



Universidad Científica del Perú - UCP
*Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos,
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP*

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS:

ANEMIA MATERNA Y SU ASOCIACIÓN A PREMATURIDAD – HOSPITAL
APOYO IQUITOS “CESAR GARAYAR GARCIA” 2017

Para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Presentado por la Bach. En Enfermería:

DOYLLI ERLITA RUIZ SALAZAR

Asesor (a):

LIC. ENF. ELVIA BETTY MALAFAYA RIVERA

Iquitos-Maynas

2019

DEDICATORIA

“A Dios, quien siempre está presente en los momentos más difíciles, por ser mi luz, mi guía y haber puesto en mi camino a personas que me brindaron su apoyo incondicional en cada momento y darme la fortaleza necesaria para culminar con éxito mi carrera. “

“A mi madre, a la cual agradezco por su confianza y apoyo brindado, demostrándome su inmenso amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. “

“A mis hermanos por la motivación y apoyo que me brindaron en todo momento.”

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera, quien me brindó su apoyo, experiencia y orientación para realizar este trabajo y por haber contribuido en mi formación profesional.

Al Hospital Apoyo Iquitos, que, desde la Gerencia, Personal Asistencial y Administrativo, me ha brindado las mayores facilidades para el desarrollo de este trabajo.

A los miembros del jurado calificador, por sus valiosas sugerencias.

A la Universidad Científica del Perú, por brindarme la oportunidad de poder cumplir mi sueño.



Universidad Científica del Perú - UCP
 Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000310, Personas Jurídicas de Iquitos,
 Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 828-2018-UCP-FCS, del 11 de Octubre del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- ✚ **Med. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla** **Presidente**
- ✚ **Lic. Enf. Teresa Consuelo Montalván Llerena** **Miembro**
- ✚ **Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza** **Miembro**

Como Asesor (es): **Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 19:00 p.m. horas, del día 26 de Julio del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“ANEMIA MATERNA Y SU ASOCIACIÓN A PREMATURIDAD, HOSPITAL APOYO IQUITOS “CESAR GARAYAR GARCIA”, 2017”**.

Presentado por la sustentantes:

DOYLLI ERLITA RUIZ SALAZAR

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

ABSUeltas Satisfactoriamente

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

APROBARA POR UNANIMIDAD

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Med. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla
Presidente

Lic. Enf. Teresa Consuelo Montalván Llerena
Miembro

Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

ANEMIA MATERNA Y SU ASOCIACION A PREMATURIDAD,
HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAY GARCIA, 2017"

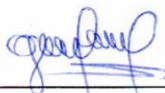
MIEMBROS DEL JURADO



Med. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla
Presidente



Lic. Enf. Teresa C. Montalván Llerena
Miembro



Lic. Enf. Graciela Inga Mendoza
Miembro



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Asesora

ÍNDICE

Dedicatoria.....	1
Agradecimiento.....	2
Acta de sustentación.....	3
Miembros de jurado.....	4
Índice de cuadros y anexos.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
CAPITULO I	
1. Introducción.....	10
2. Formulación del problema.....	12
Problema general.....	12
Problemas específicos.....	12
3. Objetivos.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
4. Justificación de la investigación.....	14
CAPITULO II	
5. Antecedentes del estudio.....	16
6. Bases Teóricas.....	19
CAPITULO III	
7. Hipótesis.....	27
8. Variables.....	28
Operacionalización de variables.....	29

9. Tipo y diseño de estudio.....	30
10. Población y muestra.....	31
11. Criterios de inclusión de casos.....	31
12. Criterios de inclusión controles.....	31
13. Criterios de exclusión casos y controles.....	32
14. Técnicas e instrumentos.....	32
15. Procedimiento de recolección de datos.....	32
16. Análisis e interpretación.....	33
17. Protección de los derechos humanos.....	33
CAPITULO IV	
18. Resultados.....	34
CAPITULO V	
19. Discusión.....	37
20. Conclusiones.....	38
21. Recomendaciones.....	39
22. Conflicto De Intereses.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos.....	46

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 01: Sexo del RN* Edad gestacional.....	34
Tabla 02: Sexo del RN * Anemia Materna.....	35
Tabla 03: Anemia Materna * Prematuridad.....	36

INDICE DE GRÁFICOS Y ANEXOS

Gráfico 01: Sexo del RN* Edad Gestacional.....	46
Gráfico 02: Sexo del RN * Anemia Materna.....	46
Grafico 03: Anemia Materna * Prematuridad.....	46
Anexo 04: Ficha recolección.....	47
Anexo 05: Aprobación Comité de Ética.....	48
Anexo 06: Matriz de contingencia.....	49
Anexo 07: Base de datos.....	51

RESUMEN

La anemia se considera un problema nutricional frecuente en la población mundial, especialmente en grupos vulnerables; siendo el embarazo uno de estos grupos, lo cual puede conllevar a consecuencias en el recién nacido, por lo que en el presente estudio se propuso como objetivo determinar si la anemia materna es una condición asociada a prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos durante el año 2017. El presente estudio fue de tipo analítico, no experimental, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población incluyó 30 casos de recién nacidos prematuros, tomándose 3 controles por cada caso. Entre los resultados se menciona que la anemia materna se presentó en el 53,3 % de casos y 20 % en el grupo control. El análisis de datos del presente estudio muestra que la anemia materna incrementa en 5 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro (valor p menor de 0.05), con un intervalo de confianza que va desde 1,889 a 11,064. Los casos de anemia materna moderada y severa encontrados no cumplieron con los criterios de selección, por lo que no se logró determinar la asociación de estos con recién nacidos prematuros, siendo esto una limitación del estudio.

Del presente estudio se concluye que la anemia materna es un factor de riesgo asociado a prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos durante el año 2017.

Palabras clave: Anemia Materna- Prematuridad - Hospital Apoyo Iquitos

ABSTRACT

Anemia is considered a frequent nutritional problem in the world population, especially in vulnerable groups; pregnancy being one of these risk groups, which can lead to consequences in the newborn, so in the present study was proposed as an objective to determine if maternal anemia is a condition associated with prematurity in newborns treated at the Hospital Iquitos support during the year 2017. The present study was of a non-experimental, observational, analytical, retrospective, case-control type. The population included 30 cases of premature newborns, taking 3 controls for each case. Among the results it is mentioned that maternal anemia occurred in 53, 3 % of cases and in the control group in 20 %. The data analysis of the present study shows that maternal anemia increases on average 5 times the risk of having a premature newborn (p-value less than 0.05), with a confidence interval ranging from 1, 889 to 11, 064. cases of moderate and severe maternal anemia found did not meet the selection criteria, so it is not possible to determine the association of these with premature newborns, this being a limitation of the study.

The present study concludes that maternal anemia is a risk factor associated with prematurity in newborns treated at the Hospital Apoyo Iquitos during the year 2017.

Key words: Maternal Anemia - Prematurity - Hospital Support Iquitos

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCION

La anemia es considerada un problema nutricional frecuente en la población, especialmente en grupos vulnerables de países en vías de desarrollo; siendo el embarazo uno de estos grupos por los altos requerimientos de hierro que demanda; lo cual se ve asociado a un desarrollo no adecuado del neonato ¹.

El último registro a nivel nacional con el que se cuenta sobre la prevalencia de anemia en gestantes fue realizado el año 2015 y abarcó a las gestantes atendidas dentro de los establecimientos del ministerio de salud mediante el Sistema de Información de Estado nutricional, el cual fue un estudio transversal que analizó 280 000 registros y donde los resultados mostraron una prevalencia del 24% de anemia en las gestantes a nivel nacional ,además de un grado de variabilidad notoria de dicho valor dentro de los diferentes departamentos, siendo los de la región sierra aquellos con más alta prevalencia en contraposición a los valores de Lima Metropolitana (18%) ; haciendo especial mención al departamento de Huancavelica, que presentó la mayor prevalencia de anemia durante el embarazo (48%) , seguido de Puno con (46%); aunque es preciso mencionar la existencia de una disminución lenta pero constante en los registros anuales de prevalencia nacional de anemia en gestantes que comenzó con un valor del 27% en el año 2009 y ha ido declinando a razón de 0.5% aproximadamente durante cada año. Otros estudios mencionan que la prevalencia de anemia materna afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo: al 23% de las gestantes de países desarrollados y el 52% en naciones en vías de desarrollo ².

