

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

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



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE  
LA CIUDAD DE CHOTA, 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

**BACH. MERLY YULISA FUSTAMANTE GÁLVEZ**

**Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7616-2166>**

**BACH. JERLIN RAFAEL TARRILLO**

**Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3369-2267>**

**ASESOR**

**Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA**

**Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9213-4780>**

**CHOTA – PERÚ  
2025**



Chota, 20 de enero de 2026.

**C.O. N° 006-2026-UI-FCCSS**


## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

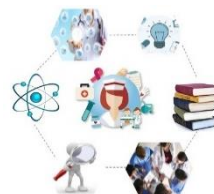
El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE CHOTA, 2025”** elaborado por los **Bachilleres en enfermería: Merly Yulisa Fustamante Gálvez y Jerlin Rafael Tarrillo**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 17%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



  
Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA  
Jefe de la Unidad de Investigación  
Facultad Ciencias de la Salud  
UNACH



**Unidad de Investigación**  
**Facultad en Ciencias de la**  
**Salud**  
**UNACH**

C.c.  
Archivo  
Cr2026

# JERLIN RAFAEL TARRILLO

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALU...

 ASESORÍAS

 JURADO Y ASESORIA

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3460063453

Fecha de entrega

18 ene 2026, 8:12 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

18 ene 2026, 8:14 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

MERLY\_YULISA\_FUSTAMANTE\_G\_LVEZ\_-\_JERLIN\_RAFAEL\_TARRILLO.pdf

Tamaño del archivo

323.0 KB

55 páginas

13.917 palabras

76.489 caracteres




# 17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado

## Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 9%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 9% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.unc.edu.pe	3%
2	Internet	hdl.handle.net	3%
3	Internet	repositorio.unach.edu.pe	2%
4	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	1%
5	Internet	repositorio.upla.edu.pe	1%
6	Internet	cdn.www.gob.pe	1%
7	Internet	isbn.cenal.gob.ve	<1%
8	Internet	repositorio.undac.edu.pe	<1%
9	Internet	anmperu.org.pe	<1%
10	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
11	Internet	health.marylandgeneral.org	<1%

12	Internet	revcmhabana.sld.cu	<1%
13	Internet	concepto.de	<1%
14	Internet	repositorio.unjbg.edu.pe	<1%
15	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
16	Publicación	Arpi Gutierrez, Jordan Wagner. "Anemia materna como factor de riesgo para el d...	<1%
17	Internet	disalimasur.gob.pe	<1%
18	Internet	www.fasgo.org.ar	<1%
19	Internet	prezi.com	<1%
20	Internet	www.slideshare.net	<1%
21	Internet	www.dhsprogram.com	<1%
22	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
23	Internet	1library.co	<1%
24	Internet	repositorio.udch.edu.pe	<1%
25	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%

26

Publicación

Paredes Ugarte, Wilber. "Biomarcadores del metabolismo del hierro y desarrollo ...

<1%



**Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis**

Siendo las 11:00 horas del día 08 de enero del año 2026, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Anibal Oblitas Gonzales, secretario (a) Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza, como vocal Dr. Hernán Tafur Coronel y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: "Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025"

presentado por el (los) bachiller (es): Merly Yulisa Fustamante Gálvez y Jerlin Rafael Tarrillo de la Escuela Profesional de Enfermería.

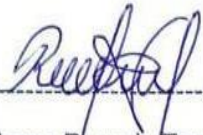
Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): DIECISEIS (16) y con la denominación MENCION HONROSA por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 12:00 del 08 de enero del 2026.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
<b>Presidente :</b> - Dr. Anibal Oblitas Gonzales	
<b>Secretario:</b> - Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza	
<b>Vocal:</b> - Dr. Hernán Tafur Coronel	
ASESOR	FIRMA
- Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza	

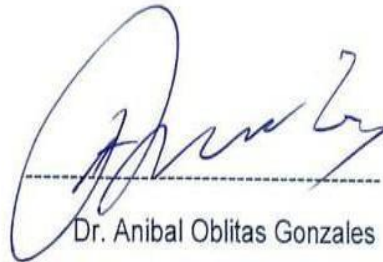


COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza

Asesor



Dr. Anibal Oblitas Gonzales

Presidente de Jurado Evaluador



Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza

Secretario



Dr. Hernán Tafur Coronel

Vocal

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por brindarnos la oportunidad de conocer, explorar y fortalecer nuestros conocimientos, habilidades y herramientas que nos han ayudado a formarnos como profesionales competentes.

A nuestros padres, cuyo amor y educación han sido la base que nos ha permitido transitar este camino para alcanzar nuestras metas.

A nuestros docentes, por las enseñanzas y orientaciones, por velar siempre por nuestro aprendizaje y por mostrarnos los valores de justicia, responsabilidad, respeto mutuo y profesionalismo.

A nuestro asesor Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza, reconocemos profundamente el valioso apoyo, quien nos ha escuchado, aconsejado y guiado durante todo el proceso de investigación, análisis, reflexión y elaboración de este trabajo.

A los participantes del estudio quienes con su aporte valioso hicieron realidad esta investigación.

**A:**

Nuestros padres, quienes nos brindaron apoyo y consuelo tanto en los momentos Complicados y también en aquellos más llevaderos. Gracias a ellos aprendimos a enfrentar las adversidades con firmeza, sin perder la calma ni rendirnos. Nos formaron como las personas que somos hoy, con principios, valores, perseverancia y gran dedicación, todo ello acompañado de un amor inmenso y desinteresado.

**Yulisa y Jerlin.**

	<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>		Viii
<b>ABSTRACT</b>		Ix
	<b>CAPÍTULO I</b>	1
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
	<b>CAPÍTULO II</b>	
	<b>MARCO TEÓRICO</b>	5
2.1. Antecedentes del estudio		5
2.2. Bases conceptuales		8
2.3. Definición de términos básicos		17
	<b>CAPÍTULO III</b>	
	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	18
3.1. Ámbito de estudio		18
3.2. Diseño de investigación		18
3.3. Hipótesis		19
3.4. Población, muestra y unidad de estudio		19
3.5. Operacionalización de las variables		20
3.6. Descripción de la metodología		22
3.7. Procedimiento y análisis de datos		23
3.8. Aspectos éticos y rigor científico		24
	<b>CAPÍTULO IV</b>	
	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	25
4.1. Describir la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.		25
4.2. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.		29
4.3. Identificar las características gineco obstétricos de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.		34
4.4. Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.		38
	<b>CAPÍTULO V</b>	
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	50
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	53
	<b>ANEXOS</b>	62

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.	25
<b>Tabla 2.</b> Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.	29
<b>Tabla 3.</b> Características gineco obstétricas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.	38
<b>Tabla 4</b> Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.	38

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

DIRESA	: Dirección Regional de Salud
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
HB	: Hemoglobina
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
SIEN	: Sistema de Información del Estado Nutricional

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025. Investigación cuantitativa, correlacional, observacional y retrospectiva. La población fue de 90 pacientes. La técnica el análisis documental y el instrumento una ficha de recolección de datos. Los resultados mostraron que el segundo trimestre hubo mayor frecuencia de anemia, donde el 16,7% presentaron esta condición, y además se concentró la mayor proporción de anemia moderada 53,3%. La mayoría de las gestantes tenían entre 18 y 35 años 57,2% y residían en zonas urbanas 85,6%. Más de la mitad eran amas de casa 53,3%, con estudios de secundaria 86,7% y la mayoría estaban casadas o convivían 85,6% y el 57,8% tenía más de dos hijos. Además, el 83,3% cumplió con seis o más controles prenatales y el 94,4% recibió prescripción de hierro. Finalmente, el 82,2% cumplió con los controles en el primer y segundo trimestre. Conclusiones: los factores de riesgo que se relacionaron con la anemia gestacional fueron la ocupación ( $p = 0,007$ ), la atención prenatal ( $p= 0,027$ ) y edad gestacional ( $p= 0,001$ ). Mientras que, los factores de riesgo que incrementaron la probabilidad de desarrollar anemia gestacional, fueron ser amas de casa (OR: 3,596) y el primer y segundo trimestre (OR: 6,358).

**Palabras Clave:** anemia gestacional, factores de riesgo, gestante, controles prenatales.

## ABSTRACT

The study aimed to determine the risk factors associated with anemia in pregnant women treated at a health facility in the city of Chota, 2025. It was a quantitative, analytical, relational, observational, and retrospective study. The population consisted of 90 patients. The data collection technique was document analysis, and the instrument was a data collection form. The results showed that anemia was more frequent in the second trimester, where 16,7% of the women presented with this condition, and the highest proportion of moderate anemia (53,3%) was also concentrated in this period. The majority of pregnant women were between 18 and 35 years old (57,2%) and resided in urban areas (85,6%). More than half were housewives (53,3%), with a secondary education (86,7%), and the majority were married or cohabiting (85,6%). 5,8% had more than two children. In addition, 83,3% attended six or more prenatal check-ups and 94,4% received an iron prescription. Furthermore, 83,3% of the women completed six or more prenatal checkups, and 94,4% received iron prescriptions. Finally, 82,2% completed checkups in the first and second trimesters. Conclusions: Factors associated with gestational anemia were occupation ( $p = 0,007$ ), prenatal care ( $p = 0,027$ ), and gestational age ( $p = 0.001$ ). Risk factors that increased the likelihood of developing gestational anemia included being a homemaker (OR: 3,596) and being in the first or second trimester (OR: 6,358).

**Keywords:** gestational anemia, risk factors, pregnant woman, prenatal checkups.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Un factor de riesgo es cualquier característica o condición que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad [1]. En el embarazo, la anemia está principalmente asociada a la deficiencia de hierro y ácido fólico, necesarios para la formación de glóbulos rojos. Otros factores importantes incluyen pérdidas sanguíneas previas, embarazos múltiples, embarazo en adolescentes, enfermedades que afectan la absorción de nutrientes, condiciones socioeconómicas desfavorables e infecciones crónicas, que incrementan la vulnerabilidad a esta condición [2].

La anemia es una enfermedad que se presenta cuando hay una disminución en la cantidad de glóbulos rojos o de hemoglobina (Hb) en la sangre, lo que afecta el transporte de oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos del cuerpo, generando síntomas como fatiga, debilidad o dificultad para concentrarse. Durante el embarazo, es común que el volumen de sangre aumente, lo que diluye la concentración de glóbulos rojos y puede causar lo que se conoce como anemia del embarazo. Esta situación suele ser normal y esperada, pero si los niveles de hemoglobina descienden por debajo de 11,0 g/dL, puede representar un riesgo para la salud de la madre y el desarrollo del bebé, por lo que es fundamental su detección y tratamiento oportuno [3,4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) [5], señala que la anemia afecta aproximadamente al 37% de las mujeres embarazadas, siendo más frecuente en países de ingresos bajos y medianos. Las cifras son especialmente altas en regiones como África, donde se estima que 106 millones de mujeres la padecen, y el sudeste asiático, con alrededor de 244 millones de casos. Además, entre los factores de riesgo de esta condición son madres que viven en zonas rurales, en contextos de pobreza y en poblaciones con acceso limitado a la educación, lo que refleja una fuerte relación entre la anemia y las desigualdades sociales y económicas.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) [6] menciona que en América Latina y el Caribe, la anemia afecta al 17,2 % de mujeres de 15 a 49 años (equivalente a 29,6 millones de estas). Este porcentaje se encuentra significativamente por debajo de la estimación mundial del 29,9 %. La prevalencia de la anemia en este grupo fue del 17,3 % en Sudamérica y el 14,6 % en Mesoamérica. En cambio, en el Caribe, la tasa de anemia alcanzó el 29,2 %, situándose muy cerca de la estimación mundial. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la deficiencia de hierro (más de 40 % de las mujeres inician el embarazo con reservas bajas), la pobreza y la residencia en áreas rurales, que incrementan el riesgo en un 20 y 30 %, mientras que los niveles educativos bajos y la atención prenatal insuficiente elevan el riesgo hasta 1,2 veces de presentar anemia.

En el Perú según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) [7], el 19,3% de gestantes tienen anemia, siendo más común en embarazadas de 15 a 19 años (22,3%) y de 20 a 24 años (20,3%). Las regiones con mayor número de caso de anemia fueron Puno (30,6%), Ancash (23,7%), Cusco (21,5%), Madre de Dios (20,1%) y La Libertad (20,9%). Los factores de riesgo asociados con la anemia se encuentran la edad materna menor de 35 años, el bajo nivel de escolaridad y el no recibir consejería nutricional [8].

Según cifras recientes de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) [9], la región Cajamarca registra un 20,5 % de anemia en madres gestantes, una disminución significativa en comparación con el 35 % reportado hace cinco años. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) [10], 2021, el 14,1 % de las mujeres entre 15 y 49 años presentaron algún tipo de anemia, siendo 11,9 % leve y 2,0 % moderada. Entre los factores de riesgo asociados destacan ser adolescente gestante (15 a 19 años), grupo que presenta una prevalencia del 20,6 %, la baja cobertura de control prenatal (menos de seis controles), el acceso limitado a suplementos de hierro, y la residencia en zonas rurales, que refleja condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica.

La anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y depresión posparto, hemorragias posparto e infecciones

puerperales debido a la disminución de la capacidad inmunológica y la baja reserva de hierro. Para el feto, la anemia materna se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, e incluso muerte perinatal. Además, los recién nacidos de madres con anemia tienen mayor riesgo de desarrollar deficiencias cognitivas y problemas en su desarrollo psicomotor [10].

El Estado peruano, a través del Ministerio de Salud (MINSA) [11], ha establecido la Norma Técnica de Salud N.º 251-2024-MINSA, con el propósito de prevenir y controlar la anemia por deficiencia de hierro en poblaciones vulnerables, incluyendo a las gestantes. Esta norma regula la suplementación con hierro y ácido fólico, el tamizaje de hemoglobina y el seguimiento clínico durante el embarazo, con el objetivo de garantizar un adecuado desarrollo fetal y reducir las complicaciones maternas asociadas a la anemia. La implementación de esta normativa refuerza el compromiso del Estado con la salud materna, promoviendo intervenciones oportunas y sostenidas en los servicios de atención primaria.

Según el sistema informático de la DIRESA Cajamarca [12], en el periodo de enero a junio del 2025 en la provincia de Chota se presentan 35 casos de anemia en gestantes, así mismo cabe detallar que los factores de riesgo varían de acuerdo a la demografía y la situación social, pero también algunos ya están determinados en numerosos estudios nacionales e internacionales.

La anemia en gestantes sigue siendo una realidad preocupante a nivel internacional, nacional, regional y local, ya que compromete tanto la salud de la madre como el adecuado desarrollo del bebé. Aunque se han implementado esfuerzos importantes desde el sector salud como la entrega de suplementos y controles prenatales, aún existen desafíos, especialmente en el acceso a información actualizada y precisa que permita actuar de manera eficaz. Por ello, se cree pertinente estudiar los factores relacionados a anemia gestacional en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota.

Teniendo en cuenta lo descrito se formuló la interrogante de estudio. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025?; teniendo como hipótesis

de estudio ( $H_1$ ): Los factores de riesgo que se asocian significativamente a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025, son los factores sociodemográficos y gineco obstétricos.

El objetivo general fue determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025. Mientras que los objetivos específicos fueron: describir los factores de riesgo de la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025; identificar las características sociodemográficas de las gestantes e identificar las características gineco obstétricos de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Entre los resultados más relevantes se identificaron: que la mayor frecuencia de anemia ocurrió en el segundo trimestre, donde el 16,7% presentaron esta condición, y además se concentró la mayor proporción de anemia moderada 53,3%. La mayoría de las gestantes tenían entre 18 y 35 años (57,2%) y residían en zonas urbanas (85,6%). Más de la mitad eran amas de casa (53,3%), con un nivel educativo predominantemente de secundaria (86,7%) y la mayoría estaban casadas o convivían (85,6%) y el 57,8% tenía más de dos hijos. Además, el 83,3% cumplió con seis o más controles prenatales y el 94,4% recibió prescripción de hierro. Finalmente, el 82,2% cumplió con los controles en el primer y segundo trimestre.

El estudio se distribuye en cinco capítulos: Capítulo I, introducción, considera el planteamiento del problema. Capítulo II, toma en cuenta el marco teórico. Capítulo III, describe el marco metodológico. Capítulo IV, considera los resultados y discusión. Capítulo V, describe las conclusiones y recomendaciones. Referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

Tettegah E. et al. (África, 2024). Investigaron “Factores de riesgo asociados con la anemia en mujeres embarazadas en el distrito de Adaklu, Ghana”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la anemia. Investigación prospectiva de enfoque cuantitativo, realizado con 150 gestantes. La prevalencia de anemia fue del 78,5%, afectando a embarazadas con cuatro a más embarazos y con uno a tres hijos. El nivel educativo bajo aumentó el riesgo de anemia comparado con educación superior. En el segundo trimestre, la anemia disminuyó con la edad y mayores ingresos. Se concluye que la suplementación con hierro, intervenciones dietéticas y la desparasitación son efectivas para reducir la anemia gestacional [13].

Coaquira GC. et al. (México, 2024). Estudiaron “Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes. Estudio no experimental, relacional, retrospectivo y transversal, realizado en 127 gestantes con anemia. Los resultados muestran que la incidencia de anemia en gestantes fue del 18,0% en un total de 705 casos. Se encontró una asociación significativa entre el estado civil y el grado de anemia ( $p=0,042$ ), el nivel de instrucción y el grado de anemia ( $p=0,025$ ), así como entre la ocupación y el grado de anemia. Concluyen que los factores de riesgo asociados a la anemia fueron el estado civil, nivel de instrucción y ocupación [14].

Garbey Y. et al. (Cuba, 2023). Estudiaron los “Factores de riesgo de la anemia durante el embarazo”, su objetivo fue identificar los factores de riesgo y su asociación con la anemia durante la gestación. Estudio observacional, analítico y retrospectivo, de casos y controles, realizado en 114 gestantes. El 31,9% de gestantes anémicas estuvieron en edades de riesgo. Se encontró asociación causal de la hemoglobina inicial baja y los inadecuados hábitos alimenticios. Las madres con múltiples factores de riesgo tienen mayor probabilidad de desarrollar anemia. Concluyen que la anemia gestacional es

de causa multifactorial; siendo necesario implementar estrategias de intervención para reducir la anemia desde la etapa preconcepcional [15].

### **Nivel nacional**

Salcedo, CE. (Perú, 2024). Estudió “Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes - Clínica Limatambo 2022”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la anemia. Estudio no experimental, de casos y controles, con 45 gestantes. Se encontró que solo el número de CPN (AOR: 7.604, sig.: 0.037) y la consejería nutricional (AOR: 4.816, sig.: 0.002) mostraron asociación estadísticamente significativa. La menarquia (AOR: 1.583, sig.: 0.400) y la suplementación con sulfato ferroso (AOR: 1.515, sig.: 0.428) no resultaron significativos. Concluye que la menarquia, la suplementación, el número de controles prenatales y la consejería nutricional son factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes [16].

Castillo, GJ. (Perú, 2024). Estudió “Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes de Huancayo, 2023”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con la anemia. Estudio no experimental, analítico, de casos y controles, de nivel relacional, con 130 de gestantes. La prevalencia de anemia fue del 17,21%. Se encontró asociación significativa con la edad gestacional, especialmente en el primer y segundo trimestre comparados con el tercero, y con la suplementación con sulfato ferroso. No se halló asociación significativa con edad, ocupación, escolaridad, estado civil, procedencia, paridad, periodo intergenésico ni CPN. Concluye que la paridad y edad gestacional son factores de riesgo, y la suplementación con sulfato ferroso es un factor protector contra la anemia gestacional [17].

Zamora, D. (Perú, 2023). Investigó “Factores de riesgo asociados con la anemia en gestantes - Tambo, 2022”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con la anemia en gestantes. Investigación relacional, observacional y transversal. La muestra fue 188 gestantes con anemia. El 54,8% tuvieron anemia leve y el 45,2% anemia moderada; el 52,7% fueron jóvenes, 50,5% solteras, 55,3% amas de casa, y 41,5% con secundaria. El 45,7% fueron nulíparas, sin periodo intergenésico, en segundo trimestre, sin

antecedentes de aborto. Solo el factor obstétrico multiparidad se asoció significativamente con anemia, mientras que el resto de factores no mostraron asociación significativa. Concluye la multiparidad fue el único que se asoció a la anemia, con fuerza de relación moderada [18].

Astocaza, PC. (Perú, 2023). Investigó “Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en Ica 2022”, su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a anemia. Estudio no experimental, retrospectivo y analítica de casos y controles, la muestra fue 119 gestantes. El 22,7% tenían menos de 20 años y el 76,9% instrucción primaria/secundaria. El 18,9% tuvo antecedente de aborto, el 19,3% múltipara, el 22,7% menos de 6 CPN y el 37,8% no ingirió hierro. Los factores de riesgo asociados a la anemia gestacional fueron: instrucción primaria/secundaria, antecedente de aborto, multiparidad, menos de 6 CPN y no recibir hierro. Concluye que los factores de riesgo asociados fueron el grado de escolaridad, el aborto, la multiparidad, tener menos de 6 controles y no recibir suplementación [19].

Chipana, KF. (Perú, 2023). Investigó “Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional - Hospital Santa María Del Socorro, 2022”, su objetivo fue determinar los factores de riesgos asociados a la anemia. Estudio retrospectivo y analítica de diseño casos y controles, con 89 gestantes. El 60,1% fueron madres adultas y 55,1% con secundaria. El 28,1% no completó 6 CPN, 42,7% periodo intergenésico corto y 19,7% antecedente de aborto. Los factores de riesgo asociados a anemia fueron edad añosa y adolescentes, estudios de primaria o secundaria, menos de 6 CPN, periodo intergenésico corto y antecedente de aborto. Concluye que los factores de riesgos asociados a la anemia fueron la edad añosa y adolescente, primaria o secundaria, CPN insuficientes, periodo intergenésico corto y antecedente de aborto [20].

### **A nivel regional**

López, VM. (Perú, 2022). Investigó “Factores socioculturales asociados a anemia en gestantes - Tulpuna, 2021”, con objetivo de determinar la asociación entre factores socioculturales y el nivel de anemia en gestantes.

Estudio experimental y relacional, la muestra fue 146 gestantes. El 22,6% tuvieron entre 25 a 29 años, el 22,6% secundaria, el 71,9% convivientes y el 68,5% ama de casa. El 25,3% con anemia. El 27,3% de gestantes de 15-19 años tenían anemia moderada; el 33,3% con secundaria incompleta tenían anemia leve, el 15,2% de convivientes tenían anemia leve; el 13% de amas de casa tuvieron anemia leve y moderada; el 14,8% de zona urbana tenían anemia leve y el 15,9% católicas tenían anemia leve. Concluyo que solo se encontró asociación significativa entre la edad y el grado de instrucción [21].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas**

En el presente estudio, se sustentó en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea O. [22]. Esta teoría sostiene que la salud se mantiene a través del autocuidado, entendido como las acciones que las personas realizan por sí mismas para mantener su vida, salud y bienestar. En el caso de las gestantes, la prevención y manejo de la anemia requiere un conjunto de acciones de autocuidado, como una alimentación balanceada, el consumo regular de suplementos de hierro y ácido fólico, y la asistencia oportuna a los controles prenatales. Cuando estas acciones no se realizan adecuadamente, se presenta un déficit de autocuidado, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar anemia durante el embarazo.

La anemia gestacional, por tanto, puede interpretarse como una manifestación clínica de un déficit en el autocuidado relacionado con la nutrición y la salud materna. La teoría de Orem permite comprender que dicho déficit puede estar influenciado por factores individuales (como el nivel de conocimientos, la experiencia previa con embarazos o el nivel educativo), y por factores del entorno (como el acceso limitado a servicios de salud, la pobreza o la falta de apoyo familiar). Estos elementos coinciden con los factores de riesgo identificados en el estudio, lo cual valida la elección de este marco teórico para explicar el fenómeno en investigación [22].

Asimismo, la aplicación de esta teoría guía la formulación de intervenciones enfermeras orientadas a compensar o apoyar el autocuidado deficiente. En

este sentido, las estrategias dirigidas a mejorar el conocimiento sobre la anemia, promover una dieta rica en hierro, reforzar el cumplimiento del tratamiento y facilitar el acceso a los servicios de salud, no solo responden a las necesidades identificadas, sino que también se alinean con el rol de la enfermería según Orem: ayudar a las personas a satisfacer sus requerimientos de autocuidado cuando no pueden hacerlo por sí mismas. Esta perspectiva fortalece el enfoque preventivo y educativo del cuidado materno, situando al profesional de enfermería como un actor clave en la reducción de la anemia gestacional [22].

La Teoría propuesta se relaciona estrechamente con la anemia gestacional, al tratarse de una condición que, en muchos casos, resulta de la incapacidad parcial o total de la gestante para satisfacer sus necesidades nutricionales y de salud. La teoría permite comprender que este déficit no es únicamente responsabilidad individual, sino que puede estar condicionado por factores sociales, económicos y culturales que limitan la capacidad de autocuidado. Asimismo, elementos como el bajo nivel educativo, la alimentación inadecuada o el escaso acceso a controles prenatales reflejan fallas en el autocuidado que justifican la intervención enfermera.

### **2.2.2. Factores de riesgo asociados a anemia**

#### **Factor de riesgo**

Son conductas o circunstancia que expone una persona o grupo de personas a desarrollar o presentar una enfermedad [23]. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que es resultado de la exposición a determinados riesgos al cual está expuesto la persona provocando algún daño, lesión en su estado de salud [24].

