

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**“FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS  
INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO - AYACUCHO.  
ENERO - MARZO 2020”**

**TESISTAS:**

CERDA JAYO, GLADYS

LAPA NAVARRO, MIRSA YOSELIA

**ASESORA:**

Mg. Obsta CLOTILDE PRADO MARTÍNEZ

**AYACUCHO – PERÚ**

**2020**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser nuestro acompañante en nuestras vidas, por ofrecer un amor incondicional y por ser nuestro guía y fortaleza.

A nuestros padres por su sostén, amor, por darnos las fuerzas para seguir en nuestros caminos y logremos nuestras metas.

A la **Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga**, alma máter; forjadora de hombres de ciencia y prestigio.

A la **Escuela Profesional de Obstetricia** y a su plana docente, nuestro reconocimiento y agradecimiento, por legarnos conocimientos, experiencia e idoneidad, durante nuestra formación profesional.

Al **Centro de Salud Carmen Alto**. Ayacucho, por brindarnos las facilidades para llevar acabo la ejecución del presente trabajo de investigación.

A nuestra asesora Mg. Clotilde Prado Martínez por su apoyo, guía y sugerencias en el desarrollo de la presente investigación.

A todas las personas que, de una u otra manera, nos brindaron su apoyo en la ejecución de nuestro presente trabajo.

A ellos, nuestros más sinceros agradecimientos.

## **DEDICATORIA**

A Dios por iluminarme con sabiduría.se  
A Sebastián, mi padre por su gran apoyo  
y confiar en mí, para poder cumplir  
mis sueños, objetivos y anhelos.

A esa persona especial quien llego a mí,  
ser mi compañero de vida, Roly.

Finalmente, a mi hijo Uziel, que es mi  
motor y motivo para superarme día a día.

***MIRSA YOSELIA***

## **DEDICATORIA**

Gracias a Dios por regalarme la vida y guiarme en mi camino.

A mi madre, Yerena, que es el motor de mi vida y darle las gracias infinitamente por el gran esfuerzo en guiarme para salir adelante, y así cumplir mis objetivos, sueños y metas.

A mis Darwin y Netcy. En fin, a todo mi familia, los amo con todo el corazón, gracias por apoyarme y brindarme su confianza.

***GLADYS CERDA JAYO***

# INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	i
DEDICATORÍA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I .....	4
PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.2.1.    Problema General .....	5
1.2.2.    Problemas Específicos.....	5
1.3.    OBJETIVOS.....	6
1.3.1.    Objetivo General.....	6
1.3.2.    Objetivos Específicos .....	6
CAPITULO II .....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1.    ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....	7
2.2.    BASE TEÓRICA CIENTIFICA .....	12
2.2.1.    Anemia .....	12
2.2.2.    Anemia en la Gestación .....	14
2.2.3.    Factores Obstétricos .....	14
2.2.4.    Anemia en el Posparto.....	19
2.3.    DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS .....	26
2.4.    HIPÓTESIS.....	28
2.5.    VARIABLES DE ESTUDIO .....	29
2.5.1.    Variables Independientes .....	29
2.5.2.    Variables Dependientes .....	29
2.5.3.    Variables Intervenientes .....	29
CAPITULO III .....	30
METODOLOGÍA .....	30
3.1.    TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30

3.2.	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.4.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.5.	POBLACIÓN .....	30
3.6.	MUESTRAS .....	30
3.7.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	31
3.8.	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	31
3.9.	PROCEDIMIENTO .....	32
3.10.	PLAN DE PROCEDIMIENTO DE DATOS .....	32
3.11.	PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS .....	32
CAPITULO IV .....		33
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....		33
CONCLUSIONES .....		62
RECOMENDACIONES .....		63
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA		
ANEXO		

## INTRODUCCIÓN

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos no es suficiente para complacer las exigencias del organismo que se modifican por diversos factores como la altitud, edad y los períodos del embarazo (OMS, 2015)<sup>1</sup>. Es una de las patologías más comunes que pueden exhibirse en el embarazo y generar complicaciones, tanto para el niño como para la madre, durante la etapa gestacional, intraparto y posparto, que logre producir anemia grave. Estudios señalan que la mayor incidencia de complicaciones se presenta en el puerperio, sobre todo en el puerperio inmediato, pues en este surgen progresivamente transformaciones anatómicas y funcionales, lo cual involucionan hacia su estado normal; pero muchas veces se da la presencia de algunas complicaciones que contribuye a la morbilidad materna<sup>7</sup>.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con base en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, 1/3 de las mujeres en gestación sufren de anemia, por lo que el MINSA ha establecido políticas y programas para la disminución de su prevalencia como, privilegiar el alumbramiento, higiene y terapias con suplemento de hierro (Fe); pero, muchas veces, esto no garantiza que las puérperas, que se encuentran en riesgo, obtengan una atención pertinente enfocada al diagnóstico y atención oportuna<sup>44</sup>.

Para el año 2017, el Minsa afirma que la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo y parto, representa la quinta parte de mortandad materna, significando 115,000 muertes<sup>3</sup>. La

frecuencia de anemia posterior al parto es de la mitad a los dos días posteriores al parto, en 7 días después del parto con hierroterapia (14%) y las que no recibieron la atención (24%).

Ayacucho es una de las regiones más pobres dentro del Perú y según la tendencia histórica (2011-2018) de los indicadores emblemáticos, trazadores de la política al 2021, en este departamento, aún existe la desnutrición crónica y anemia en gestantes. Estas nuevas cifras ubican a Ayacucho entre las cinco regiones que poseen porcentajes altos de desnutrición crónica (INEI-ENDES/ENAH02011-2018)<sup>45</sup>.

La anemia es una enfermedad multicausal, puesto que no solo obedece a la falta de consumo de hierro, sino a otros factores como agua insegura, falta de higiene y salubridad general, hacinamiento y viviendas precarias, así como aspectos culturales, que generan conductas inadecuadas; bajo nivel educativo, que dificulta la comprensión de la información sobre la salud y nutrición; por lo tanto, puede afectar negativamente la calidad de la dieta de las personas. Por ende, se afirma que la indigencia frena el acceso a la salud y; por consiguiente, su diagnóstico temprana y tratamiento<sup>5</sup>.

Las diferentes causas que pueden desencadenar la anemia en las mujeres y sobre todo en el puerperio inmediato, con relación a todos sus factores obstétricos, pueden llevar a complicaciones como: fatiga, cefalea, depresión, irritabilidad, palidez marcada, propensa a contraer cualquier tipo de infecciones<sup>26</sup>.

A raíz de todo lo mencionado, se realizó esta investigación sobre los factores obstétricos ligados a la anemia en puérperas inmediatas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto-Ayacucho, en el periodo de enero a marzo del 2020, mediante una investigación



aplicada, cuantitativa, descriptiva y relacional, prospectivo-transversal; la población estuvo conformada por todas las puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto en el periodo determinado y la muestra estuvo constituida por 86 puérperas inmediatas de las cuales presentaron anemia moderada (48,8%), el 27,9% leve y el 10,5% severa. Sólo un 12.8% no presentaron anemia. Las variables: edad (el 50% tuvieron entre 15-24 años y el 33.7% tuvieron de 25-34 años), paridad (68.6% fueron multíparas), estado civil (69.8% se encontraban en estado de convivencia), número de atenciones prenatales (68.6% tuvieron >5 controles), período intergenésico (45.3% tuvieron período intergenésico apropiado y el 34.9% período intergenésico largo), la realización de episiotomía (al 59.3% le hicieron) y desgarro perineal (el 62.8% no presentó desgarro y el 20.9% presentó desgarro de I grado) de las puérperas inmediatas en el establecimiento estudiado no guarda relación significativa con la anemia, ( $p > 0,05$ ). Mientras que las variables: índice de masa corporal (IMC) (64% tuvieron normopeso), resultado de hemoglobina del III trimestre (el 41.9% tuvieron anemia leve y el 36% no tuvieron anemia), pérdida sanguínea en el parto (el 57% presentó pérdida sanguínea de 300-500 ml y el 38.4% presentó < 300 ml) y retención de restos placentarios (el 95.3% no los presentó); que presentaron las puérperas inmediatas en estudio guarda relación significativa y altamente significativa con la anemia, sobre todo moderada ( $p < 0,05$  y  $p < 0,01$ ).

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS (2011) ha considerado que la mortandad materna global asciende alrededor del medio millón anual durante el embarazo y al instante del parto. 80% de ellas se deben a anomalías en el puerperio inmediato (tercera etapa del parto) específicamente al sangrado presente inmediatamente al postparto.<sup>2</sup>

En el Perú, según el MINSA afecta a gran cantidad de personas y se caracteriza por la disminución de hemoglobina (Hb) sanguínea como consecuencia de la carencia de hierro; por este motivo se considera como más vulnerables a las mujeres en gestación y puérperas. (MINSA, 2018)<sup>26</sup>.

Ayacucho es uno de los departamentos con altos índices de anemia entre adultos y niños. De acuerdo con la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES – 2017, en la región Ayacucho el 32% de las madres gestantes sufren de anemia; sin embargo, estas cifras no se tornan alarmantes solo en la zona rural, según informó la coordinadora regional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA).<sup>44</sup>

La anemia presenta gran morbimortalidad materna y se hace una estimación notable de anemia posparto es la mitad dentro de las 48 horas<sup>42</sup>

En la región de Ayacucho no se encuentra estudios suficientes sobre la anemia en puérperas inmediatas, por lo cual; surge el interés de conocer los factores más relevantes que ocasionan esta problemática en la actualidad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto -Ayacucho enero – marzo 2020?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- a) ¿Cuáles son los factores obstétricos anteparto asociados a la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto?
  
- b) ¿Cuáles son los factores obstétricos intraparto asociados a la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto?
  
- c) ¿Cuál es la relación de los factores como: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación con la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Identificar los factores obstétricos asociados a la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto - Ayacucho de enero a marzo del 2020.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- a) Asociar los factores obstétricos anteparto (índice de masa corporal, paridad, número de controles prenatales, periodo intergenésico, control de hemoglobina en el III trimestre de embarazo) con la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud Carmen Alto.
  
- b) Identificar los factores obstétricos intraparto (parto precipitado, episiotomía, desgarro vaginal, retención de restos placentarios, pérdida sanguínea) asociados a la anemia en puérperas inmediatas.
  
- c) Relacionar los factores como: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación con la anemia en puérperas inmediatas Centro de Salud Carmen Alto.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Castilla y asociados (2015) en su estudio titulado “Factores asociados al padecimiento de bajos niveles de hemoglobina en el posparto en una cohorte de pacientes atendidas por proceso de parto en el Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario de Jaén durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2011 y el 31 de junio de 2012”. **Objetivos:** Determinar los factores coligados al padecimiento de bajo nivel de hemoglobina en el posparto **Método:** Realizan una investigación transversal, con una muestra de 161 pacientes elegidas por cuotas de participación. **Resultados:** Se encontró significancia de las variables “tipo de parto-peso del recién nacido”. Las gestantes que tuvieron cesárea, presentaron rangos de Hb 3,268g/dl inferiores (IC 95%: 5,896-0,639) a quienes tuvieron parto eutócico, se encontró igualdad en las otras variables. Por su parte, en mujeres con parto instrumental, se halló valores de Hb 3,855g/dl menores (IC 95%: 7,20-0,509) que las de parto eutócico, también fueron iguales las demás variables. Se demostró también que hubo una reducción de 0,001g/dl (IC 95%: 0,001-0) por unidad de aumento de peso del recién nacido. Los niveles de Hb mostraron incremento por cada semana de ferroterapia en 0,020g/dl (IC 95%: 0,006-0,034). Los niveles de Hb fueron cada vez menores, en promedio 0,028 unidades (IC 95%: 0,044-0,012) por cada latido que incrementó el ritmo cardiaco de la madre. Asimismo, por unidad de aumento de los valores de Hb preparto, aumentaron en 0,484g/dl (IC 95%: 0,345-0,623) en el posparto. Los niveles de Hb fueron

menores en 0,482g/dl menores (IC 95%: 1,110-0,147) para las pacientes con hemorragia moderada o severa durante el parto, en comparación a las que no tuvieron este problema.<sup>8</sup>

**Zamora (2016)** estudia la relación entre incidencia y gravedad de anemia en el puerperio con los tipos de parto, se propone como **objetivo:** Determinar la relación entre incidencia y gravedad de la anemia durante el puerperio con el tipo de parto y el acceso a control prenatal **Métodos:** estudio observacional, analítico-transversal, con 813 pacientes en puerperio. Se extrajeron los datos de las fichas CLAP. **Resultados:** Se identifica como factor de riesgo a la falta de controles prenatales. Para cesárea (OR 1,925 IC 1,223 – 3,031; P=0,004); para anemia severa (OR 2,778 IC 1,045 – 7,386; P=0,033) y para parto con edad gestacional  $\leq$  28 semanas (OR 3,828 IC 1,474 – 9,942; P=0,003). Asimismo, se identifican como elementos de defensa ante parto por cesárea: intervalo de 10-14 años de edad (OR 0,384), raza mulata (OR 0,368) y la facilidad de los controles prenatales (OR 0,519). **Conclusión:** Hay riesgo de anemia en el puerperio debido a la cesárea, también influyen la poca accesibilidad a los controles per natales, constituyéndose en causa de peligro que condiciona la anemia severa (Hemoglobina  $<$  7g/dl) en el puerperio.<sup>9</sup>