La razón de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo para el 2015 fue de 239 por 100 000 nacidos vivos; estudios retrospectivos muestran una relación entre esta mortalidad y la presencia de anemia en las gestantes; es decir, la anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna³. En nuestro país 24 de cada 100 mujeres gestantes tienen problemas de anemia durante su embarazo, siendo estos valores mayores en

zonas rurales, probablemente por el bajo consumo de hierro que conllevan a niveles disminuidos de hemoglobina; constituyendo un problema de salud pública que contribuye sustancialmente al aumento de las morbimortalidad materna y perinatal asociadas a prematuridad. En relación a las tasas de supervivencia de los prematuros, estos muestran notables diferencias entre los diversos países del mundo dependiendo de los recursos económicos. Más de un millón de niños prematuros fallecen cada año debido a complicaciones durante el parto. A nivel mundial, la prematuridad es primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años ⁴.

Toda gestante tiene la necesidad de un estado nutricional adecuado, no solamente por su propia salud, sino también para disminuir el riesgo de un resultado perinatal no favorables para el recién nacido, como lo es el parto prematuro. Dentro de los problemas maternos que se han relacionado al parto prematuro podemos mencionar a la anemia materna. A pesar de la evidencia mostrada desde hace varios años, aun no se ha establecido una relación causal directa entre la anemia materna y el parto prematuro ⁵. En relación al sexo, tampoco se ha establecido una relación causa-efecto estadísticamente significativa.

Se considera prematuro a todo neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación cumplidas. La prematuridad se asocia con alrededor de 1/3 de todas las muertes infantiles y representa aproximadamente el 45% de los recién nacidos con parálisis cerebral infantil (PCI), el 35% de los recién nacidos con discapacidad visual, y el 25% de los recién nacidos con discapacidad cognitiva o auditiva; mencionando además que presentan un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como lo son la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales. Dichas complicaciones contribuyen al incremento de la tasa de morbi-mortalidad

infantil en comparación con los recién nacidos a término, puesto que el riesgo de complicaciones aumenta a menor edad gestacional ⁶.

El Hospital Apoyo Iquitos brinda atención a una población de bajo nivel socioeconómico, proveniente de zonas urbanas marginales y rurales, en las cuales se presenta con frecuencia el nacimiento de neonatos prematuro y gestante con diagnósticos de anemia. Por otro lado, no se han reportado estudios locales que analicen la asociación de estas dos variables como relación causa- efecto sin la intervención de otros factores; y teniendo en cuenta las consecuencias ya mencionadas que se pueden presentar en el recién nacido prematuro y la gran incidencia del problema de la anemia materna, se plantea el siguiente estudio.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general:

¿Cuál es la asociación que existe entre la anemia materna y la prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” - 2017?

Problemas específicos:

- ¿Es el sexo del neonato un factor asociado a prematuridad - Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de anemia materna en relación al sexo de los recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de anemia materna en recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de anemia materna en recién nacidos a término atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017?
- ¿Existe asociación al comparar las frecuencias de anemia materna entre recién nacidos prematuros y recién nacidos a término atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017?

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Determinar si la anemia materna es una condición asociada a prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” – 2017.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar si el sexo del recién nacido es un factor asociado a prematuridad - Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017.
- ✓ Identificar la frecuencia de anemia materna en relación al sexo de los recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017
- ✓ identificar la frecuencia de anemia materna en recién nacidos prematuros - Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017.
- ✓ identificar la frecuencia de anemia materna en recién nacidos a término - Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017.
- ✓ Analizar la frecuencia de anemia materna entre recién nacidos prematuros y recién nacidos a término atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” 2017.

4. JUSTIFICACIÓN

Existen factores de riesgo a los que se expone la madre durante el proceso reproductivo que podrían estar relacionados con la culminación de gestaciones con recién nacidos prematuros, entre los cuales se incluye la anemia materna. Además, las consecuencias del parto prematuro también se presentan para las familias y personal de salud, ya que ellas deben proveerles cuidados especiales y, muchas veces, costosos; lo cual afecta directamente al de desarrollo de dichas familias y el sistema de atención en salud.

Toda gestante tiene la necesidad de un estado nutricional adecuado, no solamente para su propia salud, sino también para obtener un resultado perinatal favorable, que permita disminuir riesgos durante su embarazo y posibles complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

La anemia materna se considera uno de los principales riesgos de salud durante la gestación. Como ya se mencionó, es una patología frecuente en nuestro país y sobre todo en nuestro medio local, es por ello la intención del presente estudio de conocer nuestra realidad inmediata e identificar si existe una relación causa-efecto entre la anemia materna y la prematuridad, los cuales constituyen problemas de salud pública en nuestro país por las graves consecuencias que conllevan, que se evidencian en el incremento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Los recién nacidos prematuros están asociados a un elevado número de complicaciones que pueden llegar incluso a la muerte del neonato. Este problema constituye una preocupación mundial, siendo frecuente en los países en vías de desarrollo como el nuestro.

En relación al profesional de enfermería, este debe garantizar la calidad en la prestación de servicios para el neonato, gestante y familia. Por tal motivo el profesional de enfermería debe empoderarse, trabajar en equipo y poseer conocimientos científicos para liderar los diferentes procesos de atención a la

gestante durante todas sus etapas y vigilancia de los problemas de salud materno-neonatal.

Además, el profesional de enfermería está en la capacidad de gestionar, valorar, detectar riesgos y posibles complicaciones en una gestante y su familia, realizar intervenciones oportunas y seguras en la atención a la gestante en un proceso patológico que logre impactar en instituciones de salud y especialmente disminuir de manera significativa la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Por lo mencionado anteriormente se plantea el presente estudio en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García, durante el años 2017, teniendo en cuenta que los recién nacidos prematuros constituyen una población que requiere una vigilancia de sus factores de riesgo, entre los cuales se menciona la anemia materna; cuyos resultados obtenidos podrán ser utilizados también para emprender investigaciones posteriores en busca de la mejora de este problema, las cuales podrían incluir políticas que incluyan programas de salud preventiva y fortaleciendo estrategias en el control materno-neonatal adecuados.

CAPÍTULO II

5. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

LOZADA H. (2017) realizó un estudio para determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita. Estudio de casos y controles, retrospectivo. Se tomaron 86 gestantes en el grupo de los casos (edad gestacional < 37 semanas) y en los controles 295 gestantes (edad gestacional \geq 37 semanas y < 42 semanas). En relación a la anemia materna se obtuvo que este incrementa en 2.46 veces el riesgo de tener un producto pretérmino, resultado estadísticamente significativo (valor $p=0.043$) ⁷.

PALOMINO S. (2016) realizó un estudio para determinar los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino por vía vaginal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en Abancay. En relación al antecedente de anemia materna se encontró un OR: 1,353, siendo este resultado significativo (valor p menor de 0.05) ⁸.

ALARCÓN J. (2016) en su estudio sobre los factores de riesgo para parto prematuro, Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé”. Estudio de tipo observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo. Cada muestra (grupo casos y grupo control) estuvo conformada por 54 gestantes. En relación a la anemia materna se encontraron los siguientes resultados: $p=0.041$; OR=2.34, es decir que la anemia gestacional incrementa en 2 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro, siendo este resultado estadísticamente significativo⁹.

CHIRA J. y cols. (2015) realizó un estudio para determinar los factores de riesgo asociados para parto pretérmino en gestantes del hospital provincial docente Belén de Lambayeque. Estudio de casos y controles. Se analizaron 80 historias clínicas de nacimientos pretérmino y 160 controles. Dentro de los resultados del estudio se concluyó que la anemia materna incrementa en 2 veces el riesgo de

parto pretérmino (OR: 1,79 – IC: 1.02-3.15; siendo este resultado estadísticamente significativo $p: 0.0407$)¹⁰.

HERNÁNDEZ A. y cols. (2015) en su estudio sobre análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, recolectaron información de 311 521 gestantes, distribuidas en 1638 distritos del Perú. La prevalencia nacional de anemia fue de 24,2% (IC 95%: 24,0-24,3) y 30,5% en el área rural en comparación del 22,0% en el área urbana¹¹.

AGUINZACA K. (2014) realizó un estudio sobre anemia gestacional y su relación con recién nacidos prematuros y de bajo peso en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Isidro Ayora de Loja. La frecuencia de anemia fue de 74 pacientes correspondiente al 7,6%. Del total de mujeres con anemia, el 31.1% terminó su embarazo en parto prematuro. El grado de anemia identificado con mayor frecuencia corresponde a anemia leve 60,8%, seguido de anemia moderada 37,8% y finalmente anemia grave 1,4%¹².

