



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA

El que, suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO
DE ICA - 2019 - 2020**

Presentado por: Bach. MALÚ JAHAYRA ROJAS VERA

del nivel de Pregrado de la Facultad de Obstetricia. El resultado obtenido es el (Porcentaje similitud es del 14 %) por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según **Reglamento de Evaluación para la Originalidad**.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 26 de julio de 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. ROSA ELVIRA RUIZ REYES

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

Facultad de Obstetricia



INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL
EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – 2019
– 2020

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Para obtener el título profesional de licenciado en obstetricia

AUTORA

ROJAS VERA MALÚ JAHAYRA

Ica, Perú

2021

DEDICATORIA

A mi madre Narcisa Vera Munive, por su amor y apoyo, quien gracias a su sacrificio y dedicación me motivo a seguir adelante y jamás me abandono en este que fue un largo camino, me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi familia por su comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y la sabiduría necesaria para culminar mi carrera profesional y la vocación de servir y ayudar al prójimo.

A mi madre y mi familia por su apoyo incondicional.

A mis maestros, quienes me asesoraron con esfuerzo y preocupación esta tesis, gracias por la confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, así como también en mi formación como investigadora.

Gracias a mi universidad, por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

ÍNDICE

DEDICATORIA:	I
AGRADECIMIENTO:	II
ÍNDICE:	III
RESUMEN:	V
ABSTRACT:	VI
INTRODUCCIÓN:	1
I. CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO:	4
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	4
1.1.1. Antecedentes a nivel internacional:	4
1.1.2. Antecedentes a nivel nacional:	8
1.1.3. Antecedentes a nivel local:	14
1.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	16
1.2.1. Anemia:	16
1.2.2. Accidentes del parto:	22
1.2.3. Puerperio:.....	27
1.3. MARCO CONCEPTUAL:	29
II. CAPÍTULO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	32
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:.....	32
2.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS:.....	34
2.2.1. Problema general:	34
2.2.2. Problemas específicos:	34
2.3. DELIMITACIÓN DE PROBLEMA:.....	35
2.3.1. Delimitación espacial o geográfica:	35
2.3.2. Delimitación temporal:	35
2.3.3. Delimitación social:.....	35
2.3.4. Delimitación conceptual:.....	35
2.4. JUSTIFICACIÓN O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:.....	36
2.4.1. Justificación:.....	36
2.4.2. Importancia:.....	37
2.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:	37

2.5.1. Objetivo general:	37
2.5.2. Objetivos específicos:.....	38
2.6. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:	38
2.7. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:	38
2.7.1. Identificación de variables:	38
2.7.2. operacionalización de variables:.....	39
III. CAPÍTULO: ESTRATEGIA METODOLÓGICA / METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	42
3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA MATERIA DE INVESTIGACIÓN:	42
IV. CAPÍTULO: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:	45
4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	45
4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	45
4.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:	46
V. CAPÍTULO: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	48
5.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:	48
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	55
VI. CAPÍTULO: COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:	59
CONCLUSIONES:	60
RECOMENDACIONES:	61
FUENTES DE INFORMACIÓN:.....	62
ANEXOS:	67

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la incidencia de anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020. El estudio es no experimental, descriptivo, retrospectivo y transversal. En consecuencia, la muestra definitiva global del total de historias clínicas de puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro-Ica de 1365 es 300. Los resultados encontrados mostraron que la incidencia de anemia puerperal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica es de 79% que corresponde a 237 pacientes, durante el período comprendido entre 2019-2020. El 46.3% de las pacientes presentaron anemia leve y el 32.7% anemia moderada. Del 100% de las puérperas con anemia postparto el 64.1% presentaron edades entre 20 a 35 años, el 81.9% son amas de casa, el 75.5% son convivientes, el 69.5% tienen secundaria completa y el 92.4% proceden de zona urbana. Las características obstétricas que se asocian significativamente a la anemia postparto con mayor continuidad son, las pacientes con episiotomía con el 63.3%, pacientes con desgarros del canal del parto con el 68.4%, pacientes con atonía uterina con un 52% y en pacientes con retención de restos placentarios con un 51%. Se concluye que la anemia es una patología que prima en la salud pública, donde encontramos que las puérperas tienen una alta incidencia de padecerla. Las principales características obstétricas que tienen mayor significancia para la presencia de anemia puerperal en este estudio son la episiotomía, el desgarro del canal de parto, atonía uterina y retención de restos placentarios.

Palabras clave: Incidencia, anemia, puérperas, parto vaginal.

ABSTRACT

The present research work aims to determine the incidence of anemia in postpartum vaginal delivery women at the Santa María del Socorro Hospital in Ica - 2019 - 2020. The study is non-experimental, descriptive, retrospective and cross-sectional. Consequently, the overall definitive sample of the total medical records of postpartum vaginal delivery puerperal women attended at the Hospital Santa María del Socorro-Ica of 1365 is 300. The results found showed that the incidence of puerperal anemia at the Hospital Santa María del Socorro de Ica is 79% corresponding to 237 patients, during the period from 2019-2020. Of the patients, 46.3% had mild anemia and 32.7% had moderate anemia. Of the 100% of postpartum puerperal women with postpartum anemia 64.1% presented ages between 20 to 35 years, 81.9% are housewives, 75.5% are cohabitants, 69.5% have completed high school and 92.4% come from urban area. The obstetric characteristics that are significantly associated with postpartum anemia with greater continuity are: patients with episiotomy with 63.3%, patients with tearing of the birth canal with 68.4%, patients with uterine atony with 52% and patients with retained placental debris with 51%. It is concluded that anemia is a pathology that prevails in public health, where we found that puerperal women have a high incidence of suffering from it. The main obstetric characteristics that are most significant for the presence of puerperal anemia in this study are episiotomy, tearing of the birth canal, uterine atony and retained placental debris.

Key words: Incidence, anemia, puerperal women, vaginal birth.

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TÍTULO

INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EN
EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – 2019 – 2020

ÁREA DE CONOCIMIENTO:

Ciencias Médicas y de la salud.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud pública y conservación del medio ambiente.

AUTORA:

Rojas Vera Malú Jahayra.

ASESORA:

Dra. Carmen Rosa Laos de Ajalcriña.

INTRODUCCIÓN

La anemia afecta a todo el mundo, no obstante, el grupo de población que cuenta con la mayor cantidad de población afectada es el de las gestantes con 41.8% según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, se estima que el 23.3% de mujeres puérperas que están dando de lactar también tiene anemia (1).

La anemia puerperal se debe en su mayoría a la pérdida sanguínea por hemorragia aguda que presenta diferentes etiologías, en muchas ocasiones esto conlleva a incrementar la tasa de muerte materna en el mundo, la muerte materna es mayor en zonas rurales y en comunidades pobres.

A nivel mundial se ha reducido del 44% de la mortalidad materna entre los años de 1990 y 2015. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial entre 2016 y 2030 a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos. La muerte materna en el Perú, fue de 457 muertes en el 2010 a 80 en el 2015, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa) (2).

Se da por Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01.Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas y en el 2017 se da El Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 que incluye el despistaje de anemia de mujeres gestantes y puérperas, y el inicio inmediato del tratamiento de anemia, con el único objetivo de erradicar esta afección (3).

Con esos antecedentes se formuló el tema “Incidencia de anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020”, cuyos propósitos fueron: Determinar la incidencia de anemia en pacientes puérperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica; reconocer las características sociodemográficas, conocer las características obstétricas e identificar el porcentaje de los niveles de hemoglobina de las pacientes con anemia postparto.

Fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, se estudió un universo de 1365 pacientes y una muestra de 300 pacientes, cuyos datos se recopilaron de la historia clínica de las pacientes ingresadas en el periodo de estudio que cumplieron con los datos de inclusión, mediante una hoja de recolección de datos.

Al finalizar la investigación se concluyó que la anemia puerperal debido a que es un tema de salud latente en nuestro medio es importante dar a conocer la frecuencia de dicha patología para de esa manera evitar o prevenir la morbimortalidad de sus usuarias, con el fin de dar un apoyo al mejoramiento del manejo de la paciente así mismo de la calidad de atención en salud y brindar mayor valor a la enfermedad como tal, proporcionando datos que se pueden utilizar en el diseño de intervenciones e implementación de normas para reducir la incidencia de la anemia que repercute en gran medida en la calidad de vida de la madre y del recién nacido.

Esta investigación será de utilidad para las pacientes con el fin de disminuir la incidencia de anemia en el postparto, así como también servirá al profesional de salud para brindar una atención oportuna orientada a la detección precoz y tratamiento de la anemia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I. CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL:

Zhao A, Zhang J, Wu W, et al. (2019) en su estudio titulado **“La anemia posparto es un problema de salud pública desatendido en China: un estudio transversal”**; **China**. Los objetivos de los investigadores fueron determinar la prevalencia de anemia posparto entre mujeres urbanas lactantes; investigar los predictores de anemia y explorar los posibles efectos sobre la salud en el rendimiento de la lactancia. Entre el método y diseño del estudio: Ellos usaron métodos de muestreo de etapas múltiples para reclutar a 495 mujeres lactantes de 3 ciudades de China. Recolectaron muestras de sangre y leche materna para analizar los niveles de hemoglobina y el contenido de hierro, respectivamente. Las ingestas y fuentes de alimentos y nutrientes ricos en hierro se investigaron según el Cuestionario de frecuencia alimentaria y el recuerdo dietético de 24 horas. Entre los resultados se obtuvo que la prevalencia global de anemia posparto fue de 32,7%; no se encontraron casos de anemia grave. Las mujeres que vivían en Guangzhou tenían una prevalencia de anemia significativamente mayor. En cuanto a la ingesta dietética, la cantidad de hierro que se ingiere fue en general buena con una alta proporción de hierro hemo. La proporción de fuentes animales fue del 23,0%. La ingesta total de hierro y las fuentes de hierro no se asociaron con la anemia. La ingesta de vitamina C fue significativamente mayor en las mujeres no anémicas (la mediana (25º, 75º) fue (72,6 (38,4, 130,0) mg / d)) que las mujeres anémicas (54,7 (30,7, 111,3) mg / d). No hubo diferencias significativas en el contenido de hierro de la leche materna entre mujeres con y sin anemia ($r=0.047$, $p=0.302$). Los autores concluyeron que la anemia posparto es común en mujeres chinas urbanas. Una correcta atención prenatal y adecuados hábitos alimentarios, ayudarán a prevenir la anemia postparto (4).