**Casavilca y Egoávil (2017)** en su tesis se propone como **Objetivo:** Percibir los factores de riesgo maternos, del producto y obstétricos, vinculados a la anemia después del parto. **Métodos:** estudio analítico-observacional con una muestra de 174 (58 casos y 116 controles). **Resultados:** Hay significativa entre la anemia gestacional y posparto ( $p < 0,001$ ), también entre la cesárea y anemia posparto ( $p < 0,001$ ), al análisis de varianza se demuestra que es un factor de peligro la primiparidad ( $p = 0,015$ ), no se encuentra significancia en las otras variables. **Conclusiones:** Existe alta prevalencia de anemia en mujeres puérperas posparto, como: aparición de anemia en la gestación, cesárea, tipo de parto y primiparidad.<sup>6</sup>

**Orejón Paucarpura, F (2017)** El presente trabajo fue realizado con el **objetivo** de Establecer los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato. **Metodología:** investigación

descriptiva, transversal-retrospectiva, con una muestra de 110 primíparas con anemia posparto. La estadística para evaluar la relación entre variables fue la prueba Ji-cuadrado ( $X^2$ ) con 5% de error. **Resultados:** la edad fue de 22 años. En anemia, 68% leve, 28% moderada y 3% severa. El empleo de analgésicos en el parto, determina anemia posparto inmediato ( $p = 0.009$ ); se encontró en 34% de puérperas (OR 2,10), 83% de puérperas (OR 1,75) en la práctica de episiotomía ( $p=0.033$ ) y desgarros ( $p=0.003$ ); 31% de puérperas tuvo esta situación. **Conclusiones:** Los factores que tienen significancia son el uso de analgésicos en el parto, desgarros y episiotomía son determinantes de anemia.<sup>57</sup>

**Loma (2017)**, estudia el **objetivo** establecer los factores obstétricos vinculados a la anemia post parto inmediato en primíparas. **Método:** investigación descriptiva, no experimental, retrospectiva-transversal, la muestra fueron 280 primíparas con esta enfermedad. Resultados: Respecto a los factores obstétricos, 86,8% manifiesta que fue la episiotomía, la complicación obstétrica con mayor frecuencia fue desgarro perineal (6,1%), macrosomía fetal (6,4%), preeclampsia (5,7%), periodo de parto prolongado (5,4%), expulsivo precipitado (4,3%), alumbramiento incompleto (3,6%). Conclusión: no hay relación entre las características sociodemográficas y la anemia ( $P > 0,05$ ); contrariamente se halla relación con el desgarro de cuello uterino y la macrosomía fetal.<sup>10</sup>

**Oré y Paredes (2017)** abordan esta temática con el **objetivo** asociar los factores obstétricos y la anemia posparto inmediato. **Métodos:** se trata de una investigación descriptiva, relacional y transversal, la muestra fueron 106 pacientes, se empleó la técnica de análisis de contenido. La estadística fue la Ji cuadrado. **Resultados:** La mayoría tienen edades de 16-24 años, instrucción secundaria (65.1%), convivientes (77.4%), amas de casa (78.3%). 87.7% de recién nacidos no tenían macrosomía fetal, 90.6% usan hierro suplementario, 92.5% tienen paridad de 2-3 hijos, 73.6% realizaron más de 6 controles, 72.6% son usuarias de orientación y consejería nutricional; pérdida de sangre entre 100-200cc (86.8%), trabajo de parto prolongado (14.2%), periodo expulsivo precipitado (8.5%), alumbramiento completo (98.1%), desgarro de partes blandas

(68.8%), con predominancia del primer grado. La mayoría, 91.5% de recién nacidos tenían peso mayor a 3 kg; la anemia leve se presentó en 97.2% de las mujeres, 2.8% moderada, no se reportó anemia severa. **Conclusiones:** Existe relación significativa ( $X^2=34.85$ ) entre factor intraparto pérdida sanguínea y desgarros de partes blandas con anemia leve post- parto ( $X^2=16.20$ )<sup>11</sup>.

**Hernández (2017)** en su trabajo realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero a diciembre del año 2017, se propone como **Objetivo:** Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato. **Método:** realiza una investigación descriptiva, cuantitativa, retrospectiva, transversal, explicativa; la muestra fueron 362 historias clínicas de pacientes que cumplían los requisitos de estudio. **Resultados:** 52.3% asistieron a más de 06 atenciones prenatales. Se evidencia que no hay asociación significativa entre los factores obstétricos anteparto con la anemia. En cuanto a los factores intraparto, 49.4% tuvieron episiotomía ( $p<0.05$ ), siendo significativo con el grado de anemia postparto, igual situación se presentó con la placenta previa y antecedente de cesárea previa mayor a 2 veces. Un aspecto importante es que al no ser cesareada anterior, al parecer no padece de anemia leve postparto (OR 0.089, IC 95% 0.011:0.703). La media de Hb postparto inmediato es  $10.73\pm 0.89$  (IC 95%; 10.64:10.83); la mayoría (49.4%) presentó anemia leve (Hb 11.9 a 11.0 g/dl). Conclusiones: Las operaciones por placenta previa, episiotomía, y referencia de cesárea son condiciones predisponentes a la anemia postparto inmediato.<sup>12</sup>

**Chuquiruna (2017)**, se propuso el **objetivo:** determinar y analizar algunos factores obstétricos relacionados a la anemia postparto. **Método:** hizo una pesquisa descriptiva, no experimental, prospectiva y transversal, la muestra fueron 108 puérperas que cumplieron con los requisitos establecidos de junio a agosto del 2017. **Resultados:** 77,8% tuvieron edad menor de 19 a 24 años, convivientes (67,6%), secundaria completa (33,3%), procedencia de área rural (61,6 %), amas de casa (70,4%). En cuanto a los niveles de anemia, se encontró anemia moderada (45,3%); leve (41,7%) y severa (13%). Entre los factores obstétricos relacionados a la anemia, destacan la episiotomía (87,96%), desgarro vulvoperineal (38%), alumbramiento incompleto (25%)



hemorragia sanguínea mayor 500 ml (78,7%). **Conclusiones:** los factores obstétricos (episiotomía, desgarros vulvoperineales, pérdida sanguínea) son significativos para el padecimiento de anemia postparto.<sup>13</sup>

**García y Gómez (2014).** Con su trabajo de investigación “Factores asociados a la anemia ferropénica en el III trimestre de embarazo” tienen por **objetivo:** conocer los factores asociados a la anemia ferropénica. **Método:** realizaron una investigación descriptiva prospectiva-transversal, la muestra fue aleatoria seleccionando pacientes que se atendieron entre diciembre 2013 a febrero 2014. **Resultados:** La anemia leve se presentó en el 78.5%, moderada en 21.5%. **Conclusión:** Se ha determinado que los factores asociados ( $P < 0.05$ ) son el nivel económico bajo, atenciones prenatales ( $< 5$  CPN), suplementación irregular con hierro, alimentación regular, instrucción secundaria y paridad (múltiparas); contrariamente, se evidencia como factores no asociados a la edad (11-19 años), procedencia urbano marginal y ocupación de amas de casa ( $P > 0.05$ ).<sup>43</sup>

**Huamán y Huamán (2013)** mencionan que su trabajo de investigación “Factores gineco - obstétricos relacionados con el nivel de hemoglobina en el pre y post alumbramiento dirigido en parturientas atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital regional de Ayacucho mayo – agosto 2013” tuvo como **objetivo:** Conocer estos factores gineco-obstétricos y su relación con el nivel de hemoglobina. **Método:** Realizan una pesquisa descriptiva, analítica, prospectiva transversal. **Resultados:** los niveles de hemoglobina en el pre-alumbramiento dirigido el 18.6 % (31) presentaron niveles de hemoglobina baja ( $< 12.3$  mg/dl) y en el post alumbramiento se incrementaron a 52.7% (88). Los factores gineco obstétricos fueron: los antecedentes de hemorragia en la primera mitad de embarazo ( $P < 0,05$ ); mientras que el estado nutricional normal, paridad (múltiparas) no tienen relación ( $P > 0.05$ ).

## **2.2. BASE TEÓRICA CIENTIFICA**

### **2.2.1. Anemia**

Anomalia caracterizada por reducci3n de gl3bulos rojos y; por subsiguiente, su amplitud de transportar O<sub>2</sub> se ve reducido afectando las necesidades org3nicas<sup>3</sup>. Depende tambi3n del sexo, edad y fase de crecimiento.<sup>15</sup>

#### **Fisiopatolog3a**

La hematopoyesis es el proceso de formaci3n de los elementos sangu3neos, se originan en la c3lula progenitora hematopoy3tica pluripotencial, que permiten la s3ntesis de eritrocitos, leucocitos y plaquetas<sup>17</sup>

Hay una teor3a adquirida a trav3s de la investigaci3n, que demuestra la existencia de transcriptasas GATA-1 y FOG-1 precursores de eritroides, los mismos que son regulados por la glicoprote3na eritropoyetina (EPO), actuando a nivel renal renal y en los hepatocitos; la escasez de ox3geno generar3a apoptosis.<sup>17</sup> El antecesor de la formaci3n de gl3bulos rojos es la medula 3sea, precisamente el pronormoblasto; los eritrocitos viven de 3 a 4 meses.

La s3ntesis de eritrocitos requiere de la hormona eritropoyetina, vitamina B12, folatos (vitamina B9) y hierro; la carencia de solo uno de ellos es limitante en la generaci3n de eritrocitos, seguido de merma de hemat3es circulantes.<sup>17</sup> El hierro el es sustrato m3s importante; la cobalamina (vitamina B12) y el 3cido f3lico (vitamina B9) son indispensables.<sup>18</sup>

El eritr3n es conocido por su importancia de contener eritroblastos y eritrocitos; su funcionamiento correcto supone s3ntesis normal de hemoglobina.<sup>17</sup> Cuando los eritrocitos envejecen, se denomina eritroclastos, como consecuencia reducen su metabolismo, el ATP,

fosfolípidos en la membrana, debilitando su estructura, por lo que en estas condiciones se destruyen al pasar por los espacios esplénicos trabeculares, donde actúan células fagocíticas.<sup>19</sup>

Los glóbulos rojos se generan en la médula ósea a través de un desarrollo que sugiere un acertado aporte de hierro de origen hémico principalmente, también vitaminas especialmente del grupo B; como ya se mencionó la hormona involucrada es la eritropoyetina, que forma eritrocitos para encargarse de transportar oxígeno suministrando nutrientes y energía a todo el organismo.<sup>16</sup>

En el padecimiento de anemia confluyen 3 mecanismos patogénicos:

**a) Disminución de la producción medular:** Mayormente, se deshace en torno al 1% de los glóbulos rojos, quienes transitan en la sangre 110 a 120 días. Si no ocurre el reemplazo por nuevos glóbulos rojos, se genera anemia secundaria indicadora de escasa producción de glóbulos rojos, por eso también se llama anemia hipo proliferativa.<sup>20</sup>

La vitamina B12 y ácido fólico son elementos que permiten la maduración de los eritrocitos, por eso su falta produce aplasia medular y leucemias, mermando los rangos normales de eritropoyetina.<sup>20</sup>

**b) Aumento de la decadencia de los eritrocitos:** Se mencionó que el tiempo de vida media de los eritrocitos bordean los 4 meses, si no se pueden regenerar se produce hemólisis que se caracterizan por su mecanismo patogénico en intracorpúsculares y extracorpúsculares. Pueden darse en forma de crisis hemolíticas agudas o de procesos enraizados y larvados.<sup>20</sup>

**c) Pérdidas hemáticas:** La hemorragia aguda genera cuadros de hipovolemia con subsiguiente anemia, también ferropenia por escasez de hierro en la médula; se conoce que los lugares de pérdida se encuentran en el sistema digestivo en varones y mujeres, mientras que en la mujer se suma el tracto genital por la fisiología propia que tienen.

### **2.2.2. Anemia en la Gestación**

La extensión es muy distinta en cada mujer, variando desde uno modesto hasta un doble tamaño sanguíneo.<sup>21</sup> Posterior a las semanas 32 y 34, la hipervolemia es del 40 al 45% por encima del tamaño sanguíneo de la no gestante.

La cantidad sanguínea de una madre comienza a elevarse en el primer trimestre y se extiende con más rapidez en el segundo trimestre. Luego disminuye en el tercer trimestre para lograr conseguir un descanso en las últimas semanas de gestación.<sup>22</sup> A la semana 12 posterior a la última menstruación, la cantidad plasmática llega a 15% más que antes a la gestación.