SAAVEDRA H: (2014) en su estudio de factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas; estudio observacional, de casos y controles; encontró dentro las principales causas de morbilidad materna fueron la anemia (38.2%), sin embargo, el antecedente de anemia materna no fue significativo en su asociación a prematuridad ($p=0.192$); es decir, la anemia materna no es un factor de riesgo asociado a prematuridad¹³.

ARÉVALO A. (2014) en su estudio sobre factores Asociados a parto prematuro en el Hospital II-2 de Tarapoto, en relación al antecedente de anemia materna se encontró que este incrementaba en 4,1 veces el riesgo de parto prematuro (OR: 4,10); sin embargo, este resultado no fue estadísticamente significativo ($p=0.586$).¹⁴

APARCANA M. (2013) realizó un estudio para determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora en el distrito de San Juan de Miraflores. El 43% de las gestantes tuvo anemia; el 8% de los recién nacidos solo presentó asociación con retardo del crecimiento intrauterino como factor de riesgo fetal¹⁵.

ROMERO A. y cols. (2013) realizaron un estudio para determinar los factores de riesgo de parto prematuro en un Hospital Materno Infantil de Huancayo, estudio de tipo casos y controles. En este estudio en relación a la anemia materna se encontró que este incrementa en 2.51 veces el riesgo de tener un parto prematuro (OR=2,51)¹⁶.

SERRANO A. (2013) en su estudio sobre la prevalencia de la anemia en el embarazo y sus efectos sobre la resultante perinatal en un Hospital de Guayaquil, encontró los resultados siguientes: 356 (53.86%) fueron masculinos y 305 (46.14%) fueron femeninos. Ningún recién nacido fue postérmino. La prevalencia de anemia gestacional fue del 9%. De las pacientes anémicas el 100% presentaron anemia leve. El 49% de los recién nacidos fueron prematuros. Este estudio no presenta resultados en relación a la asociación entre anemia durante el embarazo ¹⁷.

6. BASES TEÓRICAS

PREMATURIDAD

Un recién nacido prematuro o también llamado pretérmino es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días¹⁸. Según la OMS se considera prematuro a un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación¹⁹.

En el Perú la guía del MINSA 2010 refiere que es el nacimiento de un recién nacido que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer²⁰.

Epidemiología:

En el mundo, anualmente el 11.5 al 15 % de todos los partos se producen antes del término y un tercio de estos corresponden a la mortalidad neonatal; mientras que la mitad se relaciona a lesiones neurológicas a largo plazo de la infancia. Además, el parto prematuro se asocia a una mayor frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria, a la enterocolitis necrotizante, a la hemorragia intraventricular, a la ceguera y a la pérdida de la audición²¹.

La OMS reporta en su boletín del 2010 que la tasa de prematuros en el Perú es de 7.3 a comparación del 9.2 Brasil, 9.0 Bolivia, 8.8 de Colombia, 8.1 Venezuela, 8.0 Argentina, 7.8 Paraguay. Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12 400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la OMS. En la región Loreto se ha encontrado una prevalencia de 7.2% para 1995²² y de 7.9% para el 2008²³.

En el Perú, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto prematuro aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna²⁴.

Clasificación:

Se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la OMS:

- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)
- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)
- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)
- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días) ²⁵.

El RN prematuro tardío no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los recién nacidos a término y tiene un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como la taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar persistente, insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación, entre otros ²⁶.

Entre 1950 y 1960, hubo un gran aumento de información que diferenció entre bajo peso y prematurez. Esta concepción permitió que, desde hace poco más de 50 años, Lula Lubchenco propusiera el uso de curvas de peso al nacer en función de la edad gestacional como criterio de clasificación antropométrica del recién nacido ²⁷. La construcción de curvas con datos de recién nacidos prematuros es controvertida, ya que su crecimiento posnatal puede diferir del crecimiento intrauterino ²⁸. Hay que tener en cuenta que la propia prematurez puede ser desencadenada por un proceso que esté interfiriendo en el crecimiento fetal, por lo que el recién nacido prematuro podría ser más pequeño que un feto de la misma edad gestacional que esté intraútero ²⁹. La utilización de referencias obtenidas con estos datos podría subestimar la incidencia real de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con sus repercusiones en la clínica. Más allá de las debilidades que tienen las referencias construidas con datos de recién nacidos prematuros, estas están ampliamente aceptadas y utilizadas para realizar la evaluación auxológica del recién nacido ³⁰.

Etiología:

Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen en tercios:

- a. Parto prematuro espontaneo con membranas integras (inicio espontaneo de contracciones uterinas con membranas integras). Representa el 31-40% de los partos pretérmino.
 - Infección intraamniotica. Responsable del 10-12% de los casos de partos prematuros con bolsas integras
 - Causa vascular: por isquemia o hemorragias del segundo y tercer trimestre.
 - Estrés psicológico/ físico.
 - Sobredistensión uterina: gestación múltiple, la cual es responsable del 15%- 20% de los partos pre términos.
- b. Parto prematuro asociado a ruptura prematura de membrana. Representa un 30 a 40% de los partos prematuros.
- c. Parto prematuro por indicación obstétrica. Resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por preeclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa sangrante, entre otros. Representa el 20-25% de los partos prematuros ³¹.

Factores de riesgo:

Edad y raza: Se dice que la raza negra tiene una incidencia de parto prematuro de entre el 16 al 18% comparado con las madres de raza blanca que tienen una incidencia del 7 al 9%. En cuanto a la edad hay más prevalencia de partos prematuros en mujeres menores de 17 años al igual que en mayores de 35 años.

Parto prematuro previo: El riesgo es del 15% con el antecedente de un parto prematuro previo. Si existen 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si hay 3 antecedentes, del 67% ³².

Infecciones: Se ha relacionado que la corioamionitis aumenta hasta un 25 % de los partos pretérmino. Las infecciones urinarias son junto con la ruptura prematura de membranas entidades muy frecuentes y un verdadero factor de riesgo en la aparición del parto pretérmino ³³.

Preeclampsia: Se ha considerado como la causa de una parte considerable de nacimientos prematuros ³⁴.

Obesidad: Se ha visto una asociación entre el peso preconcepcional y el parto pretérmino, tomando en consideración a la obesidad. Para esto se efectuó estudio observacional de cohorte, concluyéndose que el riesgo de parto prematuro aumenta a mayor IMC ³⁵.

Anemia: las embarazadas con anemia tienen más probabilidades de complicaciones durante el embarazo: amenaza de aborto, rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro y oligohidramnios. La fisiopatología se basa que la anemia en el embarazo produce una disminución del volumen plasmático materno, lo que trae consigo una disminución del riesgo sanguíneo y esto a su vez provoca una función placentaria inadecuada.

Patología del cordón umbilical y membranas ovulares: ya sea polihidramnios u oligohidramnios también han demostrado una fuerte asociación con el parto pretérmino ³⁶.

Complicaciones:

La patología prevalente del prematuro es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal. Está demostrado que conforme la edad gestacional progresa, hay una disminución en la morbilidad neonatal a corto plazo. Entre las 24 y 28 semanas de gestación, cada día ganado aumenta la sobrevivencia y reduce la morbilidad neonatal en 1 a 5%. La ganancia diaria de sobrevivencia y la morbilidad reducida entre las 29 y 32 semanas de gestación son también altamente significativas.

Las Principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez son: el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la sepsis y la persistencia del ductus arterioso. Por otro lado, la morbilidad a largo plazo incluye: la parálisis cerebral, el retardo mental, la retinopatía del prematuro, la ceguera, la sordera, y la educación especial ³⁷.

Conducta perinatal:

El tipo de parto es una cuestión aun no resuelta, pero la cesárea es utilizada con un pico máximo (60-70%) a las 28 semanas descendiendo conforme avanza la edad gestacional a tasas del 30% en los preterminos que superan las 34 semanas. El parto debe tener lugar en un ambiente hospitalario, preferentemente programado con presencia de neonatólogo y enfermera experta. Preparar todo el material necesario para la reanimación y traslado en ambiente térmico estable (incubadoras), provisto del soporte asistencial para prestar ventilación mecánica, mantener perfusión y monitorización ³⁸. Existen estudios que demuestran que el uso de la CPAP nasal, en recién nacidos prematuros se ha acompañado de una disminución en el uso de surfactante y en el número de días con suplemento de oxígeno ³⁹. Existe beneficio clínico al realizar pinzamiento oportuno del cordón umbilical (entre 30 y 60 segundos) en recién nacidos prematuros de 34 semanas o más. ⁴⁰. El pinzamiento oportuno resulta en el incremento del hematocrito, disminuye las transfusiones posteriores y la enterocolitis necrotizante y reduce un 50% la incidencia de hemorragia intraventricular ⁴¹. En caso de amenaza de parto prematuro, la administración de corticoide antenatal a la madre promueve la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad del síndrome de distress respiratorio asociado a prematuridad. También se menciona el uso de sulfato de magnesio en mujeres en riesgo de parto prematuro para la neuroprotección del feto ⁴².

ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

Es la presencia de una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de glóbulos rojos representados en la concentración de la hemoglobina, durante la gestación. Durante el embarazo, el volumen de sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50 por ciento más de lo usual, por lo que necesitará más hierro con el fin de producir más hemoglobina para toda esa sangre adicional que se suministrará al bebé y a la placenta. La máxima dilución ocurre entre las 28 y 36 semana ⁴³.

La OMS define a la anemia durante el embarazo, cuando la hemoglobina está por debajo de 11 durante 1-12 y 29 -40 semanas (primer trimestre y tercer trimestre); 10.5 en las semanas 13 - 28 (segundo trimestre). La OMS clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina:

- Severa: Menor de 7,0 g/dL
- Moderada: Entre 7,1 –10,0 g/dL
- Leve: Entre 10,1- 10,9 g/dL ⁴⁴.

En el Perú, el MINSA adopta los mismos parámetros de la OMS para determinar anemia gestacional. El MINSA menciona que para considerar anemia por cada trimestre deben de tener estos parámetros ⁴⁵:

Mujeres adultas Embarazadas (>15 años)	Normal (g/dl)	Anemia (g/dl)	Leve (g/dl)	Moderada (g/dl)	Severa (g/dl)
Primer trimestre (0-12 semanas)	>de 11.00	>de 11.00	10-10.9	7-9.9	<7.00
Segundo trimestre (14-28 semanas)	>10.5	<10.5	10-10.9	7-9.9	<7.00
Tercer trimestre 29 semanas-termino	>11.00	<11.00	10-10.9	7-9.9	<7.00

Factores de riesgo:

Las mujeres en edad fértil, de cualquier raza, se encuentra una alta incidencia de anemia durante el embarazo, y la literatura describe que su aparición está asociada a un bajo nivel socioeconómico, bajo índice de masa corporal pregestacional, más de tres partos, alimentación deficiente, inadecuada suplementación de hierro, deficiencia de hierro, falta de orientación nutricional; los cuales están relacionados de forma directa o indirecta con las reservas de hierro corporal de las gestantes ⁴⁶.

Efectos de la anemia gestacional:

Efectos maternos: La mujer puede tener palpitaciones, taquicardia, aumento del gasto cardíaco que conduce al estrés cardíaco que puede causar descompensación e insuficiencia cardíaca que puede ser fatal y puede aumentar la incidencia de parto prematuro (28,2%) y preeclampsia (31,2%) ⁴⁷.

Efectos fetales: Independientemente de las reservas maternas de hierro, el feto todavía obtiene hierro de la transferrina materna, que está atrapada en la placenta y que, a su vez, elimina y transporta activamente el hierro al feto. Poco a poco, sin embargo, estos fetos tienden a disminuir las reservas de hierro debido al agotamiento de las reservas maternas. En los recién nacidos de madres anémicas se han observado resultados perinatales adversos en forma de bebés prematuros y de niños pequeños para la edad gestacional, y un aumento de las tasas de mortalidad perinatal ⁴⁸.

Detección de la anemia gestacional:

Un rasgo central de la anemia es la palidez, causada por el nivel reducido de hemoglobina, por ello se deberá siempre evaluar las mucosas, lecho ungueal y piel; sin embargo, un porcentaje de las gestantes con anemia leve a moderada permanecerán asintomáticas por lo que se recomienda que en todas las gestantes se les realice un tamizaje de hemoglobina desde la primera consulta prenatal ⁴⁹. Los síntomas de una anemia leve, como la fatiga fácil y el malestar, son igualmente comunes en embarazos normales. Las pacientes que presentan los síntomas clásicos de taquicardia, disnea de esfuerzo, palidez y

palpitaciones deben evaluarse rigurosamente en búsqueda de anemias moderadas o severas. La estimación de hemoglobina es el método más práctico de diagnóstico, ya que es rentable y puede ser realizado fácilmente por un técnico capacitado. En la anemia por deficiencia de hierro, hay Microcitosis e hipocromía ⁵⁰.

Principios terapéuticos:

La respuesta al tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro depende de varios factores, entre ellos la causa y la gravedad del estado condicionante, la presencia de otras enfermedades concomitantes y la capacidad innata de la paciente para tolerar y absorber el hierro. La eficacia del tratamiento con hierro se evalúa a través de la medición del hematocrito, hemoglobina y los índices eritrocitarios; el incremento en los niveles de hemoglobina y hematocrito deben ser evaluados un mes después de comenzar la suplementación, ya que la hemoglobina debe haberse incrementado en 1 a 2 g/dL como mínimo para describir como exitoso el manejo ⁵¹. Los altos requerimientos fisiológicos de hierro en el embarazo son por lo general difíciles de alcanzar con la mayoría de las dietas de la población latinoamericana, por tanto, la mujer embarazada debe recibir suplementos de hierro para prevenir la anemia con una dosis promedio entre 50 a 60 mg/día de hierro elemental o realizar tratamientos formales en el caso que se diagnostique la anemia ⁵².

Las indicaciones para la suplementación de hierro en el embarazo siempre deben contemplar la prevalencia de anemia en la región donde vive la paciente, en las zonas donde la prevalencia de anemia en embarazadas es menor al 25% la dosis recomendada es de 60 mg/día de hierro elemental durante los últimos seis meses de la gestación, pero si reside en un área con prevalencia de anemia mayor al 25% la recomendación es de suplir con mínimo de 90 a 120 mg/día de hierro elemental durante los últimos seis meses de la gestación y continuar durante los 3 primeros meses postparto ⁵³.

CAPÍTULO III

7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis nula (H_0):

- No existe asociación estadísticamente significativa entre la anemia materna como factor de riesgo para prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” – 2017.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

- Existe asociación estadísticamente significativa entre la anemia materna como factor de riesgo para prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” – 2017.

8. VARIABLES

Variable independiente (X)

Anemia maternal:

- La anemia es la presencia de una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la hemoglobina durante la gestación⁵⁴. Esta se clasifica en:
 - Severa: Menor de 7,0 g/dL
 - Moderada: Entre 7,1 –10,0 g/dL
 - Leve: Entre 10,1- 10,9 g/dL

Variable dependiente (Y)

Recién nacido prematuro:

- Producto que nace con menos de 37 semanas de edad gestacional

Otras variables a estudiar

Sexo:

- Condición de un organismo que lo distingue entre masculino y femenino.

Operacionalización de Variables						
VARIABLES	Tipo	Escala	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumento de medición
INDEPENDIENTE: ANEMIA MATERNA	Cualitativo	Ordinal	Es la presencia de una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de glóbulos rojos representados en la concentración baja de la hemoglobina durante la gestación.	Anemia leve: valor de hemoglobina entre 10-10.9 g/dl	Si No	Anemia materna leve ()
				Anemia moderada: valor de hemoglobina entre 7-9.9 g/dl	Si No	Anemia materna moderada ()
				Anemia severa: valor de hemoglobina entre menor de 7 g/dl	Si No	Anemia materna severa ()
DEPENDIENTE: PREMATURIDAD	Cualitativo	Nominal	Es el nacimiento de un recién nacido que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer.	Se considerará prematuro a todo recién nacido menor de 37 semanas de edad gestacional.	Si No	Edad gestacional()
OTRAS VARIABLES: SEXO	Cualitativo	Nominal	Conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas que definen a un organismo como masculino o femenino	Condición del recién nacido como masculino o femenino	Masculino Femenino	Masculino() Femenino()