Yefet E, Suleiman A, Garmi G, et al. (2019) en su estudio titulado **“Evaluación del cribado de anemia posparto para mejorar el diagnóstico de anemia y la atención del paciente”**; Israel. Los investigadores evaluaron la eficacia de un protocolo de cribado para el diagnóstico y tratamiento de la anemia posparto en la sala de maternidad. Los autores llevaron a cabo un estudio prospectivo no aleatorizado de implementación del protocolo de detección de anemia antes y después durante dos períodos consecutivos; las mujeres que tenían programado un parto vaginal se sometieron a pruebas de hemoglobina (Hb) antes del parto. Durante el primer período (del 29 de junio al 10 de octubre de 2015; N=803) midieron la Hb posparto en mujeres con síntomas relacionados con la anemia, hemorragia posparto o anemia grave antes del parto (Hb <8 g/dL; grupo de "síntomas"). Durante el segundo período (del 11 de octubre de 2015 al 27 de enero de 2016; N = 755) también midieron la Hb en todas las mujeres con anemia antes del parto [es decir, Hb <10,5 g/dL] (grupo de "detección"). Como resultado primario tuvieron, tasas de mujeres con (1) diagnóstico de anemia posparto (Hb <10 g/dL) y (2) administración de sacarosa de hierro parenteral (indicado para Hb posparto ≤ 9.5 g/dL). Las tasas de detección de anemia posparto fueron mayores en el grupo de cribado en comparación con el grupo de síntomas (140 (19%) versus 100 (12%), OR ajustado 2,2 IC 95% [1,6-3,0], respectivamente). Las tasas de tratamiento con hierro sacarosa también resultaron mayores (110 (15%) versus 88 (11%), OR ajustado a 2,0 IC del 95% [1,4-2,7], respectivamente). Un total de 122 mujeres fueron diagnosticadas con anemia moderada-grave en el grupo de cribado, 27 de las cuales (22%) fueron diagnosticadas únicamente debido al protocolo de cribado. Los investigadores concluyeron que un examen de rutina de mujeres con anemia antes del parto para la anemia posparto condujo a un mayor diagnóstico de anemia y, en consecuencia, a una mejor atención médica (5).

Zamora D (2018) en su estudio titulado **“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 diciembre del 2016 en el Hospital Delfina Torres de la Concha en la ciudad de Esmeraldas”**; Ecuador. El investigador en este estudio buscó determinar la relación entre incidencia y gravedad de anemia en el puerperio con el tipo de parto y el acceso al control prenatal de mujeres que fueron atendidas durante los meses de septiembre-diciembre del 2016. Este estudio fue observacional, analítico de corte transversal, lo realizó en 813 puérperas. El investigador demostró que la cesárea es factor de riesgo y la falta de acceso a controles prenatales para: parto por, anemia severa en el puerperio y parto con edad gestacional ≤ 28 semanas. Asimismo, señaló que son factores de cuidado ante parto por cesárea: el rango de edad entre 10 a 14 años (OR 0,384 IC 0,155 – 0,951 Valor P 0,032), la etnia mulata (OR 0,368 IC 0,180 – 0,751 Valor P 0,004) y el acceso de controles prenatales (OR 0,519 IC 0,330 – 0,818 Valor P 0,004). Por lo tanto, concluyó que en el parto distócico se da mayor incidencia y gravedad de anemia puerperal con 58%, mientras que por parto eutócico se dio el 42%, además la falta de acceso a control prenatal acarrea a una mayor incidencia de anemia postparto y es un factor de riesgo importante para anemia severa (Hemoglobina $< 7\text{g/dl}$) en el puerperio (6).

Urquiza X, Rodríguez M, García A, et al. (2016) en su estudio titulado **“Anemia en el embarazo y postparto inmediato, prevalencia y factores de riesgo”**; llevada a cabo en el **Hospital Universitario Mutua Terrassa, España**. El objetivo de los investigadores fue calcular la prevalencia de la anemia en el posparto inmediato, describir los factores de riesgo y el valor correcto de la hemoglobina precedente al parto para disminuir la anemia. Con respecto al material y métodos que utilizaron en el estudio; fue una investigación prospectiva, observacional y longitudinal que comprendió a 1426 mujeres de manera sucesiva que aceptaron colaborar en la investigación.

Los investigadores analizaron distintas variables, analíticas epidemiológicas y clínicas, así como fetales y maternas. El resultado del estudio al que llegaron fue: La prevalencia de anemia en el postparto inmediato fue del 49,7%. Los factores de riesgo principales fueron la anemia preparto y el tipo de parto, con respecto a los porcentajes se tuvo el fórceps con un 82,3% con un resultado de anemia posparto, el vacuum con un 67%, cesárea con un 58,2% y con el parto eutócico un 37,2%. En el estudio multi diverso se hallaron factores de riesgo independientes primordiales: la hemoglobina el día del parto (OR: 6, 16; IC: 3, 73-10,15) y el parto instrumentado (OR: 4.61; IC: 3, 44-6, 19). Además, entre otros factores tuvieron la hemoglobina del tercer trimestre, la episiotomía y los desgarros perineales, la etnia, el peso del neonato, la paridad y las complicaciones intra y posparto. Los investigadores concluyeron que la anemia en el posparto es un problema habitual y que los factores que más se vincularon fueron el parto instrumentado y la anemia preparto. Si las pacientes logran estar al día del parto con hemoglobina $\geq 12,6$ g/dl, se optimizaría la tasa de partos instrumentados y cesáreas, reduciendo así las episiotomías sin incrementar los desgarros perineales con una reducción muy relevante de la Anemia en el Posparto inmediato (7).

Riascos X (2016) en su estudio titulado **“Anemia posparto vs poscesárea en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto-octubre 2015”;** **Ecuador.** En este estudio, el propósito de la autora fue: Determinar la incidencia de anemia posparto vs poscesárea en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto-octubre 2015. Reconoció el grado y continuidad de la anemia además de la correlación con el volumen sanguíneo perdido en las pacientes posparto y poscesárea, definió la causa de sangrado para determinar la anemia luego del parto y cesárea, así se supo el tratamiento utilizado de acuerdo al grado de anemia en estas pacientes.

Este estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal y correlacional en donde el universo fue compuesto por 1159 pacientes, la autora investigó una muestra de 509 mujeres que unían los criterios de inclusión, las cifras se seleccionaron de la historia clínica, a través de una hoja de recolección de datos elaborada por la autora. Por consiguiente la autora tuvo que: La incidencia de anemia posparto llegó a un 56,18% y poscesárea con un 43,81%, se presentó anemia moderada con 58,72% en posparto y 64,11% en poscesárea, se vincularon con pérdida sanguínea entre 300 ml – 400 ml y 700 ml – 800 ml de acuerdo a cada dato presentado, cuya causa de sangrado fueron en el posparto, desgarro vaginal con 51,74% y atonía uterina con 4,54%, en post cesárea atonía uterina 2,69% y ruptura uterina 0,89%; de acuerdo al estudio el tratamiento usado fue en anemia posparto el hierro oral con 59,79% y poscesárea con 66,05%. La investigadora concluyó que es mayor la incidencia de anemia puerperal, mostrándose primordialmente anemia moderada tanto en parto y cesárea, causada por desgarro vaginal, atonía uterina y ruptura uterina, que se trataron esencialmente con hierro oral (8).

1.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL:

Jimeno M, Cabrera R (2019) en su estudio titulado “**Factores socioculturales y obstétricos asociados a la anemia en parturientas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2018**”; Tarapoto. Las investigadoras tuvieron como objetivo determinar la asociación de los factores socioculturales y obstétricos con la anemia en parturientas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. El tipo de investigación que emplearon las autoras fue cuantitativa, analítica, comparativa, casos-controles. La población fue de 175 parturientas y la muestra estuvo constituida por 86 parturientas con anemia y 89 sin anemia, la técnica que utilizaron las autoras fue la revisión documentaria y el instrumento la ficha de recolección de datos.

Los resultados a los que llegaron fueron, de acuerdo a los factores socioculturales de las parturientas con anemia, predominantemente se tuvo que el 67,4% tenían 20 a 34 años, el 61,1% tuvo instrucción secundaria, el 29,7% procedían de Tarapoto. Sobre los factores obstétricos hallaron que el 86,9% recibió suplementación de hierro, el 96% fueron controladas mediante su hemoglobina, 5,7% tuvo macrosomía fetal, 16,6% presentaron preeclampsia. De las 175 parturientas descubrieron que el 10,9% tuvieron episiotomías, 82,3% mostraron desgarro vaginal de I grado, 3,4% hicieron retención de membranas, 53,7% hicieron sangrado en más de 500ml. Durante el parto hallaron que el 2,9% tuvo trabajo de parto prolongado. No encontraron ningún caso de parto precipitado. El 22,3% fueron cesareadas anteriormente y el 96,6% tuvieron atención prenatal. Con respecto a la proporción de anemia en las parturientas hallaron un 49,1% de las cuales existieron 41 casos de anemia leve, 42 casos de anemia moderada y 3 casos de anemia severa. Las investigadoras llegaron a la conclusión que, según los factores socioculturales no se asociaron a la anemia ($p > 0,05$). Sin embargo, hallaron relación significativa de los factores obstétricos con la anemia, para suplementación de hierro en el embarazo ($X^2=6,443$; $p=0,040$), el control de hemoglobina durante el embarazo ($X^2=3,902$; $P=0,048$), ($p < 0,05$) y el factor control prenatal mostraron una asociación significativa con la anemia ($X^2=6,430$; $p=0,013$) ($p < 0,05$). Mientras los otros factores no se asociaron con la presencia de anemia en la parturienta ($p < 0,05$) (9).