Según la literatura revisada, los factores de riesgo asociados a la aparición de anemia en gestantes pueden clasificarse en distintas categorías, lo que permite una mejor comprensión de su origen y abordaje, los cuales se muestran a continuación:

## **A. Factores de riesgo sociodemográficos**

Son características individuales o grupales relacionadas con la demografía (edad, sexo, estado civil, etc.) y la situación social (ingresos económicos, educación, ocupación, etc.) que pueden influir en la probabilidad de experimentar resultados negativos, enfermedades (anemia gestacional), problemas de salud o dificultades en el acceso a servicios de salud, entre ellas están la edad, la identidad de género, el estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), el nivel educativo alcanzado (sin instrucción, primaria, secundaria y superior), la situación laboral (empleado o desempleado, tipo de empleo), el ingreso familiar (entrada mensual de dinero al hogar), la procedencia (urbana o rural) [25].

### **Factores de riesgo demográficos**

#### **a) La edad materna**

La edad materna es un factor determinante en el riesgo de anemia durante la gestación, las adolescentes embarazadas presentan mayor vulnerabilidad debido a que aún están en etapa de crecimiento, lo que incrementa sus requerimientos nutricionales y compite con el feto por nutrientes esenciales como el hierro [26].

Así mismo, los riesgos durante el embarazo son mayores en gestantes menores de 20 años y mayores de 35 años creando una situación de riesgo para el bebé provocando mayor posibilidad de desarrollar problemas de salud antes, durante o después del parto. Además, el embarazo en mujeres de edad avanzada es directamente proporcional al aumento en la tasa de abortos debido al incremento de la prevalencia de la alteración de cromosomas en algunas células de las mujeres añosas [27].

#### **b) Procedencia de la madre**

La procedencia geográfica de la gestante impacta en su salud durante el embarazo, especialmente en zonas rurales, donde el acceso limitado a servicios de salud, bajos ingresos y mala alimentación incrementan el riesgo de anemia. Esta situación evidencia una desigualdad significativa

frente a las gestantes de zonas urbanas, afectando la calidad del embarazo y el bienestar materno fetal [28].

**c) Estado civil de la madre**

El estado civil influye en el riesgo de anemia gestacional, ya que determina el nivel de apoyo emocional, social y económico que recibe la gestante. Las mujeres con pareja suelen tener mejores condiciones para una alimentación adecuada y atención prenatal, mientras que las solteras, separadas, viudas o adolescentes sin pareja enfrentan mayores dificultades que aumentan su vulnerabilidad nutricional. Según el INEI, la anemia es más frecuente en mujeres sin pareja en comparación con aquellas que viven en unión [29].

**Factores de riesgo sociales**

**a) La ocupación de la gestante**

Las mujeres que no reciben remuneración por su trabajo en el hogar suelen enfrentar limitaciones económicas que dificultan una buena alimentación y el acceso a controles prenatales. Aquellas con trabajos físicamente exigentes requieren más nutrientes, lo que aumenta su riesgo de anemia si no tienen una dieta adecuada. En contraste, las gestantes con empleos formales y estables suelen tener menor prevalencia de anemia gracias a mejores ingresos y acceso a servicios de salud [30].

**b) El nivel de ingresos económicos de la gestante**

El nivel de ingresos es un factor clave en el riesgo de anemia durante el embarazo, ya que determina el acceso a una buena alimentación, suplementos y atención médica. Las gestantes con bajos recursos, en especial las solteras, separadas, viudas o adolescentes sin apoyo, enfrentan más dificultades para cuidar su salud. En cambio, quienes cuentan con ingresos estables y apoyo de pareja suelen tener mejores condiciones para prevenir la anemia con una dieta adecuada y controles oportunos [31].

### **c) El nivel de educación de la madre**

El nivel educativo influye en el riesgo de anemia gestacional, ya que determina el conocimiento sobre nutrición y salud prenatal. Las gestantes con menor educación, especialmente si están solas o sin apoyo, suelen tener menos información y acceso a cuidados adecuados, lo que aumenta su riesgo. En cambio, aquellas con educación secundaria o superior y con apoyo de pareja tienden a estar mejor informadas y cuidarse más, reduciendo así la posibilidad de desarrollar anemia [32].

## **B. Factores de riesgo gineco obstétricos**

Se refieren a las condiciones relacionadas con la historia reproductiva de la gestante que pueden influir en su salud durante el embarazo, para el presente estudio se consideraran los siguientes:

### **a) Paridad de la gestante**

La paridad es un factor determinante en el desarrollo de anemia durante el embarazo, ya que las gestantes con múltiples embarazos previos presentan un mayor desgaste de reservas nutricionales, especialmente de hierro, lo que incrementa su vulnerabilidad a la anemia. Estudios recientes señalan que las mujeres con dos o más partos tienen un riesgo significativamente mayor de presentar anemia gestacional, debido a la disminución progresiva de sus niveles de hemoglobina si no se realiza una adecuada suplementación ni se permite un tiempo de recuperación entre embarazos [33].

Es el número de partos tanto antes como después de las 20 semanas de gestación que pueden ser: nacimientos a término, prematuros, abortos y nacimientos vivos o muertos con un peso mayor a 500 Gr. La multiparidad en las mujeres genera complicaciones en las gestantes causando anomalías a nivel fisiológico del útero reduciendo su contractilidad y elasticidad, provocando durante el parto complicaciones como desgarros, partos prematuros, crecimiento fetal restringido y hemorragias por atonía uterina [34].

**b) Periodo intergenésico**

Lapso de tiempo que transcurre entre el final de un embarazo y el inicio, teniendo en cuenta: el periodo intergenésico corto, (embarazo mínimo 18 meses) y el periodo intergenésico largo (no más de 60 meses) siendo el periodo corto el de mayor riesgo. Estudios muestran que en América latina han manifestado que las gestantes con ciclos cortos entre embarazos tienen un mayor riesgo de complicaciones como: parto pre término, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino [35].

**c) Atención prenatal**

Los controles prenatales son esenciales para prevenir la anemia gestacional, ya que permiten detectar deficiencias nutricionales y brindar suplementación oportuna. No cumplir con los seis controles recomendados aumenta el riesgo de anemia, al limitar el seguimiento y la orientación médica necesaria para cuidar la salud de la madre y el bebé [36].

**d) Prescripción de hierro oral en control prenatal**

La falta de prescripción oportuna de hierro oral durante el control prenatal es un factor de riesgo importante para el desarrollo de anemia gestacional. Este suplemento es esencial para cubrir el aumento de las necesidades de hierro durante el embarazo. Cuando no se indica a tiempo o no se brinda en la dosis adecuada, la gestante tiene mayor probabilidad de presentar niveles bajos de hemoglobina, especialmente si su dieta es deficiente. Además, la falta de seguimiento sobre su consumo y tolerancia puede limitar su efectividad en la prevención de la anemia [37].

**e) Dosis diaria de suplementación terapéutica**

Durante la gestación la madre tiene una alta demanda de nutrientes y micronutrientes de alta calidad, puesto que el feto depende de la sangre de la madre y al no tener una alimentación apropiada y balanceada y uso de suplementos multivitamínicos puede ocasionar anemia,

crecimiento fetal deficiente, nacimientos prematuros y niños de bajo peso al nacer. Por tal razón, durante el embarazo es indispensable el consumo de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 6 meses para tratar la anemia gestacional [37].

**f) Edad gestacional**

Es el tiempo de embarazo en semanas, desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal es considerado desde 38 a 40 semanas y los recién nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 40 se consideran posmaduros [38].

**g) Parto institucionalizado**

Es aquel que ocurre en una institución de salud, y está asistido por profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y parteras, y se realiza bajo una serie de protocolos y procedimientos médicos establecidos para garantizar la seguridad de la madre y el bebé [38].

### **2.2.3. Anemia gestacional**

#### **A. Definición**

Trastorno en el cual el número de hematíes o la concentración de hemoglobina es inferior a lo normal y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo en transporte de oxígeno [39].

#### **B. Etiología**

Se debe a factores como las carencias nutricionales (alimentación y absorción de nutrientes inadecuadas), infecciones, inflamaciones, enfermedades crónicas degenerativas, afecciones ginecológicas y obstétricas, trastornos hereditarios de los hematíes, anemias megaloblásticas (por deficiencia de ácido fólico, Vitamina A o vitamina B12), anemias hemolíticas (como la anemia falciforme o la talasemia) y las anemias crónicas (enfermedad renal crónica o la artritis reumatoide) [40].

### C. Cuadro clínico

Entre ellos están:

- **Generales:** Cansancio, debilidad, mareos, disnea, cefalea, palidez cutánea y mucocutánea.
- **Cardíacos:** Taquicardia, palpitaciones, soplos cardíacos.
- **Digestivos:** Náuseas, vómitos, estreñimiento.
- **Neurológicos:** Parestesias, disestesias, alteraciones cognitivas y de concentración [41].

### D. Valores de hemoglobina en gestantes

Según la norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de anemia en la gestación lo clasifica en: sin anemia:  $\geq 11.0$  g/dl, anemia leve: 10.0 - 10.9 g/dl, Anemia moderada: 7.0 – 9.9 g/dl y anemia severa  $< 7.0$  g/dl [42].

### E. Diagnóstico

Se basa en la determinación de la concentración de hemoglobina (Hb) y el hematocrito (Hto) en sangre materna. Incluye [43]:

#### ✓ Exámenes auxiliares

Se solicita los siguientes exámenes:

- Estudio de lámina periférica (serie roja).
- Examen coprológico en heces por tres días.
- Examen de gota gruesa en zonas endémicas.
- Si hay sospecha de Enfermedad de Carrión, probable cultivo de sangre periférica.

#### ✓ Otros exámenes

Morfología de los glóbulos rojos y constantes corpusculares de acuerdo al nivel de atención.

### F. Tratamiento

El tratamiento en gestantes con diagnóstico de anemia consiste en [43]:

Condición de anemia	Dosis	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Anemia Leve	120 mg de hierro elemental + 800 µg de Ácido Fólico Diario (2 tabletas diarias)	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada mes hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm).
Anemia moderada		Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico		
Anemia Severa	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología).			

**Fuente:** norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de anemia en la gestación [43].

### G. Consecuencias

La anemia gestacional conlleva consecuencias severas tanto para la madre como para el bebé. La Organización Panamericana de la Salud [44], señalan que en embarazadas está asociada con parto prematuro, bajo peso al nacer y déficit de hierro fetal, lo que puede afectar negativamente el desarrollo cognitivo y motor del recién nacido, además, la anemia provoca mayor riesgo de hemorragia posparto, infecciones maternas y estrés cardiovascular, aumentando la morbimortalidad perinatal.

### H. Prevención

La prevención de la anemia en gestantes se basa en un enfoque integral que incluye la suplementación con hierro y ácido fólico desde el inicio del embarazo, una alimentación balanceada rica en hierro de origen animal y vegetal, y la detección oportuna de factores de riesgo durante los controles prenatales. El MINSA [43], recomienda el consumo diario de sulfato ferroso y ácido fólico a todas las gestantes, como medida clave para evitar deficiencias nutricionales que puedan afectar tanto a la madre como al

bebé. Además, se promueve la educación en salud sobre hábitos alimentarios y la importancia del cumplimiento de los controles médicos para garantizar un embarazo saludable y sin complicaciones relacionadas con la anemia.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**2.3.1. Anemia:** Trastorno en el cual el número de hematíes o la concentración de hemoglobina es inferior a lo normal y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo en transporte de oxígeno [39].

**2.3.2. Factores de riesgo:** Son conductas o circunstancia que expone una persona o grupo de personas a desarrollar o presentar una enfermedad [27].

**2.3.3. Hemoglobina:** Proteína globular constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al hematíe, y una porción proteínica llamada globina. es indispensables para transportar el oxígeno a los tejidos del organismo [45].

**2.3.4. Hierro:** Mineral que se encuentra en el organismo y se utiliza en la síntesis de la hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno al cuerpo. Se encuentra en el interior del hematíe y la mioglobina en los músculos [43].

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

La provincia y distrito de Chota se ubica al norte central del Perú en el departamento de Cajamarca en la meseta de Akunta a 2,388 m.s.n.m., a 150 km del norte de Cajamarca y a 219 km al este de la ciudad de Chiclayo. Con una extensión territorial de 261,75 Km<sup>2</sup> con una temperatura anual promedio de 17.8°C; limita por el norte con Cutervo, por el sur con Santa Cruz, Hualgayoc y Celendín, por el este con Uctubamba y por el oeste con Chiclayo y Ferreñafe [46].

El estudio se realizó en un establecimiento de salud de primer nivel de atención, categoría I-3, ubicado en la ciudad de Chota y gestionado técnica y administrativamente por la Red Integral de Salud (RIS) Chota. Este centro brinda atención continua de lunes a domingo, en un horario de 8:00 am a 8:00 pm, y atiende tanto a población urbana como rural. Su ámbito de influencia incluye sectores de la ciudad, así como comunidades como: Colpamayo, Conga Blanca y Shitapampa. Cuenta con servicios básicos de atención materno-infantil, medicina general, planificación familiar, laboratorio y farmacia, y desarrolla actividades preventivo-promocionales, con especial énfasis en el control prenatal, suplementación nutricional y vigilancia de enfermedades prevalentes, lo que lo convierte en un punto estratégico para el monitoreo de la salud materna en la provincia [47].