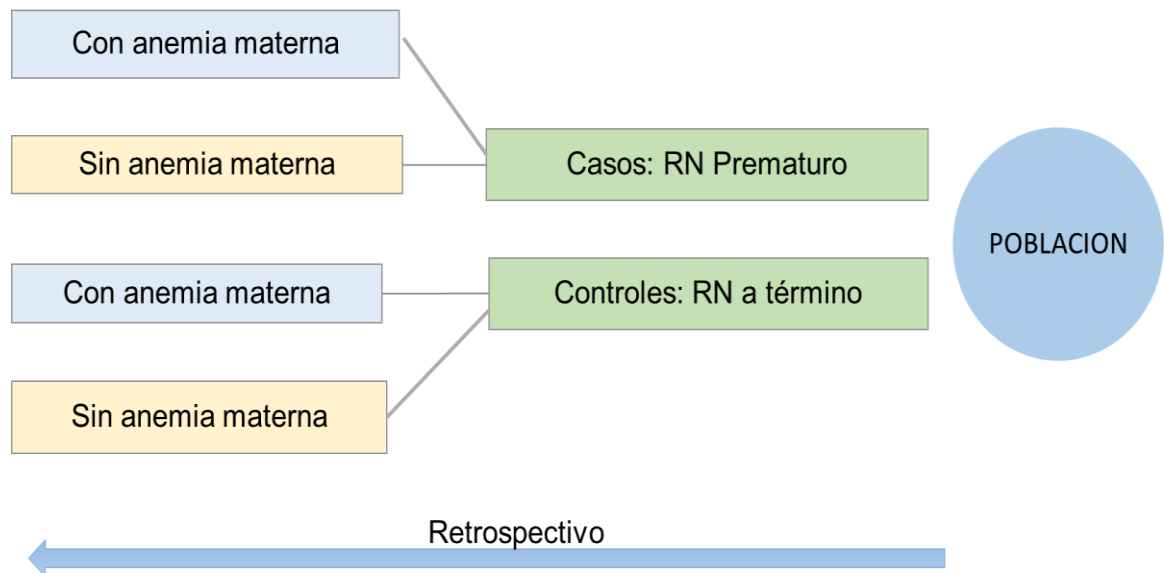
9. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio:

- El estudio es no experimental, porque no se controlan ni manipulan las variables del estudio
- Analítico, porque intentan establecer una relación de causalidad entre el factor de riesgo y una condición patológica.

Diseño de estudio

- Observacional, de casos y controles de tipo retrospectivo. Observacional porque no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que se definen en el estudio. De casos y controles porque los datos se seleccionan en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad o condición patológica, o en general un determinado efecto. Retrospectivo por que se parte del efecto en búsqueda de la causa probable de origen.



Unidad de estudio: Historias clínicas materno - neonatales.

10. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de Estudio:

- Recién nacidos atendidos en Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” enero del 2017 a diciembre del 2017 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para casos y controles.
- Se consideró como caso de estudio a todo recién nacido prematuro. El grupo control estuvo conformado por recién nacidos a término.
- En el presente estudio 30 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el grupo de casos de estudio. Se tomaron 3 controles por cada caso, en total 90 historias clínicas correspondieron al grupo control; puesto que superior a este número de controles no existe evidencia de incremento de la significancia estadística.

Muestra:

- Por ser una población finita y pequeña, se trabajó con el total de la población que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión: 30 casos (recién nacidos prematuros) 90 controles (recién nacidos a término).

11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CASOS):

- Recién nacidos prematuros vivos, con o sin antecedente de anemia materna.
- Neonatos de ambos sexos.
- Edad materna: 20 y 34 años.

12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CONTROLES)

- Recién nacidos a término vivos, con o sin antecedente de anemia materna.
- Neonatos de ambos sexos.
- Edad materna: 20 y 34 años.

13. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS Y CONTROLES:

- Recién nacidos con malformaciones congénitas.
- Madres con parto gemelar, 3 o más partos previos, antecedente de parto pretérmino, trastornos hipertensivos de la gestación, diabetes, infección de vías urinarias, síndrome de flujo vaginal, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, VIH, sífilis, periodo intergenésico corto, IMC menor de 18.5 kg/m² o mayor de 30 kg/m².
- Anomalías uterinas: Miomas, Útero bicorne, distocias de contracción.
- Anomalías placentarias: Tumoraciones, lesiones focales, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hematomas, oligohidramnios, polihidramnios.
- Datos incompletos en la historia clínica para identificación de población en estudio.

14. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica empleada fue la recolección de información mediante revisión de historias clínicas materno-neonatales de recién nacidos prematuras en relación al antecedente de haber sido afectados o no por la anemia materna. Como instrumento se usaron fichas de recolección de datos, que recogieron información que yace en las historias clínicas en base a las variables en estudio, las cuales no presentaron interpretación registrada por el personal de salud.

15. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó a la dirección del Hospital apoyo Iquitos la autorización para la ejecución del presente estudio. La recolección de datos estuvo a cargo del investigador de la presente tesis. Se procedió a: Seleccionar las historias clínicas, verificando que cumplan con los criterios de selección. Agrupar las historias clínicas, según los criterios de inclusión y exclusión, en grupos de casos y controles. Recolectar los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio. Elaborar la base de datos a partir de la información recogida en las fichas.

16. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los registros de datos fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección y fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0.

Estadística Descriptiva: Los resultados se presentan en tablas de contingencia y gráficos de barras múltiples.

Estadística Analítica: Se usó de la prueba estadística chi cuadrado para variables cualitativas a fin de verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas. Las asociaciones se consideraron significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio: Se obtuvo el Odds Ratio (OR) como medida de asociación para las variables anemia gestacional y prematuridad.

- OR igual 1 indica ausencia de asociación entre las variables.
- Los valores menores de 1 señalan una asociación negativa entre las variables y los valores mayores de 1 indican asociación positiva entre las variables.
- Cuanto más se aleje el Odds Ratio de 1, más fuerte es la asociación.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%; el cual corresponde a un rango de valores en el cual se encuentra, con alta probabilidad, el valor real de una determinada variable expresada en el estadígrafo de estudio.

17. PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Debido a que fue un estudio de casos y controles, en donde solo se recogen datos clínicos de las historias seleccionadas; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II.

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes; la información obtenida de las historias clínicas permanecerá en absoluta reserva.

CAPÍTULO IV

18. RESULTADOS:

En el presente estudio incluyó 30 casos de recién nacidos prematuros que cumplieron los criterios de selección. Se tomaron 3 controles por cada caso, en total 90 controles (recién nacidos a término).

TABLA 01:

SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN A SU EDAD GESTACIONAL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA" -2017

	RN Prematuro	RN A Término	Total
Masculino	16(63,3%)	54(60%)	73
Femenino	11(36,7%)	36(40%)	47
Total	30(100%)	90(100%)	120

Chi²: 0,746 OR: 1,152 IC: 0,490- 2,705

*Fuente: Hospital Iquitos César Garayar Garcia, Base de datos
Elaboración: Bach. Enf. Doylli E. Ruiz Salazar
Se adjunta gráfico en Anexo 01*

En la tabla 1 se muestra el total de casos seleccionado de recién nacidos prematuros el 63,3% fueron de sexo masculino y el 36,7° fueron de sexo femenino. Dentro del grupo control el 60 % fueron de sexo masculino y 40 % del sexo femenino.

Dentro del grupo de nacidos prematuros existe predominio por el sexo masculino; sin embargo, al momento de realizar un análisis de estadístico no se encontró significancia estadística (valor p: 0,746); es decir, el sexo no es un factor de riesgo asociado a prematuridad.

TABLA 02:

SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE ANEMIA MATERNA HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA" -2017

	ANEMIA MATERNA		Total
	SI	NO	
Masculino	22(30,1%)	51(69,9%)	73(100%)
Femenino	12(25,5%)	35(74,5%)	47(100%)
Total	34	86	120

*Fuente: Hospital Iquitos César Garayar Garcia, Base de datos
Elaboración: Bach. Enf. Doylli E. Ruiz Salazar
Se adjunta gráfico en Anexo 02*

En la tabla 2 se muestra el total de RN de sexo masculino el 30.1% presentaron casos de anemia materna. Del total de RN de sexo femenino, el 25.5 % presentaron casos de anemia materna, lo cual demuestra que el antecedente de anemia materna fue proporcionalmente semejante y comparable en ambos grupos; es decir, las conclusiones para ambos grupos de estudio serán estadísticamente significativas en al momento de realizar la validación de la hipótesis de investigación.

Al realizar la recolección de datos, los casos de anemia materna moderada y severa identificados no cumplieron con los criterios de selección, por lo cual las conclusiones del presente estudio son en relación a casos de anemia leve, lo cual muestra una limitación del estudio, puesto que no se pudo cuantificar el riesgo de la anemia moderada y severa para la culminación de gestaciones con recién nacidos prematuros.