De La Cruz J (2019) en su estudio titulado **“Factores obstétricos Intra-parto asociados a la anemia en el puerperio inmediato en adolescentes del Hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo de enero -diciembre 2018”**; Lima. La autora tiene como objetivo determinar los factores obstétricos intra-parto asociados a la anemia en el puerperio inmediato en adolescentes del Hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo de enero- diciembre 2018. El material y método que empleó fue un estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo, de casos y controles.

Su tamaño de muestra estuvo conformado por 167 puérperas de las cuales 55 pertenecen al grupo de casos con anemia y 110 pertenecen al grupo controles sin anemia. La autora utilizó la prueba de Chi cuadrado para analizar la relación entre variables, así mismo empleó el Odds Ratio para definir la fuerza de asociación. Tuvo como resultado que los factores obstétricos intra-parto estadísticamente significativos para desarrollar anemia en el puerperio inmediato. En este estudio fueron el desgarro perineal ($p=0.000$; $OR=12.07$; $IC\ 95\% 5.1- 25.1$), alumbramiento incompleto ($p=0.004$; $OR=2.64$; $IC\ 95\% 1.3-5.1$), atonía uterina ($p=0.000$ $OR=13.22$; $IC\ 95\% 5.2-32.5$) y trabajo de parto prolongado ($p=0.000$ $OR=9.06$; $IC95\% 4.3-19.0$) no habiendo relación estadísticamente significativa con el resto de variables. La investigadora concluyó que la anemia es un problema de salud pública, por el cual las adolescentes puérperas presentan una alta prevalencia. Los principales factores obstétricos intra-parto asociados para desarrollar anemia en el puerperio inmediato en este estudio fueron el desgarro perineal, alumbramiento incompleto, atonía uterina y trabajo de parto prolongado (10).

Chuquiruna M (2018) en su estudio titulado “**Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017**”; **Cajamarca**. La autora tuvo como objetivo determinar y analizar algunos factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Su investigación fue no experimental, descriptiva y prospectiva de corte transversal. El tamaño de muestra fue constituido por 108 puérperas primíparas con anemia postparto, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia durante el periodo de junio-agosto del 2017. Los resultados a los que llegó la investigadora fue que el 77,8% presentaron edades entre 19 a 24 años, el 67,6% eran convivientes, el 33,3% tenían secundaria completa, el 70,4% son amas de casa y el 61,6% proceden de zona rural. Asimismo, el 45,3% correspondió a puérperas con anemia moderada; seguido del 41,7% con anemia leve y el 13% con anemia severa.

Entre los factores obstétricos que se relacionaron significativamente a la anemia postparto con una mayor frecuencia son en: pacientes con episiotomía en un 87,96%, en pacientes con pérdida sanguínea mayor 500 ml con un 78,7%. En pacientes con desgarros vulvoperineales con un 38%; y en pacientes con alumbramiento incompleto con un 25%. La autora concluyó que la episiotomía, la pérdida sanguínea y los desgarros vulvoperineales fueron los factores obstétricos que tuvieron mayor significancia para la presencia de anemia postparto en puérperas primíparas (11).

Alvarez D, Pfara R (2017) en su estudio titulado **“Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y el sangrado en madres atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2015”**; **Arequipa**. En esta tesis las investigadoras pretenden establecer la relación del nivel de hemoglobina de las madres gestantes, tomada durante el tercer trimestre del embarazo y el nivel de hemoglobina en el post parto en pacientes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar durante el 2015. Ellas utilizaron el método descriptivo, diseño tipo no experimental transversal y por la profundidad del estudio tipo relacional. Su población fue de 108 madres que fueron sometidas a criterios de inclusión y exclusión con la técnica observación documental y la ficha de observación. En sus resultados obtuvieron, que en la etapa gestacional observaron 2.8% de madres con anemia; en la etapa post parto 27.8% tuvieron anemia leve y 28.7% tuvieron anemia moderada. Habiéndose presentado sangrado moderado. Estos casos que presentaron evidenciaron la relación que existe entre el nivel de sangrado y la baja de la hemoglobina que se produce después del parto (12).

Zárate L (2017) en su estudio titulado **“Factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril 2017”**; **Lima**. La investigadora tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

En su metodología usó estudios de casos y controles el cual tuvo una muestra de 120 parturientas, distribuidas en 60 con anemia hasta el momento del parto y 60 que no presentaron anemia en el momento del parto, se aplicó el instrumento de recolección de datos donde se investigó sobre los factores personales, vinculados al sistema sanitario y obstétrico. Luego la información fue procesada en el programa Microsoft Excel y analizada en el programa estadístico SPSS versión 22, a través de estadísticas descriptivas e inferencial con prueba de hipótesis significativa para un valor de p menor a 0,05 y para la determinación de las asociaciones se utilizó el OR con un intervalo de confianza al 95%. La autora tuvo como resultado que los factores personales asociados a la anemia fueron: apoyo de la familia (OR=8.02), confianza en el tratamiento (OR=4.04), adherencia al tratamiento (OR=5.68), renuncia definitivamente al tratamiento dado (OR=2.5). El factor obstétrico asociado fue: el nivel de hemoglobina en el primer examen (OR=2.89). Los factores relacionados al sistema sanitario asociados fueron: tiempo de consulta adecuado en la atención prenatal (OR=3.52), si el personal expuso sobre los riesgos de la anemia en el embarazo (OR=2.51), receta de algún anti anémico (OR=3.36), orientación nutricional (OR=3.5), monitoreo del tratamiento (OR=2.57). Concluyó que hay factores personales y obstétricos relacionados al sistema sanitario asociados a la persistencia de anemia en las parturientas (13).

Casavilca K, Egoávil J (2017) en su estudio titulado **“Factores de riesgo y anemia en el postparto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016”**; **Huancayo**. Los autores tienen como objetivo conocer los factores de riesgo maternos, del producto y obstétricos, asociados a la anemia en el postparto en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. El material y el método de estudio que emplearon fue analítico observacional de casos y controles sobre factores de riesgo relacionados a la anemia en el postparto.

Estudiaron una muestra de 174 historias clínicas, de las cuales 58 (33%) eran casos de anemia gestacional y 116 (67%) eran controles anemia postparto. Encontraron que hay relación significativa entre la presencia de anemia gestacional y la anemia en el postparto ($p < 0,001$; $OR = 18,4$; $IC_{95\%} 6,4-50,7$), del mismo modo se encontró relación estadística significativa entre la cesárea como tipo de parto y la anemia postparto ($p < 0,001$; $OR = 3,51$; $IC_{95\%} 1,8-6,9$) y en el análisis multivariado se encontró que la primiparidad es un factor de riesgo en cuanto a la persistencia de anemia en el postparto con relación estadística significativa ($p = 0,015$; $OR = 2,715$). Los investigadores concluyeron que la anemia es un problema de salud pública, con una alta incidencia en la población y en mujeres púerperas. Los factores de riesgo relacionados a la anemia en el postparto fueron, la presencia de anemia durante la gestación, cesárea como tipo de parto y la primiparidad (14).

Orejon F (2016) en su estudio titulado **“Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre-noviembre 2015”**; **Lima**. En este estudio la investigadora determinó los factores obstétricos vinculados a la anemia posparto inmediato en primíparas. La investigación fue descriptiva de corte transversal, retrospectivo y la muestra estuvo conformada por 110 primíparas con anemia en el puerperio inmediato que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el tiempo de septiembre-noviembre de 2015, se evaluaron las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medias de tendencia central y difusión para variables cuantitativas. La investigadora empleó la prueba Chi-cuadrado para hallar la asociación de las variables cualitativas con un nivel de confianza de 95%. La edad promedio de las pacientes fue de 22 años y el porcentaje dado por el estudio con respecto al grado de anemia en las pacientes fue el 68% anemia leve, el 28% anemia moderada y el 3% anemia severa.

Las causas que se relacionan significativamente a la anemia post parto inmediata fue el uso de analgesia en el trabajo de parto con un $p=0.009$, dándose en el 34% de puérperas ($OR=2,10$) (IC 95% 1,58 3,56) y la práctica de episiotomía con un $p=0.033$ en donde el 31% de puérperas mostró esta causa (15).

1.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL:

Hinojosa J (2020) en su estudio titulado “**Hemoglobina materna y su relación con el peso del recién nacido en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chincha enero a diciembre del 2019**”; **Chincha**. El autor tiene como objetivo relacionar la hemoglobina materna con el peso del recién nacido en puérperas. El autor utilizó como metodología el estudio observacional, analítica, retrospectiva, transversal, que tuvo como resultados un 2.9% de gestantes que tenían anemia severa, un 14.7% anemia moderada, un 29.4% anemia leve y un 53.0% no tenían anemia. El 17.6% son recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional, 61.8% tuvieron un peso adecuado para su edad de gestación y 20.6% tuvieron un peso grande para su edad gestacional. Existió correlación entre la hemoglobina materna con el peso del recién nacido en gestante atendida en el Hospital San José de Chincha de enero a diciembre del 2019, a menor concentración de hemoglobina menor peso del recién nacido. El investigador concluyó que el estado nutricional del neonato depende de la concentración de hemoglobina de la madre siendo menor el peso cuando la concentración de hemoglobina de la madre es baja, con un índice de correlación Tau-c de Kendall de 0.217 (16).

Huayhua D (2020) en su estudio titulado “**Factores asociados a la hemorragia post-parto que se presentan durante el puerperio en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el año 2019**”; **Pisco**. El investigador tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la hemorragia postparto que se presentan durante el puerperio.

