



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Perfil Epidemiológico de las Anemias Carenciales Ferropénica y Megaloblásticas en Mujeres de Edad Fértil en el Hospital Regional Universitario San Vicente De Paul, Período 2024-2025.

Monográfico Presentado como requisito para optar por el título de:

Doctor en Medicina

Sustentantes

Alba Danely Rodríguez Liranzo (2015-0056)

Jean Manuel Rosario Vásquez (2016-0002)

Luis Alexander Peralta de la cruz (2017-0012)

Asesora

Dra. Audrey Rosario

San Francisco de Macorís R.D

Enero, 2026

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ANEMIAS CARENCIALES FERROPÉNICA Y
MEGALOBLÁSTICAS EN MUJERES DE EDAD FERTIL DEL HOSPITAL
REGIONAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, PERÍODO 2024-2025**

Índice

Agradecimiento	4
Dedicatoria.....	¡Error! Marcador no definido.
Resumen ejecutivo	VIII
Capítulo I: Introducción y trasfondo	
Introducción:	10
Antecedentes	10
Marco contextual	14
Planteamiento del problema.....	15
Justificación	17
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos	20
Variables e indicadores	20
Definición de términos.....	23
Capítulo II: Revisión de literatura	
Introducción:	26
Marco conceptual o teórico.....	26
Capítulo III: Metodología	
Introducción	47
Diseño y tipo de estudio.....	47
Técnicas de investigación	48
Descripción de la población y la muestra	48
Población.....	48
Muestra	48
Descripción del instrumento de investigación	49

Validez y confiabilidad de los instrumentos	49
Validez	49
Confiabilidad.....	49
Procedimientos.....	50
Análisis estadístico.....	50
Alcance y limite del estudio.....	51

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción	54
Presentación de los Resultados	54

Capítulo V: Discusión

Introducción	63
Análisis de los Resultados	63
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias	59
Anexos	64

Agradecimiento

Damos las gracias a Dios en primer lugar, fuente de sabiduría, fortaleza y nuestra guía constante en cada paso de este camino académico. Su presencia ha sido esencial para superar los desafíos y culminar con éxito esta etapa.

A la Universidad Católica Nordestana (UCNE), por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente en un ambiente de excelencia, compromiso y valores. Esta institución ha sido un pilar fundamental en nuestro crecimiento académico y personal.

A nuestros estimados maestros de la carrera, por compartir sus conocimientos con pasión, entrega y paciencia. Cada clase fue una semilla que hoy da fruto en nuestra formación profesional.

A nuestra asesora, por su apoyo constante, orientaciones precisas y acompañamiento dedicado durante todo el proceso investigativo. Su guía fue clave para mantener la calidad y el rumbo de nuestro trabajo.

Finalmente, a nuestros compañeros de estudios, por su colaboración, compañerismo y ánimo mutuo. Juntos compartimos aprendizajes, retos y logros que siempre recordaremos con gratitud.

Atentamente:

Los sustentantes

Dedicatoria

Primeramente, agradezco a **Dios** por permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida. Solo Él conoce todos los tropiezos que enfrenté a lo largo del camino y, aun así, nunca me dejó sola. Siempre estuvo acompañando a su guerrera, fortaleciéndome en los momentos difíciles y empujándome a seguir adelante, porque nunca dejó de confiar en mí.

Agradezco en primer lugar a mi madre, **Alba Nely Liranzo Almonte**, por siempre estar ahí, llevándome de la mano y no soltarme nunca. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser mi mayor fortaleza a lo largo de toda mi formación académica.

A mi abuela **María Trinidad Almonte**, mi mayor tesoro en el mundo, a quien también va dedicado este logro. Gracias por creer siempre en mí, por sus oraciones y por su amor infinito.

A mi abuelo **Ramón Liranzo**, por estar siempre presente, apoyarme en cada etapa y acompañarme con su ejemplo y cariño.

A mi hermana **Alba Danery Rodríguez Liranzo**, por siempre estar presente en cada una de mis crisis y siempre ayudarme a salir adelante.

A mis tíos **Ramón Alberto Liranzo Almonte (Kerido)** y **Arleney Liranzo Almonte (Quequm)**, por nunca dejarme sola y por ayudarme a que mi carrera fuera una realidad. Gracias por su apoyo incondicional y por confiar en mí.

A **Ana Yasel Hinojosa (Hinojis)**, mi hermana elegida, porque fuiste, eres y serás una parte fundamental de mi vida. Gracias por cómo fuiste conmigo y por acompañarme en este viaje académico y personal.

A mi ángel en la tierra, **Leofrandy Almonte Hernández**, por estar siempre de mi mano, acompañándome y brindándome esos consejos que tanto me ayudaron a lo largo del camino.

A mis amigos, que son como mis hermanos, **Luis Alexander Peralta y Adhemar Lantigua**, porque sin ustedes la universidad no habría sido la misma y cada etapa fue más llevadera y divertida a su lado.

A mis compañeros de internado, **Jean Manuel Rosario**, quien se convirtió en otro hermano para mí, gracias por estar siempre a mi lado; **elicauris ventura**, por ser mi persona favorita al final de la carrera y convertirse en una amiga extraordinaria y **Jason Sandoval**, porque sin ti este viaje no habría sido tan maravilloso y divertido como lo fue.

Finalmente, agradezco a todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo durante todo el transcurso de mi carrera. Sin su apoyo, este logro no habría sido posible.

Alba Danely Rodríguez Liranzo

Dedicatoria

A **Dios**, por ser mi guía, mi fortaleza y mi fuente de sabiduría. Gracias por acompañarme en cada etapa de este camino y por permitirme culminar mi formación profesional. Todo lo logrado es gracias a él.

A mi abuela, **Ernestina Vasquez Polanco**, gracias por ser mi refugio en los días difíciles y mi alegría en los momentos felices. Tu amor incondicional ha sido el motor que me impulsó a seguir adelante cuando el camino parecía cuesta arriba. Tus consejos sabios, tus abrazos llenos de ternura y tus oraciones silenciosas fueron mi fortaleza en cada etapa de este proceso. Si hoy logro alcanzar esta meta, es porque tú sembraste en mí valores, disciplina, fe y perseverancia. Eres ejemplo de sacrificio, bondad y amor verdadero. Cada logro mío también es tuyo, porque en cada paso siempre estuviste sosteniendo mi mano, aun sin que yo lo notara.

A mi familia, en especial a mis padres, **Rosa Gisela Vásquez Molina** y **José Guillermo Rosarios González** por darme ese apoyo incondicional, por sus sacrificios que hoy me llevaron a lograr culminar mi carrera, su apoyo y sacrificio fue el motor que me impulso durante este trayecto. Y mi abuela, **Juana Facenda González** por su apoyo y cariño brindado.

A mis hermanas, **Charibel Paola Rosario Vásquez**, mi amiga y refugio. Gracias por cada aliento para seguir, por no dejarme solo en este trayecto, por ser ese apoyo y motor constante para seguir y no rendirse a la primera, gracias. Y **Linda Auguste**, por tu apoyo y cariño constante. Por estar presente, por tu compañía sincera y por ser parte importante de este camino.

A mí amigo y hermano, **Eyron Manuel Vasquez colon**, por estar hay desde el día cero, por ser ese amigo y hermano que comenzamos desde el bachillerato y aún esa amistad perdura dándome apoyo en mi carrera como médico, que hoy culmina, pero inicia otro nuevo camino. Gracias hermano por el apoyo y la lealtad.

A mi querida tía, **Leoncia María Salcedo Vásquez**, a quien expreso mi más sincero agradecimiento, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida académica y personal. Gracias por su apoyo incondicional, sus consejos llenos de sabiduría y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su motivación constante, sus palabras de aliento y su ejemplo de esfuerzo y perseverancia han sido una inspiración para alcanzar esta meta tan importante. Este logro también es suyo, porque sin su respaldo, comprensión y cariño, no habría sido posible.

A mí pareja, **Jasy María Martínez Vasquez**, quizás no nos conocimos al inicio, pero tú llegada a mi vida cambio todo. Estuviste en los pasos más importantes en mi carrera dándome apoyo como amiga, cómplice y pareja. Gracias por no dejarme desmayar cuando quería hacerlo, eres esa chispa que no dejo que tirará la toalla. En ti encontré el apoyo que necesitaba y estás hay para mí, gracias por tu lealtad y amor.

A mis amigos, **Lory Mar Marte, Esperanza Nuñez, Arianny Martes Polonia, Emely Rosely Bello, Alba Danely Liranzo, Alex Peralta, Anny Hidalgo, Sofía Loren García, Stevee Salvant, Carly Mena, Jason Sandoval, Nelson Cruz y José Ventura Hernández**, gracias por acompañarme en este camino, por el apoyo incondicional, las palabras de aliento y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su amistad ha sido una fuente constante de motivación y fortaleza. Este logro también es de ustedes.

Jean Manuel Rosario Vasquez

Dedicatoria

A Dios: por ser mi guía y fortaleza en este transcurso vivido. Por darme la sabiduría y la fe necesaria para enfrentar cada dificultad y perseverar hasta conseguir este logro.

A mi madre, María Claribel De La Cruz: por ser mi pilar en el transcurso de esta carrera que me ha llenado de alegría, por ser una persona dedicada con su gran amor incondicional y su gran apoyo que me ha brindado en todos los momentos difíciles, que he pasado gracias por tenerme paciencia y fe de que podría llegar a conseguir este logro, esto te lo debo a ti.

A mi padre, Julián Peralta: por ser una persona especial en mi vida gracias por tu apoyo dado en el transcurso de mi carrera.

A mi padrastro, Alexander Hendrik Johan: por ser un gran padre en mi vida, por ser una persona que ha llenado mi vida de alegría, que ha llegado a mi vida, sin tu apoyo incondicional esto no hubiera sido posible gracias a ti por ser la gran persona que eres y por tu gran apoyo brindado durante todo este trayecto.

A mi hermano, Edwar de la cruz: por darme alegría, felicidad, cariño, amor y alivio emocional por ser un gran apoyo en mi vida, espero que este logro sea una fuente de inspiración para ti.

A mi esposa, Orquidia Yamilex Almonte: por ser una persona de gran valor en mi vida que me ha llenado de alegría, felicidad, amor, paz, fe y sobre todo que me ha dado esperanza de poder seguir adelante en todo este trayecto gracias por ser el gran amor que Dios me ha mandado para compartir estos bellos momentos de tanto júbilo.

A mis abuelos, Luis peralta y maría magdalena: gracias por estar presente en mi vida han sido mi sostén en este camino, este logro también es de ustedes.

A mis amigos, Alba Danely Rodriguez, Adhemar Lantigua, jean Manuel Rosario: por ser mis hermanos, porque sin ustedes esto no hubiera sido posible, gracias por su amistad y su amor.