TABLA 03:

ANEMIA MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
PREMUTURIDAD EN RECIEN NACIDOS ATENDIDO HOSPITAL APOYO
IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA" -2017

Tabla de contingencia para validación de hipótesis de investigación

ANEMIA MATERNA	RN Prematuro	RN A Término	Total
SI	16(53,3%)	18(20%)	34
NO	14(46,7%)	72(80%)	86
Total	30(100%)	90(100%)	120

Chi²:0,0005 OR: 4,471 IC: 1,889- 11,064

*Fuente: Hospital Iquitos César Garayar Garcia, Base de datos
Elaboración: Bach. Enf. Doylli E. Ruiz Salazar
Se adjunta gráfico en Anexo 03*

En la tabla 3 se muestra el total de recién nacidos, el antecedente de anemia materna se presentó en 53,3 % de los recién nacidos prematuros. El antecedente de anemia materna en recién nacidos a término fue del 20 %

El análisis de datos nos muestra que la anemia materna incrementa en 5 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro, siendo este resultado estadísticamente significativo (p: 0,0005, IC: 1.889 – 11,064), lo cual valida la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V

19. DISCUSIÓN:

- En relación al sexo, Serrano A. (2013)³⁰ en su estudio realizado, del total de casos de recién nacidos prematuros el 53.86% fueron masculinos y 46.14% fueron femeninos. En relación a este antecedente, el presente estudio realizado en el Hospital Apoyo Iquitos muestra también el predominio porcentual de recién nacidos pretérmino en el sexo masculino, encontrándose que del total de casos el 63.3%; sin embargo, al realizar el análisis de asociación no se encontró que el sexo sea un factor de riesgo asociado a prematuridad.
- En relación a la asociación entre anemia materna y prematuridad encontramos que Romero A. (2013)²⁸ determino que la anemia materna incrementa en 2.51 veces el riesgo de tener un parto pretérmino, Arévalo A. (2014)²⁴ encontró que la anemia materna incrementa 4,1 veces el riesgo de parto prematuro; sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos (p mayor de 0,05). En contraste Chira J. (2015)²⁵ determinó que la anemia gestacional incrementa en 1.79 el riesgo de tener un recién nacido prematuro, siendo este resultado estadísticamente significativo (p: 0.0407), Palomino S. (2016)²⁷ encontró que relación a la anemia materna incrementa en 1.353 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro, Lozada H. (2017)²⁶ determinó que la anemia materna incrementa en 2.459 de tener un producto menor de 37 semanas de edad gestacional; siendo estos resultados estadísticamente significativos (p menor de 0.05). En el presente estudio realizado en el Hospital Apoyo Iquitos se demuestra que la anemia materna incrementa en 5 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro, conclusión que es válida para la población en estudio puesto que es estadísticamente significativa (p menor de 0,05), y cumple con los criterios para la comparación de grupos de estudio.
- No se pudo cuantificar el riesgo de la anemia moderada y severa para la culminación de gestaciones con recién nacidos prematuros, siendo esto una limitación del presente estudio.

20. CONCLUSIONES

- La anemia materna se presentó en el 53,3 % de los casos (recién nacidos prematuros), en comparación al 20% del grupo control (recién nacidos a término).
- La anemia materna incrementa en 5 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro (p menor de 0.05, IC: 1.889 – 11,064).
- No se registraron casos de anemia materna moderada y severa, por lo que no se logró determinar la asociación de estos con la prematuridad.
- El sexo no se muestra como un factor de riesgo asociado a prematuridad.

21. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los próximos interesados en el presente tema de investigación lo realicen en tipo cohorte prospectiva con una población mayor, donde se puedan incluir casos de gestantes con anemia leve, moderada y severa; para así poder determinar a mayor exactitud la influencia de este factor riesgo en la gestación.
- Difundir los resultados de este estudio a las diferentes instituciones de salud, para que de esta manera se contribuya conocimiento de esta temática, puesto que la anemia materna es un problema frecuente en nuestro país.
- Concientizar a las gestantes sobre los riesgos de la anemia durante la gestación, por medio del trabajo en equipo de todo el personal de ciencias de la salud.

22. CARTA PARA DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERES

Iquitos, Julio del 2019

Dr. Jesús Magallanes Castilla

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Estimado decano:

La firmante, autora de la tesis; “Anemia Materna Y Su Asociación A Prematuridad – Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” - 2017”, declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico. Declaro, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Asimismo, los datos incluidos en la recolección y análisis de la información, y/o en la preparación de la tesis, fueron obtenidas previa aprobación del Comité de Ética del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”.

Atentamente:

Bachiller en Enfermería
Doylli Erlita Ruiz Salazar
DNI: 73653554

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica del RN prematuro Sistema General de Seguridad Social en Salud. Guía Nro. 04. Colombia - 2013.
2. Eichenwald EC, Stark AR. Management and outcomes of very low birth weight. *N Engl J - Med* 2008 Apr 17; 358(16): 1700-11.
3. García Fernandez Antonio; Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo *Medicina Clínica*, Volume 146, Issue 10, 20 May 2016, Pages 429-435.
4. Encuesta Demografica y de Salud Familiar - ENDES 2013. Instituto Nacional de Estadística e informática. Lima. Perú. 2014
5. Mardones F, Duran E, Villarroel L, et al. Anemia del embarazo en la Provincia de Concepción, Chile: relación con el estado nutricional materno y el crecimiento fetal. *Arch Latinoam Nutr. Chile* 2008; 58 (2):132-138.
6. Candio F, Hofmeyr G. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2007.
7. Lozada Arellano, HA. Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En Gestantes Del Hospital I Nuestra Señora De Las Mercedes De Paita 2017. UNP. Piura 2017.
8. Palomino Rozas, SS. Factores De Riesgo Materno Asociados Al Parto Pretérmino Por Vía Vaginal En El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay 2016. UAC. Cuzco2016.
9. Alarcón Celedonio, JC. Factores de riesgo para parto pretérmino, Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé en el año 2016" UNMSM. 2016
10. Chira Sosa JL., Sosa Flores JL. Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En Gestantes Del Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense* Vol. 2/Nº2. Issn 2313-0369 /2015.
11. Hernández Vásquez A, et al. Análisis Espacial De La Anemia Gestacional En El Perú, 2015. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015.