El autor utilizó como metodología un estudio de caso y control con 82 casos y 82 controles, transversal, retrospectiva, analítica, observacional. Revisó historias clínicas de las puérperas del Hospital San Juan de Dios hospitalizadas en el servicio de obstetricia durante el 2019. Tuvo como resultados: La multiparidad como factor asociado de riesgo a mayor posibilidad de presentar hemorragias posparto. El trabajo de parto prolongado como factor asociado de riesgo a más posibilidad de presentar hemorragias posparto. La macrosomía fetal como factor de riesgo que se asocia a una mayor probabilidad de presentar hemorragias posparto. La preeclampsia como factor asociado de riesgo a más posibilidad de presentar hemorragias posparto. El autor concluyó que el 58% terminaron con anemia post parto y la multiparidad, la prolongación del tiempo del trabajo de parto, la macrosomía fetal y la preeclampsia son factores de riesgos para presentar hemorragias posparto con niveles estadísticos significativos (17).

Girao R (2015) en su estudio titulado “La multiparidad como factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica, enero a diciembre 2014”; Ica. En este estudio la autora desarrolló una investigación sobre la multiparidad, que tuvo como objetivo determinar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina en el puerperio inmediato. Evaluar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por atonía uterina, especificar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por retención placentaria, estimar la relación entre la multiparidad y la hemorragia uterina por desgarros del canal blando del parto; fue un estudio retrospectivo de corte transversal, para lo cual la población estuvo conformada por 127 pacientes puérperas multíparas con hemorragia uterina, las cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Además, se aplicó el instrumento de recolección de datos en las historias clínicas.

Los resultados a los que llegó la autora de esta investigación fue que el porcentaje de multíparas con hemorragia uterina en el puerperio fue de 91%, siendo así de mayor porcentaje los desgarros de partes blandas con el 41%. Se presentó anemia leve post parto con el 46%, el shock hipovolémico con 75%, la histerectomía con un 9% y en el año de investigación hubo una muerte materna de 1%, además las edades de las multíparas fueron entre 19-34 años con un 45%, el estado civil de mayor índice de casos fueron las convivientes con un 40%, el periodo intergenésico normal con 57% y las pacientes que no registraron cesáreas anteriores con una alta prevalencia del 72%, por lo tanto debido a la investigación la autora concluyó que la multípara es un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio (18).

1.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. ANEMIA:

La anemia es una patología ocasionada por la disminución del número de glóbulos rojos y la siguiente reducción de hemoglobina de un mínimo de dos desviaciones estándar por debajo de los parámetros normales. A nivel del mar encontramos valores disminuidos ya que el incremento en la presión parcial de oxígeno presiona al organismo a una mayor producción de glóbulos rojos para cumplir con sus funciones. También existen modificaciones de acuerdo al sexo, observándose valores disminuidos en mujeres. Como norma se ha establecido un hematocrito entre 40 y 50% y además una concentración de hemoglobina entre 13 y 18 g/dl, en un hombre y para una mujer: hematocrito entre 37 y 40%, y hemoglobina entre 12 y 16 g/dl (19).

1.2.1.1. Sangre, Hemoglobina y Hierro:

La sangre: Es un conjunto poli sistémico formado por diversas estructuras anatómicamente impares con funciones muy diferentes, como son: (20).

El sistema eritrocítico, vector de gases (traslada el oxígeno y el dióxido de carbono); el sistema leucocitario designado a las funciones de defensa como la fagocitosis; un sistema trombocítico que se interpone en la coacción de las hemorragias de coagulación y un sistema plasmático compuesto por varios subelementos como: Proteínas, lípidos, glúcidos, aniones y cationes, agua extracelular e intravascular que forman el fluido hemático a la vez transmisor de calor, conductor de todas las materias nutritivas y reguladoras, y colector-transportador de las sustancias de desecho (20).

Hemoglobina: La proteína sobresaliente en los glóbulos rojos es la hemoglobina, químicamente es un cromo prótido hémico, está constituida por un conjunto pigmentario llamado hemo, y por una proteína simple llamada globina que compone el 96% de la hemoglobina, y el Hem el 4%, de este 4% del grupo Hem, el 0,4% lo compone la parte férrica del hemo y la protoporfirina III el 3,6% (21). Cada día la hemoglobina traslada más de mil litros de oxígeno abasteciendo a los tejidos para la respiración celular interna. La cual cumple dos funciones primordiales: la oxidación en el cual el hierro se transforma de ferroso a férrico y la oxigenación que es el procedimiento por el cual la hemoglobina coge un átomo de oxígeno sin que exista ninguna modificación química por este enlace (22).

Hierro: En la corteza terrestre el hierro es un metal muy común, su número atómico es 26 y su símbolo químico es Fe. El hierro en los alimentos, se halla en los productos procedentes de la carne en forma de hem, mientras que el hierro no hem, se halla en los alimentos de origen vegetal, en el huevo, en la leche, su absorción necesita de otros elementos de la dieta. La absorción de hierro es un mecanismo complicado, los enterocitos captan al metal y lo transportan al interior de la célula intestinal; luego se junta a la ferritina o a la transferrina que son los que transportaran el hierro al plasma y a los tejidos para su almacenamiento y el sobrante de hierro se elimina por heces, sudor y la exfoliación normal del pelo y la piel (23).

1.2.1.2. Clasificación de la Anemia:

Clasificación según su función: “La anemia funcionalmente se clasifica por un defecto en la productividad medular, en la conservación de los hematíes adultos o en la perduración de los precursores eritroides y esto ayuda para escoger las pruebas de laboratorio que aprueben el diagnóstico etiológico en cada caso” (19).

Clasificación etiológica: “Por disminución de sangre (Anemia aguda y crónica); Por producción insuficiente de eritrocitos, Por eliminación exagerada de eritrocitos - anemias hemolíticas, Por fallas intrínsecas del eritrocito, Por daños que bajan la producción e incrementan la eliminación de eritrocitos” (23).

Clasificación morfológica:

Anemias macrocíticas: “Son las vinculadas a la insuficiencia de vitamina B12 ácido fólico que son las anemias megaloblásticas macrocíticas y las que se encuentran vinculadas a la actividad intensa de la médula ósea y en otras condiciones las llamadas anemias macrocíticas no megaloblásticas ósea” (19).

Anemias hipocrómicas, microcíticas: “La insuficiencia de hierro por: disminución grave de sangre, absorción deficiente de hierro, ingestión insuficiente o por demanda exorbitante de hierro (crecimiento, menstruación, embarazo)” (19).

Anemias normocíticas: “Por disminución aguda de sangre, enfermedades crónicas, deficiencia de la médula ósea” (19).

1.2.1.3. Sintomatología:

“En la anemia su sintomatología depende de la velocidad con la que ésta aparece, de su agravación y de la edad del paciente. Se puede encontrar los siguientes síntomas en casos graves y/o agudos como: descenso del volumen de orina, piel fría y húmeda e inclusive ángor (dolor en el pecho)” (23).

“Las causas etiológicas de la anemia son muy distintas entre las más frecuentes tenemos: Nutrición defectuosa, efectos adversos de medicamentos, enfermedades crónicas como el cáncer, entre otros” (23).

1.2.1.4. Deficiencia de Hierro y Anemia Ferropénica:

La disminución de hierro es la primera causa de anemia, sin embargo, la carencia de otros nutrientes como vitaminas B12 y A, ácido fólico, cobre y proteínas, asimismo pueden provocar una anemia, así como las talasemias que son modificaciones genéticas de la hemoglobina y patologías infecciosas e inflamatorias (20). Mientras que la anemia ferropénica puede ocasionar una gradación de trastornos en el organismo, desde una simple reducción de los depósitos de hierro, hasta una tercera etapa donde la anemia puede poner en peligro la vida en la cual se encuentra una reducción de la masa eritrocitaria y se manifiestan todos los síntomas de una hipoxia tisular (19).

1.2.1.5. Diagnósticos de Laboratorio:

El diagnóstico de la anemia se da primordialmente por estudios de laboratorio, los puntos de corte para determinar la anemia a nivel del mar o altitud, planteados por la INAG (International Nutritional Anemia Consultative Group): Son la concentración de hemoglobina menor de 13 g/dl en hombres adultos, 12 g/dl en mujeres en edad fértil y 11 g/dl en mujeres embarazadas. Se mide la extensión de la repartición de tamaño de los eritrocitos circulantes, que es el volumen celular medio (VCM), este es el más específico para determinar la deficiencia de hierro, aunque puede ser positivo en caso de inflamación crónica (21).

“En el puerperio las hemorragias masivas del puerperio necesitan un tratamiento transfusional inmediato para restituir la volemia y preservar la perfusión de los órganos vitales” (24).

Estos comprenden reacciones secundarias a contaminación, infecciones como por ejemplo hepatitis, VIH y citomegalovirus, también las reacciones alérgicas, sobre cargas de líquidos, lesiones pulmonares y embolia gaseosa y sobre las reacciones inmunológicas las cuales pueden ser menores, incluyen fiebre, escalofríos o urticaria, o más graves, como hemólisis secundaria a la administración de sangre no compatible. El hierro parenteral en los casos moderados a severos se necesita una recuperación rápida de la anemia ferropenia y cuando hay efectos colaterales con el hierro oral una terapia conjunta con eritropoyetina (24).

1.2.1.6. Anemia Posparto:

La anemia posparto o del puerperio, es un inconveniente habitual en todo el mundo, y generalmente los casos se solucionan en la primera semana, pero al mismo tiempo puede ser una complejidad grave y acarrear un riesgo aumentado de complicaciones infecciosas. La hemoglobina al terminar la gestación, oscila en torno a los valores preparto durante unos pocos días y después aumenta inclusive los niveles previos al embarazo, así que la velocidad y la magnitud del aumento al inicio del puerperio son el producto de la suma de hemoglobina que se obtuvo durante el embarazo y de la cantidad perdida por el sangrado en el parto (25).

Valores de anemia post parto (hasta 1,000msnm):

- Severa: < 8.0 g/dl
- Modera: 8.0 – 10.9 g/dl
- Leve: 11.0 – 11.9 g/dl

*Sin anemia según niveles de hemoglobina: > igual a 12.0 g/dl (3).

Manejo preventivo de anemia post parto:

“El manejo preventivo de la anemia en puérperas que no presentan diagnóstico de anemia de acuerdo a los valores establecidos” (3).