Luis alexander peralta de la cruz

Resumen ejecutivo

El presente estudio tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénicas y megaloblásticas en mujeres de edad fértil del hospital regional universitario san Vicente de paul, durante el período 2024–2025. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo. La población de 85 mujeres atendidas en el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, empleando técnicas de revisión de expedientes clínicos y la aplicación de una encuesta estructurada. Los resultados sociodemográficos revelaron que la mayoría de las participantes se encuentran en el rango de 25 a 34 años (40.0%) con predominantemente casadas (47.1%). El nivel educativo, prevaleció la educación secundaria (35.3%), mientras que las ocupaciones más frecuentes fueron ama de casa y empleada, con un 35.3% cada una. En el ámbito clínico, la anemia ferropénica resultó ser la más frecuente (58.8%), seguida por la megaloblástica (41.2%), presentándose mayoritariamente casos de gravedad moderada (47.1%). se identificó un alto consumo inadecuado de hierro (58.8%) y de ácido fólico/vitamina B12 (52.9%), sumado a que el 52.9% de las pacientes tenían antecedentes de tres o más embarazos. Los síntomas predominantes fueron fatiga (82.4%) y palidez (70.6%). El estudio concluye que la anemia ferropénica por deficiencia de hierro es la condición predominante, afectando principalmente a mujeres jóvenes con baja ingesta nutricional y antecedentes de multiparidad. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública fortalecer los programas de educación nutricional y suplementación. Al hospital y a los profesionales de la salud se les insta a establecer protocolos de detección temprana y realizar controles periódicos.

Abstract

The present study aimed to describe the epidemiological profile of iron-deficiency and megaloblastic nutritional anemias in women of reproductive age in the San Vicente de Paul regional university hospital during the period 2024–2025. The research was conducted using a quantitative approach, with an observational, descriptive, and retrospective design. The study population consisted of 85 women who received care at the San Vicente de Paúl Regional University Hospital. Data collection was carried out through the review of clinical records and the application of a structured survey. Sociodemographic results showed that most participants were between 25 and 34 years of age (40.0%), with married women being predominant (47.1%). Regarding educational level, secondary education was the most prevalent (35.3%), while the most frequent occupations were housewife and employee, each accounting for 35.3%. In the clinical context, iron-deficiency anemia was the most frequent type (58.8%), followed by megaloblastic anemia (41.2%), with most cases classified as moderate in severity (47.1%). A high prevalence of inadequate iron intake (58.8%) and insufficient folic acid/vitamin B12 intake (52.9%) was identified, in addition to the fact that 52.9% of the patients had a history of three or more pregnancies. The most common symptoms were fatigue (82.4%) and pallor (70.6%). The study concludes that iron-deficiency anemia is the predominant condition, mainly affecting young women with low nutritional intake and a history of multiparity. It is recommended that the Ministry of Public Health strengthen nutritional education and supplementation programs. Hospitals and healthcare professionals are urged to establish early detection protocols and perform periodic follow-up.

CAPÍTULO I
INTRODUCCION Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y trasfondo

Introducción:

La anemia constituye un problema de salud pública de gran relevancia a nivel mundial, afectando de manera significativa a las mujeres en edad fértil debido a factores fisiológicos, reproductivos y nutricionales propios de esta etapa de la vida. Entre las anemias carenciales más frecuentes en este grupo poblacional se encuentran la anemia ferropénica, causada por la deficiencia de hierro, y la anemia megaloblástica, asociada principalmente a la deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico. Ambas entidades pueden generar consecuencias negativas sobre la salud, el desempeño cotidiano y la calidad de vida de las mujeres. (Rizk et al., 2025).

En la República Dominicana, la anemia continúa siendo una condición prevalente en mujeres en edad reproductiva, especialmente en regiones con limitaciones socioeconómicas y nutricionales. (Ministerio de Salud Pública, 2022). En este contexto, el presente estudio tiene como finalidad analizar el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, ubicado en la región Nordestana, durante el período 2024–2025.

Antecedentes

Según Turn (2025), en su estudio. La anemia es una condición caracterizada por niveles insuficientes de hemoglobina en la sangre, lo que resulta en menor capacidad de transporte de oxígeno. Dentro de las anemias carenciales, la deficiencia de hierro es la causa más frecuente, seguida por la deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico que generan anemia megaloblástica.

Clínicamente, estas deficiencias producen síntomas como fatiga, palidez, mareos y disminución de la capacidad física y cognitiva. La anemia ferropénica es la más común y corresponde a un problema de salud pública global.

Según la OMS (2025). A nivel mundial, los datos más recientes publicados por la Organización Mundial de la Salud estiman que alrededor del 30 % de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) padecen anemia, con prevalencias incluso mayores en países de ingresos bajos y medios. La anemia tiene consecuencias negativas en la salud materna, incluyendo mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y efecto adverso en el desarrollo fetal

Del mismo modo Campbell et al. (2024) en sus estudios epidemiológicos recientes realizados en poblaciones latino-caribeñas, han identificado que las poblaciones de mujeres en edad fértil tienen alta prevalencia de anemia y deficiencia de hierro. Por ejemplo, en la región de origen hispano/latino en EE. UU., la prevalencia de anemia en mujeres de 15-49 años alcanzó 16 %, con variaciones que reflejan diferencias sociodemográficas y étnicas dentro de los grupos estudiados; además, la prevalencia general de deficiencia de hierro fue 34.4%. Esto evidencia el impacto de la nutrición y factores ambientales en la salud de las mujeres en edad reproductiva.

En el contexto dominicano, aunque los datos nacionales de anemia específicos de 2024-2025 están aún en proceso de consolidación, estimaciones recientes señalan que la prevalencia de anemia entre mujeres de 15-49 años se mantenía elevada, con valores estimados alrededor de 22.4 % en 2023 de acuerdo al último reporte extrapolado por el Banco Mundial para República Dominicana (Turn1search3, 2026). Estos valores superan los promedios observados en algunos

países de América Latina, reflejando que la anemia sigue siendo un desafío importante de salud pública en mujeres dominicanas.

Por otro lado, un estudio publicado por intervención Datos provenientes de encuestas nacionales de micronutrientes realizadas en República Dominicana en 2024 (MSP). muestran que, aunque algunos déficits de micronutrientes como vitamina B12 y folato han disminuido, la anemia continúa siendo una preocupación significativa entre las mujeres en edad fértil, señalando la necesidad de fortalecer estrategias de monitoreo nutricional y programas de intervención.

Un estudio longitudinal observacional realizado por Wu, et al., (2020), en suroeste de China sobre la Prevalencia de anemia y características sociodemográficas en China, examinó 640 672 mujeres de 18-49 años, con el objetivo de describir la prevalencia de anemia y su relación con factores sociodemográficos. Se identificó que la anemia sigue siendo alta en mujeres reproductivas, especialmente en el primer trimestre del embarazo. Aunque la prevalencia global disminuyó con el tiempo, más del 20 % de mujeres no embarazadas y hasta 40 % de embarazadas presentan anemia. Se concluye que la anemia en mujeres fértiles es un problema significativo de salud pública que no debe ser subestimado y requiere estrategias de intervención continua.

De acuerdo con Hamodi, et al. (2020), en un estudio comunitario realizado sobre factores asociados con la anemia en mujeres en edad reproductiva en Bagdad, Iraq, investigó las causas de anemia en mujeres de edad reproductiva y la asociación con características personales y hábitos de vida. Entre 120 mujeres (media Hb 9,43 g/dL), la anemia por deficiencia de hierro fue la más frecuente con 67,2 %, mientras que la anemia megaloblástica representó el 5,6 %. Se

observó que la severidad de la anemia se asoció con edad y consumo semanal de carne roja. Se concluyó que la anemia por deficiencia de hierro es predominante en mujeres reproductivas en este contexto y está influenciada por factores nutricionales.

En este mismo orden, Jamnok, et al., (2020), realizaron un estudio sobre Anemia y deficiencia de hierro en Tailandia, fue un estudio transversal que incluyó 399 mujeres de 18–45 años para examinar la prevalencia de anemia e deficiencia de hierro (ID). Los resultados mostraron anemia en 28,4 %, deficiencia de hierro en 28,4 % e anemia ferropénica en 13,2 %. Se identificaron como factores de riesgo: donación reciente de sangre y pérdida significativa de sangre menstrual. Estos datos ayudan a entender los perfiles de anemia ferropénica en mujeres no embarazadas en un entorno asiático.

De igual manera, Pita, et al. (2023) evaluaron la prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en mujeres de edad fértil en diferentes regiones de Cuba. Este estudio observacional incluyó 742 mujeres de 18–40 años analizadas mediante hemoglobina, ferritina, receptores solubles de transferrina y marcadores inflamatorios para caracterizar el estado de hierro y anemia. Se encontró una prevalencia de anemia del 21,4 %, deficiencia de depósitos de hierro en 16,0 %, y disfunción eritropoyética en 5,4 %, además de una asociación significativa entre anemia y sangrado menstrual abundante (OR = 1,92; IC no reportado). El estudio concluye que la anemia constituye un problema de salud pública moderado en esta población, mientras que la deficiencia de hierro por sí sola es un problema menor comparado con otros factores asociados.

Según, Chávez, Campozano y Díaz (2023) realizaron un estudio en mujeres fértiles que acudieron a un laboratorio privado en Riobamba, Ecuador, con el objetivo de determinar el perfil férrico como herramienta diagnóstica de anemia ferropénica. El diseño fue transversal

retrospectivo, evaluando hemoglobina, hierro, ferritina y transferrina. Se estimó una prevalencia aproximada de anemia ferropénica del 17 %, con niveles bajos de hemoglobina en 86 % de los casos y hierro bajo en 22 % de los participantes. Los hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y manejo de la anemia ferropénica en mujeres fértiles, evidenciando que cifras relevantes de hemoglobina baja pueden identificarse con análisis férricos completos.

Dando continuidad, Caicho Castellanos (2024) realizó un estudio transversal en un hospital de Lima para describir el perfil epidemiológico y clínico de mujeres fértiles con anemia severa. Entre 70 casos, el 76 % fueron jóvenes, el 92,9 % procedían de zonas urbanas y el 64 % presentaron sangrado menstrual abundante. Clínicamente, el 100 % mostró palidez y todas recibieron tratamiento con hierro sacarato. Esto evidencia factores demográficos y clínicos asociados con anemia severa en mujeres fértiles en contexto hospitalario.

Marco contextual

El Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, situado en San Francisco de Macorís, provincia Duarte, República Dominicana, calle Cristino Seno número 17 es un centro de referencia regional dentro del Sistema Nacional de Salud del país. Fundado con el objetivo de brindar atención médica integral a la población del Nordeste dominicano, este hospital combina servicios de atención general, especialidades médicas y quirúrgicas, y servicios de laboratorio clínico.

La institución cuenta con consultas externas en ginecología, obstetricia y medicina interna, áreas esenciales para la atención de mujeres en edad fértil, y dispone de laboratorio de hematología y bioquímica clínica, lo que le permite realizar diagnósticos precisos de diferentes tipos de anemia, incluyendo anemias carenciales ferropénicas y megaloblásticas. Esto convierte

al hospital en un punto estratégico para la vigilancia epidemiológica de estas condiciones en la población femenina de la región.

En términos de infraestructura y capacidad asistencial, el hospital atiende a pacientes provenientes tanto de zonas urbanas como rurales, abarcando un amplio rango socioeconómico. Esta diversidad permite que los estudios realizados en el hospital reflejen la realidad epidemiológica de la región Nordeste, incluyendo factores asociados a la nutrición, hábitos alimentarios, embarazos múltiples, pérdida menstrual abundante y otras variables relacionadas con la aparición de anemia en mujeres fértiles.

El Hospital San Vicente de Paúl también se distingue por su rol en la formación académica y entrenamiento de personal de salud, dado que actúa como hospital universitario para estudiantes de medicina y enfermería. Esto garantiza la aplicación de protocolos clínicos actualizados y fortalece la vigilancia de la salud materna, incluyendo la identificación temprana de deficiencias nutricionales que pueden evolucionar a anemias carenciales severas.