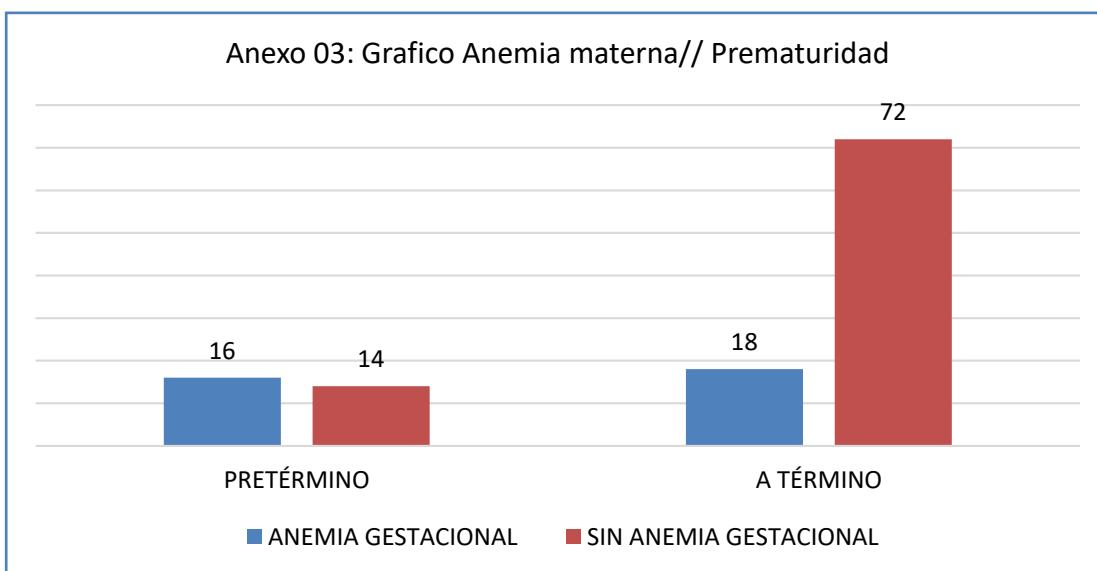
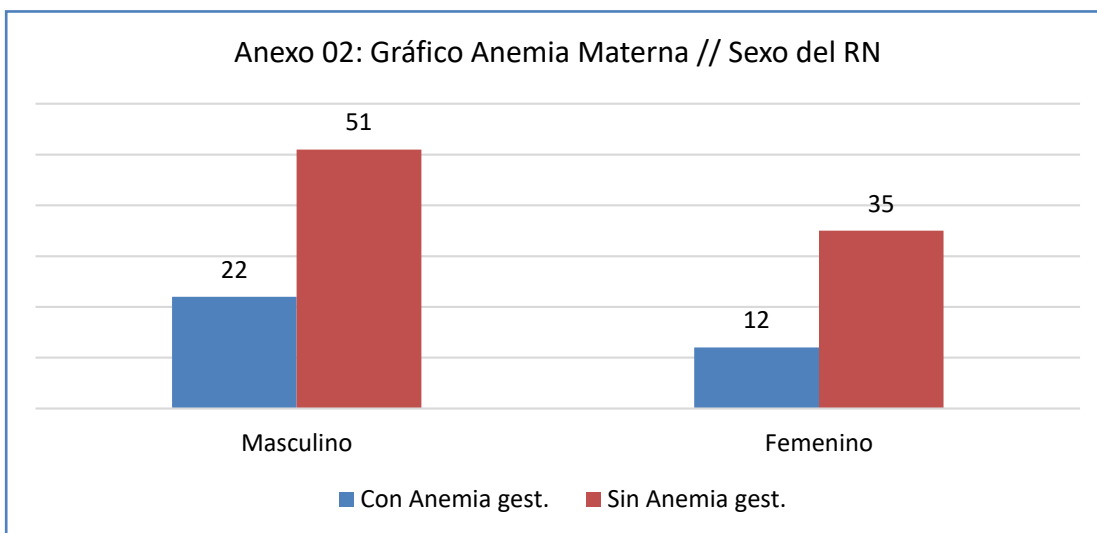
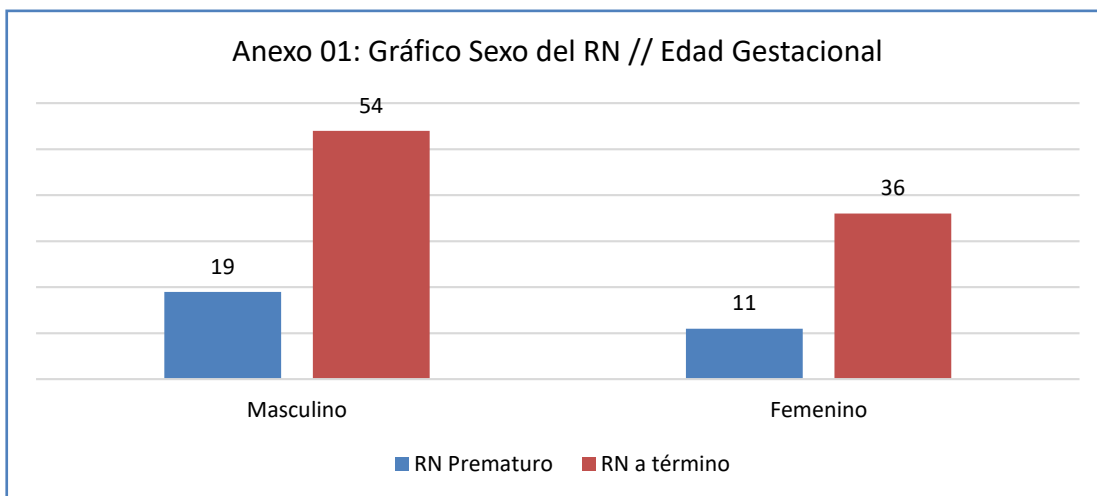
12. Aguinza K. Anemia Gestacional Y Su Relación Con Recién Nacidos Prematuros Y De Bajo Peso En Mujeres Embarazadas Que Acuden Al Hospital Isidro Ayora De Loja 2014". Universidad Nacional De Loja. 2014
13. Saavedra Casternoque, H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas. Julio a diciembre 2014 UNAP. Iquitos 2014.
14. Arévalo Saavedra, AE - Factores Asociados A Parto Prematuro En El Hospital II-2 De Tarapoto, Julio 2014 A junio 2015 UNAP. Tarapoto 2015.
15. Aparcana Valdivia, M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora en el distrito de San Juan de Miraflores 2013. UAP. Lima. 2013.
16. Romero A, Cuba V. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital materno infantil de Huancayo. Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana de UPLA. 2013; 4(1): 50-62.
17. Serrano Salgado, A. Prevalencia De La Anemia En El Embarazo Y Sus Efectos Sobre La Resultante Perinatal En El Hospital Gineco-Obstétrico. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil. Ecuador 2013
18. Kimberly G.L, Choherty J.P. Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. En Manual de Cuidados Neonatales. Edt Choherty J P, Eichenwald E.C., Stark A.R. 4 Ed (Barc) 2005, 3: 50-66.
19. OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. Citado el 17 de enero de 2017.
20. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010.MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>
21. Rodríguez, R., Rodríguez, E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretérmino en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central. Universidad Militar Nueva Granada; 2010.
22. Sandoval Lizarra C. Parto Prematuro: Factores De Riesgo En El Hospital Regional De Loreto Para El Año 1995. UNAP. Loreto 1995.

23. Gutiérrez Cristóbal V. Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto; 2007. UNAP. Loreto 2007.
24. Pacheco Romero, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.
25. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva N°363. Noviembre de 2013.
26. Eichenwald EC, Stark AR. Management and outcomes of very low birth weight. N Engl J Med 2008 Apr 17; 358(16): 1700-11.
27. Lubchenco L, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. Pediatrics 1963; Am J Clin Nutr 2007; 85(2):608.
28. Sauer PJ. Can extrauterine growth approximate intrauterine. growth? Should it? Am J Clin Nutr 2007; 85(2):608S-13S.
29. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr 2013; 13:59.
30. Ramírez F. Catalogación Del Recién Nacido. Capítulo 2. 9. Neonatología Hospital Clínico Universidad De Chile - 2001 - Paginas 9 - 10
31. Rivas A. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. MINSA D. G., 2011
32. Sogvzla.org. Manejo del parto pretermino. Venezuela: Gonzalez F; 2012. [última actualización marzo 2013; citado 2015 mayo 22]
33. Ovalle A, Kakarieka W, Díaz C, García, M. et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Obstet. Ginecol. Chile 2012
34. Díaz L, Díaz N, Serrano N. El pronóstico de los hijos de madres con pre eclampsia. Parte 1: Efectos a corto plazo. Arch. argent. pediatr. [revista en la Internet]. 2011 Sep. [citado 2015 Mayo27].
35. Carvajal J, Vera C. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 mayo 22]; 79(1)

36. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. April 2007. p. 1-9. Available from UpToDate.
37. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. Clin Perinatol 2005; 32:571-600.
38. Quesada E. Maduración pulmonar fetal. Tratamiento prenatal con corticoides. Pautas y dosis. Hospital universitario de Sant Joan de Déu Barcelona. Ginecología y Obstetricia clínica 2012; 3 (4): 182-6.
39. Huddleston J. Sanchez-Ramos L. Huddleston K.W. Acute management of Preterm Labor. Clin Perinat 2003, 30: 803-824
40. Goldenberg R L, Culhene J F. Infection as a cause of preterm birth. Clin Perinat 2003. 30: 677-700
41. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 543: Timing of umbilical cord clamping after birth. Obstet Gynecol. 2012 Dec; 120(6): 1522-1526.
42. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Sulfato de magnesio en mujeres en riesgo de parto prematuro para la neuroprotección del feto. (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus, 2006.
43. Ministerio De Salud Del Perú - Norma Técnica - Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia En Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes Y Puérperas. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/> documento técnico aprobado con resolución ministerial n° 958-2012/minsa
44. Ministerio de salud. Directiva sanitaria se suplementación con micronutrientes para los niños(as) menores de 5 años, gestantes y puérperas. Cusco. Perú 2012.
45. Casella A, Jelen AM, Canalejo K, Aixalá M. Valores de referencia de la serie eritroide con tecnología del siglo XXI en embarazadas: Prevalencia de anemia. Acta bioquímica clínica latinoamericana 2007; 41(1):47-50.
46. Paz RD, Hernández. Navarro F. Manejo, prevención y control de la anemia perniciosa. Nutr Hosp. diciembre de 2005; 20(6):433-5.
47. Camaschella C. Iron Deficiency Anemia. N Engl J Med. 7 de mayo de 2015; 372(19):1832-43.