Se pide a la puérpera una cuarta medición de hemoglobina a los 30 días postparto; mientras que las pacientes situadas en zonas geográficas, por encima de los 1,000 msnm, se realizará el ajuste de la hemoglobina observada. Si se detecta anemia (hemoglobina <11 g/dl, de acuerdo al ajuste altura), se refiere al médico u obstetra para determinar la conducta a seguir, evaluar y derivar a nutrición. Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio de nutrición, el profesional de salud capacitado en consejería nutricional será quien realice dicha actividad (3).

Las pacientes, hasta los 30 días postparto, reciben suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico. Cuando las dosis de Sulfato Ferroso más Ácido Fólico no es adecuada (< 75%) o existen efectos adversos que impiden su continuidad se aconseja iniciar con una dosis baja de 30 mg de hierro elemental por día e ir incrementando la dosis en un lapso de 4 a 5 días. En algunos casos se puede recomendar la toma de los suplementos con las comidas, pero la absorción de hierro disminuye, por lo que se puede tomar los suplementos con el estómago vacío; sin embargo, no siempre se puede tolerar. Es importante que la indicación de los suplementos vaya acompañada de la consejería nutricional, de acuerdo a la Guía Técnica Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera (3).

Manejo terapéutico de la anemia en pacientes con post parto:

“El tratamiento en las puérperas está dirigido a corregir la anemia y reponer los depósitos de hierro en su organismo. Se inicia con la administración de una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 6 meses acompañada de una buena consejería nutricional” (3).

“Los suplementos de hierro y Micronutrientes requeridos para el manejo preventivo como para el tratamiento terapéutico de la anemia en púerperas serán financiados y comprados por el Ministerio de Salud para todas las pacientes que lo requieran; sin discriminación de su afiliación o no tener seguro alguno la entrega es gratuita” (3).

1.2.2. ACCIDENTES DEL PARTO:

1.2.2.1. Lesiones de partes blandas:

Un parto rápido puede ocasionar estas lesiones, ya sea por procedimientos obstétricos o mala praxis. Mediante una mirada a la lesión en periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero podemos tener una valoración de ésta. El tratamiento se da a través de una cirugía menor como la sutura; si se vuelve incontrolable por su gravedad se realiza histerectomía (26).

1.2.2.2. Desgarro del cuello del útero:

Cuando el cuello del útero no está dilatado hasta 10 y a través de pujos maternos, antes de tiempo en los partos naturales, se intenta pasar o pasa la cabeza del bebé por el cuello uterino puede originar esta lesión. Por cierto, las lesiones comúnmente son de tamaño mínimo, menos de 1,5 cm, no sangran mucho por ende su forma de tratarlas a veces no es necesaria, a estas lesiones se les denomina desgarros espontáneos. El cuello uterino muestra un desgarro bicomisural que cicatriza de manera natural en el puerperio mediato. En ciertos casos por procedimientos en los que se usa mucha energía, se pueden generar desgarros de gravedad alta. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación menor a 10 cm, o por ayudar en la dilatación de forma manual en el cuello, partos rápidos, fetos con gran tamaño, entre otros. Cuando las lesiones sean mayores de 2 cm, se les denomina desgarros artificiales (27).

Estos son bastantes sangrantes, con hemorragia continúa debido al desgarro de la parte cervical del útero, aun cuando se tenga un útero bien contraído se debe suponer una lesión en el cuello, y se debe desarrollar una inspección con valvas. La forma más rápida de tratar es con una sutura denominada traquelorrafia (27).

1.2.2.3. Desgarro vaginal:

Tener una lesión a este nivel afecta los lados de la vagina, desde solo la mucosa a las paredes de la vagina incluso órganos cercanos, como el recto. En ocasiones ocurre luego de un parto traumático, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, defectuosas en la irrigación o con cicatrices a partos previos del canal, fetos macrosómicos y partos espontáneos. Cuando el sangrado es abundante no se puede distinguir si el periné está íntegro. Se finaliza la inspección con sondeo vesical y tacto rectal. Las dificultades normalmente pueden ser agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fístulas perineales, rectales o vesicales. La forma de tratar es con una cirugía menor, suturar la herida, evaluando la profundidad y complicación se hará por capas o planos con el procedimiento adecuado para los órganos cercanos como recto y vagina (27).

1.2.2.4. Desgarros vulvoperineales:

Para el diagnóstico de desgarros vulvoperineales según su extensión se han clasificado en cuatro tipos de grado: El primero afecta la mucosa vaginal, el segundo la musculatura vaginal, el tercero el esfínter anal, el cuarto musculatura del recto. La presencia de estos casos se asocia mucho con la extensión mecánica del periné, ofrecida a opresiones ejecutadas por el hombro y la cabeza del bebé, maniobras del profesional del obstetra o instrumentales, tejidos cicatrizados previamente, y tejidos de aspecto fibroso (27).

En el diagnóstico de primer y segundo grado tiene un buen pronóstico, excepto a las complicaciones sépticas que pueden estropear la sutura, el diagnóstico de tercer y cuarto grado es de pronóstico reservado. Se realiza el procedimiento de sutura, inmediatamente después del alumbramiento para tratar, la cual puede ser en dos planos, músculos y células, la idea es que la piel no debe tener espacios muertos (27).

1.2.2.5. Retención de la placenta y de las membranas ovulares:

Se muestra una variedad de propiedades clínicas y fisiopatológicas que se detallan de la siguiente manera.

1.2.2.5.1. Retención total de la placenta y membranas:

Distocias dinámicas: “Aparecen por deficientes contracciones llevando a la inercia del útero o a las mismas contracciones, pero desordenadas, avisando la inminente ruptura” (26).

Inercia: Se presenta con un útero con una deficiente contracción para ayudar a liberar a la placenta a desprenderse y a expulsarla al exterior. El origen puede ser por el empleo excesivo de drogas, sedantes, deformaciones congénitas, la distensión excesiva de la fibra muscular uterina (hidramnios, embarazo gemelar) o el empeoramiento de las mismas (multiparidad, obesidad, fibromatosis del útero) el cansancio de la acción retráctil del útero (parto prolongado) e infección amniótica. Se pueden contemplar tres posiciones: En el primer caso la placenta se encuentra totalmente adherida; en este caso la hemorragia está desaparecida, y el tratamiento se manobra con masaje uterino externo y el uso de oxitócicos para acelerar la contractilidad. En el segundo caso la placenta está parcialmente adherida; en este caso la hemorragia es casi usual y se ejecuta de acuerdo al peligro; acudiendo al masaje uterino y a los oxitócicos (26).

“En el tercer caso la placenta está desprendida y retenida en el útero, se usa el masaje uterino y un arrastre suave del cordón” (26).

Distocia anatómica: Conexión anormal de la placenta (placenta acreta), la placenta se establece encima de una decidua basal anormal o ausente, por lo que la vellosidad corial aumenta manteniendo contacto directo con la pared muscular uterina. El nivel de implantación de la vellosidad supedita tres adherencias, acreta, en esta situación es cuando la vellosidad está firmemente unida al miometrio sin entrar en él; Increta es la situación en el momento que la vellosidad penetra en el miometrio, pero no la traspasa y percreta, en esta situación es cuando la vellosidad penetra, traspasa el miometrio y llega hasta la serosa. El tratamiento de esta complejidad es ejecutado directamente con histerectomía sin extirpación de anexos (26).

1.2.2.5.2. Retención parcial de restos placentarios y membranas:

Retención de restos placentarios: Esta situación se presenta cuando uno o varios cotiledones quedan retenidos. En estos casos generalmente se pueden ejecutar maniobras inesperadas en el alumbramiento como el arrastre del cordón. El diagnóstico se efectúa con un examen minucioso de la placenta que se debe hacer por hábito luego del alumbramiento. El tratamiento radica en la extirpación del cotiledón retenido por legrado instrumental de preferencia con la cureta de bordes romos de Pinard conjuntamente utilizando útero-tónicos (oxitocina, metilergonovina) (26).

Retención de membranas: “En la retención de membrana se puede observar que pueden obstruirse en su totalidad o sólo parte de ellas tanto en prolongación como en volumen (amnios y corion independientemente)” (26).

Esta situación puede ocurrir por la ejecución de maniobras aceleradas para el alumbramiento o un nivel de adhesión evidente de las membranas, lo más usual es que se expulsan en los días subsiguientes al puerperio adjunto con los loquios, comúnmente disociadas. Además, se observan entuertos marcados o hedor loquial, posibilitando el progreso de gérmenes e infección del endometrio. Con respecto al tratamiento se hace uso de útero-tónicos (oxitocina, metilergonovina), antibióticos y posición de bolsa de hielo. En los casos de obstrucción total se puede solucionar con un legrado (26).

Atonía uterina del post alumbramiento: Este es uno de los sucesos en el cual el útero luego de expulsar la placenta, no se retrae ni contrae, transformándose en hemostasia. El útero, luego de haberse deshabilitado por completo, prosigue con un tamaño superior a lo normal, ya que el fondo se localiza sobre el ombligo; su densidad es muy blanda y no se forma el globo de seguridad de Pinard. Por lo tanto, lo que prosigue es excitarlo manualmente para contraerlo, así reduce su tamaño, incrementa su solidez, pero vertiginosamente retorna a su estado anterior. Al tratamiento; se realiza el masaje del útero a través de la pared del abdomen, que tendrá que extenderse mientras el órgano no se sostenga constantemente retraído, y la administración de oxióticos y soluciones intravenosas (cristaloides) y repetidamente la restitución de sangre segura (26).

1.2.2.6. Hemorragia Posparto Inmediato:

“Es el suceso en el cual la pérdida sanguínea más de 500 ml en las primeras 24 horas, o la existencia de signos y síntomas de inconsistencia hemodinámica o de requisito de transfusión sanguínea” (26).

1.2.2.7. Hemorragia Posparto Tardía:

“Es el suceso donde el sangrado se muestra después de las 24 horas hasta seis semanas después del parto” (26).

