
141	1	2	3	1	3	3	2	3	1	3
142	2	3	1	1	2	3	2	3	2	2
143	2	2	1	1	2	3	3	3	1	2
144	2	4	1	2	2	3	4	3	2	1
145	2	4	2	1	2	3	4	3	1	1
146	2	3	3	2	2	3	4	2	3	1
147	2	3	3	2	2	2	2	3	3	1
148	2	4	1	1	2	2	3	3	2	2
149	2	3	3	3	2	2	4	3	3	1
150	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1
151	2	3	3	1	2	2	3	2	2	1
152	1	3	2	3	3	2	4	3	1	2
153	1	4	2	3	3	2	3	2	2	3
154	1	2	3	3	3	2	2	2	2	1
155	1	4	1	3	3	3	3	2	2	1
156	1	4	1	3	3	2	3	3	2	2
157	1	2	2	2	3	2	3	3	2	1
158	2	4	2	2	2	3	3	2	2	2
159	1	3	1	1	3	2	2	3	1	2

160	2	4	3	2	2	2	3	3	1	1
161	2	3	3	1	2	2	2	3	2	2
162	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
163	1	4	3	1	3	3	3	3	2	2
164	1	3	1	1	3	2	3	3	3	1
165	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2
166	2	3	1	1	2	3	3	3	3	1
167	2	3	1	1	2	3	4	2	2	1
168	3	4	1	1	3	3	2	2	3	1
169	3	1	2	2	3	2	3	3	3	1
170	2	1	2	2	2	2	3	3	3	1
171	3	2	1	3	3	3	3	3	3	1
172	3	1	3	3	3	2	2	3	1	1
173	2	4	1	2	2	3	3	2	2	1
174	1	2	2	1	3	2	2	3	2	1
175	1	1	1	2	3	2	3	3	1	2
176	1	1	2	3	3	3	4	2	2	2
177	3	1	3	2	3	3	3	3	1	2
178	1	1	1	2	3	3	4	3	3	2
179	2	4	3	3	2	3	2	3	1	1
180	1	2	2	2	3	2	3	3	1	1
181	1	3	1	2	3	3	3	3	2	2
182	1	2	2	3	3	3	2	3	2	2
183	2	1	1	3	2	3	4	3	1	2
184	2	4	1	2	2	3	3	2	2	2
185	3	1	3	1	3	3	2	2	1	2
186	3	2	1	3	3	2	3	3	1	1
187	3	2	3	1	3	2	3	3	1	2
188	2	2	2	1	2	2	3	3	1	1
189	2	2	1	3	2	3	2	3	2	3
190	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2
191	1	2	2	1	3	2	3	2	3	2
192	2	1	2	3	2	2	3	2	3	1

193	1	3	1	2	3	3	3	3	3	1
194	1	1	2	2	3	2	2	3	3	1
195	2	4	3	3	2	2	3	3	3	1
196	3	3	2	2	3	2	2	3	3	1
197	2	3	3	1	2	3	3	2	2	3
198	2	3	2	2	2	3	4	2	3	1
199	2	2	1	2	2	2	2	3	1	1
200	2	1	3	3	2	3	4	3	1	1
201	2	2	1	2	2	2	3	3	3	1
202	2	4	2	3	2	3	3	3	2	1
203	2	2	2	1	2	3	2	3	2	1
204	2	1	3	1	2	2	3	2	1	1
205	1	1	3	2	3	2	2	2	1	2
206	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3
207	3	2	3	3	3	2	3	3	1	1
208	1	4	2	1	3	2	2	2	2	3
209	3	4	3	1	3	2	2	3	3	2
210	2	4	2	1	2	2	3	2	2	1
211	2	4	3	3	2	2	4	3	2	2
212	1	2	1	2	3	2	3	3	2	2
213	2	4	3	1	2	3	2	2	1	1
214	2	4	2	2	2	3	3	2	2	1
215	3	3	1	1	3	3	3	2	3	1
216	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2
217	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2
218	2	4	2	1	2	3	4	3	3	2
219	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2
220	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2
221	2	4	2	3	2	2	2	3	2	2
222	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2
223	2	1	2	3	2	3	2	3	1	2
224	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2
225	2	3	3	3	2	3	3	3	1	2

226	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2
227	1	3	1	1	3	3	3	3	2	2
228	1	4	2	2	3	2	3	3	2	2
229	2	2	3	1	2	3	3	2	3	2
230	3	1	1	3	3	2	3	3	3	2
231	2	2	1	1	2	3	3	3	2	2
232	2	2	2	3	2	3	4	2	1	2
233	1	1	1	2	3	2	4	2	3	2
234	1	2	2	3	3	3	2	3	1	2
235	2	3	1	1	2	2	4	2	3	2
236	1	2	1	1	3	3	3	3	2	2
237	1	4	3	1	3	3	3	3	3	2
238	2	1	2	1	2	3	4	2	3	2
239	2	4	2	3	2	2	3	3	1	2
240	2	3	2	3	2	3	4	3	2	2
241	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2
242	1	2	1	2	3	3	2	3	1	2
243	2	1	2	1	2	2	4	2	2	2
244	2	3	3	2	2	3	3	1	3	2
245	2	4	2	3	2	3	3	2	2	2
246	3	2	3	2	3	3	4	1	3	2
247	2	3	1	3	2	3	2	3	1	2

Anexo 8: fotografías de la ejecución de la tesis

● 4% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 4% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.umsa.bo	Internet	<1%
2	repositorio.uancv.edu.pe	Internet	<1%
3	slideshare.net	Internet	<1%
4	es.slideshare.net	Internet	<1%
5	repositorio.urp.edu.pe	Internet	<1%
6	repositorio.uoosevelt.edu.pe	Internet	<1%
7	repositorio.uss.edu.pe	Internet	<1%
8	researchgate.net	Internet	<1%
9	alicia.concytec.gob.pe	Internet	<1%

10	hdl.handle.net Internet	<1%
11	repositorio.ug.edu.ec Internet	<1%
12	repositorio.unh.edu.pe Internet	<1%
13	pesquisa.bvsalud.org Internet	<1%

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

ASESORAMg. SUAREZ REYNOSO, LIZ MIRIAMLÍNEA DE INVESTIGACIÓNATENCIÓ...
repositorio.uroosevelt.edu.pe

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para l...
www.slideshare.net

de pregrado de la UPH Franklin Roosevelt.DECLARAMOS QUE:1. El presente trabaj...
repositorio.uroosevelt.edu.pe

vÍndiceDedicatoria
repositorio.ucv.edu.pe