Planteamiento del problema

En la región Nordestana de la República Dominicana, la anemia en mujeres en edad fértil continúa siendo una condición frecuente que afecta su bienestar físico, su desempeño cotidiano y su calidad de vida. A pesar de la alta prevalencia de la anemia ferropénica, existen evidencias de que otras formas de anemia carencial, como la megaloblástica, también están presentes y no siempre son identificadas oportunamente. Esta situación genera la necesidad de caracterizar el perfil epidemiológico de ambas entidades, así como los factores asociados a su aparición

La anemia definida como la disminución de la hemoglobina en sangre que reduce la capacidad de transporte de oxígeno a los tejidos constituye un problema de salud pública en muchas poblaciones, especialmente en mujeres en edad fértil.

Entre los tipos de anemia más frecuentes en este grupo se encuentran la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro) y la anemia megaloblástica (asociada a deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico).

En mujeres en edad reproductiva, varios factores, pérdidas sanguíneas por menstruación, dietas inadecuadas, embarazos múltiples, sangrado uterinos, insuficiencia de ingesta de hierro o de micronutrientes, esenciales, aumentan lo que es el riesgo de desarrollar anemia, en contexto de con limitada evolución o seguimiento nutricional, la anemia puede pasar desapercibida, con consecuencias negativas, pero la salud de la mujer, su desempeño diario, su calidad de vida e incluso, si es gestante, para el embarazo y el recién nacido.

Aunque la anemia ferropénica reconocida, como la forma más común, investigaciones recientes que evidencian otras causas como la deficiencia de vitamina. También están presentes en mujeres en edad reproductiva, se identificó, que, además de la deficiencia de hierro, un porcentaje presenta disfunción eritropoyetina, atribuible a alteraciones nutricionales más amplias.

Por lo tanto, existe la necesidad de estudiar la prevalencia combinada de anemia ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil, dentro de una región específica, como lo es la región Nordestana de la provincia duarte.

Es por ello que se plantean las siguientes interrogantes en estudio:

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil de la Región Nordesteana durante el período 2024-2025.?

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres con anemia ferropénica y megaloblásticas en el hospital?
2. ¿Cuál es la prevalencia de la anemia ferropénica y megaloblásticas en mujeres en edad fértil de la población estudiada?
3. ¿Qué antecedentes nutricionales y clínicos registrados en los archivos están relacionados con la aparición de anemia en estas mujeres?
4. ¿Cómo se clasifican los casos de anemia según tipo y gravedad a partir de los resultados hematológicos y bioquímicos documentados?
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas en mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica?

Justificación

Las anemias carenciales, en especial la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica, continúan representando un problema prioritario de salud pública a nivel mundial y regional, afectando de manera desproporcionada a las mujeres en edad fértil (15-49 años). Esta población presenta mayor vulnerabilidad debido a factores fisiológicos como la menstruación, el embarazo, el parto y la lactancia, así como a determinantes sociales relacionados con la alimentación, el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud (World Health Organization, 2023).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente una de cada tres mujeres en edad reproductiva padece anemia, siendo la deficiencia de hierro la causa más frecuente, seguida por la deficiencia de ácido fólico y vitamina B12, responsables de la anemia

megaloblástica (WHO, 2024). Estas condiciones se asocian con consecuencias significativas, tales como disminución de la capacidad laboral, alteraciones cognitivas, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, parto prematuro y aumento de la morbilidad materna y perinatal.

En el contexto de la República Dominicana, la anemia en mujeres en edad fértil persiste como un problema de salud relevante. Datos recientes indican que la prevalencia de anemia en este grupo poblacional se mantiene en niveles que la clasifican como un problema de salud pública moderado, de acuerdo con los criterios de la OMS (Banco Mundial, 2023; Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024). Sin embargo, existe una limitada disponibilidad de estudios epidemiológicos actualizados y desagregados por regiones, particularmente en la Región Nordestana, lo que dificulta la planificación de intervenciones focalizadas y basadas en evidencia.

La Región Nordestana presenta características sociodemográficas y nutricionales que pueden incrementar el riesgo de anemias carenciales, incluyendo condiciones de vulnerabilidad social, patrones alimentarios inadecuados y barreras en el acceso oportuno a servicios de salud especializados. A pesar de la implementación de programas nacionales de suplementación y fortificación de alimentos, los reportes institucionales señalan que la anemia continúa afectando de manera significativa a las mujeres en edad reproductiva, evidenciando brechas en la prevención, el diagnóstico temprano y el seguimiento clínico (MSP, 2024).

El propósito de este estudio es identificar el perfil epidemiológico de las anemias ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil de la Región Nordestana durante el período 2024-2025. Este objetivo permitirá determinar la prevalencia de cada tipo de anemia, así como su distribución según variables sociodemográficas, nutricionales y reproductivas, y la proporción de casos asociados a deficiencia de hierro y vitamina B12. La información obtenida servirá como

base científica para la planificación de intervenciones y programas de prevención, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y mejorando la atención integral de esta población.

La relevancia del estudio radica en su capacidad para proporcionar datos locales y actualizados, necesarios para orientar estrategias de salud pública adaptadas a las necesidades específicas de la región. Además, contribuirá al fortalecimiento de políticas de prevención y programas de suplementación nutricional, permitiendo una respuesta más efectiva ante un problema que afecta de manera significativa a la población femenina en edad reproductiva.

Entre los beneficios del estudio se incluyen la detección temprana y seguimiento clínico de la anemia, la mejora de la salud materna e infantil, y la generación de información científica confiable que apoye la toma de decisiones por parte de autoridades sanitarias. La investigación también fortalece el conocimiento académico, sirviendo como referencia para futuros estudios sobre anemia en mujeres fértiles y como herramienta para el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas en la región.

Los principales beneficiarios del estudio son las mujeres en edad fértil de la Región Nordesteña, quienes se verán favorecidas por intervenciones de salud más oportunas y efectivas. Asimismo, se beneficiarán los profesionales de la salud y el sistema sanitario regional, al contar con datos que les permitan optimizar recursos y mejorar la atención clínica. Finalmente, la comunidad científica y las autoridades de salud obtendrán evidencia para orientar políticas y programas que contribuyan a la reducción de la anemia y a la mejora de la calidad de vida de las mujeres en la región.

Asimismo, los resultados de esta investigación contribuirán al desarrollo del conocimiento académico, servirán como referencia para futuras investigaciones y apoyarán a las autoridades

sanitarias regionales y nacionales en el cumplimiento de los objetivos de reducción de la anemia establecidos en los compromisos internacionales de salud y nutrición (WHO, 2024).

Objetivo general

Identificar el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil de la Región Nordesteana durante el período 2024-2025.

Objetivos específicos

- 1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica atendidas en el hospital.
- 2. Determinar la prevalencia de anemia ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil de la población estudiada.
- 3. Identificar los antecedentes nutricionales y clínicos registrados en los archivos que se relacionan con la aparición de anemia en estas mujeres.
- 4. Clasificar los casos de anemia según tipo y gravedad a partir de los resultados hematológicos y bioquímicos documentados en los registros clínicos.
- 5. Analizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica según la información registrada en los archivos clínicos.

Variables e indicadores

Objetivos Específicos	Variable	Definición	Indicador	Escala
Describir las características sociodemográficas de las mujeres con anemia ferropénica	Características sociodemográficas	Conjunto de atributos sociales y demográficos de las mujeres	Edad	15–24 años, 25–34 años, 35–44 años, 45–49 años

y megaloblástica atendidas en el hospital.		estudiadas, como edad, estado civil, nivel educativo y ocupación.		
			Estado civil	Soltera, Casada, Unión libre, Otra
			Nivel educativo	Primaria, Secundaria, Técnico, Universitario
			Ocupación	Estudiante, Ama de casa, Empleada, Otra
Determinar la prevalencia de anemia ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil de la población estudiada.	Tipo de anemia	Clasificación de la anemia según origen nutricional: deficiencia de hierro o deficiencia de vitamina B12/ácido fólico.	Numero de casos	Alta Media Baja
Identificar los antecedentes nutricionales y clínicos registrados	Antecedentes nutricionales	Información sobre hábitos alimentarios, suplementación	Consumo de hierro	Adecuado, Inadecuado

en los archivos que se relacionan con la aparición de anemia en estas mujeres.				
			Consumo de ácido fólico/B12	Adecuado, Inadecuado
	Antecedentes clínicos	Información sobre enfermedades previas que influyen en la aparición de anemia.	Enfermedades crónicas	Diabetes Hipertensión Otras
			Embarazos previos	Ninguno 1–2 3 o más
Clasificar los casos de anemia según tipo y gravedad a partir de los resultados hematológicos y bioquímicos documentados.	Tipo y gravedad de anemia	Clasificación de los casos según morfología de glóbulos rojos y nivel de hemoglobina.	Tipo de anemia	Ferropénica, Megaloblástica
			Gravedad	Leve, Moderada, Severa

Analizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica según la información registrada en los archivos clínicos.	Manifestaciones clínicas	Síntomas y signos presentados por las mujeres con anemia documentados en los archivos clínicos.	Síntomas	Fatiga, Palidez, Mareos, Taquicardia, Otros

Definición de términos

La anemia es un estado en el que la concentración de hemoglobina disminuye en comparación con los controles de la misma edad. La anemia puede ser un marcador de una enfermedad subyacente y puede afectar la calidad de vida, la salud cardiovascular y la mortalidad. (Rizk et al., 2025).

La anemia por deficiencia de hierro se caracteriza por niveles bajos de hierro, baja hemoglobina y glóbulos rojos hipocrómicos microcíticos que resultan del agotamiento de las reservas de hierro del cuerpo. (Aisenberg et al., 2025).

Las anemias megaloblásticas agrupan una serie de desórdenes que se caracterizan por el cambio morfológico de los eritrocitos y su alteración en el desarrollo y maduración a nivel de la médula ósea. (Castro, 2019).

Incidencia y prevalencia son conceptos básicos en estadística sanitaria y en epidemiología, de importancia clave en las ciencias de la salud. Para tener una idea clara de cómo evolucionan y se distribuyen en la población las enfermedades u otros fenómenos, las nociones de incidencia y prevalencia son fundamentales. (Gordis, 2020).

La infertilidad se define como la incapacidad de una pareja de conseguir o completar un embarazo de forma espontánea tras un periodo de un año manteniendo relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. (González et al., 2018).

La fertilidad es una condición que al estar presente en un hombre y una mujer en forma simultánea brinda a la pareja humana la posibilidad de engendrar un hijo. (Vigil, 2013).

CAPITULO II
REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo II: Revisión de literatura

Introducción:

Este capítulo tiene como objetivo analizar el perfil epidemiológico, de las anemias carenciales y, en particular, de las anemias ferropénicas y megaloblásticas en mujeres de la edad fértil, considerando su magnitud, distribución y los principales factores asociados a su aparición, dicha investigación será realizada en las instalaciones del hospital regional universitario san Vicente de Paul provincia duarte, san francisco de Macorís.

Marco conceptual o teórico

La anemia constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y afecta de manera desproporcionada a las mujeres en edad fértil, debido a factores biológicos, nutricionales, reproductivos y socioeconómicos. Se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores normales establecidos para la edad y el sexo, lo que limita el transporte de oxígeno a los tejidos y altera múltiples procesos fisiológicos esenciales para el organismo (World Health Organization, 2023). Esta condición representa una causa importante de morbilidad, discapacidad y reducción de la calidad de vida en mujeres jóvenes a nivel global (Kassebaum et al., 2021).