1.2.3. PUERPERIO:

La etapa de puerperio o posparto inicia luego de la salida de la placenta y comprende consecuentemente las seis semanas siguientes. El conjunto de transformaciones gravídicas retorna por un procedimiento de involución hasta volver aproximadamente a su estado anterior al embarazo. Excepto la glándula mamaria, ya que logra un gran crecimiento para asegurar la lactancia (26).

1.2.3.1. El periodo del posparto o puerperio se divide en:

Puerperio Inmediato: El puerperio inmediato se da durante las primeras 24 horas desde el parto, entre sus características tenemos, la tensión arterial se halla normal o algo baja, el pulso es regular, con una frecuencia de 60 a 70 latidos por minuto, en ocasiones hay escalofríos, además se debe cuidar la formación y duración del globo de seguridad de Pinard. Hay una pérdida sanguínea corta de aproximadamente 300 ml. En este periodo de tiempo la madre está en peligro debido al gran riesgo de hemorragia y shock. También al igual de los signos y síntomas anteriores se tiene que prestar interés a la probable hemorragia provocada por atonía uterina, retención de restos placentarios o por desgarros cérvico uterinos y vaginales altos (26).

Puerperio Mediato: Este periodo comprende entre el 2° día hasta el 10° día desde el parto. Entre los cambios locales: La involución uterina es suprema, el fondo del útero decrece 2 cm por día. Retorna la hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares del útero además inicia el restablecimiento del endometrio a partir de los fondos de saco glandulares y el cuello uterino se cierra (26).

En los cambios generales: Se clarifican las pigmentaciones de cara, senos y abdomen y las estrías van logrando un tono nacarado y desaparece la hipertrichosis gravídica además hay disminuciones de los estrógenos y de la progesterona y aumento de la prolactina. Al examen clínico: se encuentra la pared abdominal flácida, diastasis de los rectos y una pérdida de peso de 4 a 6 kg; el útero se palpa el primer día a nivel del ombligo; el 6° día a mitad de distancia entre el ombligo y el pubis; el 12° día se hace pelviano y no se palpa, además la consistencia al tacto debe ser firme y elástica y la palpación indolora. Las contracciones son dolorosas en las multíparas (entuetos). La involución de las vías genitales bajas es más veloz que la del útero. Con respecto al ano puede exhibir un rodete hemorroidal y sobre las vías urinarias existe retención de orina y constipación. Los loquios duran 15 días, su cantidad total es de un litro y medio y en los primeros 2 días los loquios son rojos (sanguíneos); el 3° y 4° día rosados (serosanguinolentos) y al final de este periodo son blancos serosos (26).

Puerperio Alejado: “Este periodo se da entre el día 11° hasta los 42 días, fecha estimada como la terminación del puerperio. En este periodo de tiempo se da casi la restauración y recuperación del estado gravídico de la mujer” (26).

Puerperio Tardío: “Este periodo comienza al término del puerperio alejado es decir al final de los 42 días del parto y se dilata hasta los 364 días cumplidos y sobre la mujer que da de lactar, el regreso de la menstruación tiene un periodo indefinido” (26).

1.3. MARCO CONCEPTUAL:

1.3.1. Incidencia: Es la cantidad reciente de casos de enfermedades que se mostraron en una posición más o menos específica en un preciso período de tiempo (28).

1.3.2. Anemia: Es una alteración en la cual el número de glóbulos rojos circulantes en la sangre se ha reducido y es escaso para satisfacer las necesidades del organismo. En salud pública la anemia es la concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (3).

1.3.3. Puerperio: Es la fase biológica que comienza al finalizar la expulsión de la placenta comprendida hasta las seis semanas o 42 días (29).

1.3.4. Parto: Es la expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos (30).

1.3.5. Parto Eutócico: Curso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, finalizando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción (30).

1.3.6. Hematocrito: Está compuesta por glóbulos rojos y es la proporción del volumen total de la sangre (3).

1.3.7. Hemoglobina: Es una proteína compleja que transporta el oxígeno en el organismo, compuesta por un grupo hem que en sus componentes tiene hierro y le da el color rojo al eritrocito y una fracción proteínica, la globina (3).

1.3.8. Concentración de hemoglobina: Es la porción de hemoglobina presente en un volumen estable de sangre, que se expresa en g/dl o g/l. (3).

1.3.9. Altitud: Es la longitud vertical de un punto de la tierra con relación al nivel del mar (3).

1.3.10. Hierro: Es un mineral que está almacenado en el organismo y sirve para producir la proteína hemoglobina y mioglobina que trasladan el oxígeno (3).

1.3.11. Hierro Hemínico: Es el hierro que interviene en la estructura del grupo hem unido a la porfirina y se halla solamente en alimentos de origen animal, como el hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res, etc. Teniendo una asimilación de 10-30% (3).

1.3.12. Hierro no Hemínico: Es el hierro de origen vegetal teniendo una absorción hasta el 10%, se encuentran en las habas, lenteja, arveja, con un nivel alto de absorción mientras que las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro tienen un nivel menor de absorción (3).

1.3.13. Adherencia: Es el punto en que el paciente cumple con las indicaciones de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito a esto se suma la buena disposición para seguir el tratamiento en la dosis, horario y tiempo indicado; la adherencia es apropiada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada (3).

1.3.14. Suplementación: Es la participación que consiste en la indicación y entrega de hierro, solo o con vitaminas y minerales, ya sea en gotas, jarabe o tabletas y de esta manera reponer o mantener los niveles adecuados en el organismo (3).

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

II. CAPÍTULO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

2.1.1. ENFOQUE MUNDIAL:

La anemia a nivel mundial es una afección grave y dentro de ella la población gestante es una de las más afectadas se estima que más del 40% de esta población en el mundo sufren anemia y un poco más de la mitad de esta cifra lo presentan las puérperas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017. La anemia en puérperas generalmente se debe a la pérdida sanguínea por hemorragia aguda y la consecuencia más grave es la muerte materna. Se estima que el 8,2% de las mujeres que dan su parto en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave presentando anemia en el puerperio que requerirá una transfusión (31).

“La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial entre 2016 y 2030 a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos” (2).

“En Honduras mueren 73 mujeres al año por cada 100,000 nacimientos y esta cifra no funciona para alcanzar el objetivo fijado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el 2000 y una de las causas por las se presenta este tipo de incidencia es por las hemorragias graves, que se presentan normalmente después del parto terminando en anemia puerperal aguda” (32).

“Según la OMS (2) la muerte materna es inadmisiblemente alta. En todo el mundo fallecen cada día unas 830 mujeres por problemas vinculados con el embarazo, el parto y/o el puerperio”.

2.1.2. ENFOQUE NACIONAL:

A nivel nacional según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, se estima que el 23.3% de las puérperas que dan de lactar presentan anemia. Además, tres de cada diez mujeres embarazadas (29,6%) sufren de anemia en el Perú, como lo muestra la Encuesta Demográfica de Salud Familiar realizada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En Lima Metropolitana existe la mayor suma de gestantes con anemia con el 23,1%, la selva con 22,9%, la sierra y el resto de la costa con 18,9% y puérperas en general con 23.3% en el Perú (1).

“Además las estadísticas sobre el porcentaje de muerte materna según el momento de fallecimiento en el 2017 fueron de 59.8% en el puerperio por causas de anemia y otros en este periodo, esta estadística fue realizada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) – MINSA (Ministerio de Salud)” (33).

En el 2016 el Ministerio de Salud aprueba la Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas y en el 2017 se da el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 que comprende el despistaje de anemia de mujeres gestantes y puérperas. Así mismo se hace obligatoria la aplicación de la Norma técnica de Manejo Terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas con el objetivo de contribuir al desarrollo y bienestar de esta población y se encuentren dentro del marco de la atención integral de salud (3).

“En el Perú la muerte materna pasó de 457 fallecimientos en el año 2010 a 80 en el 2015, según datos de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa)” (34).

2.1.3. ENFOQUE LOCAL:

“La mortalidad materna en Ica- Perú pasó de 6 defunciones en el año 2010 a 1 en el 2015, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa). La anemia en mujeres embarazadas en el año 2015 fue de (36,0 por ciento) y que tuvieron cuatro a cinco hijas e hijos nacidos vivos (25,6 por ciento)” (34).

2.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS:

2.2.1. PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es la Incidencia de Anemia en Puérperas de Parto Vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?

2.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

P.E.1. ¿Qué características sociodemográficas presentaron las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?

P.E.2. ¿Qué características obstétricas presentaron las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?

P.E.3. ¿Cuál es el porcentaje de los niveles de hemoglobina de las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?

2.3. DELIMITACIÓN DE PROBLEMA:

2.3.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL O GEOGRÁFICA:

El presente trabajo se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro, ubicado en la calle Castrovirreyna 759, Ica-Perú.

2.3.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL:

La investigación abarcó todos los casos producidos entre el mes de marzo de 2019 hasta febrero de 2020.

2.3.3. DELIMITACIÓN SOCIAL:

La investigación se realizó con la revisión de las Historias clínicas de puérperas de parto vaginal entre el periodo 2019 -2020.

2.3.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:

La investigación determinó la incidencia de anemia en puérperas de parto vaginal, es decir la cantidad de casos producido en un período de tiempo determinado por la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre de las pacientes que se encuentran en el periodo posterior a su alumbramiento de parto vaginal como vía de determinación de parto.

2.4. JUSTIFICACIÓN O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

2.4.1. JUSTIFICACIÓN:

La anemia en puérperas está vinculada a muchos factores los cuales pueden finalizar en una muerte materna, la cual se conceptualiza como la muerte de una mujer mientras está gestando o los 42 días seguidos a la finalización del embarazo, muy aparte de la duración y lugar, debido a cualquier causa vinculada o empeorada por la gestación o su atención, sin embargo, no por causas accidentales o incidentales (35).

“Además las estadísticas sobre el porcentaje de muerte materna según el momento de fallecimiento en el 2017 fueron de 59.8% en el puerperio por causas de anemia y otros en este periodo, esta estadística fue realizada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) – MINSA” (33).