#### **3.2. Diseño de investigación**

El estudio fue de enfoque cuantitativo, ya que se utilizó datos numéricos para el análisis; de nivel correlacional, porque se buscó establecer la relación entre las variables; retrospectivo, dado que se analizaron datos ya registrados en el pasado; con un diseño no experimental, puesto que no se intervino directamente sobre las variables; y de corte transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento del tiempo [48].

### 3.3. Hipótesis

**Hi:** Los factores sociodemográficos y gineco obstétricos se asocian significativamente a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

**Ho:** Los factores sociodemográficos y gineco obstétricos no se asocian significativamente a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

### 3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo constituida por 90 gestantes de un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, que asistieron a sus controles entre los meses de enero a diciembre del 2024. La muestra estuvo constituida por las 90 gestantes, de las cuales 30 presentaron anemia y 60 madres no tuvieron anemia, y que fueron atendidas en el periodo considerado para la recolección de información.

La unidad de estudio fue las historias clínicas de las gestantes con anemia y sin anemia atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, de las cuales fueron consideradas bajo los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Gestantes con diagnóstico de anemia y sin anemia, que se atendieron en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota.
- Gestantes que se atendieron en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota y cuentan con una historia clínica completa.

#### **Criterios de exclusión:**

- Gestantes que no desearon participar del estudio o que no firmaron el consentimiento informado.
- Gestantes que no han sido atendidas dentro del periodo de recolección.
- Gestantes que presenten anemia a causa de la leucemia.
- Gestantes que presenten alteraciones mentales.
- Gestante que pertenecen a puestos de salud, pero se atienden en el establecimiento de salud I-3.

### 3.5. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Categoría/items
Factores de riesgo	Son conductas o circunstancia que expone una persona o grupo de personas a desarrollar o presentar una enfermedad [23].	Factores demográficos	Edad de la madre	18 – 35 años < 18 – >35 años
			Lugar de residencia	Urbano Rural
		Factores sociales	Ocupación de la gestante	Comerciante / otras Ama de casa
			Grado de instrucción	Secundaria / Superior Sin instrucción / Primaria
			Estado civil	Casada / Conviviente Soltera / Viuda
		Factores gineco obstétricos	Paridad	1 hijo 2 a más hijos
			Atención prenatal	≥ 6 APN < 6 APN
			Prescripción de hierro oral en CPN	Si No

			Edad gestacional (trimestre)	Primer y segundo trimestre Tercer trimestre
Anemia gestantes en	Trastorno en el cual el número de hematíes o la concentración de hemoglobina es inferior a lo normal y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo en transporte de oxígeno [45].	Anemia	Valor de la Hemoglobina Normal: $\geq 11,0$ g/dL	Sin anemia
			Primer trimestre Sin anemia $>11$ g/dl Leve: 10.0 – 10.5 g/dl Moderado: 7.0 – 9.9 g/dl Severo: $<7.0$ g/dl Segundo trimestre Sin anemia $\geq 10.5$ g/dl Leve: 9.5 – 10.4 g/dl Moderado: 7.0 – 9.4 g/dl Severo: $<7.0$ g/dl Tercer trimestre Sin anemia $>11$ g/dl Leve: 10.0 – 10.9 g/dl Moderado: 7.0 – 9.9 g/dl Severo: $< 7.0$ g/dl	Con anemia

### **3.6. Descripción de la metodología**

#### **3.6.1. Métodos**

##### **Técnicas de recolección de datos**

La recolección de la información se realizó mediante el análisis documental que permitió recolectar información de los factores de riesgo como: edad de la madre, lugar de residencia, ocupación de la gestante, grado de instrucción, estado civil, paridad, periodo intergenésico, atención prenatal, prescripción de hierro oral en CPN, dosis diaria de suplementación, edad gestacional, registrados en las historias clínicas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota. Para ello, se utilizará como estrategia de recolección la revisión manual e individual de las historias clínicas.

##### **Procedimientos de recolección de datos**

- Se realizó una solicitud dirigida al jefe del establecimiento de salud de la ciudad de Chota elegida para la recolección, con la finalidad de solicitar el acceso a las historias clínicas de las gestantes.
- Se coordinó con los responsables del área de materno para acceder al nominal de gestantes atendidas durante el periodo de recolección.
- Se coordinó con el responsable del área de admisión para acceder a los ambientes de las historias clínicas.
- La información se recogió entre el mes de agosto y septiembre del presente año, en horarios que fueron proporcionados por el EESS.
- Se identificaron los casos y controles que fueron parte del estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.
- Finalmente se registró la información en los instrumentos de recolección de datos (Ficha de recolección).

#### **3.6.2. Materiales**

##### **Instrumentos de medición**

El primer instrumento fue una ficha de recolección que permitió determinar los factores de riesgo que pueden causar anemia en la gestación estos factores a considerar fueron: factores demográficos (edad, lugar de residencia de la gestante); los factores sociales (ocupación de la gestante, grado de instrucción, estado civil), y los factores gineco obstétricos (paridad, periodo intergenésico, atención prenatal, prescripción de hierro, dosis diaria de suplementación y edad gestacional).

El segundo instrumento fue una ficha de recolección que permitió saber si existía presencia de anemia gestacional o no dicha, ficha de recolección se basó en la Norma Técnica de Salud: prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas [45]. Quien clasifico el valor de hemoglobina en la gestante de la siguiente manera: primer trimestre (leve: 10.0 – 10.9 g/dl, moderado: 7.0 – 9.9 g/dl, severo: <7.0 g/dl), segundo trimestre (leve: 9.5 – 10.4 g/dl, moderado: 7.0 – 9.4 g/dl, severo: <7.0 g/dl) y tercer trimestre (leve: 10.0 – 10.9 g/dl, moderado: 7.0 – 9.9 g/dl y severo: < 7.0 g/dl).

### **3.7. Procesamiento y análisis de datos**

Después que se recolectó la información mediante las fichas de recolección de datos se ingresaron a una base de datos de software estadístico SPSS v.29.0 organizando en: factores de riesgo sociodemográficos, factores de riesgo obstétricos y diagnóstico de anemia.

Los resultados se presentaron en tablas simples y tablas de doble entrada (2x2), que incluyeron tanto frecuencias absolutas como relativas. Asimismo, se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales para contrastar la hipótesis del estudio, utilizando la prueba de chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95% y considerando como significativo un valor de p menor a 0,05. La interpretación de los datos se centró en las frecuencias más elevadas o relevantes, las cuales sirvieron de base para la discusión y el análisis de los hallazgos.

### **3.8. Aspectos éticos y rigor científico**

Este estudio respetó en todo momento los principios éticos fundamentales que rigen la investigación en salud, como el respeto por la dignidad, la confidencialidad y el consentimiento informado. La información obtenida se manejó con absoluta reserva, garantizando que los datos personales de las participantes no sean revelados ni utilizados con fines ajenos a la investigación. Se solicitó la autorización correspondiente al establecimiento de salud y se aseguró que el uso de los registros clínicos se realice de manera responsable, con el único propósito de contribuir al conocimiento y mejora de la atención materna. La prioridad será siempre proteger los derechos y bienestar de las gestantes involucradas, velando por un trato justo y respetuoso [49].

El rigor científico para asegurar la validez y confiabilidad de los resultados, este estudio mantuvo un alto nivel de rigor científico en todas sus etapas. Se emplearán instrumentos validados y procedimientos sistemáticos para la recolección y análisis de los datos, reduciendo al mínimo posibles sesgos. La elección del diseño metodológico, así como de las pruebas estadísticas, responde a la necesidad de obtener resultados objetivos y representativos. Cada decisión metodológica estuvo cuidadosamente fundamentada y orientada a garantizar que las conclusiones reflejen fielmente la realidad del fenómeno estudiado, siempre con el compromiso de aportar conocimiento útil y ético para la salud pública y el bienestar materno [49].

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Tabla 1. Anemia por trimestres en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Anemia por trimestres	Prevalencia	
	N	%
<b>Anemia primer trimestre</b>	<b>4</b>	<b>4,4</b>
Anemia leve	4	100,0
<b>Anemia segundo trimestre</b>	<b>15</b>	<b>16,7</b>
Anemia Leve	7	46,7
Anemia moderada	8	53,3
<b>Anemia tercer trimestres</b>	<b>11</b>	<b>11,1</b>
Anemia Leve	10	90,9
Anemia moderada	1	9,1
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1, se observó que la mayor frecuencia de anemia ocurrió en el segundo trimestre, donde el 16,7% presentaron esta condición, y además se concentró la mayor proporción de anemia moderada 53,3%. En contraste, en el primer trimestre solo se registró en el 4,4%, todos correspondientes a anemia leve, mientras que en el tercer trimestre se encontró el 11,1%, de los cuales el 90,9% fueron leves. En conjunto, estos resultados muestran que la anemia tiende a aumentar en el segundo trimestre, fase en la que los cambios fisiológicos del embarazo predisponen a una mayor hemodilución, para luego disminuir en el tercer trimestre, predominando nuevamente las formas leves.

El estudio guarda relación con lo reportado por Tettegah [13] en África, donde también se observó que la anemia moderada presentó mayor frecuencia durante el segundo trimestre del embarazo, lo cual coincide con la tendencia observada. Si bien en esta etapa ocurre un aumento fisiológico del volumen plasmático y se incrementan las demandas de hierro y otros nutrientes por el crecimiento fetal, estos cambios por sí solos no explican completamente la aparición de anemia. Su manifestación puede vincularse a que, frente a estas demandas fisiológicas normales, no siempre existe una ingesta o absorción adecuada de hierro, o no se logra una adherencia óptima a la suplementación, a lo que se suman posibles factores nutricionales, socioeconómicos o de acceso a controles prenatales. De este modo, la anemia puede surgir cuando las necesidades aumentadas del embarazo no son compensadas suficientemente por los aportes dietéticos, la suplementación o las reservas maternas disponibles [26].

El estudio realizado por Zamora [18] en Perú describe una frecuencia similar de anemia moderada en gestantes, sobre todo en el segundo trimestre, lo que coincide con lo observado en esta investigación y con patrones presentes en otras regiones. Según Zamora, esta forma de anemia continúa como un problema de salud pública en el país, asociado a limitaciones económicas que dificultan el acceso a alimentos ricos en hierro, variaciones en la calidad de la dieta, escasas reservas nutricionales previas al embarazo y barreras para recibir controles prenatales oportunos. Estas condiciones pueden reducir el consumo adecuado de micronutrientes, limitar la suplementación y restringir la capacidad de las gestantes para cubrir las demandas fisiológicas del embarazo [37].

En el Perú, la Norma Técnica del Ministerio de Salud [42] establece la evaluación de la hemoglobina en momentos clave del embarazo, incluido el segundo trimestre, etapa en la que pueden observarse niveles más bajos debido a la hemodilución y al aumento de las demandas del feto y la placenta. Esta condición se intensifica en grupos vulnerables, donde la baja calidad de la dieta y la falta de suplementación adecuada limitan la capacidad de la gestante para cubrir los requerimientos fisiológicos propios de esta fase. El estudio de Zamora [18] destaca la necesidad de reforzar la educación nutricional, el seguimiento prenatal y las intervenciones oportunas.

Desde la perspectiva de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea O. [22], la presencia de anemia durante el embarazo puede entenderse como una situación en la que las demandas de autocuidado propias de la gestación podrían superar, en algunos momentos, la capacidad de la mujer para cubrirlas de manera independiente. Esta teoría propone que, cuando las necesidades relacionadas con la nutrición, la suplementación, la vigilancia del propio estado de salud o la adherencia a indicaciones profesionales no se satisfacen por completo, puede generarse un desequilibrio nutricional. En este marco, la anemia se considera un ejemplo de cómo factores fisiológicos, sociales, educativos o económicos pueden interactuar y limitar el autocuidado, lo que hace necesario un acompañamiento profesional orientado a fortalecer la agencia de autocuidado, facilitar la toma de decisiones y promover conductas que permitan a la gestante responder de manera más efectiva a las demandas propias del embarazo.

El volumen plasmático aumenta durante el embarazo más que la masa de eritrocitos y genera una disminución relativa de la concentración de hemoglobina. Sin embargo, este proceso constituye un cambio normal del embarazo y, por sí solo, no explica la aparición de anemia. Durante los dos últimos trimestres se elevan las demandas de ácido fólico, hierro y otros nutrientes esenciales debido al crecimiento fetal, al desarrollo placentario y a la expansión del volumen sanguíneo materno; no obstante, estas exigencias aumentadas tampoco producen anemia en condiciones adecuadas de nutrición y suplementación. La anemia puede surgir cuando estas necesidades fisiológicas no se compensan con una alimentación suficiente o con una suplementación oportuna [33, 37].