Al incrementarse el plasma debido al embarazo, disminuye la cantidad de hemoglobina, reduciendo la densidad sanguínea. La cantidad de Hg es 12.5 g/100 ml al término del embarazo, cuando es menor se considera anormal o patológico e indica deficiencia de hierro. Para la OMS, la anemia en la gestación es cuando la Hb se encuentra debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y bajo 10,5 g/dl en el segundo trimestre. De acuerdo con su gravedad se clasifica de la siguiente manera:

- a) Anemia leve: Hb 10.1 a 10.9 g/dl, Hematocrito 33 – 27%
- b) Anemia moderada: Hb 7.1 a 10g/dl. Hematocrito 26 – 21%
- c) Anemia severa: Hb < 7g/dl, Hematocrito <21 %

### **2.2.3. Factores Obstétricos**

Es toda peculiaridad o suceso que ocurre en una mujer embarazada, aumenta la probabilidad de ocurrencia de perjuicios en la salud del binomio madre-niño en cualquier etapa del embarazo, incluyendo el puerperio.<sup>27</sup>

#### **A) Factores obstétricos ante parto**

Es la condición ambiental, orgánica o social que al estar ahí se relaciona con una extensión de posibilidades de que la madre, el feto o ambos sufran algún daño.<sup>28</sup>

### **1) Paridad**

Se llama así a la expulsión fuera del útero en la semana 20 o más de edad de gestación de un producto de la concepción, peso de 500 gramos o más. La convención precisa que una mujer que nunca ha tenido hijos es nulípara; primípara cuando ha tenido un parto, multípara cuando tuvo más de 3 partos y cuando fueron 5 a más veces es gran multípara.

### **2) Periodo intergenésico corto**

La OMS ha designado el periodo comprendido entre el postrimero suceso obstétrico y la apertura del subsiguiente embarazo; este suceso obstétrico puede ser aborto o parto (vaginal o por cesárea).<sup>23</sup> En este periodo se incrementa el riesgo materno-fetal por lo que se recomienda que entre un embarazo y el próximo debe haber entre 18-27 meses; no mayor a 60 meses, de este modo se minimizan los sucesos maternos, perinatales y neonatales. Para efectos de mejor entendimiento se establece el periodo intergenésico corto (PIC) cuando es menor a 18 meses y periodo intergenésico largo (PIL) cuando supera los 60 meses.<sup>23</sup>

### **3) Control prenatal**

El control prenatal está encaminado a realizar un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, para prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo obstétricos que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.<sup>25</sup>

### **4) Último control de hemoglobina**

La detección y manejo anticipado de esta enfermedad se efectuará en las gestantes o puérperas carentes de prescripción de anemia. La medición de Hb emplea la escala siguiente.<sup>26</sup>

1. Primera atención prenatal: 1ra determinación de Hb
2. Transcurridos 3 meses de la primera determinación: 2da determinación de Hb.
3. Antes del parto: 3ra medición de Hb.

4. 30 días post parto: 4ta determinación de Hb.

**Medida de la hemoglobina en gestantes en la atención prenatal:**

<b>1ra</b>	<b>2da</b>	<b>3ra</b>	<b>4ta</b>
En el 1er control prenatal (inicio de la suplementación)	Semanas 25 a 28 de la gestación	De 37 a las 40 semanas de gestación (antes del parto)	A los 30 días post parto (fin de la suplementación)

Fuente: Directiva Sanitaria– MINSA-2017

**B) Factores obstétricos intraparto**

**1) Parto precipitado**

Una vez que ocurren las contracciones se desencadenan en menos de 3 horas, suceden en 10% de los partos en general y cuando están a término es del 3%. En este caso concurren los partos prematuros y la multiparidad, produciendo, traumatismo fetal, contusiones del canal del parto, hipoxia, atonía uterina secundaria, infrecuentemente ruptura uterina y obstrucción de líquido amniótico, motivando a que el personal debe estar capacitado para estas atenciones.<sup>41</sup>

**2) Episiotomía**

Es un corte quirúrgico en el periné femenino, que consiste seccionar el anillo vulvoperineal con la finalidad de ampliar el canal blando del parto, facilitando así la expulsión del feto y prevenir el desgarro del periné en cualquier dirección.<sup>2, 32</sup>

En el momento que el bebé libera su cabeza, se emplean tijeras, se hacen de dos formas y ambas cuidan no afectar el esfínter anal y recto; cuando termina el parto, se suturan. Esta técnica es muy empleada en primerizas, muchos lo emplean porque facilita el nacimiento.<sup>32</sup>

Algunos afirman que no es buena práctica, peor cuando no tien el consentimiento de la madre, se sustenta en los riesgos que acarrea como la hemorragia, infecciones e inconvenientes en la curación; efectos inmediatos son la tumefacción y dolor localizado en el postparto, incrementa el peligro de desgarro en posteriores partos.<sup>32</sup>

### **Hay tres tipos de episiotomía:**

**1. Mediana:** Consiste en practicar la incisión en línea recta desde la comisura posterior (horquilla) hasta unos 1.5-2 cm del ano, siguiendo la línea del rafe perineal. Se debe cuidar de no afectar el ano por lo que conlleva riesgo de infección y no se recomienda su aplicación.<sup>2,32</sup>

**2. Medio-lateral:** Consiste en practicar la incisión de la comisura vulvar posterior (horquilla) y sigue un trayecto diagonal en un ángulo de 45° con dirección a la tuberosidad isquiática. Los elementos que se seccionan son: piel, tejido celular subcutáneo, mucosa vaginal, músculo bulbocavernoso, musculo isquiocavernoso, músculo transverso superficial del periné, haces pubianos del musculo elevador del ano, puede prolongarse en caso necesario.<sup>2,32</sup>

**3. Lateral:** Consiste en practicar la incisión desde el labio mayor en la confluencia de los 2/3 anteriores con el tercio posterior, orientado a la tuberosidad isquiática, incluyendo los tejidos del labio mayor.<sup>2,32</sup>

### **3) Desgarro perineal**

Se puntualiza como las lesiones del conducto de parto, que puede comprometer la vagina, vulva, periné y recto se produce por la sobre distensión mecánica del periné, por la presión de la presentación fetal, se cataloga como:

**a. Primer Grado:** perturba la horquilla vulvar, piel del perineo y mucosa vaginal, exceptuando la fascia y los músculos subyacentes y el sangrado es en mínima cantidad.

- b. **Segundo Grado:** involucra piel, fascia y músculo del perineo, no complica el orificio externo del ano.
- c. **Tercer Grado:** involucra la piel, mucosa, cuerpo del perineo y orificio anal externo.
- d. **Cuarto Grado:** compromete la mucosa rectal y exteriorizan la luz del recto; sobredimensionan el perineo, agravado por la fuerza de la cabeza y hombros del feto.<sup>2,32</sup>

#### 4) Retención de restos placentarios

Se trata de una placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. (Minsa, 2007). Existen muchas razones para esta anomalía (Benites, 2016):

- a. Coexistencia de variaciones uterinas o la placenta.
- b. Placenta implantada de modo no común, pudiendo ser placenta acreta.
- c. Parto prematuro.
- d. Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino. Pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.
- e. Flojedad uterina.
- f. Eslabones de espasmos en el anillo de Bandl, deben su causa al mal empleo de oxitocina ocasionando encogimiento uterino y contracción de vasos que condicionan hemorragia.
- g. Fijaciones anormales en la implantación de la placenta, reconociéndose la placenta acreta, increta y pErcreta).
- h. Se forma la placenta succenturiata, originando lóbulos anexos a la membrana, pudiendo ser retenidos al expulsar la placenta.



La detención de restos de la placenta ocurre en cualquiera de las etapas del parto, de ahí que es prioritario cuidar que no queden restos tras el alumbramiento, verificando la integridad de éstas y sus tegumentos.<sup>34</sup>

Se ha observado que en el centro de salud Carmen alto, se ejerce estas prácticas, especialmente en el tercer periodo del trabajo de parto, previniendo los sucesos de hemorragia posparto. Este manejo activo incrementa las contracciones del útero y precipita la eliminación de la placenta, consiste en la aplicación de un uterotónico ni bien haya ocurrido el nacimiento, al clampaje del cordón, liberando la placenta al jalarlo y con masajes. También se observa que hay complicaciones debidas a la misma fisiología de las mujeres.

#### **2.2.4. Anemia en el Posparto**

La anemia post parto es un problema importante para las puérperas que presentan deficiencia de hierro. Hay que tener en consideración errores significativos en su determinación; por ello es importante conocer y comparar los niveles de hemoglobina anteparto y posparto para, así, realizar un correcto diagnóstico.

En la anemia posparto se encuentran factores que se asocian como la edad materna, inadecuada ingesta de hierro en el tercer trimestre, pérdida sanguínea durante el parto, así como complicaciones que se presentaran durante este periodo.<sup>35</sup>

La anemia puerperal es común debido a los cambios fisiológicos del embarazo y debe solucionarse la primera semana, de no ocurrir produce complicaciones de tipo infeccioso, siendo la causa más importante de morbi mortalidad.

#### **Clasificación**

Según el MINSA (2017) se clasifica en grados de acuerdo con el nivel de hemoglobina:

- a. Anemia leve: Puérperas Hb 11.0- 11.9 g/dl

- b. Anemia moderada: Puérperas Hb 8.0- 10.9 g/dl
- c. Anemia severa: Puérperas Hb menor de 8g/ dl

En esta etapa, si no ocurren hemorragias en el parto, se mantiene el nivel de Hb, por ello es importante que la mujer deba cuidar que estos niveles no descieran en el parto, si la cantidad de Hb ganada es mayor a la que se pierde durante el parto, se reducirá la posibilidad de anemia.<sup>26</sup>

### **Etiología**

Se sabe que la anemia se debe al sangrado excesivo durante el parto, se refuerza la posibilidad de tenerla cuando la mujer sufre de algún cuadro de anemia en la gestación; consecuentemente la suma de estas pérdidas serán las condicionantes para que la mujer sufra de anemia, aunque previamente haya sido considerada sana.

### **Factores de riesgo**

Líneas arriba se hace un recuento de las causas de anemia como son los sangrados fisiológicos, pérdida de placenta, placenta previa. A estos se suman la paridad y el escaso ingreso económico, por ello se dice que la anemia está relacionada a la pobreza; de cualquier modo, se precisa que las hemorragias intensas en el parto abdominal, constituye la principal causa, por lo que alguna prefieren la cesárea electiva.

Este padecimiento tiene efectos negativos en la salud mental de la gestante, abarcando la relación con su bebe; se produce la llamada “depresión puerperal”. Para evitar esta situación se recomienda seguir una dieta balanceada con suplementos nutricionales, preferentemente ricos en hierro, tal como recomienda la OMS equivalente a 60 mg/dl por un semestre; en casos que haya dificultades que no permiten el tratamiento completo, puede duplicarse esta dosis a 120

mg/dl durante el embarazo.<sup>36</sup> En nuestro país, existen programas del Minsa que establecen entrega de fortificados de hierro a las gestantes seguido del monitoreo correspondiente y de este modo evitar los casos de anemia.

### **Causas de posparto anemia**

- a. La anemia preparto: se da por la deficiencia de hierro durante el embarazo; en esta etapa se incrementa el requerimiento férrico para la formación del feto, así como la eritropoyesis. Se reporta que alrededor del 40% de mujeres no tienen stocks de hierro antes del embarazo; en países latinoamericanos.
- b. hemorragia aguda durante el parto.
- c. Hemorragia post parto.
- d. Multiparidad.

### **Síntomas de la anemia postparto**

Cuando se trata de un cuadro moderado o severo, no tienen síntomas característicos, por ello se determinan con la anamnesis y estudio físico cabal.

<b>ÓRGANOS AFECTADOS</b>	<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS:</b>
<b>SÍNTOMAS FRECUENTES</b>	Sueño exagerado, decaimiento, falta de apetito, desgano, irritación, agotamiento, desvanecimientos. Durante el crecimiento se produce dolor de cabeza, mientras que en prematuros y lactantes se refleja en el bajo peso.

<b>VARIACIONES EN PIEL Y FANERAS</b>	Se describe la epidermis seca, pérdida de cabello, uñas endebles, aplanamiento ungueal y uñas cuchara.
<b>MODIFICACIONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	Alteraciones que conducen a la pagofagia y geofagia, masticar las uñas, ingerir dentríficos,
<b>SÍNTOMAS CARDIOPULMONARES</b>	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dl).
<b>TRASFORMACIONES DIGESTIVAS</b>	Inflamación de las comisuras labiales, mucosa bucal, lengua.
<b>CAMBIOS INMUNOLÓGICOS</b>	Pérdida de la actividad inmunológica de los leucocitos, especialmente neutrófilos.
<b>SEÑALES NEUROLÓGICAS</b>	Se alteran la respuesta nerviosa, baja la memoria, dificultades en la cognición y descoordinación psicomotora.

Fuente: Directiva Sanitaria, MINSA. 2017

## Tratamiento para la anemia postparto

Teniendo en cuenta la individualidad y características propias de cada mujer, se recomiendan una serie de medidas, como el consumo de dietas con buen aporte de hierro, así como el ácido ascórbico por su función sinérgica en la absorción de este mineral; también debe evitarse el consumo de granos por su contenido en fitatos que son antagonicos al hierro. Toda dieta suplementaria debe contra con la prescripción médica correspondiente; en caso no cubra las necesidades podrá incluso llegarse a las transfusiones sanguíneas.