“A nivel nacional ENDES 2017, estima que el 23.3% de las mujeres puérperas que dan de lactar padecen anemia. Además, tres de cada diez mujeres embarazadas (29,6%) sufren de anemia en el Perú, como lo informa la Encuesta Demográfica de Salud Familiar realizada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)” (1).

“En el mundo la mortalidad materna ha disminuido en torno al 44% entre 1990 y 2015. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030” (2).

2.4.2. IMPORTANCIA:

La incidencia de pacientes puérperas con anemia nos ayudó a identificar los factores que desencadenan esta enfermedad durante este periodo.

“Gracias a los numerosos casos se pudo observar cuántas muertes maternas se pueden evitar. Según la OMS la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto” (2).

Esta investigación va relacionando a la sociedad o grupos de personas que puedan afrontar este tipo de problema, y que a través de esta investigación se puedan explicar casos específicos relacionados a las pacientes puérperas con anemia y así poder ayudar a disminuir la muerte materna previniendo la anemia puerperal.

La anemia puerperal gracias a que es un tema de salud subyacente en nuestro medio es primordial dar a conocer la frecuencia de esta patología para de esa manera evitar o prevenir la morbimortalidad de sus pacientes, con la finalidad de la mejora del manejo de la usuaria y de igual forma de la calidad de atención en salud y dar valor a la enfermedad como tal, aportando datos que se pueden emplear en el diseño de intervenciones e implementación de normas para disminuir la incidencia de la anemia que afecta en gran parte en la calidad de vida de la madre y del recién nacido.

2.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

2.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.

2.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

O.E.1. Reconocer las características sociodemográficas que presentan las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.

O.E.2. Conocer las características obstétricas que presentan las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.

O.E.3. Identificar el porcentaje de los niveles de hemoglobina de las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.

2.6. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio no amerita la formulación de hipótesis por ser una investigación descriptiva univariable.

2.7. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:

2.7.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

2.7.1.1. Variable:

- Anemia en puérperas.

2.7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

TÍTULO: INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – 2019 – 2020

variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala	
VARIABLE ANEMIA EN PUÉRPERAS	PUÉRPERAS	Puerperio	- Puerperio inmediato.	- Las primeras 24 hrs.	I.	Ficha de recolección de datos.	Ordinal.	
			- Puerperio mediato.	- Desde el 2do hasta el 7mo día post parto.				
			- Puerperio tardío.	- Desde el 8vo día hasta los 42 días post parto.				
		Características Sociodemográficas	- La edad.	- 11 - 19 años. - 20 – 35 años. - >35 años.			Continua.	
			- Procedencia.	- Urbana. - Rural.				Nominal.
			- Grado de instrucción.	- Analfabeta. - Primaria compl. - Primaria inkompl. - Secundaria compl. - Secundaria inkompl. - Superior Univ. - Superior no Univ.				Ordinal.

				- Estado Civil.	- Soltera. - Casada. - Viuda. - Conviviente. - Blanca.			Nominal.
				- La raza.	- Mestiza - Negra - Indígena			Nominal.
	ANEMIA	Anemia Postparto		- Leve.	- 11.9 – 11.0 g/dl.	II.	Ficha de recolección de datos.	Continua.
				- Moderada.	- 10.9 – 8.0 g/dl.			
				- Severa.	- < 8 g/dl.			
		Características Obstétricas		- Laceraciones.	- Si/No	III.		Nominal.
				- Hematomas.	- Si/No			
				- Episiotomías	- Si/No			
				- Desgarros.	- Si/No			
				- Ruptura uterina.	- Si/No			
				- Atonía uterina.	- Si/No			
				- Retención de restos placentarios.	- Si/No.			

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA METODOLÓGICA / METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. CAPÍTULO: ESTRATEGIA METODOLÓGICA / METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, el análisis estadístico es univariado por que solo determina condiciones, estima los parámetros de la población a partir de una muestra o describe sus características.

Retrospectivo, porque se recolectó mediciones en las que no tuvo participación la paciente.

Transversal, se hace el estudio en una sola ocasión.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Descriptiva, porque describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad es describir y/o estimar parámetros.

3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo simple.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA MATERIA DE INVESTIGACIÓN:

3.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población estuvo conformada por 1365 puérperas de parto vaginal del Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.

3.2.2. MUESTRA DE ESTUDIO:

Probabilística. Ya que las muestras se recogen en un proceso que brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Para hallar el tamaño de muestra se aplicó la siguiente fórmula:

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida:

$$n = \frac{Z^2 pq.N}{E^2 (N - 1) + Z^2 .pq}$$

Datos:

n = muestra.

Z = nivel de confianza, 95% = 1.96

p = probabilidad de éxito: 50%: 100 = 0.5

q = probabilidad de fracaso: 50%: 100 = 0.5

E = nivel de error, 0.5%: 100 = 0.05

N = Población = 1365.

Aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) .1365}{(0.05)^2 (1365 - 1) + (1.96)^2 . (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.25) .1365}{(0.0025) (1364) + 3.8416 (0.25)}$$

$$n = 299.9601867106$$

$$n = 300$$

En consecuencia, la muestra definitiva global del total de la población es 300 puérperas de parto vaginal del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

IV. CAPÍTULO: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de la información se realizó mediante la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes mediante una ficha de recolección de datos, previamente elaborada por la investigadora.

4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento de recolección de datos que se utilizó para el proyecto de investigación fue la Ficha de Recolección de Datos que comprende las siguientes partes:

La primera parte de la estructura comprende, datos generales de la paciente: La edad, ocupación, procedencia, etnia o raza, grado de instrucción y estado civil.

La segunda parte; está dado por los antecedentes obstétricos de la paciente como: número de gestas, edad gestacional, paridad, antecedentes de desnutrición, antecedentes de sobre peso del recién nacido, antecedentes de hemorragia post parto, valor de hemoglobina al ingreso a la unidad y el valor de hemoglobina post parto.

La tercera parte comprende las posibles características obstétricas de las pacientes con anemia post parto.

Y la cuarta parte está dada por la evolución de la paciente: cuántos días de hospitalización tuvo y si la evolución fue favorable o desfavorable para la puérpera.

4.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

4.3.1. PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el desarrollo de esta investigación se cumplió con los principios básicos del proceso investigativo. Se pidió la aprobación del director del Hospital Santa María Del Socorro de Ica y al jefe de la unidad de estadística mediante la Dirección de Capacitación y la Unidad de apoyo a la docencia e investigación para que me puedan brindar las facilidades correspondientes, las cuales me permitieron, realizar la recolección de datos para la investigación.

De esta manera se pudo obtener la información correspondiente y veraz. La recolección de datos se realizó mediante la ficha de recolección de datos que fue elaborada en base a la matriz y a las variables de la investigación creada para el desarrollo de este estudio.

4.3.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

La información recolectada fue procesada y codificada en el proceso electrónico a través de claves numéricas y códigos de la información registrada en la ficha de recolección de datos y se empleó el paquete IBM SPSS versión 24 para cuadros y gráficos.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

V. CAPÍTULO: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

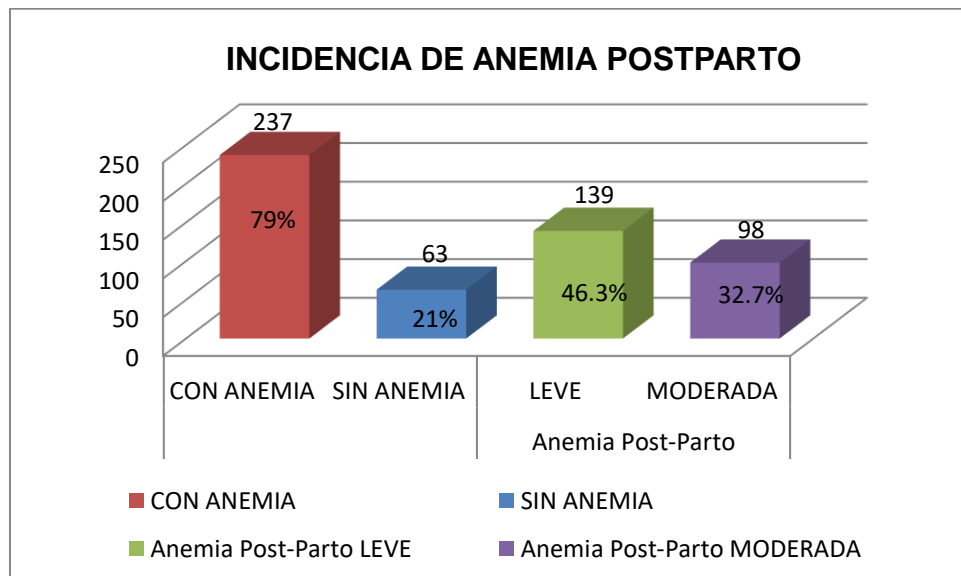
5.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

TABLA N° 01: Incidencia de anemia en púerperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		INCIDENCIA DE ANEMIA POST-PARTO	
		N	%
CON ANEMIA POST-PARTO		237	79.0%
SIN ANEMIA POST-PARTO		63	21.0%
TOTAL		300	100.0%
CLASIFICACIÓN DE ANEMIA POST- PARTO	Leve	139	46.3%
	Moderada	98	32.7%
	Sin Anemia	63	21.0%
	Total	300	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

GRÁFICO N° 01:



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

Análisis: En esta investigación efectuada, se debe señalar que la población fue de 1365 historias clínicas de pacientes en postparto y la muestra estuvo constituida por 300 historias clínicas de púerperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, los resultados que se observan en la tabla N.º 01 muestran una incidencia de anemia posparto; con el 79% (237) con anemia y el 21% (63) sin anemia, así mismo muestra los grados de anemia que presentaron con un 46.3% (139) de anemia leve y un 32.7% (98) de anemia moderada.