La frecuencia de anemia por trimestre muestra que no solo varía la prevalencia, sino también la severidad de la condición a lo largo del embarazo. Se observa que en el segundo trimestre se concentra la mayor proporción de anemia moderada, lo que podría relacionarse con la interacción entre las reservas de hierro preexistentes y el aumento progresivo de las demandas metabólicas maternas [37]. Esta etapa representa un punto crítico donde las reservas nutricionales de la madre comienzan a agotarse si la dieta y la suplementación no son suficientes, lo que evidencia la

importancia de la detección temprana y del monitoreo hematológico regular para prevenir complicaciones maternas y fetales [47].

Asimismo, la comparación entre los trimestres indica que la anemia leve predomina en el primero y tercer trimestre, lo que puede reflejar la respuesta del organismo a la suplementación y a la recuperación de nutrientes tras los picos de demanda. Este patrón sugiere que la anemia no es uniforme, sino dinámica, y está influida por factores fisiológicos y nutricionales que varían según la etapa del embarazo. Además, resalta la necesidad de estrategias diferenciadas de intervención, adaptadas al trimestre específico, para garantizar que las gestantes mantengan niveles adecuados de hemoglobina y reduzcan riesgos asociados a la deficiencia de hierro y otros nutrientes esenciales [37].

Otros factores para la frecuencia de anemia, incluyen condiciones de mala absorción, pérdidas sanguíneas previas, embarazos múltiples o intervalos cortos entre gestaciones [35]. La combinación de estas causas explica que la anemia moderada sea más prevalente en el segundo trimestre, un período crítico que requiere especial atención clínica para evitar complicaciones maternas y fetales, como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Por tanto, el reconocimiento temprano en este trimestre y la intervención oportuna, mediante suplementación y control prenatal riguroso, son esenciales para mejorar los resultados perinatales y la salud materna [43].

**4.2. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.**

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Características sociodemográficas	Frecuencia	
	N	%
<b>Edad</b>		
18 – 35 años	52	57,8
< 18 – >35 años	38	42,2
<b>Residencia</b>		
Urbano	77	85,6
Rural	13	14,4
<b>Ocupación</b>		
Comerciante / otras	42	46,7
Ama de casa	48	53,3
<b>Grado de instrucción</b>		
Secundaria / Superior	78	86,7
Sin instrucción / Primaria	12	13,3
<b>Estado civil</b>		
Casada / Conviviente	77	85,6
Soltera / Viuda	13	14,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 revela que la población estudiada se compone mayoritariamente de personas jóvenes de 18 a 35 años (57,8%), residentes en zonas urbanas (85,6%), cuya principal ocupación es ser amas de casa (53,3%). Asimismo, la mayoría

cuenta con un grado de instrucción secundaria o superior (86,7%) y vive en unión estable como casada o conviviente (85,6%). En conjunto, estos porcentajes describen un grupo predominantemente urbano, joven, con nivel educativo medio o alto y con pareja estable, aspectos que pueden influir en su contexto social y familiar.

Los hallazgos del presente estudio, donde predomina la frecuencia de gestantes de 18 a 35 años (57,8%), difieren de lo reportado por Garbey [14] en Cuba, quien encontró mayor participación de gestantes menores de 18 años con anemia. Esta diferencia no necesariamente se explica por peores condiciones sociodemográficas o de salud en Cuba, pues estudios [3,5], oficiales señalan que el país mantiene indicadores favorables en educación, control prenatal y acceso a servicios de salud. Por ello, la variación observada podría deberse a características propias de las poblaciones estudiadas, como la distribución etaria, patrones reproductivos o particularidades metodológicas entre ambos estudios, más que a desigualdades en calidad de atención o condiciones sociales.

Además, la mayor prevalencia de anemia en gestantes adolescentes reportada en Cuba responde a un patrón epidemiológico propio de ese país, donde la estructura demográfica, los comportamientos reproductivos y la manera en que se organizan los programas de control prenatal pueden generar escenarios distintos al de otras regiones [6]. En contraste, en el contexto peruano, la mayor frecuencia encontrada en mujeres adultas jóvenes podría relacionarse con un inicio más tardío de la maternidad. Estas variaciones entre poblaciones muestran que la anemia en el embarazo no se presenta de la misma manera en todos los entornos, por lo que resulta fundamental adaptar las estrategias de prevención y atención considerando las particularidades locales y las características de cada grupo de gestantes, con el fin de mejorar los resultados en salud materna [10].

La edad y el nivel educativo son factores importantes vinculados a la anemia, ya que las mujeres con menor instrucción suelen tener deficiencia de conocimiento sobre prácticas preventivas, como la ingesta adecuada de hierro y ácido fólico, la alimentación balanceada rica en micronutrientes, la detección temprana de anemia en controles prenatales, el consumo correcto y continuo de suplementos [25]. Si

bien la residencia urbana facilita el acceso a servicios de salud, no elimina las disparidades socioeconómicas que condicionan la calidad de la dieta y por tanto, la nutrición. Asimismo, la condición de ama de casa puede limitar los recursos económicos para adquirir alimentos nutritivos, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a la anemia [26].

Los resultados en cuanto a la procedencia de las gestantes con anemia coinciden con lo reportado por Coaquira [14], quien encontró una mayor participación de madres que vivían en zonas urbanas. Este hallazgo es consistente con estudios peruanos que indican que, aunque la anemia es un problema de salud pública especialmente en zonas rurales, en las áreas urbanas también se registra una alta prevalencia debido a factores como la urbanización rápida, desigualdad en el acceso a una alimentación balanceada, condiciones socioeconómicas precarias y barreras para el acceso efectivo a servicios de salud.

En los entornos urbanos, la anemia no solo responde a factores biológicos, sino también a hábitos y condiciones propias de la vida en la ciudad. Aspectos como un estilo de vida más sedentario, una alimentación poco variada o baja en nutrientes esenciales y la falta de educación nutricional pueden contribuir a su aparición. Si bien tradicionalmente la anemia se asocia más a zonas rurales debido a limitaciones económicas y de acceso a servicios, su presencia en áreas urbanas muestra que este problema también se agrava en contextos donde existen desigualdades internas. Por ello, es necesario plantear intervenciones diferenciadas que tomen en cuenta las particularidades de la vida urbana y garanticen una adecuada nutrición, orientación educativa y atención prenatal oportuna para reducir la anemia en todas las gestantes [28].

Los datos encontrados respecto a la ocupación de las gestantes con anemia coinciden con lo reportado por Salcedo [16], quien también observó mayor participación de madres que se dedican a las labores del hogar. Esta relación puede explicarse porque las mujeres que se ocupan exclusivamente en las labores domésticas suelen tener limitaciones en el acceso económico y en la autonomía para la adquisición de alimentos nutritivos, lo que incrementa su vulnerabilidad a deficiencias nutricionales como la anemia.

Aunque la mayoría de estas gestantes se dedica a las labores del hogar, es importante señalar que, según los datos del estudio, más del 80% sí acudió a sus controles prenatales. Esto indica que han tenido contacto con servicios de salud y, en buena medida, con información sobre el cuidado durante el embarazo. No obstante, su situación ocupacional puede influir en otros aspectos que también cuentan, como la disponibilidad de ingresos para una alimentación adecuada, el acceso a alimentos variados o la autonomía para tomar decisiones sobre su salud [28]. Por otro lado, estudios [18], muestran que las mujeres que trabajan fuera del hogar suelen presentar menores niveles de anemia, probablemente porque cuentan con mayor independencia económica y más oportunidades para buscar apoyo o atención cuando lo necesitan.

Pero, aunque las mujeres en este estudio tienen más estudios, eso no quiere decir que tengan menos anemia. Esto sugiere que otras cosas sociales y económicas pueden afectar más la anemia. Por ejemplo, comer mal o vivir en casas pobres tiene más impacto. También importa la calidad de la comida que comen. El acceso a doctores es un factor clave. Poner en marcha programas de vitaminas también influye. Por eso, el nivel de educación es un buen dato, pero no es lo único que causa anemia en embarazadas. Su efecto cambia mucho según dónde viven y cómo son las vidas de cada grupo [32].

Los datos sobre el estado civil de las mujeres embarazadas con anemia son similares a lo que encontró López [21], donde también notó que casi todas las mujeres estaban casadas o vivían con su pareja. Pero, vivir en pareja no asegura más ayuda de dinero o social. En esta investigación, aunque muchas mujeres tienen una familia fija, se ve pobreza. Además, el apoyo es poco. Esto indica que vivir juntos no siempre trae más recursos. Tampoco significa un lugar seguro durante la espera del niño. Estos hallazgos sugieren que el estado civil, solo, no dice mucho sobre el apoyo real. Se deben mirar las situaciones de la familia y del dinero. Esto ayuda a entender mejor cómo se ligan con la anemia [29].

A pesar de la estabilidad conyugal observada, la alta prevalencia de anemia muestra que el estado civil no explica por sí solo esta condición. Aunque el estudio

no tuvo como objetivo analizar la relación entre estado civil y anemia, los resultados sugieren que otros determinantes sociales, económicos y de salud tienen un impacto más directo en la nutrición y el bienestar materno. Esto destaca la importancia de que, en futuras intervenciones, se considere no solo el entorno familiar, sino también aspectos estructurales como educación, acceso a servicios de salud y alimentación adecuada para prevenir y controlar la anemia en gestantes [25].

También, tener un estado civil de casado o conviviente puede dar apoyo social. Pero esto no asegura siempre comer mejor. Estos puntos de la vida crean un marco. Este marco afecta mucho a cuántas mujeres embarazadas tienen anemia. Muestra claro que se necesitan planes completos. Estos planes deben incluir enseñanza. También deben tener ayuda de la gente. Y el acceso a los centros médicos es clave. Esto es para poder parar y manejar esta dificultad [25].

Los hallazgos de la tabla revelan que la anemia en gestantes está influenciada por múltiples factores de riesgo identificados en estudios recientes. Entre ellos se destacan el nivel de instrucción, la ingesta insuficiente o suplementación con hierro, la cantidad inadecuada de controles prenatales, antecedentes obstétricos como abortos previos y la multiparidad [33].

Estas variables demuestran una interacción compleja que afecta el desarrollo adecuado del embarazo y la salud materna. Reconocer estos factores facilita la identificación temprana de mujeres en riesgo, lo que permite implementar intervenciones preventivas como educación nutricional, mejora del acceso y adherencia a suplementos de hierro, y seguimiento profesional constante durante la gestación. En consecuencia, la anemia gestacional debe abordarse desde un enfoque integral que considere no solo las causas biológicas sino también los determinantes sociales y de comportamiento para reducir su incidencia y sus repercusiones en la salud materno-infantil [36].

**4.3. Identificar las características gineco obstétricos de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.**

Tabla 3. Características gineco obstétricas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Características gineco obstétricas	Frecuencia	
	N	%
<b>Paridad</b>		
1 hijo	38	42,2
2 a más hijos	52	57,8
<b>Atención prenatal (APN)</b>		
≥ 6 APN	57	63,3
< 6 APN	33	36,7
<b>Prescripción de hierro oral en el control pre natal (CPN)</b>		
Si	85	94,4
No	5	5,6
<b>Edad gestacional</b>		
Primer y segundo trimestre	74	82,2
Tercer trimestre	16	17,8
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia

La mayoría de las gestantes evaluadas fueron multíparas (57,8%), lo que indica experiencia previa en el embarazo. En cuanto a la atención prenatal, el 63,3% recibió seis o más controles, mostrando una cobertura relativamente adecuada de seguimiento durante el embarazo. La prescripción de hierro oral fue muy frecuente, alcanzando al 94,4% de las gestantes, lo que refleja una práctica estándar en la prevención de anemia. Finalmente, la mayor parte de las gestantes se encontraron

en el primer o segundo trimestre de embarazo (82,2%), lo que puede favorecer la efectividad de las intervenciones preventivas y de control nutricional.

Los datos observados en nuestra población muestran diferencias respecto a lo reportado por Tettegah [13], quien encontró que sus participantes tenían, en promedio, más de cuatro hijos, reflejando una paridad significativamente mayor que en nuestro estudio. Esta discrepancia podría explicarse por variaciones en factores sociodemográficos, nivel educativo y condiciones de vida, los cuales influyen en la fecundidad y en las decisiones reproductivas de las mujeres. Estos hallazgos destacan cómo el contexto local puede afectar los patrones de paridad y la dinámica reproductiva en distintas poblaciones.

Tettegah [13] reporta que un mayor número de hijos se ha observado en otras poblaciones, lo que coincide con la literatura que señala riesgos potenciales para la salud materna en contextos con menor acceso a atención prenatal. En nuestro estudio, los datos muestran que la mayoría de gestantes tiene uno o dos hijos y un alto cumplimiento en controles prenatales y prescripción de hierro; sin embargo, al tratarse únicamente de frecuencias, no se establecen asociaciones causales ni se evalúan riesgos específicos. Estas diferencias en las cifras reflejan cómo las características reproductivas y el seguimiento gestacional pueden variar entre poblaciones y subrayan la importancia de considerar el contexto social y la cobertura de servicios de salud al comparar indicadores entre estudios [35].