CONDICIÓN DE ANEMIA	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
<b>ANEMIA LEVE</b>	120 mg de hierro Elemental + 800 µg de Ácido	Sulfato Ferroso +Ácido Fólico O Hierro Polimaltosado +Ácido Fólico	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (Valores ajustados a los 1000 msnm).
<b>ANEMIA MODERADA</b>	Fólico Diario  (2 tabletas diarias)	Hierro Polimaltosado  + Ácido Fólico		
<b>ANEMIA SEVERA</b>	Realizar inmediatamente el protocolo para su tratamiento, en casos especiales hacer referencia a otro establecimiento de mayor complejidad a fin que la paciente tenga cuidado especializado por especialistas.			

Fuente: Directiva Sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas – MINSa-2017

### **Tratamiento de la anemia severa en niños, adolescentes, gestantes y puérperas**

El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud.<sup>16</sup>

En los casos de anemia severa, diagnosticada en establecimientos de menor capacidad resolutive, se dará la prescripción médica inmediata, como si fuera un caso de anemia moderada. Luego se referirá inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive, donde se evaluarán, según el caso específico, las opciones de tratamiento y el criterio médico. En caso de contar con servicio de hematología, referir al mismo.

Los pacientes que hayan tenido una evolución favorable al tratamiento de anemia severa y tengan diagnóstico de anemia leve o moderada, deberán ser contra referidos a su Establecimiento de Salud de origen, a fin de concluir con su tratamiento durante el periodo de 6 meses y reponer los depósitos de hierro en el organismo.

### **Consejería para la entrega de suplementos de hierro o micronutrientes**

- a. Al programar entregas de suplementos, debe enfocarse las consejerías sobre la necesidad de esta acción y los riesgos que implica tener anemia para la madre y su bebe.
- b. Resaltar la valía que tiene el consumo de suplementos para prevenir la anemia.
- c. Es necesario cuidar el desarrollo físico y neuronal del recién nacido, con efectos en su desarrollo psicomotriz y posterior desempeño académico; por ello es menester impedir la anemia; considerar que son múltiples factores fisiológicos, hemorragias, etc., que condicionan esta deficiencia, preponderantemente si la mujer en la adolescencia padece de anemia.
- d. Administración de las consecuencias de consumir estos suplementos.
- e. La dosificación de hierro debe ser independiente del uso de antibióticos, hormonas, minerales, vitaminas que podrían tener efectos antagónicos.
- f. El diagnóstico oportuno evita la posibilidad de transfusiones.

- g. Incidir en el consumo de suplementos con vitamina C por su efecto sinérgico en la absorción, pero tener cuidado de efectos colaterales.
- h. Entregar material educativo a toda la familia.
- i. Dar a conocer las fuentes de alimentos que tienen hierro hémico.
- j. Informar sobre los beneficios para los niños de 6 meses a 3 años.
- k. Obligatoriedad de cumplir el esquema de suplementación y monitoreo de Hb.
- l. Prácticas saludables de lactancia, lavado de manos, higiene corporal, salud pública, etc.

### **Criterios del alta en el tratamiento de anemia**

Si en los dosajes posteriores de Hb, se constata que el paciente se encuentra en el rango normal, además ha cumplido con los controles, se dará el alta correspondiente. (MINSA, 2017)

### 2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

- a. **Anemia:** es una anomalía que se caracteriza por la disminución de eritrocitos en la sangre, siendo escasos para cubrir los requerimientos orgánicos. Más precisamente, en la clínica se conceptúa como cantidad de Hg debajo de 2 desviaciones típicas de la media, se debe considerar la altitud (msnm.), edad y género.<sup>26</sup>
- b. **Trabajo de parto:** es la suma de eventos que terminan con la expulsión del feto, placenta y sus accesorios mediante el canal del parto. Se reconocen tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento.<sup>22</sup>
- c. **Puerperio:** llamado también postparto, comprende las 6 semanas posteriores a la eliminación placentaria; es preciso mencionar que, durante la internación, específicamente el primer día, se conoce como puerperio inmediato. (Schwarcz, 2005).
- d. **Episiotomía:** corte realizado en el perineo cuya finalidad es permitir una rápida expulsión del feto.<sup>2</sup>
- e. **Anemia posparto inmediato:** expresa niveles de Hb menores a 12 g/dl, medida entre las 12 horas del puerperio.<sup>25</sup>
- f. **Primípara:** se define así aquella mujer que tuvo un parto vaginal.<sup>2</sup>
- g. **Hemoglobina:** proteína compuesta globular, constituida por la proteína globina y el grupo grupo hemo (Fe) que le confiere el color rojo. (Minsa, 2017).<sup>26</sup>
- h. **Hematocrito posparto:** Es un examen de sangre después del parto, que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño, su valor normal es entre 33 y 44%.<sup>38</sup>
- i. **Ajuste de hemoglobina según altitud:** las personas que residen en lugares de mayor altitud incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia. (Minsa, 2017)<sup>26</sup>



j. **Alumbramiento dirigido:** técnica empleada para prevenir la hemorragia posparto, consiste en 3 componentes: administración de un agente uterotónico en el transcurso del minuto después de la salida del neonato, contra tracción controlada del cordón umbilical y masaje del fondo uterino después de la liberación de la placenta.<sup>37</sup>

## **2.4. HIPÓTESIS**

Existen factores obstétricos como: paridad, número de control prenatal, periodo intergenésico, control de hemoglobina en el tercer trimestre, índice de masa corporal, parto precipitado, episiotomía, desgarro vaginal, retención de restos placentarios y pérdida sanguínea que son asociados a la anemia en puérperas inmediatas del Centro de Salud de Carmen Alto – Ayacucho. Enero – marzo 2020.

## **2.5. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **2.5.1. Variables Independientes**

#### **Anteparto:**

- a. Paridad
- b. Número de control prenatal
- c. Periodo Intergenésico
- d. Control de hemoglobina en el III trimestre de embarazo
- e. Índice de masa corporal

#### **Intraparto:**

- a. Parto precipitado
- b. Episiotomía
- c. Desgarro vaginal
- d. Retención de restos placentarios
- e. Pérdida sanguínea

### **2.5.2. Variables Dependientes**

- a. Anemia

### **2.5.3. Variables Intervenientes**

- a. Edad
- b. Grado de instrucción
- c. Estado civil
- d. Ocupación

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada.

#### **3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa.

#### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Relacional

#### **3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Método descriptivo, prospectivo, transversal

#### **3.5. POBLACIÓN**

Fueron 110 madres puérperas que acudieron para su atención al Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho entre los meses de enero a marzo del 2020. N=110

#### **3.6. MUESTRAS**

Estuvo conformada por 86 puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto entre enero-marzo 2020, las que fueron elegidas al azar simple

**UNIDAD DE MUESTRA** 86 mujeres en el puerperio inmediato

Se obtiene la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Datos:

N=110

=1.96 (si la seguridad es del 95%)

Proporción esperada (en este caso 50%=0.5)

1-p (en este caso 1-0.5=0.5)

=precisión (en nuestra investigación se usó un 5%=0.05)

$$n = \frac{110 * (1.96)_{\alpha}^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (110 - 1) + (1.96)_{\alpha}^2 * (0.5) * (0.5)}$$

n=85.607

n=86

**TÉCNICA DE MUESTREO:** No probabilístico

### 3.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se hizo a partir de las historias clínicas de pacientes púerperas que se atendieron en el C.S. Carmen Alto.

### 3.8. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

#### **Instrumentos**

- a. Historias clínicas
- b. Ficha de recolección de datos

### **3.9. PROCEDIMIENTO**

Con un documento emitido por la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se solicitó el permiso correspondiente a la gerencia del Centro de Salud Carmen Alto para acceder a las historias clínicas para la obtención de los datos.

Obtenida esta autorización, se recolectaron los datos en la ficha especialmente preparada para la investigación, dicha información contenía las variables en estudio.

#### **3.10. PLAN DE PROCEDIMIENTO DE DATOS**

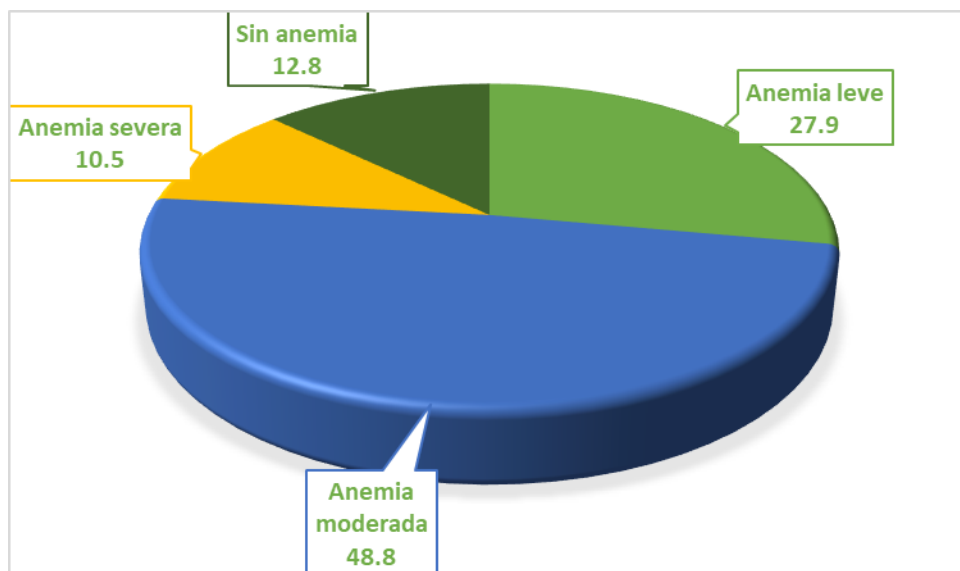
- a. Se procedió a la recolección de datos a través de las historias clínicas de las púerperas inmediatas durante el periodo de enero a marzo 2020.
- b. Se verificó y analizó todos los datos obtenidos para el procesamiento.
- c. Se determinó todos los datos útiles para la investigación.
- d. Ya obtenidos los datos a través de los instrumentos serán codificados y luego procesados por un control de calidad, posteriormente se elaborará una base de datos donde se hará un segundo control de calidad, para después someterlos al software SPSS versión 24.0.

#### **3.11. PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

Se realizó tablas simples y cuadros estadísticos de doble entrada para su mejor comprensión y análisis estadístico, Los datos pasados por control de calidad se procedió a su procesamiento y se realizó la elaboración de gráficos, lo cual serán interpretados de nuestras variables, para ello se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrada ( $X^2$ ) con la finalidad de determinar la dependencia o no de las principales variables de estudio, con un nivel de confianza (IC) del 95%.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Gráfico 1



**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

**FRECUENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO- AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

**Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Concentración de hemoglobina	86	3,80	13,90	10,3326	1,76738
N válido (por lista)	86				

En el gráfico 1 se observa que el total de puérperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 48,8% presentó anemia moderada, el 27,9% presentó anemia leve, el 10,5% presentó anemia severa.



De los resultados obtenidos podemos concluir que más de la mitad (87.2%) tienen algún grado de anemia, de las cuales el (48,8%) presentó anemia moderada y solo un 12,8% no presentó anemia. según el Ministerio de Salud del Perú (2017), se considera mujer puérpera con anemia según niveles de hemoglobina (en g/dl); anemia severa < 8.0; anemia moderada, de 8.0 – 10.9; anemia leve, de 11.0 - 11.9 y sin anemia los niveles de hemoglobina es  $\geq 12.0$ .

Nuestros resultados se asemejan con lo reportado por **Chuquiruna** (2017), en su investigación “Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca”. Encontró de 108 puérperas a un 45.4% presentaron anemia moderada y el 41.7% presentaron anemia leve y el 13% presentaron anemia severa.

También por **Hernández** (2017), en su tesis “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero-diciembre del 2017”. Encontró de 362 puérperas, un 49.4% (179) anemia leve y un 48.1% presentó anemia moderada. Los porcentajes hallados en las investigaciones previas se asemejan sobre todo con los de anemia moderada, debido que en nuestro estudio está representado por un 48.8% de las puérperas.

Mientras que nuestros resultados son muy divergentes a los encontrados por la investigación de **Orejón** (2016) en su investigación “Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Septiembre-Noviembre 2016”; reporta el 68.2% presentó anemia leve, un 28.2% anemia moderada y el 3.6% anemia severa; así como de **Oré-Paredes** (2017), en su tesis “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en mujeres atendidas en Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Arequipa. Enero a marzo 2017”, encontró en 106 puérperas, al 97.2% que presentó anemia leve y el 2.8% presentó anemia moderada, ningún caso de anemia severa. Este porcentaje elevado de anemia de nuestros resultados el (87,2%) que representaron algún tipo de anemia en puérperas inmediatas nos conduce a reflexionar sobre este flagelo, sus causas y consecuencias por lo que se resalta el trabajo que debemos tener las obstetras en la prevención, diagnóstico y tratamiento ya que se trata de una generación de niños que podrían tener problemas de anemia

y DCI con efectos negativos en su posterior desempeño académico, asimismo por sus efectos en la morbi mortalidad .