48. Cogswell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 1 de octubre de 2003; 78(4):773-81.
49. Lazartes S, Isse B, Prevalencia y etiología de anemia en el embarazo, Estudio observacional descriptivo en el instituto de maternidad de Tucuman. *Revista - Argentina de Salud Pública.* 2011; 2 (8) 28-35.
50. Selva J. Anemia en el embarazo. *Revista de Hematología México.*2011; 12 - (supl.1): 28-31
51. Piga A, Perrotta S, Gamberini MR, Voskaridou E, Melpignano A, Filosa A, et al. Luspatercept (ACE-536) Reduces Disease Burden, Including Anemia, Iron Overload, and Leg Ulcers, in Adults with Beta-Thalassemia: Results from a Phase 2 - Study. *Blood.* 3 de diciembre de 2015; 126(23):752-752.
52. Kennet A Bauer, MD. Hematologic changes in pregnancy; Aug 10, 2016. Available from UptoDATE.
53. Stanley L Schrier, MD. Treatment of iron deficiency anemia in adults; Dec 20, 2016 Available from UptoDATE.
54. Espitia de la hoz.F, Orozco. L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *revista de los estudiantes de la Universidad industrial de Santander.*30 de noviembre de 2013. 46

ANEXOS



ANEXO 04: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

SE TOMARÁN DATOS PREVIA REVISIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Y EXCLUSION

Fecha Nacimiento.....

Nº HC.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

Peso:gramos

Edad gestacional: semanas

Hemoglobina:gr/dl

Sin anemia ()

Anemia gestacional leve ()

Anemia gestacional moderada ()

Anemia gestacional severa ()

ANEXO 05: APROBACION COMITE DE ÉTICA



HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 074-CIEI-HICGG-2018

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación fue APROBADO, para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO BAJO, visto el resumen y los objetivos del proyecto, se detalla los siguientes datos

Título del Proyecto: **"Anemia Gestacional y su Asociación con Recién Nacidos Pretérmino Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García – 2017"**

Código de Inscripción: **074-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2018**

Modalidad de Investigación: **Extra Institucional**

Investigador: **Bach. Enf. Doylli Erlita Ruíz Salazar**
Investigador Principal del Proyecto

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a las plazos y normas establecidas. Los Investigadores alcanzaran un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 31 de diciembre del 2019.

Iquitos, 31 de diciembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.I. MOISES G. SINUINCHA MALDONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteihicgg@hotmail.com

ANEXO 06: MATRIZ DE CONCONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicador	Metodología
¿Cuál es la asociación que existe entre la anemia gestacional y la prematuridad – Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” - 2017?	<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar que la anemia gestacional es una condición asociada a prematuridad HAI – 2017. <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar si el sexo del recién nacido es un factor asociado a prematuridad - HAI 2017. Calcular la frecuencia de anemia materna en relación al sexo de los recién nacidos atendidos en el HAI 2017 Calcular la frecuencia de anemia materna en recién nacidos prematuros - HAI 2017. 	<p>HIPÓTESIS NULA</p> <p>No existe asociación estadísticamente significativa entre la anemia materna como factor de riesgo para prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” – 2017.</p>	<p>Recién nacido Prematuro</p> <p>Anemia materna</p> <p>Sexo del recién nacido</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Femenino Masculino</p>	<p>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio no experimental, observacional, descriptivo, de casos y controles.</p> <p>POBLACIÓN DE ESTUDIO: Madres y sus recién nacidos atendidos en Hospital Apoyo Iquitos Enero del 2017 a diciembre del 2018.</p> <p>UNIDAD DE ESTUDIO: Historias clínicas materno - neonatales.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CASOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Neonatos prematuros vivos de ambos sexos, con o sin antecedente de anemia materna gestacional. Edad materna: 20 y 34 años. <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CONTROLES)</p> <ul style="list-style-type: none"> Neonatos a término vivos de ambos sexos, con o sin antecedente de anemia materna gestacional. Edad materna: 20 y 34 años. <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS Y CONTROLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recién nacidos con malformaciones congénitas Madres con parto gemelar, 3 o más partos previos, antecedente de parto pretérmino, trastornos hipertensivos de la gestación, diabetes, ITU, SFV, RPM, corioamnionitis, VIH, sífilis, PIC, IMC pregestacional menor de 18.5 kg/m² o mayor de 30 kg/m². Anomalías uterinas: Miomas, Útero bicorne, distocias de contracción. Anomalías placentarias: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios, polihidramnios. Datos incompletos en la historia clínica para identificación de población en estudio.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calcular la frecuencia de anemia materna en recién nacidos a término - HAI 2017. ▪ Comparar las frecuencias de anemia materna entre recién nacidos prematuros y recién nacidos a término atendidos en el HAI - 2017. 	<p>HIPÓTESIS ALTERNA</p> <p>Existe asociación estadística significativa entre la anemia materna como factor de riesgo para prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" – 2017.</p>			<p>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</p> <p>El registro de datos se consignará en las correspondientes hojas de recolección y serán procesadas utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0.</p> <p>Estadística Descriptiva: Los resultados se presentarán en tablas de frecuencias, gráfico de sectores para variables cualitativas.</p> <p>Estadística Analítica: Se utilizará la prueba estadística chi cuadrado para las tablas de contingencia a fin de verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas; la posibilidad de equivocarse será menor al 5% ($p < 0.05$).</p> <p>Estadígrafo propio del estudio: Se obtendrá el Odds Ratio (OR) para las variables en estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el Odds Ratio es 1 indica ausencia de asociación entre las variables. • Los valores menores de 1 señalan una asociación negativa entre las variables y los valores mayores de 1 indican asociación positiva entre las variables. • Cuanto más se aleje el Odds Ratio de 1, más fuerte es la relación <p>Se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95%.</p>
--	---	---	--	--	--

ANEXO 07: BASE DE DATOS

Cod.	Sexo del RN	Edad Gestacional	Anemia Gest.	Tipo de anemia
1	Masculino	Prematuro	Si	Leve
2	Masculino	Prematuro	Si	Leve
3	Masculino	Prematuro	Si	Leve
4	Masculino	Prematuro	Si	Leve
5	Masculino	Prematuro	Si	Leve
6	Masculino	Prematuro	Si	Leve
7	Masculino	Prematuro	Si	Leve
8	Masculino	Prematuro	Si	Leve
9	Masculino	Prematuro	Si	Leve
10	Masculino	Prematuro	Si	Leve
11	Masculino	Prematuro	Si	Leve
12	Masculino	Prematuro	Si	Leve
13	Masculino	Prematuro	Si	Leve
14	Masculino	Prematuro	Si	Leve
15	Masculino	Prematuro	Si	Leve
16	Masculino	Prematuro	Si	Leve
17	Masculino	Prematuro	Si	Leve
18	Masculino	Prematuro	Si	Leve
19	Masculino	Prematuro	Si	Leve
20	Masculino	A término	Si	Leve
21	Masculino	A término	Si	Leve
22	Masculino	A término	Si	Leve
23	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
24	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
25	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
26	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
27	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
28	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
29	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
30	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
31	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
32	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
33	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
34	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
35	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
36	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
37	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
38	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
39	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest

40	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
41	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
42	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
43	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
44	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
45	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
46	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
47	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
48	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
49	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
50	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
51	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
52	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
53	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
54	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
55	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
56	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
57	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
58	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
59	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
60	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
61	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
62	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
63	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
64	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
65	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
66	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
67	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
68	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
69	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
70	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
71	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
72	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
73	Masculino	A término	No	Sin Anemia Gest
74	Femenino	Prematuro	Si	Leve
75	Femenino	Prematuro	Si	Leve
76	Femenino	Prematuro	Si	Leve
77	Femenino	Prematuro	Si	Leve
78	Femenino	Prematuro	Si	Leve
79	Femenino	Prematuro	Si	Leve
80	Femenino	Prematuro	Si	Leve

81	Femenino	Prematuro	Si	Leve
82	Femenino	Prematuro	Si	Leve
83	Femenino	Prematuro	Si	Leve
84	Femenino	Prematuro	Si	Leve
85	Femenino	A término	Si	Leve
86	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
87	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
88	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
89	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
90	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
91	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
92	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
93	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
94	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
95	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
96	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
97	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
98	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
99	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
100	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
101	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
102	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
103	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
104	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
105	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
106	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
107	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
108	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
109	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
110	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
111	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
112	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
113	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
114	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
115	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
116	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
117	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
118	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
119	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest
120	Femenino	A término	No	Sin Anemia Gest