El número de hijos está asociado a la anemia gestacional, ya que las mujeres multíparas presentan un mayor riesgo de anemia debido al agotamiento progresivo de las reservas de hierro con cada embarazo sucesivo [33]. Estudios muestran que la proporción de anemia es significativamente mayor en gestantes con varios hijos, atribuible al desgaste nutricional acumulado, especialmente de hierro, que no siempre se recupera completamente antes de un nuevo embarazo [8,9]. Esto implica que las mujeres con más hijos tienen más probabilidades de presentar anemia ferropénica, lo que puede comprometer su salud y la del feto [34,35].

Los datos observados en este estudio difieren de los reportados por Astocaza [19], quien encontró que en su población la mayoría de las gestantes realizó menos de

seis controles prenatales, lo que indica un seguimiento limitado durante el embarazo. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en el acceso a los servicios de salud, la educación sanitaria y las condiciones socioeconómicas, que influyen en la frecuencia y calidad del cuidado prenatal que reciben las gestantes.

Tener al menos seis controles permite evaluar la evolución del embarazo, detectar y tratar oportunamente complicaciones, y realizar intervenciones efectivas como la prescripción de suplementos de hierro, vitales para prevenir la anemia gestacional y mejorar los resultados perinatales. Por tanto, el mayor cumplimiento de controles prenatales en nuestra muestra evidencia un mejor acceso y adherencia a las prácticas recomendadas para la salud materna, lo que puede traducirse en menores complicaciones y mejores desenlaces de los embarazos [36].

Los datos de esta investigación muestran que la mayoría de las gestantes realizó seis o más controles prenatales, lo que indica un seguimiento adecuado según las recomendaciones del MINSA y de la OMS, que establecen un mínimo de seis consultas durante el embarazo para garantizar el control y la prevención de posibles complicaciones [5, 36].

En el presente estudio se observó que la prescripción de hierro oral durante el control prenatal fue muy frecuente, a diferencia de lo reportado por Astocaza [19], quien encontró un bajo índice de prescripción de sulfato ferroso en su población. Esta diferencia refleja una mayor adherencia a las directrices sanitarias actuales del MINSA, que recomiendan iniciar la suplementación con hierro desde la semana 14 de embarazo con el fin de prevenir la anemia gestacional, una condición que puede afectar la salud de la madre y del feto [36,5].

Además, la suplementación con hierro y ácido fólico no solo previene la anemia, sino que también contribuye a disminuir el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones perinatales que están asociadas a carencias nutricionales en la gestante. Por ello, el seguimiento a partir de un número adecuado de controles prenatales, combinado con una prescripción oportuna de hierro, es crucial para la salud integral de madre e hijo [37].

Además, el seguimiento en diferentes trimestres tiene implicancias importantes en la atención prenatal, ya que cada fase del embarazo requiere intervenciones específicas para el monitoreo del crecimiento fetal, detección de riesgos y prevención de complicaciones. La variabilidad en la distribución por trimestres puede reflejar diferencias en la adherencia a las recomendaciones de control prenatal y acceso oportuno a los servicios [38]. En este sentido, la población de nuestro estudio con controles en varios trimestres podría beneficiarse de un seguimiento más integral.

Esta diferencia resalta la importancia de fortalecer estrategias que promuevan el inicio temprano y el seguimiento continuo del control prenatal desde el primer trimestre, con el fin de garantizar un monitoreo adecuado a lo largo del embarazo y optimizar la salud materna y perinatal [33]. Comparar estos datos con los reportados por Zamora [19] permite identificar áreas de oportunidad para mejorar tanto el acceso como la calidad del control prenatal en distintos contextos poblacionales.

El control prenatal es esencial para la salud de la madre y el recién nacido, ya que permite realizar evaluaciones periódicas, detectar posibles complicaciones y aplicar intervenciones preventivas de manera oportuna. En el contexto peruano, aunque muchas gestantes acceden a estos servicios, aún existe un grupo que no alcanza el número mínimo de visitas recomendadas, lo que puede aumentar el riesgo de partos prematuros, bajo peso al nacer y otros desenlaces adversos. Aspectos como la planificación del embarazo, el nivel educativo y la disponibilidad de servicios de salud influyen directamente en la asistencia y continuidad del control prenatal [9,10].

**4.4. Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.**

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Factores de riesgo	Anemia		x <sup>2</sup>	Estadísticos		
	Sin anemia N (%)	Con anemia N (%)		OR (IC_95%)	P- valor	
<b>Edad</b>						
18 – 35 años	33 (55,0)	11 (36,7)	0,569	0,708 (0,288 – 1,741)	0,451	
< 18 – >35 años	27 (45,0)	19 (63,3)				
<b>Residencia</b>						
<b>Demográficos y sociales</b>	Urbano	51 (85,0)	4 (13,3)	0,045	0,872 (0,245 – 3,101)	0,832
	Rural	9 (15,0)	26(86,7)			
<b>Ocupación</b>						
	Comerciante / otras	34 (56,7)	8 (26,7)	7,232	3,596 (1,381 – 9,362)	0,007
	Ama de casa	26 (43,3)	22 (73,3)			

<b>Grado de instrucción</b>						
	Secundaria / Superior	50 (83,3)	28 (93,3)	1,731	0,357 (0,073 – 1,746)	0,188
	Sin instrucción / Primaria	10 (16,7)	2 (6,7)			
<b>Estado civil</b>						
	Casada / Conviviente	51 (85,9)	26 (86,7)	0,045	0,872 (0,245 – 3,101)	0,832
	Soltera / Viuda	9 (15,0)	4 (13,3)			
<b>Paridad</b>						
	1 hijo	26 (43,3)	12 (40,0)	0,091	1,147 (0,470 – 2,797)	0,763
	2 a más hijos	34 (56,7)	18 (60,0)			
<b>Gineco obstétricos</b>						
<b>Atención prenatal (APN)</b>						
	≥ 6 APN	47 (78,3)	28 (93,3)	3,240	0,258 (0,054 – 1,230)	0,027

< 6 APN	13 (21,7)	2 (6,7)			
<b>Prescripción de hierro oral en el control pre natal (CPN)</b>					
Si	55 (91,7)	30 (100,0)			
No	5 (8,3)	0 (0,0)	4,200	0,647 (0,553 – 0,757)	0,040
<b>Edad gestacional</b>					
Primer y segundo trimestre	55 (91,7)	19 (63,3)			
Tercer trimestre	5 (8,3)	11 (36,7)	10,984	6,368 (1,959 – 20,700)	0,001

Las gestantes de 18 a 35 años presentaron una menor frecuencia de anemia en comparación con las menores de 18 años o mayores de 35, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0,708; IC 95%: 0,288–1,741; p = 0,451).

Las gestantes que residen en zonas urbanas presentaron una frecuencia ligeramente menor de anemia gestacional en comparación con las que viven en zonas rurales, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0,872; IC 95%: 0,245–3,101; p = 0,832).

En cuanto a la ocupación, las gestantes que se dedican a las labores del hogar presentan una mayor frecuencia de anemia gestacional en comparación con aquellas que tienen otras ocupaciones, con una diferencia estadísticamente significativa (OR = 3,596; IC 95%: 1,381–9,362; p = 0,007).

Con respecto al grado de instrucción, las gestantes con educación secundaria o superior mostraron una frecuencia de anemia mayor en comparación con aquellas con educación primaria o sin instrucción; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0,357; IC 95%: 0,073–1,746; p = 0,188).

Con respecto al estado civil, las gestantes casadas o que conviven presentaron una frecuencia ligeramente mayor de anemia gestacional en comparación con las solteras o viudas, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0,872; IC 95%: 0,245–3,101; p = 0,763).

En cuanto a la paridad, las gestantes con un solo hijo mostraron una frecuencia ligeramente menor de anemia gestacional en comparación con aquellas con dos o más hijos, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 1,147; IC 95%: 0,470–2,797; p = 0,832).

Las gestantes que asistieron a seis o más controles prenatales mostraron una mayor frecuencia de anemia gestacional en comparación con aquellas que realizaron menos de seis visitas, presentando una diferencia estadísticamente significativa (OR = 0,258; IC 95%: 0,054–1,230; p = 0,027).

Este suceso puede deberse a que existe limitaciones en la atención sanitaria, como inicio tardío de la suplementación, dosificación inadecuada, falta de seguimiento del tratamiento, o retrasos en el diagnóstico y manejo oportuno de la anemia. Esto evidencia que la cantidad de controles prenatales no siempre se traduce en una atención efectiva y resolutive. Por ello, además de promover la asistencia a los controles, es fundamental fortalecer la educación nutricional, la adherencia a la suplementación y la calidad integral de la atención prenatal.

Las que recibieron hierro tienen mayor probabilidad de presentar anemia durante la gestación, con un odds ratio (OR) de 0,647 (IC 95%: 0,553 – 0,757) y una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,040$ ). Estos resultados evidencian que, si bien en los controles se le entrega la suplementación con hierro, muchas gestantes presentan baja adherencia al tratamiento, ya sea por efectos adversos (náuseas, vómitos, estreñimiento), desconocimiento de su importancia, olvido o barreras socioculturales, dosificación inadecuada, interrupciones en el suministro, falta de seguimiento clínico y deficiente consejería nutricional. Esta situación no debe interpretarse como una falla del control prenatal, sino como el resultado de la interacción de diversos factores biológicos, nutricionales, conductuales y propios del sistema de salud que influyen en la eficacia de la suplementación.

En cuanto a la edad gestacional, las gestantes en el tercer trimestre presentaron una menor frecuencia de anemia gestacional en comparación con aquellas en el primer y segundo trimestre, y esta diferencia fue estadísticamente significativa (OR = 6,368; IC 95%: 1,959–20,700;  $p = 0,001$ ).

Respecto a la edad de las gestantes que se encuentran en el rango de 18 a 35 años tienen menor probabilidad de presentar anemia, esta tendencia es consistente con los hallazgos reportados por Garbey [15]. Él indica que los extremos de edad, es decir mujeres jóvenes adolescentes y mujeres mayores, presentan un mayor riesgo de anemia. Esta relación se explica por factores fisiológicos y conductuales como menor cumplimiento en la atención prenatal y suplementación con hierro en mujeres jóvenes, y en mujeres mayores, un deterioro en el estado nutricional [38].

Las mujeres jóvenes de 18 a 35 años aparentemente tienen menor riesgo también

porque tienden a tomar mejores decisiones de salud, como una mayor adherencia a la suplementación de hierro durante el embarazo, lo que contribuye a niveles más adecuados de hemoglobina [40]. Por otro lado, en edades extremas (adolescentes y mayores de 35 años), el equilibrio entre demanda y disponibilidad de hierro es más delicado, y factores adicionales como embarazos tempranos en adolescentes o desgaste en mujeres mayores aumentan la vulnerabilidad a la anemia [38].

Además de la relación entre la edad y la anemia, es importante destacar que la anemia durante el embarazo puede producir complicaciones significativas tanto para la madre como para el feto. La anemia intensa o no tratada se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad fetal y neonatal. También puede debilitar el sistema inmunológico materno, aumentando la susceptibilidad a infecciones que complican la gestación [32].

Aunque las mujeres que viven en zonas urbanas suelen presentar una menor probabilidad de anemia, esta condición no está completamente excluida en este grupo, como lo reportó López [21]. La anemia gestacional puede persistir incluso en entornos urbanos debido a factores tales como la desigualdad en el acceso a servicios de salud, la calidad de la atención prenatal, y las diferencias socioeconómicas y educativas.

Además, en zonas urbanas pueden existir barreras culturales o falta de adherencia a los controles prenatales y suplementación de hierro que incrementan el riesgo de anemia a pesar de la aparente ventaja geográfica. Por lo tanto, la condición urbana no garantiza la ausencia de anemia, sino que su riesgo está mediado por múltiples determinantes sociales y de comportamiento [28]. Este hecho pone en evidencia la importancia de no descuidar la vigilancia y promoción de la salud en mujeres gestantes urbanas y focalizar políticas de intervención para mejorar la equidad en el cuidado prenatal.

En zonas urbanas, la disparidad en el acceso a una alimentación balanceada, prácticas adecuadas de suplementación y controles prenatales puede explicar que las mujeres urbanas sigan presentando anemia. Por ejemplo, mujeres con bajo

nivel educativo o en situación de pobreza enfrentan barreras para adherirse a medidas preventivas, lo que disminuye la ventaja que normalmente confiere la residencia urbana. Además, factores culturales y hábitos alimenticios pueden influir negativamente, contribuyendo a una anemia persistente en este grupo. Por ello, la anemia en la gestación requiere un abordaje integral que incluya educación nutricional, mejoras en la accesibilidad y calidad de atención, y políticas sociales enfocadas en reducir las desigualdades sistémicas, incluso en zonas urbanas [4,5].