**TABLA 1.-EDAD DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADAS A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD DE CARMEN ALTO AYACUCHO. ENERO-MARZO 2020**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Años</b>	<b>Leve</b>		<b>Moderada</b>		<b>Severa</b>		<b>Sin anemia</b>		<b>T O T A L</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
15 - 24	10	11.6	21	24.4	6	7.0	6	7.0	43	50.0
25 - 34	10	11.6	13	15.1	2	2.3	4	4.7	29	33.7
35 - 44	4	4.7	8	9.3	1	1.2	1	1.2	14	16.3
<b>T O T A L</b>	<b>24</b>	<b>27.9</b>	<b>42</b>	<b>48.8</b>	<b>9</b>	<b>10.5</b>	<b>11</b>	<b>12.8</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** base de datos

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significaci ón asintótica (bilateral)</b>	
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,496 <sup>a</sup>	6	,869	<b>p &gt; 0,05</b>
<b>N de casos válidos</b>	86			

La tabla 1 nos muestra que del 100% (86) de puérperas inmediatas que se atendieron en el C.S. Carmen Alto de Ayacucho, el 50% (43) tuvieron de 15-24 años; de ellas, el 24,4% presentó anemia moderada y el 7% anemia severa y no tuvieron anemia, respectivamente. Sólo el 16,3% (14) tuvieron de 35-44 años; de ellas, el 9,3% tuvieron anemia moderada, 1,2% anemia severa y no tuvieron anemia, respectivamente.

La prueba de independencia ji cuadrado demuestra que no hay diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y la edad de las puérperas.

De los resultados se concluye que la edad promedio de las puérperas es de 15-24 años, de las cuales el 24,4% presentó anemia moderada; estadísticamente no existe diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y la edad, por lo tanto, se puede decir que independientemente de la edad que tengas las puérperas inmediatas presentaran algún grado de anemia.

En su estudio **García y Gómez (2014)**. Los factores no asociados ( $P > 0.05$ ) son: edad de 14 a 19 años. Asimismo **Oré-Paredes (2017)** menciona que las edades preponderantes de puérperas inmediatas fueron de 16<sup>a</sup> a 24 años. Y **Orejón (2016)** En su estudio, la edad promedio de puérperas inmediatas fue de 22 años. Al respecto **Chuquiruna (2017)**, en su investigación “Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca”. Encontró que la mayoría 77,8% de mujeres en el puerperio se encontraban en el rango atareo menores de 19 a 24 años; de ellas, el 38% tuvieron anemia moderada y el 31.5% tuvieron anemia leve.

De los resultados obtenidos predomina mujeres de 15 a 24 años de edad; confirmando una tendencia que los embarazos son frecuentes a menor edad, condicionando la existencia de anemia ya que las mujeres tienen mayores requerimiento de hierro para cubrir los procesos fisiológicos; se conoce que en estas condiciones hay mayor probabilidad de padecer anemia durante el postparto inmediato. Nuestros resultados también se ven respaldados por la OMS (2017), resaltando la importancia de esta anomalía que afecta a 500 millones de mujeres en edad

reproductiva. 29% de embarazos y 38% de embarazos con rangos de edad de 15 a 49 años sufrían de anemia, siendo más prevalente en el sur de Asia y África.

**TABLA 2,-PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADA A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO – AYACUCHO. ENERO –MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Paridad</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	4	4.7	11	12.8	5	5.8	2	2.3	22	25.6
Múltipara	18	20.9	29	33.7	4	4.7	8	9.3	59	68.6
Gran múltipara	2	2.3	2	2.3	-	--	1	1.2	5	5.8
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	6,154 <sup>a</sup>	6	,406	p > 0,05
N de casos válidos	86			

En la tabla 2, se destaca que el 68,6% (59) fueron múltiparas; de ellas, el 33,7% presentó anemia moderada y el 4,7% anemia severa. Sólo el 5,8% (5) fueron gran múltiparas; de las cuales, el 2,3% tuvo anemia moderada y leve, respectivamente, y el 1,2% no presentó anemia.

El análisis estadístico demuestra significancia estadística ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y la paridad de las puérperas inmediatas, lo que significa que independientemente de la paridad que tenga la puérpera inmediata presentará algún grado de anemia.

De los resultados obtenidos se concluye que el 68,6% (59) fueron multíparas; de ellas, el 33,7% presentó anemia moderada. Y el 1,2% no presentó anemia. Asimismo, es sometido la prueba estadística Ji cuadrado, confirmando significancia estadística ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y paridad de las puérperas inmediatas, lo que significa que independientemente de la paridad (primípara, multípara, gran multípara) que tenga la puérpera inmediata no necesariamente es un factor para presentar algún grado de anemia.

Concordando con el tema de, **Oré-Paredes (2017)**, de 106 puérperas. De los resultados obtenidos se concluye que el 68,6% (59) fueron multíparas; de ellas, el 33,7% presentó anemia moderada. Y el 1,2% no presentó anemia. Asimismo, es sometido la prueba estadística Ji cuadrado, confirmando significancia estadística ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y paridad de las puérperas inmediatas, lo que significa que independientemente de la paridad (primípara, multípara, gran multípara) que tenga la puérpera inmediata no necesariamente es un factor para presentar algún grado de anemia.

**TABLA3.-ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADAS A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO –AYACUCHO. ENERO –MARZO 2020**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Estado civil</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	4	4.7	6	7.0	2	2.3	1	1.2	13	15.1
Casada	4	4.7	5	5.8	1	1.2	3	3.5	13	15.1
Conviviente	16	18.6	31	36.0	6	7.0	7	8.1	60	69.8
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	2,321	6	,888	p > 0,05
N de casos válidos	86			

En la tabla 3, muestra que el 69,8% (60) se encontraban en estado de convivencia; de ellas, el 36% tuvo anemia moderada, 7% presentó anemia severa. Un 15,1% (13) se encontraban solteras y casadas, respectivamente; de las cuales, el 7% y 5,8%, respectivamente, presentó anemia moderada.

La prueba de independencia  $\chi^2$  confirma que no hay dependencia entre anemia y estado civil ( $p > 0.05$ ). Lo que significa de independientemente del estado civil de la puérpera inmediata presentará algún grado de anemia.

De los resultados obtenidos se concluye que el 68,6% (59) fueron multíparas; de ellas, el 33,7% presentó anemia moderada. Y el 1,2% no presentó anemia. Asimismo, es sometido la prueba estadística Ji cuadrado, confirmando significancia estadística ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y paridad de las puérperas inmediatas, lo que significa que independientemente de la paridad (primípara, multípara, gran multípara) que tenga la puérpera inmediata no necesariamente es un factor para presentar algún grado de anemia.



**TABLA 4.-INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADO A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO-AYACUCHO. ENERO –MARZO 2020**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Índice de Masa Corporal (IMC)</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo peso	-	--	1	1.2	2	2.3	-	--	3	3.5
Normopeso	13	15.1	29	33.7	6	7.0	7	8.1	55	64.0
Sobrepeso	5	5.8	9	10.5	1	1.2	4	4.7	19	22.1
Obesidad	6	7.0	3	3.5	-	--	-	--	9	10.5
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	19,876	9	,019	p < 0,05
N de casos válidos	86			

La tabla 4 presenta el IMC; 64% (55) tuvieron IMC de normopeso; de ellas, el 33,7% tuvieron anemia moderada, 7% anemia severa. Sólo el 3,5% (3) presentó un IMC de bajo peso; de estas, el 2,3% sufrían anemia severa, 1,2% moderada.

La prueba o test de homogeneidad de ji cuadrado ( $\chi^2$ ), afirma que existe significancia estadística ( $P > 0.05$ ) entre las variables anemia y el índice de masa corporal (IMC) de las puérperas.

De los resultados obtenidos se concluye que el 68,6% (59) fueron multíparas; de ellas, el 33,7% presentó anemia moderada. Y el 1,2% no presentó anemia. Asimismo, es sometido la prueba estadística Ji cuadrado, confirmando significancia estadística ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y paridad de las puérperas inmediatas, lo que significa que independientemente de la paridad (primípara, multípara, gran multípara) que tenga la puérpera inmediata no necesariamente es un factor para presentar algún grado de anemia.

**TABLA 5.- NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADO A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO-AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>N° de atenciones prenatales</b>	<b>Leve</b>		<b>Moderada</b>		<b>Severa</b>		<b>Sin anemia</b>		<b>T O T A L</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No se controló	0	0.0	3	3.5	0	0.0	0	0.0	3	3.5
Entre 1-5 controles	6	7.0	14	16.3	0	0.0	4	4.7	24	27.9
> 5 controles	18	20.9	25	29.1	9	10.5	7	8.1	59	68.6
<b>T O T A L</b>	<b>24</b>	<b>27.9</b>	<b>42</b>	<b>48.8</b>	<b>9</b>	<b>10.5</b>	<b>11</b>	<b>12.8</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significaci ón asintótica (bilateral)</b>	
Chi-cuadrado de Pearson	8,433	6	,208	p > 0,05
N de casos válidos	86			

La tabla 5, muestra que el 68,6% (59) recibieron atención prenatal > 5 controles; de ellas, el 29,1% presentó anemia moderada y el 8,1% no presentó anemia. Sólo el 3,5% (3) no se controlaron su embarazo y todas ellas presentaron anemia moderada.

Las pruebas inferenciales ji cuadrado demuestran la no presencia de significancia (p >0.05) entre los variables anemia y el número de atenciones que haya recibido durante el embarazo.

se concluye que, el 68.6% recibieron atención prenatal >5 controle; de ellas, el 29,1% presento anemia moderada y 3,5% no controlaron su embarazo y todas ellas presentaron anemia moderada; la confirmación estadística mediante la prueba  $X^2$  permite afirmar que no hay dependencia ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y el número de atenciones prenatales que haya recibido durante el embarazo.

Al respecto nuestros resultados son concordantes con **Oré y Paredes (2017)** en su investigación “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en mujeres atendidas en Centro de Salud Maritza Campos Diaz- Arequipa. Enero a marzo 2017”. Encontró que el 73.6% controlaron su embarazo en más de 6 veces; de ellas, el 70.8% tuvieron anemia leve. El 20.8% se controlaron su embarazo menos de 6 veces y todas ellas tuvieron anemia leve. No hay dependencia ( $X^2=1.11$ ) entre controles prenatales y anemia postparto. Así mismo, **Hernández (2017)** en su tesis: “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero - diciembre del 2017”, reporta que 47.7% de su población de gestantes recibieron control, con por lo menos 06 atenciones prenatales, en tanto que 52.3% superaron este promedio.

Los controles prenatales son trascendentales ya que permiten concienciar a las madres en la importancia de la buena nutrición, prácticas saludables en su condición, asegurando la tipificación acertada de obstáculos obstétricos; es así que en nuestra investigación nos da a conocer que si tiene diferencia estadística significativa entre las variable control prenatal con la anemia, por ello las madres gestantes deben acudir a sus controles prenatales para poder prevenir no solo la anemia sino también otras complicaciones

**TABLA 6.-PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ASOCIADO A LA ANEMIA. CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO –AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Período intergenésico</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Corto (< 24 meses)	2	2.3	11	12.8	1	1.2	3	3.5	17	19.8
Adecuado (24-59 meses)	13	15.1	17	19.8	6	7.0	3	3.5	39	45.3
Largo (> 59 meses)	9	10.5	14	16.3	2	2.3	5	5.8	30	34.9
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	6,286	6	,392	p > 0,05
N de casos válidos	86			

En la tabla 6 nos muestra presente que el 100% (86) de puérperas, el 45,3% (39) tuvieron período intergenésico adecuado; de ellas, el 19,8% tuvo anemia moderada y el 3,5% no sufrió anemia. Sólo el 19,8% (17) fueron puérperas con período intergenésico corto; de las cuales, el 12,8% padeció anemia moderada y el 1,2% severa.

El análisis estadísticos ji cuadrado confirma la no significancia ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y el periodo intergenésico de las puérperas.

Se concluye, el 45,3% (39) tuvieron periodo intergenésico adecuado; de ellas, el 19.8% presento anemia moderada. Solo el 19,8% (17) fueron puérperas con periodo intergenésico corto; de las cuales, el 12,8% presento anemia moderada.

Entre las variables anemia y el período intergenésico de puérperas inmediatas no hay significancia ( $p > 0.05$ ). Al comparar con otros autores, encontramos divergencias con la investigación de **Hernández (2017)**, en su artículo “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero - diciembre del 2017”. Encontró que el 97% de puérperas no tuvieron período intergenésico corto; de ellas, el 48.6% presentaron anemia leve y el 46.7% presentó anemia moderada. El autor con la prueba  $X^2$  demuestra significancia ( $p < 0.360$ ) entre las variables anemia y el período intergenésico de pacientes que son atendidas en en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Al respecto con nuestros resultados se puede decir que el periodo intergenésico no es un tipo de factor para la anemia en puérperas inmediatas.

**TABLA 7.-RESULTADO DE HEMOGLOBINA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO- AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Resultado de hemoglobina del III trimestre</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anemia leve	13	15.1	20	23.3	2	2.3	1	1.2	36	41.9
Anemia moderada	2	2.3	7	8.1	4	4.7	0	0.0	13	15.1
Anemia severa	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0	1	1.2
Sin anemia	9	10.5	10	11.6	2	2.3	10	11.6	31	36.0
No se hizo la prueba	0	0.0	5	5.8	0	0.0	0	0.0	5	5.8
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	37,648	12	,000	p < 0,001
N de casos válidos	86			

La tabla 7, el 41,9% (36) tuvieron resultado de hemoglobina del tercer trimestre de embarazo considerado de anemia leve; de ellas, el 23,3% mostró anemia moderada y el 1,2% no exhibió anemia. El 36% (31) de puérperas no presentaron anemia en el tercer trimestre de embarazo; de las cuales, el 11,6% presentó anemia moderada y no presentó anemia, respectivamente y el 2,3% presentó anemia severa. Un mínimo porcentaje de puérperas (5,8%) no se realizó el examen de hemoglobina en el tercer trimestre de embarazo y todas ellas presentaron anemia moderada en el puerperio inmediato.