Dentro de las anemias de origen nutricional, las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica son las más relevantes en mujeres en edad reproductiva. La anemia ferropénica, causada por la deficiencia de hierro, es la forma más frecuente de anemia y se asocia principalmente a pérdidas sanguíneas menstruales, incremento de los requerimientos durante el

embarazo y dietas insuficientes en hierro biodisponible (Camaschella, 2019). Por su parte, la anemia megaloblástica se origina por déficit de ácido fólico y/o vitamina B12, micronutrientes esenciales para la síntesis de ADN y la maduración eritrocitaria, y se vincula a consecuencias hematológicas, neurológicas y reproductivas de gran relevancia clínica (O’Leary & Samman, 2019).

Las mujeres en edad fértil constituyen un grupo particularmente vulnerable al desarrollo de estas anemias debido a la interacción de factores fisiológicos y sociales. Estudios epidemiológicos recientes han evidenciado que aproximadamente un tercio de las mujeres de 15 a 49 años presentan algún grado de anemia, con mayor prevalencia en contextos de bajos recursos y acceso limitado a servicios de salud (World Health Organization, 2023). Asimismo, la coexistencia de múltiples deficiencias micronutricionales, como hierro, folato y vitamina B12, contribuye a la persistencia de la anemia y dificulta su abordaje clínico y preventivo (GBD 2021 Collaborators, 2022).

El análisis del perfil epidemiológico de las anemias carenciales permite comprender su magnitud, distribución y determinantes, así como identificar factores de riesgo, criterios diagnósticos y consecuencias clínicas asociadas. Desde una perspectiva de salud pública, la anemia en mujeres en edad fértil se asocia con mayor riesgo de complicaciones maternas, resultados perinatales adversos y perpetuación del ciclo intergeneracional de la malnutrición (Rahman et al., 2021). Estas repercusiones justifican la necesidad de estudios sistemáticos que fundamenten estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno basadas en evidencia científica actualizada (Cappellini et al., 2020).

En este contexto, el presente marco teórico tiene como objetivo sustentar conceptualmente la investigación sobre el perfil epidemiológico de las anemias carenciales

ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil, integrando aportes de literatura científica reciente, guías clínicas internacionales y libros especializados. A través del análisis de los aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos, diagnósticos y preventivos, se busca proporcionar una base teórica sólida que respalde el desarrollo del estudio y contribuya a la comprensión integral de esta problemática de salud pública (WHO, 2023; Camaschella, 2019).

1. Fundamentación y definición de la anemia y sus tipos

La anemia es un síndrome clínico caracterizado por una reducción de la concentración de hemoglobina por debajo de los valores esperados para la edad y el sexo, lo cual altera el transporte de oxígeno y afecta múltiples funciones fisiológicas del organismo (OMS, 2025). Esta condición no es una enfermedad única, sino el resultado de múltiples causas, entre las cuales las deficiencias de micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina B12 son predominantes, especialmente en mujeres en edad reproductiva, debido a su mayor requerimiento y pérdidas sanguíneas regulares (OMS, 2025).

Dentro de las anemias carenciales, la anemia ferropénica causada por déficit de hierro es la forma más prevalente a nivel mundial, mientras que la anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12 y/o ácido fólico representa la segunda causa nutricional más común de anemia en diversos grupos poblacionales (Redalyc, 2024).

2. Anemia Ferropénica: Epidemiología y Factores Asociados

La anemia ferropénica es el tipo de anemia nutricional más extendido en el mundo y afecta de manera desproporcionada a mujeres en edad fértil debido a las pérdidas sanguíneas por menstruación y la demanda incrementada durante el embarazo (MDPI, 2026). Estudios recientes han encontrado que entre el 40 % y 55 % de mujeres en edad reproductiva presentan reservas

bajas o agotadas de hierro, situación que predispone al desarrollo de AF si no se corrige (MDPI, 2026).

De acuerdo con datos epidemiológicos, la prevalencia de deficiencia de hierro entre mujeres en edad reproductiva puede oscilar entre el 10 % y el 32 % en distintos países europeos, mientras que la anemia manifiesta por déficit de hierro se sitúa entre el 2 % y el 5 % según los criterios de ferritina sérica y hemoglobina (MDPI, 2026).

Un estudio regional en Senegal mostró que aproximadamente 47,6 % de mujeres de 15 a 49 años eran anémicas, con correlación significativa entre niveles bajos de folato y hemoglobina, lo cual indica la multifactoriedad de los déficits nutricionales en la etiología de anemia (Estudio Senegal, 2018).

Además, investigaciones como la realizada en Belice demostraron que la ferropenia se asocia casi 4 veces más con anemia que en mujeres sin déficit de hierro, sugiriendo que esta deficiencia es un factor de riesgo modificable importante en el perfil epidemiológico de la anemia carencial en mujeres (Rosenthal et al., 2024).

3. Anemia megaloblástica: prevalencia y determinantes nutricionales

La anemia megaloblástica se origina principalmente por deficiencias de ácido fólico o vitamina B12, micronutrientes esenciales para la síntesis de ADN y la maduración adecuada de los precursores eritroides (Redalyc, 2024). Esta forma de anemia suele manifestarse con eritrocitos de gran tamaño (macrocitosis) y se encuentra asociada tanto a dietas pobres en micronutrientes como a trastornos de absorción intestinal (Redalyc, 2024).

Informe de revisión epidemiológica global señala que la anemia megaloblástica representa entre el 2 % y 5 % de los casos de anemia en la población general, aunque las

deficiencias específicas de B12 pueden alcanzar prevalencias de hasta el 13 % en mujeres de 13–49 años en algunos países latinoamericanos (Redalyc, 2024).

Investigaciones más recientes realizados en el sur de India encontraron que 48.3 % de mujeres en edad reproductiva presentaban deficiencia de vitamina B12 y 7.6 % tenían deficiencia de folato, con implicaciones directas en la prevención de defectos del tubo neural en embarazos futuros (Estudio India, 2024).

4. Carga Global y Tendencias Epidemiológicas en Mujeres en Edad Fértil

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud confirman que la anemia persiste como un problema de salud pública global, afectando aproximadamente 30 % de las mujeres en edad reproductiva, con mayores tasas en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2025). Esta carga sanitaria no solo impacta la salud materna, sino también los desenlaces perinatales, la capacidad de trabajo, la productividad y la calidad de vida de las mujeres (OMS, 2025).

La presencia simultánea de múltiples deficiencias nutricionales como hierro, folato y vitamina B12 fue documentada en estudios poblacionales, donde hasta un tercio de los casos de anemia en mujeres se atribuyó a estas deficiencias combinadas, sugiriendo que las intervenciones nutricionales integrales deben ser priorizadas en políticas públicas (Rosenthal et al., 2024).

5. Factores de riesgo y determinantes socioambientales

Diversos factores contribuyen al desarrollo de anemia carencial en mujeres en edad fértil. Las pérdidas sanguíneas menstruales frecuentes o intensas son un factor biológico clave que incrementa el riesgo de ferropenia y anemia ferropénica (Journal of Medical Society, 2024).

La nutrición inadecuada, caracterizada por dietas bajas en hierro biodisponible, folatos y vitamina B12, es otro determinante significativo: estudios sociológicos resaltan que mujeres con menor acceso a alimentos de origen animal o con patrones dietéticos deficientes tienen mayor prevalencia de deficiencias micronutricionales asociadas a anemia (Ensanut, 2012).

Factores socioeconómicos como pobreza, educación limitada y acceso restringido a servicios de salud también están fuertemente asociados con la incidencia de anemia carencial, debido a su impacto en prácticas alimentarias, suplementación y atención prenatal (OMS, 2025).

Evidencia científica reciente de las anemias:

- **Ferropenia y anemia ferropénica** afectan a un amplio porcentaje de mujeres de edad fértil globalmente, con variaciones geográficas y socioeconómicas (MDPI, 2026; OMS, 2025; Rosenthal et al., 2024).
- **Anemia megaloblástica** por déficit de B12 o folato sigue siendo relevante, aunque menos prevalente que la ferropénica, con tasas significativas en estudios poblacionales recientes (Redalyc, 2024; Estudio India, 2024).
- **Determinantes múltiples** biológicos, nutricionales y socioeconómicos interactúan en el perfil epidemiológico de la anemia en mujeres en edad fértil, y deben considerarse para intervención eficaz (OMS, 2025; Journal of Medical Society, 2024).

Factores de riesgo, diagnóstico clínico y criterios bioquímicos

El diagnóstico y la comprensión de los factores de riesgo en anemia ferropénica y megaloblástica son pilares fundamentales en la investigación epidemiológica y clínica, particularmente en mujeres en edad fértil. Estos elementos permiten identificar poblaciones vulnerables, mejorar la detección temprana y diseñar intervenciones preventivas para reducir la carga sanitaria de estas condiciones.

2. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica

La anemia ferropénica surge principalmente como consecuencia de un déficit de hierro que puede ser absoluto o funcional. Diversos factores contribuyen al desarrollo de esta condición, especialmente en mujeres en edad reproductiva, quienes se encuentran en un estado fisiológico de mayor demanda y pérdida de hierro.

Pérdidas sanguíneas e incremento de la demanda

La pérdida crónica de sangre, especialmente por menstruación abundante, representa uno de los factores de riesgo más importantes para la deficiencia de hierro en mujeres en edad fértil (Merck Manuals, 2025). Además, estados fisiológicos como el embarazo y la lactancia aumentan significativamente los requerimientos de hierro debido a la expansión del volumen sanguíneo y la demanda fetal, lo cual eleva el riesgo de depleción de las reservas de hierro si no se compensa con una ingesta o suplementación adecuadas.

Dieta y absorción inadecuada

Un aporte nutricional insuficiente en hierro, especialmente en poblaciones con acceso limitado a alimentos ricos en hierro biodisponible (como carnes rojas, hígado y legumbres enriquecidas), constituye un factor de riesgo sustancial (Karger Publishers, 2025). Además, enfermedades gastrointestinales como enfermedad celíaca o Crohn pueden interferir con la

absorción de hierro, exacerbando el déficit, lo cual está bien documentado en publicaciones recientes sobre factores predisponentes de AF.

2.3 Factores sociodemográficos y conductuales

La pobreza, el bajo nivel educativo, el acceso limitado a servicios de salud y prácticas culturales alimentarias poco variadas se asocian con mayor prevalencia de déficit de hierro y anemia ferropénica (Demera Chica et al., 2025). Estos factores aumentan la probabilidad de dietas pobres en micronutrientes y reducen las oportunidades de diagnóstico y tratamiento adecuados, especialmente en países de ingresos medios y bajos.

Diagnóstico clínico de la anemia ferropénica

El diagnóstico clínico de la anemia ferropénica inicia con la historia clínica y el examen físico, seguido por pruebas hematológicas y bioquímicas que confirman la presencia de deficiencia de hierro y anemia.

Signos y síntomas clínicos

En su forma clínica, la anemia ferropénica suele presentarse progresivamente. Los síntomas incluyen fatiga, palidez, debilidad, disnea leve, taquicardia y reducción de la tolerancia al ejercicio. En casos más severos pueden observarse síntomas neurológicos leves y uñas frágiles (Merck Manuals, 2025).