Las mujeres que se dedican a trabajos domésticos presentan una mayor probabilidad de padecer anemia, hallazgo que coincide con lo reportado por Castillo [17]. Esta mayor susceptibilidad puede atribuirse a condiciones socioeconómicas desfavorables que suelen acompañar a esta ocupación, tales como bajos ingresos económicos, autonomía limitada para acceder a una alimentación adecuada, y menor acceso a servicios de salud preventivos. Además, el trabajo doméstico no remunerado o informalmente remunerado suele estar asociado con altas exigencias físicas y estrés, lo que puede incrementar el riesgo de deficiencias nutricionales, incluida la anemia [30].

Esta situación refleja la intersección entre determinantes sociales y de salud pública. Las amas de casa con menores recursos tienen menos posibilidades de adquirir alimentos ricos en hierro y suplementos nutricionales, lo que agrava la deficiencia en hierro [30]. Así mismo, la educación limitada y la falta de empleos formales limitan el acceso a información sobre prevención y cuidados durante el embarazo. Por tanto, el estado anemia en esta población es resultado de un conjunto de factores económicos, sociales y culturales que requieren intervenciones integrales, que no solo promueven la suplementación, sino que también mejoran las condiciones de vida y empoderan a estas mujeres para un autocuidado efectivo [32].

En suma, tal como señala Castillo [17], la condición ocupacional como trabajador doméstico se asocia significativamente con un mayor riesgo de anemia gestacional, subrayando la necesidad de dirigirse a esta población objetivo con estrategias de salud comunitaria y apoyo social específico para disminuir esta vulnerabilidad.

La relación entre el nivel educativo de las gestantes y la probabilidad de presentar anemia es un hallazgo consistente con lo reportado por Tettegah [13], donde se establece que las mujeres con educación secundaria o superior tienen menos riesgo de anemia. Esta asociación se puede explicar por el hecho de que un mayor nivel educativo facilita el acceso a información sobre nutrición adecuada, la importancia del control prenatal y el cumplimiento de la suplementación con hierro, factores clave en la prevención de la anemia durante el embarazo [32].

Desde una perspectiva analítica, el nivel educativo también puede ser un indicador indirecto de mejores condiciones socioeconómicas, que influyen positivamente en la calidad de la dieta y el acceso a servicios de salud. Las mujeres con mayor escolaridad tienden a tener mayor autonomía para tomar decisiones relacionadas con su salud y la de su embarazo, lo que se traduce en una mayor adherencia a recomendaciones médicas y cuidado personal. Estos aspectos reducen el riesgo de deficiencias nutricionales, entre ellas la anemia [32].

Otro punto relevante es que la educación contribuye a una mejor comprensión de la importancia del inicio temprano del control prenatal, que a su vez está asociada a una menor incidencia de anemia [36]. Estudios muestran que mujeres con niveles educativos más altos inician controles prenatales en etapas tempranas y tienen un seguimiento más riguroso, lo que favorece la detección y el tratamiento oportuno de la anemia. Esto evidencia que la educación actúa no solo como factor protector directo, sino también mediado a través de mejores comportamientos de salud y acceso a servicios [4,15,16].

La menor probabilidad de anemia observada en mujeres casadas, como lo reporta Zamora [18], puede estar relacionada con varios factores sociales y psicológicos que favorecen el bienestar materno. El estado civil de casada a menudo implica mayor estabilidad emocional y apoyo social, lo cual influye positivamente en la alimentación y el seguimiento adecuado durante el embarazo. El acompañamiento de la pareja puede facilitar que la mujer cumpla con los controles prenatales, una mejor alimentación y la adherencia a la suplementación de hierro, lo que contribuye a la prevención de la anemia [29].

Además, el estado civil de casada puede reflejar ciertas condiciones socioeconómicas más favorables en comparación con mujeres solteras o en otras situaciones. Por lo general, las mujeres casadas pueden tener acceso compartido a recursos económicos, lo cual impacta directamente en la capacidad de adquirir alimentos nutritivos y acceder a servicios de salud con mayor regularidad. Esta seguridad económica relativa es un importante determinante en la reducción del riesgo de anemia durante la gestación, que suele estar también asociada a la calidad y cantidad de la dieta materna [29].

La condición de casada también puede estar vinculada a prácticas culturales y de apoyo comunitario que promueven el cuidado de la mujer embarazada. Estas redes de apoyo pueden proporcionar motivación y recursos para mantener una buena salud nutricional, además de disminuir el estrés relacionado con la gestación. Por lo tanto, el estado civil no actúa de manera aislada, sino que es un factor entrelazado con otras dimensiones sociales y económicas que en conjunto disminuyen la incidencia de anemia [46].

La mayor probabilidad de gestantes sin anemia tiene seis o más controles prenatales, que coincide con los hallazgos reportados por Chipana [20]. Los controles prenatales frecuentes permiten un seguimiento adecuado de la salud materna, facilitando la detección oportuna y el tratamiento temprano de la anemia. Durante estas consultas, se brinda consejería nutricional, suplementos de hierro y ácido fólico, y se realiza monitoreo del crecimiento fetal, lo que contribuye a reducir el riesgo de anemia y sus complicaciones durante el embarazo.

Tener menos de seis controles prenatales puede reflejar barreras en el acceso a la atención médica o falta de adherencia a las recomendaciones, factores que incrementan la vulnerabilidad a déficits nutricionales. La frecuencia insuficiente de controles prenatales también está asociada a menores oportunidades para recibir educación sobre hábitos alimentarios saludables y prevención de enfermedades, lo que impacta negativamente en el estado nutricional y el riesgo de anemia [36].

Asimismo, la continuidad en el control prenatal tiene un efecto acumulativo positivo. Las mujeres que cumplen con el número de consultas recomendado pueden

beneficiarse del seguimiento integral que permite ajustar tratamientos, reforzar la educación sobre la hidratación y alimentación y controlar factores de riesgo. Esto disminuye la aparición y severidad de la anemia en comparación con aquellos que acceden a controles en forma esporádica o tardía, evidenciando la importancia de promover la adherencia a los controles prenatales como estrategia para mejorar la salud materna [5, 36].

La relación entre la suplementación con hierro y la menor probabilidad de anemia durante la gestación, reportada por Salcedo [16], está ampliamente respaldada por la evidencia científica actual. La suplementación con hierro y ácido fólico en mujeres embarazadas es una intervención recomendada a nivel mundial para reducir la prevalencia de anemia ferropénica y sus consecuencias adversas. Estudios muestran que la administración diaria de suplementos de hierro puede reducir el riesgo de anemia materna hasta en un 70%, además de disminuir la anemia por deficiencia de hierro al término del embarazo, lo cual confirma la asociación favorable entre el consumo de hierro y la no presencia de anemia durante el embarazo [4,5, 32].

La suplementación apropiada con hierro no solo mejora los niveles de hemoglobina, sino que también contribuye a la prevención de complicaciones maternas y perinatales asociadas a la anemia, como parto prematuro y bajo peso al nacer. A pesar de que se receta hierro a las gestantes, algunas no lo consumen tal como se les ha indicado, una de las razones para la "no respuesta" al hierro por vía oral es la adherencia deficiente, debido a efectos secundarios gastrointestinales, falta de seguimiento, o un sabor desagradable. En tal sentido, el éxito de esta intervención depende de su ingesta adecuada, inicio temprano en el embarazo y cumplimiento riguroso, factores que pueden variar según contextos socioculturales y acceso al sistema de salud. Así, la suplementación con hierro debe ser parte de un abordaje integral que incluya educación, control prenatal y monitoreo continuo para maximizar sus beneficios [33,37].

Además, la suplementación con hierro es particularmente efectiva en poblaciones con alta prevalencia de anemia o déficit de hierro, donde su introducción rutinaria ha mostrado mejoras significativas en los indicadores de salud materna. No

obstante, algunos estudios sugieren que la suplementación debe manejarse con precaución en mujeres no anémicas para evitar efectos adversos, como alteraciones gastrointestinales. Esto subraya la importancia de un diagnóstico adecuado y seguimiento clínico individualizado para optimizar los resultados de la suplementación y minimizar los riesgos [36,38].

La mayor probabilidad de anemia en gestantes durante el primer y segundo trimestre reportada por Zamora [18] está respaldada por la fisiopatología del embarazo y varios estudios recientes. Durante estos periodos iniciales ocurre, un aumento significativo del volumen plasmático, acompañado de una expansión moderada de la masa eritrocitaria, lo que provoca una hemodilución fisiológica que reduce la concentración de hemoglobina y puede dar lugar a una anemia aparente o real. Este fenómeno es más marcado en el segundo trimestre, coincidiendo con una prevalencia más alta de anemia observada en varias poblaciones.

Desde el análisis de los requerimientos nutritivos, la demanda de hierro es especialmente alta en los primeros dos tercios del embarazo, debido al crecimiento fetal y la expansión del volumen sanguíneo materno [32]. La pérdida adicional de hierro y el aumento en la necesidad de transporte de oxígeno explican por qué en el primer y segundo trimestre la probabilidad de anemia es mayor si no se complementa con una ingesta adecuada o suplementación. Además, los ajustes hormonales y metabólicos propios del embarazo afectan la absorción y utilización del hierro, lo que aumenta este riesgo [40].

Por otro lado, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem está relacionado con la anemia gestacional, al tratarse de una condición que, en muchos casos, resulta de la incapacidad parcial o total de la gestante para satisfacer sus necesidades nutricionales y de salud. La teoría permite comprender que este déficit no es únicamente responsabilidad individual, sino que puede estar condicionado por factores sociales, económicos y culturales que limitan la capacidad de autocuidado. Asimismo, elementos como el bajo nivel educativo, la alimentación inadecuada o el escaso acceso a controles prenatales reflejan fallas en el autocuidado que justifican la intervención enfermera.

Finalmente, la detección temprana y el manejo oportuno de la anemia durante estos trimestres iniciales son cruciales para minimizar las complicaciones materno-fetales. La prevalencia observada en estos trimestres destaca la importancia de iniciar el control prenatal temprano, con monitoreo continuo de los niveles de hemoglobina y el soporte nutricional adecuado. Esto es vital para optimizar los resultados del embarazo y reducir la morbilidad asociada [44].

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- Respecto a la anemia en gestantes se observó que, de 90 mujeres, 30 tenían anemia, es decir, por cada dos mujeres sin anemia existe una mujer con anemia. Según el trimestre gestacional, en el primer trimestre se evidenció anemia leve en aproximadamente una de cada siete gestantes; en el segundo trimestre predominó la anemia moderada, presente en tres de cada diez gestantes; mientras que, en el tercer trimestre la anemia leve se identificó en alrededor de un tercio de las gestantes.
- Las características sociodemográficas más frecuentes de las gestantes, fueron: la edad 18 – 35 años, de zona urbana, amas de casa, con grado de instrucción primaria/secundaria y casados o convivientes.
- Las características gineco obstétricas más comunes de las gestantes, fueron: el tener 2 o más hijos, más de 6 controles prenatales; con prescripción de hierro durante la gestación y se encontraron entre el primer y segundo trimestre de gestación.
- Se identificó que los factores de riesgo que se asocian a la anemia en gestantes fueron la ocupación, la atención prenatal y la edad gestacional. Asimismo, se determinó que el riesgo de desarrollar anemia gestacional se incrementó principalmente en las mujeres que se desempeñaban como amas de casa y en aquellas que se encontraban en el primer y segundo trimestre de la gestación.

## RECOMENDACIONES

### **A la Red Integrada de Salud (RIS) – Chota**

Fortalezca la prevención de la anemia en gestantes mediante la implementación de una estrategia integral y continua, que incluya la detección precoz de la anemia desde el primer trimestre, el inicio oportuno y seguimiento estricto de la suplementación con hierro y ácido fólico, y la educación nutricional personalizada, orientada a mejorar la adherencia al tratamiento y el consumo de alimentos ricos en hierro biodisponible. Asimismo, es fundamental reforzar la capacitación del personal de salud, garantizar el abastecimiento continuo de suplementos, y realizar un monitoreo periódico de los niveles de hemoglobina, priorizando a las gestantes en situación de mayor riesgo, con el fin de reducir la prevalencia de anemia y sus complicaciones materno-perinatales.

### **Al personal de salud que laboran en los Establecimientos de Salud**

Fortalecer la detección temprana y el seguimiento continuo de la anemia en gestantes mediante controles prenatales oportunos, monitoreo de hemoglobina y evaluación de factores de riesgo. Asimismo, es fundamental promover la suplementación adecuada, la educación nutricional con alimentos ricos en hierro y vitamina C, y asegurar la adherencia al tratamiento. Estas acciones contribuyen a prevenir la anemia y a garantizar gestantes y recién nacidos saludables.

### **A los directivos de la Escuela Profesional de Enfermería y a la Unidad de Investigación de la Facultad.**

Es fundamental promover investigaciones que evalúen la efectividad de programas orientados a prevenir el embarazo y mejorar el estado nutricional materno. Estos estudios deben medir su impacto en la reducción de anemia gestacional y sus consecuencias, analizando cómo intervenciones educativas, nutricionales y de apoyo social modifican conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación, suplementación con hierro y control prenatal. La evidencia generada facilitará el diseño de políticas públicas más efectivas para mejorar la salud integral de mujeres en edad reproductiva y sus hijos.