La estadística ji cuadrado demuestra alta significancia ( $p < 0.001$ ) entre las variables anemia con el resultado de hemoglobina que se realizó en el tercer trimestre de embarazo las puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho.

En la Revista Perú de Ginecología Obstétrica (2019) dan a conocer que “la principal causa de anemia en el embarazo es la deficiencia de hierro de causa nutricional (ADHN), mientras que en el puerperio es la pérdida aguda de sangre (PAS)”.

La OMS (2017) manifiesta que “si no se reduce la anemia en todo el mundo, millones de mujeres seguirán sufriendo una merma de su salud y calidad de vida, generaciones enteras de niños se verán afectadas en su desarrollo y aprendizaje, comunidades y naciones presentarán una menor productividad y desarrollo económicos. La anemia materna está asociada a una mayor morbimortalidad de la madre y el hijo; lo que incluye riesgo de abortos, mortinatalidad, prematuridad y bajo peso al nacer”.



**TABLA 8.- PÉRDIDA SANGUÍNEA DURANTE EL PARTO ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO- AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Pérdida sanguínea en el parto</b>	<b>Leve</b>		<b>Moderada</b>		<b>Severa</b>		<b>Sin anemia</b>		<b>T O T A L</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 300 mL	16	18.6	7	8.1	0	0.0	10	11.6	33	38.4
300 - 500 mL	8	9.3	35	40.7	5	5.8	1	1.2	49	57.0
> 500 mL	0	0.0	0	0.0	4	4.7	0	0.0	4	4.7
<b>T O T A L</b>	<b>24</b>	<b>27.9</b>	<b>42</b>	<b>48.8</b>	<b>9</b>	<b>10.5</b>	<b>11</b>	<b>12.8</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>	
Chi-cuadrado de Pearson	87,962	6	,000	p < 0,01
N de casos válidos	86			

En la presente la tabla 8 muestra que del 100% (86) de puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 57% (49) tuvieron pérdida sanguínea durante el parto entre 300-500 ml; de ellas, el 40,7% presentó anemia moderada y el 1,2% no presentó anemia. Sólo el 4,7% (4) tuvieron pérdida sanguínea durante el parto > 500 ml y todas ellas presentaron anemia severa. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer

que existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre las variables anemia y la pérdida sanguínea durante el parto que presentaron las puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho.

De los resultados podemos concluir que del 100% (86) de puérperas inmediatas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 57% (49) más de la mitad de puérperas inmediatas tuvieron pérdida sanguínea durante el parto entre 300-500 ml; de ellas, el 40,7% presentó anemia moderada y el 1,2% no presentó anemia. Sólo el 4,7% (4) tuvieron pérdida sanguínea durante el parto  $> 500$  ml y todas ellas presentaron anemia severa. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer que existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre las variables (anemia y la pérdida sanguínea); de las cuales la pérdida sanguínea conlleva a algún grado de anemia a las puérperas inmediatas.

Al respecto **Oré y Paredes (2017)** en su investigación en 106 puérperas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz- Arequipa, encontró que el 86.8% tuvieron una pérdida sanguínea postparto entre 100-200 cc y el 12.3% tuvieron una pérdida sanguínea postparto entre 300-400 cc; de ellas, el 84.9% y 12.3%, respectivamente, tuvieron anemia leve. Asimismo **Chuquiruna (2017)** en su investigación halló de 108 puérperas primíparas a un 78.7% presentaron pérdida sanguínea  $>500$  mL; de las cuales, el 39.8% presentaron anemia moderada y el 26.9% presentaron anemia leve.

De los resultados obtenidos en la mayoría de los casos, la anemia en puérperas inmediatas está en relación con pérdidas hemáticas excesivas durante el parto, y se ve favorecida con la preexistencia de un cuadro anémico durante la gestación que se verá agravada por las pérdidas hemáticas fisiológicas que conlleva el parto. En otros casos, será la cuantía de estas pérdidas lo que condiciona la anemia en gestantes previamente sanas. Con la pérdida rápida de sangre puede haber shock y colapso circulatorio. Con la anemia que se desarrolla más lentamente, la cantidad de masa eritrocítica perdida puede alcanzar el 50% sin que se observe signos y síntomas. Los resultados encontrados se pueden deber a que la pérdida sanguínea durante el parto produce pérdida de hierro y posible insuficiencia del mismo, lo cual puede retrasar el restablecimiento de los recuentos de eritrocitos provocando la anemia severa e incluso muerte materna. La anemia

está relacionada con el tipo de parto, la lesión perineal, la reparación de las episiotomías y desgarros vaginales deberían ser rápidas y cuidadosas para disminuir la pérdida sanguínea.

**TABLA 9.- EPISIOTOMÍA ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO- AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Episiotomía</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Le realizaron	10	11.6	28	32.6	7	8.1	6	7.0	51	59.3
No le realizaron	14	16.3	14	16.3	2	2.3	5	5.8	35	40.7
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	5,413	3	,144	p > 0,05
N de casos válidos	86			

En la tabla 9 se observa que del 100% (86) de puérperas inmediatas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, al 59,3% (51) le realizaron episiotomía; de ellas, el 32,6% presentó anemia moderada y el 7% no presentó anemia. Al 40,7% (14) no le realizaron episiotomía; de las cuales, el 16,3% presentó anemia moderada y anemia leve, respectivamente y el 2,3% presentó anemia severa.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer que no existe diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y la episiotomía que le realizaron a las puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho. **Hernández (2017)** en su investigación de 362 puérperas, al 49.4% le realizaron episiotomía; de ellas, el 25.9% presentó anemia leve y el 23.5% presentó anemia moderada; mientras que al 50.6% no le realizaron la episiotomía; de las cuales, el 24.6% presentó anemia moderada y el 23.5% presentó anemia leve.

Asimismo concordando con **Ore y Paredes (2017)** en su resultado muestra que de 106 pacientes se observó que el 71.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no necesitaron episiotomía. Mientras que el 25.5 % de las mujeres con anemia leve si necesitaron de episiotomía. Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.08$ ) muestra que la episiotomía y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Mientras que nuestros resultados son muy divergentes a los encontrados por la investigación de **Chuquiruna, M (2017)** muestra que de 108 pacientes en relación a la episiotomía y la anemia postparto donde un 87,96% de puérperas primíparas con anemia postparto se les realizó episiotomía durante el parto y el 12,03% no se les realizó episiotomía. Asimismo, se observa que el 38% de puérperas primíparas con episiotomía presentaron anemia moderada, el 37% anemia leve, y el 12,96% anemia severa, siendo este un factor obstétrico significativo para la presentación de anemia en el postparto.

Sin embargo de nuestros resultados obtenidos la diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) se deduce que la episiotomía no conlleva a la pérdida sanguínea abundante la anemia en puérperas inmediatas se pueden dar debido a que la episiotomía no es un factor de riesgo para la pérdida sanguínea y por consecuente la presencia de anemia en el postparto. Del mismo modo se debería restringir la práctica de la episiotomía y solo utilizarla en aquellos casos que fuera estrictamente necesario, e intentando no obtener desgarros vulvoperineales, que también aumentan de forma significativa la anemia, y haciendo una buena protección del periné, con ayuda de las maniobras de ritgen modificada.

**TABLA 10.-DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO- AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Desgarro perineal</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1er. grado	9	10.5	8	9.3	1	1.2	0	0.0	18	20.9
2do. Grado	5	5.8	7	8.1	1	1.2	1	1.2	14	16.3
No presentó	10	11.6	27	31.4	7	8.1	10	11.6	54	62.8
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	10,170	6	,118	p > 0,05
N de casos válidos	86			

La presente tabla 10 muestra que del 100% (86) de puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 62,8% (54) no tuvieron desgarro perineal; de ellas, el 31,4% presentó anemia moderada y el 8,1% presentó anemia severa. El 16,3% (14) presentó desgarro

perineal de II grado; de las cuales, el 8,1% presentó anemia moderada y el 1,2% presentó anemia severa y no presentó anemia, respectivamente.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer que no existe diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables anemia y el desgarro perineal que presentó las puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho.

Nuestros resultados son muy divergentes Según **Oré y Paredes (2017)**, de 106 puérperas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz- Arequipa, encontró que el 59.4% presentaron desgarro de partes blandas de primer grado y el 7.5% presentaron desgarro de segundo grado; de ellas, el 59.4% y 5.7%, respectivamente, tuvieron anemia leve. Un 31.1% no presentó desgarro de partes de blandas; de las cuales, el 30.2% tuvieron anemia leve. Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=16.20$ ) muestra que el desgarro de partes blandas grado y la anemia postparto presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Comparando los resultados obtenidos en nuestra investigación con los de **Oré-Paredes**, observamos que las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Arequipa presentaron mayor número de casos de desgarro de partes blandas (68.9%) en comparación a un 37.2% de las puérperas que se atendieron acá en Ayacucho.

Mientras **Chuquiruna (2017)** en su investigación halló de 108 puérperas primíparas en donde un 38,0% de puérperas primíparas con anemia postparto presentaron desgarros de partes blandas, mientras que un 62,0% no presentaron desgarros. Se observa que el 18,5% de puérperas primíparas con desgarros de partes blandas presentaron anemia moderada, el 14,8% anemia leve y el 4,6 % presento anemia severa. También se encontró que 26,85% presento anemia leve al igual que anemia moderada pero no presentaron desgarros vulvoperineales. Queda establecida la relación significativa entre los desgarros vulvoperineales y la presencia de anemia postparto confirmado por la prueba estadística Chi cuadrado, la cual arroja un P Valor de ( $P=0.033$ ) y **Hernández (2017)** en su investigación encontró que el 80.7% de puérperas no presentaron desgarro de partes blandas; de las cuales, el 39.5% tuvieron anemia moderada y el 38.7% tuvieron anemia leve; mientras que del 19.3% que presentó algún tipo de desgarro de partes blandas, el 74.3% presentó desgarro de primer grado; de ellas, el 41.4% tuvieron anemia leve

y el 32.9% tuvieron anemia moderada. Sin embargo de nuestros resultados obtenidos la diferencia estadística significativa ( $p > 0.05$ ), se deduce que el desgarro de partes blandas no conlleva a la pérdida sanguínea abundante para la anemia en puérperas inmediatas, se puede decir que no es un factor de riesgo para la pérdida sanguínea y por consiguiente la presencia de anemia en el postparto. Pues tienen gran relevancia debido a que si no es tratada o reparada se acompaña de pérdida sanguínea; la cual provocaría pérdida de hierro y por consiguiente la presencia de anemia.



**TABLA 11.- RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS ASOCIADO A LA ANEMIA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN EL CENTRO DE SALUD CARMEN ALTO-AYACUCHO. ENERO – MARZO 2020.**

<b>ANEMIA EN PUÉRPERAS</b>										
<b>Retención de restos placentarios</b>	Leve		Moderada		Severa		Sin anemia		<b>T O T A L</b>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presentó	0	0.0	1	1.2	3	3.5	0	0.0	4	4.7
No presentó	24	27.9	41	47.7	6	7.0	11	12.8	82	95.3
<b>T O T A L</b>	24	27.9	42	48.8	9	10.5	11	12.8	86	100.0

**Fuente:** Puérperas atendidas en el Centro de Salud Carmen Alto.

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	18,891	3	,000	p < 0,001
N de casos válidos	86			

En la tabla 11 se observa que del 100% (86) de puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 95,3% (82) no presentó retención de restos placentarios; de ellas, el 47,7% presentó anemia moderada y el 7% presentó anemia severa. Sólo el 4,7% (4) presentó retención de restos placentarios; de las cuales, el 3,5% presentó anemia severa y el 1,2% presentó anemia moderada.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer que existe diferencia estadística altamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre las variables anemia con la retención de restos placentarios que presentaron las puérperas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho.

De los resultados obtenidos se concluye que del 100% (86) de puérperas inmediatas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho, el 95,3% (82) es decir la mayoría no presentó retención de restos placentarios; de ellas, el 47,7% presentó anemia moderada y el 7% presentó anemia severa. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos da a conocer que existe diferencia estadística significativa ( $p < 0.001$ ) entre las variables anemia y la retención de restos placentarios.

En relación con el tema **Chuquiruna (2017)** en su investigación halló de 108 puérperas primíparas un 75% no tuvieron alumbramiento incompleto; de las cuales, el 32.4% presentaron anemia moderada y leve, respectivamente, y el 25% sí presentaron alumbramiento incompleto; de ellas, el 13% presentaron anemia moderada y el 9.2% presentaron anemia leve. Queda establecida que existe relación significativa entre el alumbramiento incompleto y la presencia de anemia postparto confirmado por la prueba estadística Chi cuadrado, la cual arroja un P Valor de (0,031).mientras **Oré y Paredes (2017)** en su investigación en 106 puérperas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Arequipa, encontraron que el 98.1% no tuvieron un alumbramiento incompleto; de ellas, el 96.2% presentaron anemia leve y el 1.9% presentó anemia moderada.