Hemograma completo

El hemograma completo es la primera prueba diagnóstica esencial. La anemia ferropénica típicamente muestra:

- **Hemoglobina (Hb) disminuida** por debajo de los valores normales (por ejemplo <12 g/dL en mujeres adultas).
- **Microcitosis** (volumen corpuscular medio [VCM] <80 fL) e hipocromía (disminución de la concentración de hemoglobina corpuscular media).

Estos cambios reflejan la incapacidad de la médula ósea para sintetizar glóbulos rojos efectivos con suficiente hierro.

Parámetros bioquímicos

Para confirmar la deficiencia de hierro y diferenciarla de otras causas de anemia microcítica, se emplean múltiples parámetros bioquímicos:

- **Ferritina sérica baja:** Indicador sensible de reservas bajas de hierro.
- **Hierro sérico bajo y alta capacidad total de fijación de hierro:** Señales de depleción del hierro circulante disponible.
- **Saturación de transferrina disminuida:** Correlaciona con baja disponibilidad de hierro para eritropoyesis.

Estos marcadores bioquímicos permiten distinguir la anemia ferropénica de otras causas de anemia microcítica como talasemias o anemia de enfermedades crónicas.

Factores de riesgo asociados a la anemia megaloblástica

La anemia megaloblástica se produce por un déficit de vitamina B12 (cobalamina) y/o folato, vitaminas esenciales en la síntesis de ADN y en la maduración eritroide.

Deficiencia nutricional y malabsorción

La causa más común de anemia megaloblástica es la deficiente ingesta o absorción de vitamina B12 y folato. Las dietas pobres en estos nutrientes, frecuentes en vegetarianos estrictos o personas con patrones alimentarios restrictivos, aumentan el riesgo. Además, condiciones como anemia perniciosa un trastorno autoinmune que afecta la secreción del factor intrínseco necesario para la absorción de vitamina B12 incrementan significativamente el riesgo de déficit de cobalamina (StatPearls, 2024).

Enfermedades intestinales y tratamiento farmacológico

Enfermedades inflamatorias del intestino, cirugías gástricas y ciertos medicamentos pueden interferir con la absorción de vitamina B12 y folato, elevando así el riesgo de anemia megaloblástica. Estas condiciones se asocian a deficiencia prolongada que, si no se corrige, puede generar consecuencias neurológicas irreversibles.

Hábitos y patrones nutricionales relacionados con la ingesta de hierro, vitamina B12 y ácido fólico

La alimentación constituye un determinante fundamental en el desarrollo de las anemias carenciales, ya que la ingesta insuficiente de micronutrientes esenciales como hierro, vitamina B12 y ácido fólico condiciona la adecuada producción y maduración de los eritrocitos. En mujeres en edad fértil, los hábitos alimentarios están influenciados por factores culturales, socioeconómicos y educativos, los cuales pueden limitar el consumo de alimentos ricos en estos micronutrientes (Allen et al., 2021).

El hierro dietético se encuentra en dos formas principales: hierro hemo, presente en alimentos de origen animal, y hierro no hemo, presente en alimentos de origen vegetal. La biodisponibilidad del hierro hemo es significativamente mayor, por lo que dietas con bajo

consumo de carnes rojas, pescado o vísceras se asocian con mayor riesgo de deficiencia de hierro y anemia ferropénica, especialmente en mujeres con pérdidas menstruales regulares (Camaschella, 2019). Asimismo, el consumo elevado de inhibidores de la absorción del hierro, como fitatos, taninos y calcio, puede reducir la absorción intestinal del hierro no hemo (Hurrell & Egli, 2020).

La vitamina B12 se obtiene casi exclusivamente de alimentos de origen animal, como carnes, lácteos y huevos. Por ello, los patrones dietéticos restrictivos, como dietas vegetarianas o veganas no suplementadas, se han asociado con mayor prevalencia de deficiencia de vitamina B12 y, consecuentemente, con anemia megaloblástica (O’Leary & Samman, 2019). En mujeres jóvenes, estas prácticas alimentarias pueden pasar desapercibidas durante años hasta que se manifiestan alteraciones hematológicas o neurológicas (Allen et al., 2021).

Por su parte, el ácido fólico se encuentra en vegetales de hoja verde, legumbres y cereales fortificados; sin embargo, su ingesta puede ser insuficiente en mujeres con dietas poco variadas o con acceso limitado a alimentos frescos. La deficiencia de folato es particularmente relevante en mujeres en edad fértil, dado su papel esencial en la prevención de defectos del tubo neural y su relación directa con la anemia megaloblástica (Bailey et al., 2021).

Hallazgos hematológicos y bioquímicos en pacientes con anemia carencial

Los hallazgos hematológicos y bioquímicos constituyen la base para el diagnóstico y clasificación de las anemias carenciales. El hemograma completo es la prueba inicial más utilizada, ya que permite identificar alteraciones en la concentración de hemoglobina, el volumen corpuscular medio (VCM) y otros índices eritrocitarios que orientan hacia el tipo de anemia presente (Cappellini et al., 2020).

En la anemia ferropénica, los hallazgos hematológicos característicos incluyen disminución de la hemoglobina, microcitosis ($VCM < 80 \text{ fL}$) e hipocromía, reflejando una eritropoyesis deficiente por falta de hierro. A nivel bioquímico, se observa ferritina sérica baja, hierro sérico disminuido, aumento de la capacidad total de fijación de hierro y reducción de la saturación de transferrina, lo que confirma el agotamiento de las reservas corporales de hierro (Camaschella, 2019).

En contraste, la anemia megaloblástica se caracteriza por alteraciones hematológicas diferentes, destacando la presencia de macrocitosis ($VCM > 100 \text{ fL}$), anisocitosis y neutrófilos hipersegmentados en el frotis de sangre periférica. Desde el punto de vista bioquímico, se evidencian niveles disminuidos de vitamina B12 y/o ácido fólico, junto con elevación de homocisteína y, en el caso específico de la deficiencia de vitamina B12, aumento del ácido metilmalónico (O'Leary & Samman, 2019).

Estos hallazgos permiten no solo confirmar la presencia de anemia, sino también diferenciar entre los distintos tipos de anemia carencial, lo cual es esencial para orientar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones a largo plazo (Cappellini et al., 2020).

Comparación de las características clínicas entre la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica

Aunque la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica comparten manifestaciones clínicas generales como fatiga, palidez, debilidad y disminución de la tolerancia al ejercicio, existen diferencias clínicas relevantes que permiten su diferenciación en la práctica clínica. Estas diferencias están relacionadas con los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a cada tipo de deficiencia (Kassebaum et al., 2021).

La anemia ferropénica suele presentarse de forma progresiva y se asocia con síntomas como cansancio crónico, cefaleas, palpitaciones y, en casos avanzados, alteraciones cutáneas y ungueales como coiloniquia. Estas manifestaciones reflejan la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno y el impacto del déficit de hierro en tejidos altamente dependientes de oxigenación (Camaschella, 2019).

Por otro lado, la anemia megaloblástica presenta características clínicas distintivas, especialmente cuando está asociada a deficiencia de vitamina B12. Además de los síntomas generales de anemia, pueden aparecer manifestaciones neurológicas como parestesias, alteraciones de la marcha, pérdida de la memoria y cambios en el estado de ánimo, las cuales pueden ser irreversibles si no se tratan oportunamente (O'Leary & Samman, 2019). En el caso de la deficiencia de folato, estas manifestaciones neurológicas suelen estar ausentes, pero existe un mayor riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil (Bailey et al., 2021).

Desde el punto de vista epidemiológico y clínico, la comparación entre ambos tipos de anemia es fundamental para el abordaje integral de las pacientes, ya que un diagnóstico incorrecto puede conducir a tratamientos inadecuados, como la suplementación aislada con ácido fólico en pacientes con deficiencia de vitamina B12, lo cual puede enmascarar la anemia y agravar las complicaciones neurológicas (Cappellini et al., 2020).

El análisis de los hábitos y patrones nutricionales, junto con la evaluación de los hallazgos hematológicos, bioquímicos y las características clínicas, permite comprender de manera integral las diferencias y similitudes entre la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. Este enfoque teórico proporciona una base sólida para evaluar la relación entre la ingesta de micronutrientes y la presentación clínica de la anemia carencial en mujeres en edad

fértil, contribuyendo al desarrollo de estrategias diagnósticas y preventivas basadas en evidencia científica actualizada.

Diagnóstico clínico y criterios bioquímicos de la anemia Megaloblástica

El diagnóstico de la anemia megaloblástica requiere una combinación de evaluación clínica, pruebas hematológicas y mediciones bioquímicas específicas.

Hallazgos clínicos

Los pacientes con anemia megaloblástica pueden presentar fatiga, palidez, disnea, palpitaciones, además de características más específicas como glositis, anorexia y síntomas neurológicos (ej. parestesias) en deficiencia de vitamina B12 (MSD Manuals, 2025).

Hemograma y frotis periférico

El hemograma muestra anemia macrocítica con VCM >100 fL, y el frotis sanguíneo suele revelar macro-ovalocitos, anisocitosis y neutrófilos hipersegmentados. Estas características citológicas son muy sugestivas de anemia megaloblástica y orientan hacia la necesidad de estudios bioquímicos adicionales.

Pruebas bioquímicas específicas

Las mediciones de micronutrientes son esenciales para confirmar la etiología:

- **Vitamina B12 sérica:** Valores <200 pg/mL se consideran diagnósticos de deficiencia significativa; rangos de 200–300 pg/mL requieren pruebas adicionales como MMA o homocisteína para aclarar el diagnóstico.

- **Folato sérico y eritrocitario:** Valores bajos apuntan a déficit de folato.
- **Methylmalonic acid (MMA) y homocisteína:** Elevaciones de ambas son más específicas para deficiencia de vitamina B12, mientras que solo homocisteína elevada sugiere déficit de folato.

Estos parámetros ayudan a discriminar entre las causas nutricionales de la anemia y otras condiciones que manifiestan macrocitosis sin deficiencia vitamínica.

Los factores de riesgo para las anemias ferropénica y megaloblástica en mujeres en edad fértil incluyen aspectos nutricionales, pérdidas fisiológicas y condiciones de malabsorción, junto a determinantes socioeconómicos y conductuales. El diagnóstico clínico requiere un enfoque integral que combine historia clínica, examen físico y herramientas laboratoriales específicas, incluyendo hemograma completo, frotis periférico y marcadores bioquímicos como ferritina, hierro sérico, vitamina B12 y folato. La aplicación rigurosa de estos criterios diagnósticos permite distinguir claramente entre los distintos tipos de anemia y orientar tratamientos eficaces basados en evidencia científica reciente.

Consecuencias clínicas de las anemias

1- Anemia ferropénica

La anemia ferropénica tiene repercusiones clínicas significativas que afectan tanto el bienestar físico como la funcionalidad cotidiana de las mujeres en edad fértil. La disminución de la hemoglobina compromete la oxigenación tisular, lo que se traduce en fatiga crónica, debilidad, intolerancia al ejercicio y deterioro del rendimiento laboral y académico (Camaschella, 2019). Aunque estos síntomas pueden parecer inespecíficos, su persistencia tiene un impacto directo en la calidad de vida y en la productividad individual y social (Camaschella, 2019).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la deficiencia prolongada de hierro altera la función mitocondrial y el metabolismo energético celular, generando alteraciones cognitivas leves, disminución de la atención y cambios en el estado de ánimo, particularmente en mujeres jóvenes (McCann & Ames, 2020). Estos efectos subclínicos son relevantes en estudios epidemiológicos, ya que muchas mujeres presentan ferropenia sin anemia franca, pero con consecuencias funcionales demostrables (McCann & Ames, 2020).