**A las gestantes.**

Deben asumir el compromiso de acudir a todos sus controles prenatales, tomar diariamente sus suplementos y mantener una alimentación saludable, ya que estas acciones contribuyen a prevención de anemia y además a evitar futuras complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Factor de riesgo [Internet]. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística; 2024 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/concepto.htm?c=4583#:~:text=Cualquier%20caracter%20C3%ADstica%20o%20circunstancia%20detectable,especialmente%20expuesto%20a%20una%20enfermedad.>
2. Centro Universitario Contra el Cáncer. Todo lo que necesitas saber sobre la anemia en el embarazo: causas, tratamiento y prevención [Internet]. Nuevo León, México: Centro Universitario Contra el Cáncer; 2025 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en: <https://hematologia-uanl.com/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-la-anemia-en-el-embarazo-causas-tratamiento-y-prevencion/>
3. Clínica Universidad de Navarra. ¿Qué es la anemia? [Internet]. Navarra, España: Clínica Universidad de Navarra; 2024 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>
4. Stanford Medicine Childrens Health. Anemia en el embarazo [Internet]. Washington, Estados Unidos: Stanford Medicine Childrens Health; 2020 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anemia-in-pregnancy-90-P05537>
5. Organización Mundial de la Salud. Anemia. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023. [citado el 06 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. América Latina y el Caribe panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: estadísticas y tendencias [Internet]. Roma, Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2023 [consultado

29 de junio 2025]. Disponible en:  
<https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/85d72c87-1973-4817-b022-1405c06f967b/content/sofi-statistics-rlc-2023/aneamia-among-women.html>

7. Ministerio de Salud. Estado nutricional de gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023. [citado el 06 de enero del 2025]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5355661/4795549-informe-gerencial-sien-his-gestantes-primer-semester-2023.pdf>
8. Muñoz GK, García CN, Arce MA. Factores de riesgo asociados a anemia en gestantes de un centro de salud peruano. Revista Peru Ginecol Obstet. [Internet] 2024. [citado el 06 de enero del 2025]; 70(3): 1-6. Disponible en:  
<http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2658/2943>
9. Andina Agencia Peruana de Noticias. Cajamarca: destacan trabajo conjunto para combatir la anemia con aporte del sector privado [Internet]. Cajamarca, Perú: Andina Agencia Peruana de Noticias; 2025 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-cajamarca-destacan-trabajo-conjunto-para-combatir-anemia-aporte-del-sector-privado-1022503.aspx>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2021 [Internet]. Cajamarca, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021 [consultado 29 de junio 2025]. Disponible en:  
<https://encuestas.inei.gob.pe/endes/2021/departamentales/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf>
11. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N.º 251-2024-MINSA [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2024 [consultado 7 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5440166-251-2024-minsa>

12. Dirección de Salud Cajamarca. Cuadro de mando integral [Internet]. Cajamarca, Perú: Dirección de Salud Cajamarca; 2025 [consultado 29 de agosto 2025]. Disponible en: <https://sir.diresacajamarca.gob.pe/risc/#/cmi/>
13. Tettegah E, Hormenu T, Ebu NE. Factores de riesgo asociados con la anemia en mujeres embarazadas en el distrito de Adaklu, Ghana. Frente. Glob. Salud de la Mujer [Internet]. 2024. [citado 24 enero 2025]; 4(3). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health/articles/10.3389/fgwh.2023.1140867/full>
14. Coaquira GC, Sologuren GN, Linares CL, Escobar GR, Ramos LL, Choque LF. et al. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes. Fondo Editorial de la Universidad Nacional Experimental Sur del Lago, Jesús María Semprum. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1906jyZXaMybBXlv9CJ2tJonpJRcCB2T5/view>
15. Garbey Y, Batista Y, Alvarez JT. Factores de riesgo de la anemia durante el embarazo. Revista Electrónica Medimay. [Internet]. 2023. [citado 24 enero 2025]; 30(3): 278-286. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/373174044\\_Factores\\_de\\_riesgo\\_de\\_la\\_anemia\\_durante\\_el\\_embarazo](https://www.researchgate.net/publication/373174044_Factores_de_riesgo_de_la_anemia_durante_el_embarazo)
16. Salcedo, CE. Factores de riesgo asociados a la anemia en mujeres gestantes que asistieron a control prenatal. Clínica Limatambo 2022. [Tesis de título]. Universidad Ricardo Palma. [Internet]. 2024. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f73788d8-5613-4b0d-9f3c-88fce8756e7b/content>
17. Castillo, GJ. Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes del Centro de Salud de Chilca, Huancayo, 2023. [Tesis de título]. Universidad Nacional del Centro del Perú. [Internet]. 2024. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en:

[https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10502/T010\\_73014842\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10502/T010_73014842_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

18. Zamora, D. Factores de riesgo asociados con la anemia en gestantes en el distrito del tambo, 2022. [Tesis de título]. Universidad Peruana los Andes. [Internet]. 2023. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5987/T037\\_70459936\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5987/T037_70459936_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Astocaza, PC. Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2022. [Tesis de título]. Universidad Privada San Juan Bautista. [Internet]. 2023. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/181fdbec-cfa1-4527-8170-7f49d67cd33c/content>
20. Chipana, KF. Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro enero a diciembre – 2022. [Tesis de título]. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. [Internet]. 2023. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/47e01e82-03b9-4e19-9fcc-0e0652c25712/content>
21. López, VM. Factores socioculturales asociados al grado de anemia en gestantes. Centro de Salud la Tulpuna, 2021. [Tesis de título]. Universidad Nacional de Cajamarca. [Internet]. 2022. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4904/TESIS%20VILMA%20MAGALI%20L%c3%93PEZ%20CAMPOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Nursing Theory. Teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado de Orem [Internet]. New York, Estados Unidos: Nursing Theory; 2023 [consultado 29 de

- junio 2025]. Disponible en: <https://nursingtheory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory>
23. Instituto Nacional de Estadística. Factores de riesgo [Internet]. Lima, Perú: INE; 2025 [consultado el 08 de enero del 2025]. Disponible de: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>
24. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de riesgo [Internet]. Washington, estados unidos: OPS; 2025 [Consultado el 08 de enero del 2025]. Disponible de: <https://www.paho.org/es/deteccion-verificacion-evaluacion-riesgos-dve/evaluacion-riesgo>
25. Enciclopedia Concepto. Factores o indicadores demográficos [Internet]. Madrid, España: Enciclopedia Concepto; 2025 [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en: <https://concepto.de/factores-demograficos/>
26. Mayo Clinic. Pasos para tener un embarazo de alto riesgo saludable [Internet]. 2024 [Consultado el 08 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/high-risk-pregnancy/art-20047012#:~:text=Edad,o%20mayores%20de%2035%20años.>
27. Cuidado de la mujer. Edad materna [Internet]. 2025 [Consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/informacion-mujer/edad-materna.>
28. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2022 [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo>
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020 [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1898/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1898/libro.pdf)

30. Defensoría del Pueblo del Perú. El impacto económico del trabajo doméstico no remunerado y de cuidados en el desarrollo de las mujeres [Internet]. Lima, Perú: Defensoría del Pueblo del Perú; 2020 [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en: <https://acortar.link/oP7JUD>
31. Espinola M, Sanca-Valeriano S, Ormeño-Julca A. Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazadas en Perú. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2021 [consultado 30 de junio 2025]; 86(2):76–92. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262021000200192](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000200192)
32. Astocaza, PC. Factores de riesgo asociados a la anemia gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica 2022. [Tesis de título]. Universidad Privada San Juan Bautista. [Internet]. 2023. [citado el 07 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/181fdbec-cfa1-4527-8170-7f49d67cd33c/content>
33. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Anemia en Gestantes 2021 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/endes-2021-presentacion.pdf>
34. Instituto Nacional de Estadística. Salud materna. [Internet]. Lima: Perú; 2025 [consultado 08 de enero del 2025]. Disponible de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf)
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado civil [Internet]. Lima, Perú. [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM)

36. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. [Internet]. [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494&sectionid=98123785#:~:text=Paridad%20es%20el%20número%20de,base%20en%20la%20última%20menstruación>).
37. Federación Argentina de Sociedades Ginecológicas y Obstetricias. El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo? [Internet]. FASGO. [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
38. Kids Health. Atención médica durante el embarazo [Internet]. Kidshealth. [consultado el 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/medical-care-pregnancy.html>
39. Ministerio de Salud. Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico para gestantes y puérperas [Internet]. Lima, Perú. [consultado el 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/suplementacion-con-sulfato-ferroso-y-acido-folico-para-gestantes-y-puerperas>
40. Medelline Plus. Edad gestacional [Internet]. Medlineplus [consultado el 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=Se%20mide%20en%20semanas%2C%20desde,semana%2042%20se%20consideran%20p osmaduros>.
41. Organización Mundial de la Salud. Anemia gestacional. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2023. [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1)

42. Organización Mundial de la Salud. Anemia gestacional. [Internet]. Ginebra – Suiza: OMS; 2023. [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1)
43. Hospital de emergencia Villa el Salvador. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia en el embarazo en el hospital de emergencias villa el salvador [Internet]. Lima, Perú. 2024 [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6638372/5771546-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-anemia-en-el-embarazo.pdf?v=1720817024>
44. Organización Panamericana de la Salud. Anemia en mujeres y niños. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [consultado 30 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/anemia-women-and-children>
45. Ministerio de Salud. Norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de anemia niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Lima, Perú. 2017 [consultado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
46. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2025 [Consultado 09 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
47. Superintendencia nacional. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS. [Internet]. [Consultado 09 de enero 2025]. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00004660#no-back-button>
48. Supo C. Seminarios de investigación científica: Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. 2da ed. Perú. Editorial Bioestadístico EIRL.; 2014.

49. Polit D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2000

## ANEXOS

### Anexo 1. Formato de Consentimiento informado

#### Título de la investigación:

“Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.”

#### Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.

Yo....., identificado (a) con DNI N° ....., mediante la información dada por los bachilleres de enfermería Merly Yulisa Fustamante Gálvez con y Jerlin Rafael Tarrillo acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota,.....de.....del 2025.

-----  
Firma 

## **Anexo 2.** Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Profesional de Enfermería

“Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025”

### **Ficha de recolección de datos sobre factores de riesgo asociados y grado de anemia**

Ficha N°.....

#### **I Factores de riesgo asociados a anemia gestacional**

##### **Factores demográficos**

###### **1. Edad**

- a) 18 - 35 años
- b) < 18 – >35 años

###### **2. Lugar de residencia**

- a) Urbano
- b) Rural

##### **Factores sociales**

###### **3. Ocupación de la gestante**

- a) Ama de casa
- b) Trabajadora del hogar
- c) Comerciante
- d) Otra ocupación

###### **4. Grado de instrucción**

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

###### **5. Estado civil**

- a) Soltera
- b) Casada

- c) Conviviente
- d) Viuda
- e) Divorciada

## **II Factores gineco obstétricos**

### **6. Paridad**

- a) 1 hijo
- b) 2 a 3 hijos
- c) Mas de 3 hijos

### **7. Periodo intergenésico**

- a) < 2años
- b) > 2años

### **8. Atención prenatal**

- a) < 6 APN
- b) >= 6 APN

### **9. Prescripción de hierro oral en el CPN**

- a) Si
- b) No

### **10. Dosis diaria de suplementación terapéutica con hierro (120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 6 meses)**

- a) Si
- b) No

### **11. Edad gestacional (trimestre):**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre

## **III Anemia gestacional**

### **12. Valor de hemoglobina**

#### **Primer trimestre**

- a) Leve: 10.0 – 10.5 g/dl
- b) Moderado: 7.0 – 9.9 g/dl
- c) Severo: <7.0 g/dl

#### **Segundo trimestre**

- a) Leve: 9.5 – 10.4 g/dl
- b) Moderado: 7.0 – 9.4 g/dl

c) Severo: <7.0 g/dl

**Tercer trimestre**

a) Leve: 10.0 – 10.9 g/dl

b) Moderado: 7.0 – 9.9 g/dl

c) Severo: < 7.0 g/dl

**Muchas gracias.**

### Anexo 3: Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.	¿Cuál es la relación entre factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025?	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación entre factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</li> <li>• Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</li> <li>• Identificar las características gineco obstétricos de las gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</li> </ul>	<p><b>Hi:</b> Los factores sociodemográficos y gineco obstétricos se asocian significativamente a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</p> <p><b>Ho:</b> Los factores sociodemográficos y gineco obstétricos no se asocian significativamente a la anemia en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de la ciudad de Chota, 2025.</p>	<p><b>Técnicas</b></p> <p>Análisis documental</p> <p><b>Instrumentos</b></p> <p>Ficha de recolección de datos</p>