De nuestros resultados obtenidos en donde se halló un nivel alto de significancia en la retención de restos placentarios con la anemia ya que la hemorragia postparto es la principal manifestación del alumbramiento incompleto, siendo la causa más frecuente de mortalidad materna que se puede tener en este período, se debe realizar y no dudar en efectuar el manejo activo del tercer periodo del parto, al mismo tiempo se debe evaluar los signos vitales ya que ello permitirá tener una idea general del estado de la paciente, hacer una buena revisión de la placenta, es importante referir que la anemia es un precursor de una hemorragia en el postparto, debido a la disminución de hemoglobina, a la falta de hierro que tiene la gestante durante la

gestación y a las pérdidas sanguíneas. Los resultados encontrados también se pueden deber a que la duración del tercer período del parto de por sí ya es un factor que va a predisponer a la paciente a una mayor pérdida sanguínea, provocando la presencia de anemia, ya que cuando más tiempo dure el tercer periodo del parto, más pérdida sanguínea

## CONCLUSIONES

1. A través de la presente investigación se determinó los casos de anemia en puérperas inmediatas que se atendieron en el Centro de Salud Carmen Alto de Ayacucho. De 86 puérperas, el 48,8% presentó anemia moderada, el 27,9% presentó anemia leve y el 10,5% presentó anemia severa. Sólo un 12.8% no presentaron anemia.
2. El 50% de las puérperas en estudio tuvieron de 15-24 años y el 33.7% de 25-34 años; de ellas, el 24,4% y 15.1%, respectivamente, presentaron anemia moderada y el 7% y 2.3%, respectivamente, presentaron anemia severa.
3. Las variables: edad (el 50% tuvieron entre 15-24 años y el 33.7% tuvieron de 25-34 años), paridad (68.6% fueron multíparas), estado civil (69.8% se encontraban en estado de convivencia), número de atenciones prenatales (68.6% tuvieron > 5 controles), período intergenésico (45.3% tuvieron período intergenésico adecuado y el 34.9% período intergenésico largo), la realización de episiotomía (al 59.3% le hicieron) y desgarro perineal (el 62.8% no presentó desgarro y el 20.9% presentó desgarro de 1er. grado) que presentaron las puérperas inmediatas en el establecimiento en estudio no guarda relación significativa con la anemia, sobre todo moderada ( $p > 0,05$ ).
4. Las variables: índice de masa corporal (IMC) (64% tuvieron normopeso), resultado de hemoglobina del III trimestre (el 41.9% tuvieron anemia leve y el 36% no tuvieron anemia), pérdida sanguínea en el parto (el 57% presentó pérdida sanguínea de 300-500 mL y el 38.4% presentó < 300 mL) y retención de restos placentarios (el 95.3% no los presentó); que presentaron las puérperas inmediatas en estudio guarda relación significativa y altamente significativa con la anemia, sobre todo moderada ( $p < 0,05$  y  $p < 0,01$ ).

## RECOMENDACIONES

1. Enfatizar en la educación alimentaria que promueve la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimento de origen animal como: carnes rojas, pescado, cuy, sangrecita, hígado, bofe y otras vísceras de color oscuro. Incluir en su alimentación menestras por lo menos tres veces a la semana (lenteja, pallar, garbanzo, frejol, etc) y verduras ricos en hierro.
2. El/la obstetra debe implementar estrategias de promoción y prevención a través de actividades educativas masivas como charlas, talleres, capacitación durante el primer control prenatal para mejorar la alimentación nutricional de la gestante así evitar el desarrollo de la anemia en el embarazo y en el puerperio.
3. El profesional obstetra, debido a que los factores de riesgo son poco modificable es necesario mejorar las estrategias de atención tal como la administración de hierro durante el embarazo y después del parto; dar más importancia del manejo activo del tercer periodo de parto pues ayudara a prevenir ciertas complicaciones como la atonía uterina. Ya que las hemorragias post parto llevan a la morbi-mortalidad materna.
4. Al observar que toda la muestra con anemia postparto y que más de 50% asistió entre 6 a más controles prenatales que puede inferir que la suplementación del sulfato ferroso en la etapa de gestación no hace que la paciente alcance un nivel de hemoglobina adecuado como para poder sobrellevar la perdida sanguínea propia del parto y no terminar con algún tipo de anemia por lo cual se sugeriría que se cree un programa exclusiva de alimentación en la gestación y su importancia que se pueda impartir en todos los Centros de Salud y que sea un requisito propios de los controles prenatales.
5. Recomendar al profesional obstetra del Centro de Salud Carmen Alto que la episiotomía debe ser usada previa evaluación a la paciente en el momento adecuado y preciso; para así prevenir

pérdida sanguínea innecesaria. Que establezcan medidas para controlar y evitar la anemia postparto.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. The prevalence of anaemia in 2011. Geneva: WorldHealthOrganization; 2015. [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global\\_prevalence\\_anaemia\\_2011/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/), accessed 7 September 2015)
2. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C, Obstetricia. 6o Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. p. 644-59.
3. Ministerio de Salud (MINSA): Reunión Técnica Nacional: Plan Nacional para la Reducción de la Anemia”. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas”. Lima- Perú. 2017.
4. Castilla M. y cols. ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto? 2014 [Internet]. [Citado en diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/gh-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-comprar-conocemos-los-factores-asociados-S0210573X14000240#elsevierItemBibliografias>
5. Organización Mundial de la Salud. Nutritional Anaemias: Tools For Effective Prevention and Control, 2017, pág.14.
6. CASAVILCA SUÁREZ, K y EGOÁVIL GUTIÉRREZ, J (lima \_ 2017) factores de riesgo maternos, del producto y obstétricos, asociados a la anemia en el post parto en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima – Perú durante el año 2016. tesis para optar título de medico cirujano universidad nacional del centro del peru – Huancayo 2017
7. Munares-García O, Palacios-Rodríguez K. Estudio retrospectivo sobre concentración de hemoglobina y factores asociados a la anemia posparto en primigestantes de Lima, Perú, 2010. MÉD.UIS. 2017;30(2):37-44.
8. M. Castilla Marchena , C. Donado Stefani, J.J. Hijona Elósegui, M.V.E. Jaraíz Cabanillas, M.J. Santos Zunino Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España. REV.Vol. 42. Núm. 4. Páginas 145-192 (Octubre - Diciembre 2015 EDITORIAL.ClinInvestGinecolObstet. 2015;42:145.
9. ZAMORA ALARCÓN D (ECUADOR -2016) Determinar la relación entre incidencia y gravedad de anemia en el puerperio con el tipo de parto y el acceso a control prenatal de

mujeres que fueron atendidas de parto en los meses de Septiembre a Diciembre del año 2016, en el Hospital “Delfina Torres de Concha”, en la ciudad de Esmeraldas .TESIS PARA OPTAR TITULO DE MEDICO CIRUJANO: ECUADOR 2018

10. LOMA VILDOSO Y. (TACNA -2017) factores obstétricos asociados a la anemia post parto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016. TESIS PARA OPTAR TITULO DE LIC. OBSTETRICIA .TACNA 2017
11. ORE ZEGARRA T Y PAREDES DEL CARPIO M. (AREQUIPA -2017). Factores obstétricos y la anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017. TESIS PARA OPTAR TITULO DE LIC. OBSTETRICIA. AREQUIPA 2017
12. Hernández Naupay, A ( LIMA -2017) cuáles son los factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de Enero a Diciembre del año 2017.TESIS PARA OPTAR TITULO DE LIC EN OBSTETRICIA. LIMA 2018
13. CHUQUIRUNA QUIROZ, M (CAJAMARCA \_2017) factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017.TESIS PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA .CAJAMARCA 2018
14. ALVARES E., GARCIA S., “Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia post parto a hemorragia post parto severa: estudio de casos y controles” España 2015 pag.417
15. Espitia O. Anemia En El Embarazo, Un Problema De Salud Que Puede Prevenirse. Medicas UIS [Internet]. 2013. [citado octubre del 2019]; Disponible en: [Http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci\\_Arttext&Pid=S0121-03192013000300005&Lng=En](http://Www.Scielo.Org.Co/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0121-03192013000300005&Lng=En).
16. Pineda M. Niveles de anemia en mujeres de post-parto en el Hospital Luis Moscoso Zambrano de enero hasta diciembre del 2012. Tesis. Machala el Oro. Ecuador. 2012
17. Fauci, A. S. (2008). Harrison Principios de Medicina Interna (Décimo séptima ed.). Harrison.



18. Van DerWoudeDAA, e. a. (2014). A randomizedcontrolled trial examiningtheaddition of folicacidtoironsupplementation in thetreatment of postpartum anemia. Int J GynecolObstet. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.013>
19. MattsonPorth, C. (2006). Fisiopatología. Salud-enfermedad: un enfoque conceptual. Medica Panamericana
20. Di Fonzo H. Síndrome anémico. En Argente H. Álvarez E. Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. 1ª Edición. Buenos Aires Argentina: Médica Panamericana; 2012. Pág. 1111-1114.
21. Urdaneta, J. y cols. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. Revista. chil. obstetricia. ginecología. [Internet]. 2015. [citado octubre 2019]; Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-526201500040004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-526201500040004&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400004>.
22. Cunningham G. Kenneth J. Leveno S. Bloom et al. Williams Obstetricia. Vol 2. 23 a Edición. New York: Editorial Mc Graw-Hill Companies; 2011.
23. Rivero Mea. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005 [Internet]. 20105. Availablefrom: [http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106\\_Falta%20Corregir.pdf](http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf). [citado 4 de octubre del 2019]
24. Fuente: Marston, C. Report of a WHOtechnicalconsultationonbirthspacing. WorldHealthOrganization, 2005; 1-37.
25. MINSA. Control de embarazo2016. Availablefrom: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_7.asp?sub5=7](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7) . 20 de [citado el 5de octubre del 2019]
26. NST N° 134 MINSA/2017/DGIESP “NORMA TÉCNICA de MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS” Aprobada por la resolución ministerial N° 250-2017/MINSA.
27. Atunca D. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010 Lima- Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011.

28. Vela S. Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonia uterina y hemorragia postparto en puérperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre 2015. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
29. MINISTERIO DE SALUD. Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú 2007 pág. 37
30. PACORA P., Ginecología y obstetricia – macrosomía fetal. Edición 17 – 1994.
31. KILATRICK S, GARRISON E. Normal labor and delivery. In: Gabbe SG, NiebylJR, Simpson JL, et al, eds. Obstetrics: Normal and ProblemPregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017 pag12
32. ALVARADO J., Manual de obstetricia U.N.M.S.M. 2006 pág. 220
33. BURROUGHS A., LEIFER G. (2002). “Parto precipitado” .Obstetricia Materno infantil (8va ed.) México: MacGraw-Hill Interamericana
34. Prendiville, Elbourne y McDonald (citados por Benites, 2016)
35. Ayala Castillo Ralph Fersen. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de noviembre de 2016. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
36. MSPE. Prevención, diagnostico y tratamiento de la hemorragia pos parto20132. Availablefrom: <http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>. [5 octubre 2019 ]
37. Bezares B, Sanz O, Jimenez I, Patologia puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1): 169-175.
38. Avalos E. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento: Comentario de la BSR (ultima revision: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca deSalud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
39. Canalejo K, Tentoni J, Aixala M, Jelen A. Valores de referencia del hemograma en embarazadas, con tecnologia actual Bioquimica y PatologiaClinica. AsociacionBioquimica Argentina Argentina, 2007; 71(2): 52-54.
40. Xavier urquizo y asociados .anemia en el embarazo y el post parto inmediato y factores de riesgo. [//www.elsevier.es/medicinaclinicaOriginalAnemia.Articulo](http://www.elsevier.es/medicinaclinicaOriginalAnemia.Articulo) ESPAÑA -2016

41. BLANCA ENVID LÁZARO<sup>1</sup> , ENRIQUE ALONSO FORMENTO<sup>2</sup> Asistencia urgente al parto precipitado 1 Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2 Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel, España.[Emergencias 2010;22:140-143]
42. file:///C:/Users/ADVANCE/Downloads/Emergencias-2010\_22\_2\_140-3( citado 12 octubre 2019)
43. valle A, Barrera M, Guerrero A. “Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto”. Rev. Per Ginecol. Obstet. 2014; 54: 233-243
44. GARCIA CCENTE, ELIZABETH y GOMEZ CCORAHUA, ELIANA factores asociados a la anemia ferropénica en el III trimestre del embarazo. centro de salud los licenciados. diciembre 2013 a febrero 2014. tesis para optar el título profesional de obstetra AYACUCHO -2014
45. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional – Instituto nacional de estadística e informática [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html) ( citado 15 de diciembre)
46. Instituto Nacional de Estadística ENAHO20102018 [http://sdv.midis.gob.pe/Sis\\_Anemia/Uploads/Indicadores/LIMA.pdf](http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Uploads/Indicadores/LIMA.pdf) (citado el 20 de diciembre)
47. HUAMÁN ESCATE pilar, HUAMÁN Guerra , Cinthia (Ayacucho, 2013) factores gineco \_obstétricos relacionados con el nivel de hemoglobina en el pre y post alumbramiento dirigido en parturientas atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital regional de Ayacucho mayo – agosto 2013. tesis para optar el título profesional de obstetra AYACUCHO -2014
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. Documento normativo sobre anemia-Metas mundiales de nutrición 2025. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.4\\_spa.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf?ua=1).
49. Ministerio de Salud del Perú. 2017. Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1ra. Edic. Disponible en: [www.ins.gob.pe](http://www.ins.gob.pe).