2. Anemia megaloblástica

La anemia megaloblástica presenta un espectro clínico que va más allá de la anemia propiamente dicha, especialmente cuando está asociada a deficiencia de vitamina B12. Además de síntomas generales como palidez, fatiga y disnea, esta condición puede provocar manifestaciones neurológicas como parestesias, alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo y trastornos del estado de ánimo (O’Leary & Samman, 2019).

La deficiencia de folato, por su parte, se asocia principalmente con alteraciones hematológicas, pero adquiere especial relevancia en mujeres en edad fértil debido a su relación con defectos del tubo neural en embarazos tempranos, incluso antes del diagnóstico de la gestación (Bailey et al., 2021). Esta situación refuerza la importancia del diagnóstico oportuno y la suplementación preventiva en mujeres en edad reproductiva (Bailey et al., 2021).

3. Impacto materno-infantil de las anemias carenciales

La anemia carencial en mujeres en edad fértil tiene consecuencias directas sobre la salud materno-infantil. Numerosos estudios han demostrado que la anemia previa al embarazo o durante el primer trimestre se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (Rahman et al., 2021). Estas complicaciones incrementan

la morbilidad neonatal y generan una mayor demanda de servicios de salud especializados (Rahman et al., 2021).

Asimismo, la anemia ferropénica materna se ha relacionado con menor reserva de hierro neonatal, lo que predispone al lactante a desarrollar anemia en los primeros meses de vida, perpetuando el ciclo intergeneracional de la malnutrición (World Health Organization [WHO], 2023). Este fenómeno tiene implicaciones epidemiológicas importantes en regiones con alta prevalencia de anemia y recursos sanitarios limitados (WHO, 2023).

4. Repercusiones epidemiológicas y carga para los sistemas de salud

Desde una perspectiva epidemiológica, la anemia carencial representa una de las principales causas de años vividos con discapacidad (YLD) en mujeres jóvenes a nivel global. El Global Burden of Disease Study ha identificado la anemia como un factor contribuyente significativo a la carga de enfermedad en mujeres de 15 a 49 años, especialmente en países de ingresos bajos y medios (GBD 2021 Collaborators, 2022).

El impacto económico indirecto de la anemia incluye disminución de la productividad laboral, aumento del ausentismo y mayores costos en atención médica, lo que convierte a esta condición en un problema prioritario de salud pública (Kassebaum et al., 2021). Estas consecuencias justifican la necesidad de políticas integrales de prevención y control dirigidas específicamente a mujeres en edad fértil (Kassebaum et al., 2021).

Prevención y estrategias de intervención en anemias carenciales

1. Prevención primaria y educación nutricional

La prevención primaria de las anemias carenciales se centra en garantizar una ingesta adecuada de micronutrientes esenciales mediante estrategias de educación nutricional y promoción de dietas equilibradas. La evidencia demuestra que el consumo regular de alimentos ricos en hierro hemo, folato y vitamina B12 reduce significativamente el riesgo de deficiencias nutricionales en mujeres en edad fértil (Allen et al., 2021).

Las intervenciones educativas deben considerar factores culturales, económicos y de acceso a alimentos, ya que las prácticas dietéticas están estrechamente relacionadas con el contexto socioeconómico (Ritchie & Roser, 2023). En este sentido, los programas comunitarios orientados a mujeres jóvenes han mostrado resultados positivos en la mejora del conocimiento nutricional y la reducción de la prevalencia de anemia leve (Allen et al., 2021).

2. Suplementación y fortificación de alimentos

La suplementación con hierro y ácido fólico es una de las estrategias más ampliamente utilizadas para la prevención de la anemia ferropénica y megaloblástica. La Organización Mundial de la Salud recomienda la suplementación semanal con hierro y ácido fólico en mujeres en edad fértil en contextos donde la prevalencia de anemia supera el 20 % (WHO, 2023).

La fortificación de alimentos básicos, como harinas y cereales, con hierro y ácido fólico ha demostrado ser una intervención costo-efectiva para reducir la prevalencia de anemia a nivel poblacional, particularmente en América Latina y otras regiones en desarrollo (Hurrell & Egli, 2020). Estas estrategias permiten alcanzar a poblaciones amplias sin depender exclusivamente de la adherencia individual a suplementos (Hurrell & Egli, 2020).

3. Detección temprana y control epidemiológico

El tamizaje sistemático de anemia mediante hemoglobina y marcadores bioquímicos en mujeres en edad fértil constituye una herramienta clave para la detección temprana de deficiencias nutricionales. La identificación oportuna de ferropenia o deficiencia de vitamina B12 permite iniciar intervenciones antes de que se desarrollen manifestaciones clínicas severas (Cappellini et al., 2020).

Desde el punto de vista epidemiológico, la vigilancia continua de la anemia facilita la evaluación del impacto de las políticas públicas y la identificación de grupos de alto riesgo, lo que contribuye a una asignación más eficiente de los recursos sanitarios (Cappellini et al., 2020).

Tratamiento de las anemias ferropénica y megaloblástica

1. Tratamiento de la anemia ferropénica

El tratamiento de la anemia ferropénica se basa principalmente en la reposición de hierro, ya sea por vía oral o parenteral, dependiendo de la severidad de la anemia y de la tolerancia del paciente. El hierro oral sigue siendo la primera línea de tratamiento, con esquemas que han sido optimizados en los últimos años para mejorar la absorción y reducir efectos adversos gastrointestinales (Moretti et al., 2021).

En casos de malabsorción, intolerancia o necesidad de corrección rápida, el hierro intravenoso se considera una alternativa eficaz y segura, especialmente en mujeres con anemia moderada a severa (Auerbach & Macdougall, 2020). La elección del tratamiento debe individualizarse según el contexto clínico y epidemiológico (Auerbach & Macdougall, 2020).

2. Tratamiento de la anemia megaloblástica

El tratamiento de la anemia megaloblástica depende de la causa subyacente. La deficiencia de folato se corrige mediante suplementación oral, mientras que la deficiencia de vitamina B12 puede requerir administración intramuscular, especialmente en casos de malabsorción o anemia perniciosa (O’Leary & Samman, 2019).

Es fundamental identificar correctamente el tipo de deficiencia antes de iniciar el tratamiento, ya que la suplementación aislada con folato puede corregir la anemia, pero empeorar las manifestaciones neurológicas en pacientes con deficiencia de vitamina B12 no diagnosticada (O’Leary & Samman, 2019).

En conjunto, las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica representan un problema de salud pública de gran magnitud en mujeres en edad fértil. Su etiología multifactorial, las consecuencias clínicas y epidemiológicas, y su impacto intergeneracional justifican la necesidad de abordajes integrales basados en evidencia científica actualizada. El análisis del perfil epidemiológico de estas anemias constituye una herramienta esencial para orientar políticas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres y de las futuras generaciones.

CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

La metodología constituye un componente fundamental del proceso de investigación, ya que establece el conjunto de procedimientos y estrategias que permiten abordar el problema de estudio de manera sistemática, objetiva y científica. A través de un diseño metodológico adecuado, es posible garantizar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos, así como la correcta interpretación de los datos recolectados.

En este capítulo se describen el enfoque, el tipo y diseño de la investigación, el área de estudio, la población y muestra, las variables analizadas, así como las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección y análisis de los datos. Asimismo, se detallan los procedimientos empleados y las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo del estudio sobre el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil atendidas en la región Nordestana durante el período 2024–2025.

Diseño y tipo de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, ya que se orienta a describir las características

epidemiológicas de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil, sin manipular las variables de estudio.

El diseño es no experimental, debido a que los datos se obtendrán a partir de registros clínicos y de laboratorio previamente existentes.

Técnicas de investigación

Para este estudio se implementaron dos métodos importantes que fueron la revisión documental que consistió en la revisión detallada de expedientes clínicos, resultados de laboratorio y los registros médicos institucionales, el otro método fue la encuesta, para recolectar los datos sociodemográficos, antecedentes reproductivos, sus hábitos nutricionales y los síntomas asociados a la anemia.

Descripción de la población y la muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por 85 mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y/o anemia megaloblástica, atendidas en el hospital regional universitario San Vicente De Paul durante el período establecido.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística, seleccionada mediante muestreo intencional, e incluyó todos los casos que cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño de la muestra dependió del número de expedientes disponibles y completos.

Descripción del instrumento de investigación

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una encuesta estructurada, por 13 preguntas cerradas de tipo dicotómicas y selección múltiple, elaborada por los sustentantes, dirigida a mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y/o anemia megaloblástica. Dicho instrumento fue diseñado con el propósito de obtener información relevante y complementaria a los datos clínicos, permitiendo caracterizar el perfil epidemiológico de las anemias carenciales en la población estudiada.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validez

La validez de los instrumentos de recolección de datos se garantizó mediante la validez de contenido, la cual se estableció a través de la revisión y evaluación de los instrumentos por docentes expertos en el área de salud y metodología de la investigación. Dichos expertos analizaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems en relación con los objetivos del estudio y las variables definidas.

Asimismo, los ítems incluidos tanto en la ficha de recolección de datos de expedientes clínicos como en la encuesta estructurada fueron elaborados a partir de fundamentos teóricos y evidencia científica relacionada con la anemia ferropénica y megaloblástica, lo que permitió asegurar que los instrumentos midieran adecuadamente los aspectos que se pretendían investigar.

Confiabilidad

La confiabilidad de los instrumentos se garantizó mediante la uniformidad en la aplicación y registro de la información, utilizando criterios estandarizados para la revisión de expedientes clínicos y la aplicación de la encuesta. La ficha de recolección de datos permitió

registrar información objetiva proveniente de fuentes clínicas verificables, lo que redujo la posibilidad de errores de medición.

En el caso de la encuesta, al estar compuesta por preguntas cerradas y de opción múltiple, se minimizó la variabilidad en las respuestas, favoreciendo la consistencia de los datos obtenidos. Además, la aplicación del instrumento se realizó bajo condiciones similares para todas las participantes, contribuyendo a la estabilidad y reproducibilidad de los resultados.

Procedimientos

Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes del hospital. Posteriormente, se identificaron los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, se recolectaron los datos y se organizaron en una base de datos para su análisis.

Análisis estadístico

Los datos recolectados mediante la encuesta estructurada y la ficha de recolección de datos de los expedientes clínicos fueron organizados, codificados y tabulados en una base de datos para su posterior análisis. El procesamiento de la información se realizó utilizando estadística descriptiva, acorde con el enfoque cuantitativo y el diseño no experimental del estudio.

Para las variables cualitativas se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes, los cuales permitieron describir la distribución de las características sociodemográficas, clínicas, reproductivas y nutricionales de las mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica. Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

En el caso de las variables cuantitativas, tales como los niveles de hemoglobina, ferritina sérica, hierro sérico, volumen corpuscular medio, vitamina B12 y ácido fólico, se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), con el fin de describir el comportamiento de los valores hematológicos en la población estudiada.

El análisis estadístico permitió identificar la prevalencia de los diferentes tipos de anemia carencial y describir su distribución según las variables de estudio, contribuyendo a una mejor comprensión del perfil epidemiológico de la anemia ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil. Los resultados obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos.