50. Chuquiruna Quiroz, Maricela Luzgardiz. Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017. Tesis pregrado de Universidad Nacional de Cajamarca-Escuela Académico Profesional de Obstetricia.
51. Hernández Naupay, Andrea. Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero - Diciembre del 2017. Tesis pregrado Univ. Nac. Federico Villarreal-Esc. Académica Profesional de Obstetricia.
52. Orejón Paucarpura, Flor de María. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Septiembre-Noviembre 2015. Tesis pregrado UNMSM-E.A.P. de Obstetricia.
53. Oré Zegarra, Tamara B.; Paredes Del Carpio, Manuela. Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en mujeres atendidas en centro de salud Maritza campos Díaz-Arequipa. Enero-marzo 2017. Tesis pregrado Universidad Católica de Santa María-Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura.
54. Alegría Guerrero Raúl C, Gonzales Medina Carlos A, Huachín Morales Fernando D. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el puerperio. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Sep 06] ; 65( 4 ): 503-509. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000400014&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2220>.
55. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. 2017. Prevención de la anemia. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/que-es-la-anemia>.
56. Loma Vildosa, Yoselyn Karen. Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016. Tesis pregrado Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna-Escuela Profesional de Obstetricia.
57. Zamora Alarcón, Diego Mauricio. Incidencia y gravedad de anemia en el puerperio y su relación con el tipo de parto y acceso a control prenatal en el periodo de septiembre a diciembre del 2016 en el Hospital Delfina Torres de Concha en la ciudad de Esmeraldas-Quito Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina.

## ANEXO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE



DATOS I    DATOS GENERALES:

HC: \_\_\_\_\_

FICHA N° \_\_\_\_\_

### 1. Edad:

- ❖ 15 - 24 años ( )
- ❖ 25 - 34 años ( )
- ❖ 35 - 44 años ( )

### 2. Estado Civil:

- ❖ Soltera ( )
- ❖ Casada ( )
- ❖ Conviviente ( )
- ❖ Otros ( )

### 3. Grado de Instrucción:

- ❖ Ilustrada ( )
- ❖ Primaria ( )
- ❖ Secundaria ( )
- ❖ Superior ( )

### 4. Ocupación:

- ❖ Ama de casa ( )

- ❖ Dependiente ( )
- ❖ Independiente ( )

## II FACTORES OBSTÉTRICOS

### • ANTEPARTO:

#### 1) Paridad:

- ❖ Primigesta ( )
- ❖ Multigesta ( )

#### 2) Número de controles prenatales:

- ❖ Adecuado ( )
- ❖ Inadecuado ( )

#### 3) Periodo intergenesico corto:

- ❖ SI ( )
- ❖ NO ( )

#### 4) Control de hemoglobina en el III trimestre de embarazo:

- ❖ Se hizo ( ) \_\_\_\_\_(Hg)
- ❖ No se hizo ( )

### • INTRAPARTO:

#### 1. Parto precipitado:

SI ( ) NO ( )

#### 2. Episiotomía

SI ( ) NO ( )

### 3. Desgarro perineal

SI ( ) NO ( )

1° grado:

2° grado:

3° grado:

4° grado:

### 4. Retención de restos

placentarios SI ( ) NO ( )

## II CONTENIDO

DESCRIPCIÓN:

VALORES OBTENIDOS	VALORES OBTENIDOS
HEMOGLOBINA POST PARTO INMEDIATO	

Anemia:

- ❖ Anemia leve: Hb 11.0- 11.9 g/dl ( )
- ❖ Anemia moderada: Hb 8.0- 10.9 g/dl ( )
- ❖ Anemia severa: Hb menor de 8g/ dl ( )

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL U OPERATIVA	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<b>INDEPENDIENTE</b> (Factores obstétricos)	<b>ANTEPARTO:</b> Es el período de tiempo desde la concepción hasta el momento del parto.	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;18.5 kg/m<sup>2</sup></li> <li>○ ≥18.5a24.9 kg/m<sup>2</sup></li> <li>○ 25 a29.9kg/m<sup>2</sup></li> <li>○ &gt;30kg/m<sup>2</sup></li> </ul>	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		PARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ PRIMIGEST A</li> <li>❖ MULTIGEST A</li> <li>❖ GRAN MULTIGEST A</li> </ul>	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		Nº DE CONTROLES PRENATALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ninguno</li> <li>❖ Entre 1 a 5 controles</li> <li>❖ ≥ 6 controles</li> </ul>	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ &gt; 18 meses -Corto</li> <li>❖ ≥18 a 59 meses - Adecuado</li> </ul>	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)



		PERIODO INTERGENÉSICO	❖ $\geq 60$ meses - Largo	de datos)
		CONTROL DE HEMOGLOBINA EN EL III TRIMESTRE DE EMBARAZO	❖ SE HIZO ❖ NO SE HIZO	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
<b>INTRAPARTO:</b> Período en el cual transcurre el nacimiento de un niño, desde el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta. Puede referirse tanto a la madre como al feto.		PARTO PRECIPITADO	❖ SI ❖ NO	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		EPISIOTOMÍA	❖ SI ❖ NO	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		DESGARROS VAGINALES	❖ SI ❖ NO 1º GRADO 2º GRADO 3º GRADO 4º GRADO	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	❖ SI ❖ NO	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)
		PÉRDIDA SANGUÍNEA	En centímetros cúbicos( cc)	HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)

<p><b>DEPENDIENTE (ANEMIA )</b></p>	<p><b>LA ANEMIA:</b> se define como una disminución en la cantidad de glóbulos rojos en la sangre, o de su contenido de hemoglobina, por debajo de los parámetros normales</p>	<p>Valoración de Hg después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Anemia leve:(Hb 11.0- 11.9 g/dl)</li> <li>❖ Anemia moderada: (Hb 8.0- 10.9 g/dl)</li> <li>❖ Anemia severa: (Hb menor de 8g/ dl)</li> </ul>	<p>HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)</p>
<p><b>VARIABLE INTERVINIENTE</b></p>	<p><b>EDAD:</b> Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista o aplicación del instrumento</p>	<p>intervalo (años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 15 – 24 años</li> <li>❖ 25 – 34 años</li> <li>❖ 35 – 44 años</li> </ul>	<p>HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)</p>
	<p><b>ESTADO CIVIL:</b> Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o de parentesco</p>	<p>_SOLTERA _CASADA _CONVIVIENTE _OTROS</p>	<p>Recolección de datos de la historia clínica</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA (ficha de recolección de datos)</p>
	<p><b>OCUPACIÓN:</b> Es el oficio o</p>			<p>HISTORIA CLÍNICA</p>

	profesión (cuando se desempeña en esta) tareas y funciones realizadas por una persona	-AMA DE CASA -DEPENDIENTE - INDEPENDIENTE	Recolección de datos de la historia clínica	(ficha de recolección de datos)
	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</b> Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso de la vida	-ILETRADA -PRIMARIA -SECUNDARIA -SUPERIOR	Recolección de datos de la historia clínica	HISTORIA CLÍNICA  (ficha de recolección de datos)







*Hospital*

PERU Ministerio de Salud

Establecimiento: **C.S. PULIUECCA**

Apellido y Nombres: **Tardito Popayana Mayu**

Establ. Origen: **0302140035613**

DNI N°: **41532956**

Fecha: **21.01.20**

Edad: **34**

Ocupación: **7/C**

Estado: **08**

Estado Civil:  Casado

Antecedentes Obstétricos:

03	06	03	03	05
03	06	03	03	05

Antecedentes Familiares:

Alérgicos:  Ninguno,  Asma,  Eczema,  Ex. respirat. Emf.,  Diabetes,  Enferm. Congénitas,  Otro:  Múltiple

Antecedentes Parasitarios:

Alérgicos:  Ninguno,  Asma,  Eczema,  Ex. respirat. Emf.,  Diabetes,  Enferm. Congénitas,  Otro:  Múltiple

Peso y Talla:

Peso Habitual: **74** Kg

Talla: **1.64** Cm

Fecha Última Menstruación:

FUM: **10.09.19**

Fecha Probable de Parto: **16.02.20**

Exámenes de Laboratorio:

Hemoglobina 1	28.9.19	Wester Block	
Hemoglobina 2	31.12.19	WFLV	
Glicemia 1	28.9.19	Gluc. Orina	
Glicemia 2	31.12.19	Puerc. Malaria	
VDRL/RPR 1	28.9.19	Bacteriuria	
VDRL/RPR 2	31.12.19	Urocultivo	
Prueba Rápida 1	28.9.19	BK en esputo	
Prueba Rápida 2	31.12.19	Listeria	
ELISA 1	28.9.19	PAP	
ELISA 2	31.12.19	Colposcopia	

91734009

Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN DE SALUD AYACUCHO  
ACLAS CARMEN ALTO

**ACLAS CARMEN ALTO**  
C.S. CARMEN ALTO, P.S. POKRAS Y C.S. VISTA ALEGRE  
Telf.: 319618 - 319614 / FAX 314498

D.N.I.: 70602442 F.P.P.: 03-03-20  
N° Bateria: (1) (2) E.G.: \_\_\_\_\_ H. CL.: 1847  
Nombre: Konno Yocco Blanco Edad: 19  
Servicio: Medicina F.N.: 1611100

**EXAMEN DE LABORATORIO DE LA GESTANTE**

- Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_  RPR: NO REACTIVO
- Factor Rh: \_\_\_\_\_  Glucosa: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Hematocrito: 18%  Urea: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Hemoglobina: obs 27.0  Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dl
- Examen completo de orina dit 5.3  Hepatitis "B": \_\_\_\_\_
- V.I.H.: NEGATIVO

**REACCIÓN BIOQUÍMICA**

- Densidad: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_
- Glucosa: \_\_\_\_\_ Proteínas: \_\_\_\_\_
- Acido Ascórbico: \_\_\_\_\_ Bilirrubina: \_\_\_\_\_
- Cetona: \_\_\_\_\_ Urobilinógeno: \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE SEDIMENTOS**

- Células epiteliales: \_\_\_\_\_ Hematíes: \_\_\_\_\_
- Leucocitos: \_\_\_\_\_ Cilindros: \_\_\_\_\_
- Píocitos: \_\_\_\_\_ Cristales: \_\_\_\_\_
- Acido Sulfosalicílico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

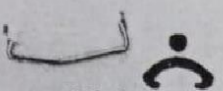
SOLICITANTE  
FECHA: 03/03/20

**Richard Morán**  
BIOLOGO  
LABORATORIO

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¡UNA CLAS CON VISION!  
Nuestro objetivo: Brindar salud integral para todos  
03 MAR 2020

C-20



Ministerio de Salud  
DIRECCIÓN DE SALUD AYACUCHO  
ACLAS CARMEN ALTO

# ACLAS CARMEN ALTO

C.S. CARMEN ALTO, P.S. POKRAS Y C.S. VISTA ALEGRE  
Telf.: 319618 - 319614 / FAX 314498

D.N.I.: 74563884

F.P.P.: 02/03/20

N° Bateria: (1) (2) E.G.: \_\_\_\_\_

H. CL.: 20910

Nombre: Fajana Clara Lubate

Edad: 19

Servicio: Maternidad

F.N.: 15/08/100

## EXAMEN DE LABORATORIO DE LA GESTANTE

- ( ) Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ ( ) RPR: NO REACTIV.
- ( ) Factor Rh: \_\_\_\_\_ ( ) Glucosa: \_\_\_\_\_ mg/dl
- ( ) Hematocrito: 14% ( ) Urea: \_\_\_\_\_ mg/dl
- ( ) Hemoglobina: obs = 5,9 ( ) Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dl
- ( ) Examen completo de orina: COF: 3-8 ( ) Hepatitis "B": \_\_\_\_\_

### REACCIÓN BIOQUÍMICA

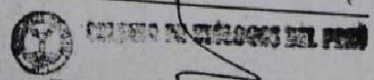
- ( ) V.I.H.: NEGATIVO
- Densidad: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_
- Glucosa: \_\_\_\_\_ Proteínas: \_\_\_\_\_
- Acido Ascórbico: \_\_\_\_\_ Bilirrubina: \_\_\_\_\_
- Cetona: \_\_\_\_\_ Urobilinógeno: \_\_\_\_\_

### EXAMEN DE SEDIMENTOS

- Células epiteliales: \_\_\_\_\_ Hematíes: \_\_\_\_\_
- Leucocitos: \_\_\_\_\_ Cilindros: \_\_\_\_\_
- Piocios: \_\_\_\_\_ Cristales: \_\_\_\_\_
- Acido Sulfosalicílico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE  
FECHA: 03/08/20



Laboratorio  
**Richard Moran Ordoñez**  
BIÓLOGO

UNA CLAS CON VISION  
Nuestro objetivo: Brindar salud integral  
MAR 2020