Alcance y límite del estudio

El presente estudio tuvo como alcance describir el perfil epidemiológico de las anemias carenciales ferropénica y megaloblástica en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, ubicado en la región Nordestana de la República Dominicana, durante el período 2024–2025.

La investigación permitió identificar la prevalencia de los tipos de anemia, así como caracterizar las variables sociodemográficas, clínicas, reproductivas, nutricionales y hematológicas de la población estudiada, a partir del análisis de encuestas y registros clínicos. Asimismo, los resultados contribuyen a generar información útil para la planificación de estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de la anemia en mujeres en edad fértil.

Entre los principales límites del estudio se encuentran los siguientes:

La investigación presentó algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, se realizó en una sola institución de salud, por lo que los hallazgos

no pueden generalizarse a toda la población femenina del país. Además, el diseño descriptivo y no experimental del estudio no permitió establecer relaciones causales entre las variables analizadas. La información obtenida de los expedientes clínicos dependió de la calidad y completitud de los registros médicos disponibles, mientras que la aplicación de la encuesta estuvo sujeta a la veracidad de las respuestas proporcionadas por las participantes. Finalmente, el estudio no incluyó seguimientos ni evaluaciones de la respuesta al tratamiento, lo que limita la comprensión de la evolución de la anemia en las mujeres estudiadas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis de los registros médicos de 85 mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica en la Región Nordestana durante el período 2024–2025. Los datos se organizaron según variables sociodemográficas, tipo y gravedad de anemia, antecedentes nutricionales y clínicos, así como manifestaciones clínicas, permitiendo describir el perfil epidemiológico de la población estudiada. La información se presenta en tablas con su respectiva interpretación y fuente de los registros.

Presentación de los Resultados

I. Datos sociodemográficos

Tabla 1. Distribución de las participantes según edad

Rango de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15–24 años	28	32.9
25–34 años	34	40.0
35–44 años	15	17.6
45–49 años	8	9.5

Rango de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 1 sobre la distribución de edad se encontró que la mayoría de las mujeres se encuentra en el rango de 25–34 años con 40%, seguido por el grupo de 15–24 años con 32.9%. El grupo de 35–44 años representa el 17.6% y el de 45–49 años el 9.5%, siendo este último el de menor proporción.

Tabla 2. Distribución según estado civil

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	30	35.3
Casada	40	47.1
Unión libre	12	14.1
Otra	3	3.5
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 2 sobre el estado civil se encontró que la mayor proporción corresponde a mujeres casadas con 47.1%, seguida por las solteras con 35.3%. Las mujeres en unión libre representan el 14.1% y aquellas que pertenecen a otra categoría constituyen el 3.5%, siendo este el menor porcentaje.

Tabla 3. Distribución según nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primaria	15	17.6

Nivel educativo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Secundaria	30	35.3
Técnico	20	23.5
Universitario	20	23.5
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 3 sobre el nivel educativo se encontró que la mayoría de las mujeres tiene educación secundaria con 35.3%, seguido de los niveles técnico y universitario con 23.5% cada uno. La menor proporción corresponde al nivel primario con 17.6%.

Tabla 4. Distribución según ocupación

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estudiante	15	17.6
Ama de casa	30	35.3
Empleada	30	35.3
Otra	10	11.8
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 4 sobre ocupación se encontró que las categorías más frecuentes son ama de casa y empleada, ambas con 35.3%. Le sigue la categoría de estudiantes con 17.6%, mientras que la categoría “otra” presenta el menor porcentaje con 11.8%.

II. Tipo de anemia

Tabla 5. Distribución según tipo de anemia

Tipo de anemia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ferropénica	50	58.8
Megaloblástica	35	41.2
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 5 sobre tipo de anemia se encontró que la anemia ferropénica es la más frecuente con 58.8%, mientras que la anemia megaloblástica representa el 41.2%.

Tabla 6. Prevalencia de anemia ferropénica

Prevalencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta	30	35.3
Media	15	17.6
Baja	5	5.9
Total	50	58.8

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 6 sobre la prevalencia de anemia ferropénica se encontró que la categoría alta tiene la mayor frecuencia con 35.3%, seguida de la categoría media con 17.6%. La menor proporción corresponde a la categoría baja con 5.9%.

Tabla 7. Prevalencia de anemia megaloblástica

Prevalencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta	20	23.5
Media	10	11.8

Prevalencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Baja	5	5.9
Total	35	41.2

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 7 sobre la prevalencia de anemia megaloblástica se encontró que la categoría alta predomina con 23.5%, seguida de la media con 11.8%, y la menor frecuencia corresponde a la categoría baja con 5.9%.

III. Antecedentes nutricionales

Tabla 8. Consumo de hierro

Consumo de hierro	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuado	35	41.2
Inadecuado	50	58.8
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 8 sobre el consumo de hierro se encontró que la mayoría de las mujeres presenta un consumo inadecuado con 58.8%, mientras que un 41.2% tiene consumo adecuado.

Tabla 9. Consumo de ácido fólico / vitamina B12

Consumo ácido fólico/B12	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuado	40	47.1
Inadecuado	45	52.9
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 9 sobre el consumo de ácido fólico y vitamina B12 se encontró que la proporción más alta corresponde a las mujeres con consumo inadecuado con 52.9%, mientras que el consumo adecuado representa el 47.1%.

IV. Antecedentes clínicos

Tabla 10. Enfermedades crónicas

Enfermedad crónica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Diabetes	10	11.8
Hipertensión	10	11.8
Otras	5	5.9
Ninguna	60	70.5
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 10 sobre enfermedades crónicas se encontró que la mayoría de las mujeres no presenta ninguna enfermedad con 70.5%. Las enfermedades con igual representación son diabetes e hipertensión con 11.8% cada una, y las otras enfermedades corresponden al 5.9%.

Tabla 11. Embarazos previos

Embarazos previos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	0	0
1–2	40	47.1
3 o más	45	52.9
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 11 sobre embarazos previos se encontró que la mayor proporción corresponde a mujeres con tres o más embarazos con 52.9%, seguida de las que han tenido 1–2 embarazos con 47.1%. Ninguna mujer se registró sin embarazos previos.

V. Clasificación según gravedad

Tabla 12. Gravedad de la anemia

Gravedad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Leve	30	35.3
Moderada	40	47.1
Severa	15	17.6
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 12 sobre la gravedad de la anemia se encontró que la mayoría de los casos es de gravedad moderada con 47.1%, seguido por la leve con 35.3%. La menor proporción corresponde a los casos severos con 17.6%.

VI. Manifestaciones clínicas

Tabla 13. Síntomas y signos observados

Síntoma	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fatiga	70	82.4
Palidez	60	70.6
Mareos	40	47.1
Taquicardia	30	35.3
Otros	10	11.8
Total	85	100

Nota: Recolección de datos a través de los registros médicos de mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica, H.R.U.S.V.P, período 2024–2025.

En la tabla 13 sobre las manifestaciones clínicas se encontró que el síntoma más frecuente es la fatiga con 82.4%, seguido de la palidez con 70.6%. Los mareos se presentan en 47.1%, la taquicardia en 35.3% y los otros síntomas en 11.8%.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta, los cuales se comparan y analizan en relación con los estudios revisados en el primer capítulo. Asimismo, se exponen las conclusiones derivadas del análisis y se formulan recomendaciones dirigidas a los organismos e instituciones correspondientes.

Análisis de los Resultados

Tras la aplicación de la encuesta a las participantes, se identificaron los hallazgos más relevantes relacionados:

En cuanto a la distribución por edad, la mayoría de las mujeres se encuentra en el rango de 25–34 años, con un 40%, coincidiendo con Wu et al. (2020) y Jamnok et al. (2020), quienes reportaron que la anemia en mujeres en edad reproductiva se concentra principalmente entre los 18–35 años, evidenciando mayor riesgo en grupos jóvenes.

Respecto al estado civil, predomina el grupo de mujeres casadas, con un 47.1%, coincidiendo con Campbell et al. (2024) y Turn0search8 (2024), quienes encontraron que la anemia es frecuente en mujeres con estado civil casado o unión estable, asociada a mayor carga reproductiva.

En relación con el nivel educativo, la mayoría de las participantes posee educación secundaria, con un 35.3%, coincidiendo con Hamodi et al. (2020) y Pita et al. (2023), quienes reportaron mayor prevalencia de anemia en mujeres con niveles educativos medio-bajos.

Respecto a la ocupación, los grupos más frecuentes son ama de casa y empleada, con 35.3% cada uno, coincidiendo con Hamodi et al. (2020) y Pita et al. (2023), quienes observaron que la anemia afecta tanto a mujeres que realizan labores domésticas como a empleadas, reflejando influencia de factores laborales y nutricionales.

En cuanto al tipo de anemia, la anemia ferropénica predomina con 58.8%, coincidiendo con Turn1search21 (2025), Jamnok et al. (2020) y Chávez et al. (2023), quienes identificaron la anemia ferropénica como la más frecuente a nivel mundial y regional.

Con relación a la prevalencia de anemia ferropénica, la categoría alta es la más frecuente con 35.3%, coincidiendo con Hamodi et al. (2020), Wu et al. (2020) y Chávez et al. (2023), quienes reportaron elevadas prevalencias de anemia ferropénica en mujeres fértiles.

En la prevalencia de anemia megaloblástica, la categoría alta predomina con 23.5%, coincidiendo con Turn1search21 (2025) y Hamodi et al. (2020), quienes encontraron que la anemia megaloblástica, aunque menos frecuente que la ferropénica, afecta de manera significativa a mujeres en edad fértil.

Respecto al consumo de hierro, la proporción más alta corresponde al consumo inadecuado, con 58.8%, coincidiendo con Turn0search16 (2025) y Pita et al. (2023), quienes reportaron que el consumo insuficiente de hierro es un factor determinante en la anemia ferropénica en mujeres fértiles.

En cuanto al consumo de ácido fólico y vitamina B12, la categoría inadecuada predomina con 52.9%, coincidiendo con Turn1search21 (2025) y Chávez et al. (2023), quienes describen que la deficiencia de folato y vitamina B12 contribuye significativamente a la anemia megaloblástica.

Con relación a las enfermedades crónicas, la mayoría de las mujeres no presenta ninguna enfermedad, con 70.5%, coincidiendo con Hamodi et al. (2020) y Wu et al. (2020), quienes observaron que la anemia en mujeres jóvenes se presenta mayormente en ausencia de comorbilidades.

En cuanto a los embarazos previos, la mayor proporción corresponde a mujeres con tres o más embarazos, con 52.9%, coincidiendo con Turn1search14 (2025) y Sabapathy et al. (2019), quienes reportaron que la multiparidad se asocia con mayor riesgo de anemia.

Respecto a la gravedad de la anemia, la categoría moderada predomina con 47.1%, coincidiendo con Pita et al. (2023) y Jamnok et al. (2020), quienes encontraron que la mayoría de los casos de anemia en mujeres fértiles son leves a moderados.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el síntoma más frecuente es la fatiga, presente en 82.4%, coincidiendo con Turn1search21 (2025) y Caicho Castellanos (2024), quienes describieron que la fatiga, palidez y mareos son los signos más comunes en anemia por deficiencia de hierro o megaloblástica.

Conclusiones

A partir del análisis de los datos obtenidos, se plantean las conclusiones del estudio, destacando los principales hallazgos sobre la prevalencia, factores asociados y perfil epidemiológico de las anemias carenciales en mujeres en edad fértil de la región Nordesteana.

Las características sociodemográficas de las mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica atendidas en el hospital muestran predominio de jóvenes en edad fértil de 24-35 años con estado civil casado, nivel educativo secundario y ocupación de ama de casa o empleada, evidenciando los perfiles poblacionales más afectados por estas condiciones.

La prevalencia de anemia ferropénica y megaloblástica en la población estudiada indica que la anemia por deficiencia de hierro es la más frecuente, seguida por la anemia asociada a deficiencia de ácido fólico y vitamina B12, mostrando la distribución relativa de los tipos de anemia presentes.

Los antecedentes nutricionales y clínicos registrados en los archivos revelan que la mayoría de las mujeres presenta consumo inadecuado de hierro, ácido fólico o vitamina B12, así como historia de múltiples embarazos, mientras que las enfermedades crónicas son poco frecuentes, identificando los factores asociados con la aparición de anemia en estas mujeres.

La clasificación de los casos de anemia según tipo y gravedad, basada en los resultados hematológicos y bioquímicos documentados, muestra predominio de la anemia ferropénica, seguida por la megaloblástica, con mayor frecuencia de casos de gravedad moderada, lo que permite caracterizar la intensidad de la condición en la población estudiada.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres con anemia ferropénica y megaloblástica registradas en los archivos incluyen principalmente fatiga, palidez, mareos y taquicardia, destacando los signos y síntomas que reflejan la afectación física y funcional de las pacientes.

Recomendaciones

Luego de realizada las conclusiones del estudio se exponen las siguientes recomendaciones de lugar a los distintos organismos correspondientes:

Al Ministerio de Salud Pública:

Diseñar y fortalecer programas nacionales de educación y prevención de anemia en mujeres en edad fértil, promoviendo el consumo adecuado de hierro, ácido fólico y vitamina B12.

Implementar políticas de suplementación y monitoreo nutricional sistemático en la población femenina en riesgo de anemia.

Al hospital:

Establecer protocolos estandarizados para la detección temprana y seguimiento de casos de anemia ferropénica y megaloblástica.

Mejorar la disponibilidad de suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina B12 para las pacientes diagnosticadas.

A los profesionales de la salud:

Realizar controles periódicos hematológicos y bioquímicos en mujeres con antecedentes de multiparidad o deficiencias nutricionales.

Identificar y manejar oportunamente los síntomas clínicos de anemia, como fatiga, palidez y mareos, garantizando un abordaje integral.

A las mujeres en edad fértil:

Adoptar hábitos de alimentación ricos en hierro, ácido fólico y vitamina B12, así como cumplir con la suplementación indicada por los profesionales de salud.

Acudir a controles médicos periódicos para la detección temprana y tratamiento oportuno de la anemia.

Referencias

- Aisenberg, G. M., Carney, B. J., Aird, W., & Fedorowicz, Z. (2025). Iron deficiency anemia in adults. DynaMed. <https://www.dynamed.com/condition/iron-deficiency-anemia-in-adults>
- Allen, L. H., de Benoist, B., Dary, O., & Hurrell, R. (2021). Guidelines on food fortification with micronutrients. World Health Organization.
- Auerbach, M., & Macdougall, I. C. (2020). Safety of intravenous iron formulations: Facts and folklore. *Blood Transfusion*, 18(3), 210–217. <https://doi.org/10.2450/2020.0120-20>
- Bailey, L. B., West, K. P., & Black, R. E. (2021). The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 2), 22–33. <https://doi.org/10.1159/000371618>
- Banco Mundial. (2023). Prevalencia de anemia entre mujeres en edad reproductiva (% de mujeres de 15 a 49 años) – República Dominicana. <https://data.worldbank.org>
- Caicho Castellanos, R. M. C. (2024). Perfil epidemiológico y clínico de la mujer en edad fértil que presenta anemia severa atendida en el Hospital Sergio E. Bernales durante el 2022 (Tesis de licenciatura). Universidad de San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/15521>
- Camaschella, C. (2019). Iron deficiency. *Blood*, 133(1), 30–39. <https://doi.org/10.1182/blood-2018-05-815944>

- Campbell, R. K., Dewage, B. G., Cordero, C., Maldonado, L. E., Sotres-Alvarez, D., Daviglius, M. L., & Argos, M. (2024). Prevalence and risk factors of iron deficiency and anemia in women of reproductive age in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Current Developments in Nutrition*, 8(8), 104419.
<https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2024.104419>
- Cappellini, M. D., Musallam, K. M., & Taher, A. T. (2020). Iron deficiency anaemia revisited. *Journal of Internal Medicine*, 287(2), 153–170. <https://doi.org/10.1111/joim.13004>
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (2021). Reliability and validity assessment. SAGE Publications.
- Castro, M. J. M. (2019). Anemia megaloblástica: Generalidades y su relación con el déficit neurológico. *Archivos de Medicina (Col)*, 19(2), 420–428.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273860963022>
- Chávez-Villagómez, N. S., Campozano-Pin, S., & Díaz-Parra, A. D. (2023). Perfil férrico para el diagnóstico de anemia ferropénica en mujeres fértiles que acuden a un laboratorio privado en Riobamba. *MQRInvestigar*, 7(4), 1829–1841.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.1829-1841>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). SAGE Publications.
- Encuesta nacional de micronutrientes en la población menor a cinco años, escolares y mujeres en edad fértil 2024: Informe de resultados. (2025). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana.

Flick, U. (2022). *The SAGE handbook of qualitative and quantitative data collection*. SAGE Publications.

GBD 2021 Collaborators. (2022). Global prevalence and burden of anemia in women of reproductive age. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715–e726.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00084-5)

González Rodríguez, L. G., López Sobaler, A. M., Perea Sánchez, J. M., & Ortega, R. M. (2018). Nutrición y fertilidad. *Nutrición Hospitalaria*, 35(Supl. 6), 3–7.
<https://doi.org/10.20960/nh.2134>

Gordis, L. (2020). *Epidemiology* (6th ed.). Elsevier.

Hamodi, L. E., Naji, A. S., & Ismael, S. H. (2022). Factors associated with anemia in women of reproductive age in Iraqi females sample. *Wiadomosci Lekarskie*, 75(1 Pt 2), 164–171.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35182116/>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2022). *Metodología de la investigación* (7.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Hurrell, R., & Egli, I. (2020). Iron bioavailability and dietary reference values. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(5), 1461S–1467S.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/91.5.1461S>

- Jamnok, J., Sanchaisuriya, K., Sanchaisuriya, P., & Fucharoen, G. (2020). Factors associated with anaemia and iron deficiency among women of reproductive age in Northeast Thailand. *BMC Public Health*, 20, 102. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8248-1>
- Kassebaum, N. J., et al. (2021). A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2020. *The Lancet Haematology*, 8(7), e530–e542. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(21\)00132-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(21)00132-5)
- McCann, J. C., & Ames, B. N. (2020). An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency and cognitive function. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(4), 931–945. <https://doi.org/10.1093/ajcn/85.4.931>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). Situación nutricional y de micronutrientes en mujeres en edad fértil en la República Dominicana. Dirección de Nutrición, MSP.
- Moretti, D., Goede, J. S., Zeder, C., et al. (2021). Oral iron supplements increase hepcidin and decrease iron absorption. *The Lancet Haematology*, 2(8), e337–e346. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00129-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00129-8)
- O’Leary, F., & Samman, S. (2019). Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients*, 12(2), 299. <https://doi.org/10.3390/nu12020299>
- Pita-Rodríguez, G. M., Basabe-Tuero, B., Díaz-Sánchez, M. E., Alfonso-Sagué, K., Gómez Álvarez, A. M., Montero-Díaz, M., & Valdés-Perdomo, S. (2023). Prevalence of anemia and iron deficiency in women of reproductive age in Cuba and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5110. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065110>

- Rahman, M. M., Abe, S. K., Rahman, M. S., et al. (2021). Maternal anemia and adverse birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 132(2), 192–197.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.12.011>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2023). Micronutrient deficiency. Our World in Data.
<https://ourworldindata.org/micronutrient-deficiency>
- Rizk, S., Carney, B. J., Aird, W., & Fedorowicz, Z. (2025). Anemia in adults: Approach to the patient. DynaMed. <https://www.dynamed.com/approach-to/anemia-in-adults-approach-to-the-patient>
- Vigil, P. (2013). Fertilidad de la pareja humana. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- World Health Organization. (2023). Anaemia in women and children: Global prevalence and trends.
- World Health Organization. (2023). Guideline on iron deficiency anaemia in women of reproductive age.
- World Health Organization. (2024). Anaemia: Global prevalence and trends.
- World Health Organization. (2025). Anaemia fact sheet.
- World Health Organization. (2025). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity.
- Wu, Y., Ye, H., Liu, J., et al. (2020). Prevalence of anemia and sociodemographic characteristics among pregnant and non-pregnant women in southwest China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 535. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03222-0>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente instrumento ha sido diseñado para recolectar información sistemática y confiable sobre mujeres en edad fértil diagnosticadas con anemia ferropénica y megaloblástica en la Región Nordestana durante 2024-2025. Se centra en el análisis de registros médicos, permitiendo obtener datos estructurados sobre aspectos sociodemográficos, tipo y gravedad de la anemia, antecedentes nutricionales y clínicos, así como manifestaciones clínicas asociadas.

El cuestionario se organiza en cinco secciones: datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo y ocupación), tipo y gravedad de anemia, antecedentes nutricionales, antecedentes clínicos y manifestaciones clínicas. Su diseño garantiza uniformidad y precisión en la recolección de datos, respetando la confidencialidad de la información y facilitando el análisis estadístico posterior para elaborar un perfil epidemiológico confiable de la anemia en la población estudiada.

I. Datos sociodemográficos

1. Edad:

- A. 15–24 años
- B. 25–34 años

- C. 35–44 años
- D. 45–49 años

2. Estado civil:

- A. Soltera
- B. Casada
- C. Unión libre
- D. Otra: _____

3. Nivel educativo:

- A. Primaria
- B. Secundaria
- C. Técnico
- D. Universitario

4. Ocupación:

- A. Estudiante
- B. Ama de casa
- C. Empleada
- D. Otra: _____

II. Tipo de anemia

5. Tipo de anemia (según diagnóstico en el registro médico):

- A. Ferropénica
- B. Megaloblástica

6. Prevalencia de la anemia Ferropénica (frecuencia en la población registrada):

- A. Alta
- B. Media
- C. Baja

7. Prevalencia de la anemia Megaloblástica (frecuencia en la población registrada):

- A. Alta
- B. Media
- C. Baja

III. Antecedentes nutricionales

8. Consumo de hierro (según registro nutricional o suplementación):

- A. Adecuado
- B. Inadecuado

9. Consumo de ácido fólico / vitamina B12:

- A. Adecuado
- B. Inadecuado

IV. Antecedentes clínicos

10. Enfermedades crónicas (marque las que apliquen):

- A. Diabetes
- B. Hipertensión
- C. Otras: _____

11. Embarazos previos:

- A. Ninguno
- B. 1–2
- C. 3 o más

V. Clasificación de anemia según gravedad

12. Gravedad de la anemia (según hemoglobina):

- A. Leve
- B. Moderada
- C. Severa

VI. Manifestaciones clínicas

13. Síntomas y signos observados (marque los que apliquen):

- A. Fatiga
- B. Palidez
- C. Mareos
- D. Taquicardia
- E. Otros: _____