TABLA N° 02: Anemia postparto según características sociodemográficas de las púerperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		Clasificación de Anemia después de Parto					
		LEVE		MODERADA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad	11 - 19 años	29	20.90%	21	21.40%	50	21.10%
	20 - 35 años	95	68.30%	57	58.20%	152	64.10%
	> 35 años	15	10.80%	20	20.40%	35	14.80%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%
Ocupación	Ama de casa	113	81.30%	81	82.70%	194	81.90%
	Estudiante	15	10.80%	5	5.10%	20	8.40%
	Técnica	4	2.90%	2	2.00%	6	2.50%
	Profesional	3	2.20%	1	1.00%	4	1.70%
	Obrera	0	0.00%	2	2.00%	2	0.80%
	Comerciante	4	2.90%	7	7.10%	11	4.60%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%
Grado de instrucción	Analfabeta	0	0.00%	1	1.00%	1	0.40%
	Primaria completa.	3	2.20%	5	5.10%	8	3.40%
	Secundaria Incompleta.	15	10.80%	13	13.30%	28	11.80%
	Secundaria Completa.	95	68.30%	70	71.40%	165	69.60%
	Superior Universitaria.	17	12.20%	7	7.10%	24	10.10%
	Superior no Universitaria.	9	6.50%	2	2.00%	11	4.60%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%
Estado Civil	Soltera	22	15.80%	20	20.40%	42	17.70%
	Casada.	16	11.50%	0	0.00%	16	6.80%

	Viuda.	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Conviviente.	101	72.70%	78	79.60%	179	75.50%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%
Procedencia	Urbana	131	94.20%	88	89.80%	219	92.40%
	Rural	8	5.80%	10	10.20%	18	7.60%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%
Raza	Blanca	3	2.20%	6	6.10%	9	3.80%
	Mestiza	130	93.50%	87	88.80%	217	91.60%
	Negra.	4	2.90%	1	1.00%	5	2.10%
	Indígena.	2	1.40%	4	4.10%	6	2.50%
	Total	139	100.00%	98	100.00%	237	100.00%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

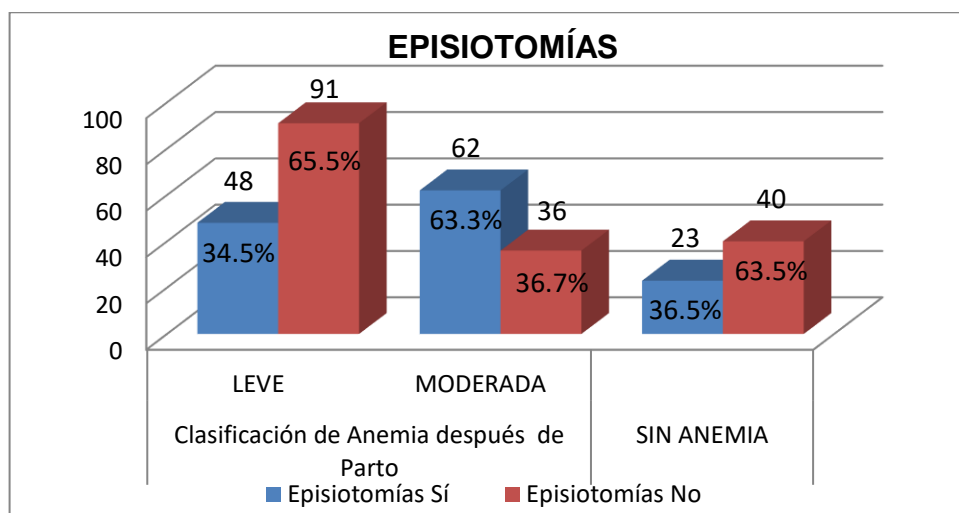
Análisis: En la tabla N° 02 se presenta las características sociodemográficas de las puérperas con anemia: observándose que la mayoría se encontraba en el rango de edad de 20 - 35 años con el 64.1% (152), el 81.9% (194) tienen ocupación de ama de casa, el 69.6% (165) solo tienen secundaria completa, un 75.5% (179) tienen como estado civil convivientes, el 92.4% (219) procede de la zona urbana y son de raza mestiza el 91.6% (217).

TABLA N° 03: Anemia postparto según episiotomías como características obstétricas intraparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		Clasificación de Anemia después de Parto							
		LEVE		MODERADA		SIN ANEMIA		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Episiotomías	Sí	48	34.5%	62	63.3%	23	36.5%	133	44.3%
	No	91	65.5%	36	36.7%	40	63.5%	167	55.7%
	Total	139	100.0%	98	100.0%	63	100.0%	300	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

GRÁFICO N° 03:



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

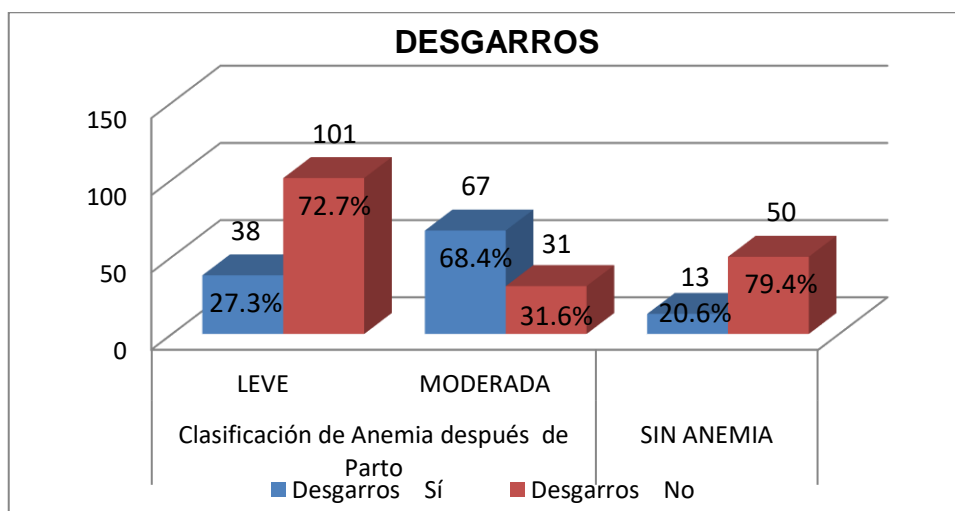
Análisis: Se puede observar en la tabla N° 03 que a las pacientes que se les realizó episiotomía, el 63.3% (62) presentó anemia moderada y el 34.5% (48) presentó anemia leve en el puerperio. Por el contrario, a las pacientes que no se les realizó episiotomía, pero sí presentaron anemia postparto obtuvieron un 65.5% (91) de anemia leve y un 36.7% (36) de anemia moderada. Así mismo las pacientes que no desarrollaron anemia en el puerperio, se aprecia que el 36.5% (23) si se les realizó episiotomía y el 63.5% (40) no se les realizó episiotomía. Se calculó el Chi cuadrado con un p valor 0.00, encontrándose una estadística significativa entre la episiotomía y la anemia puerperal.

TABLA N° 04: Anemia postparto según desgarros como características obstétricas intraparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		Clasificación de Anemia después de Parto						Total	
		LEVE		MODERADA		SIN ANEMIA			
Desgarros	Sí	N	%	N	%	N	%	N	%
	Desgarros	No	101	72.7%	31	31.6%	50	79.4%	182
Total		139	100.0%	98	100.0%	63	100.0%	300	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

GRÁFICO N° 04:



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

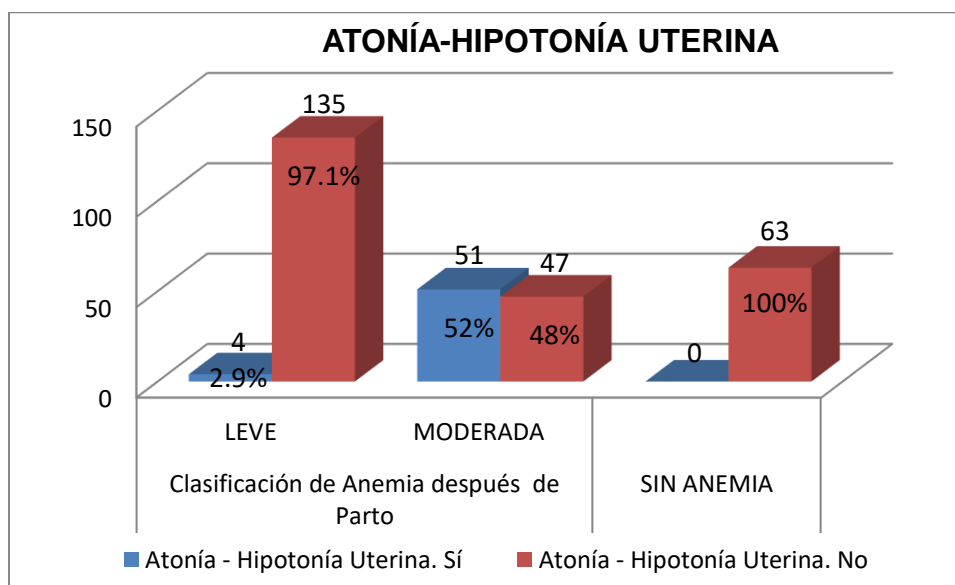
Análisis: Se puede observar en la tabla N° 04 que las puérperas que tuvieron desgarros, el 68.4% (67) presentó anemia moderada y el 27.3% (38) presentó anemia leve en el puerperio. Por el contrario, las pacientes que no tuvieron desgarros, pero sí presentaron anemia postparto obtuvieron un 72.7% (101) de anemia leve y un 31.6% (31) de anemia moderada. Así mismo las pacientes que no desarrollaron anemia en el puerperio, se aprecia que el 20.6% (13) si tuvieron desgarros y el 79.4% (50) no tuvieron desgarros. Se calculó el Chi cuadrado con un p valor 0.00, encontrándose una estadística significativa entre el desgarro y la anemia puerperal.

TABLA N° 05: Anemia postparto según atonía-hipotonía como características obstétricas intraparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		Clasificación de Anemia después de Parto						Total	
		LEVE		MODERADA		SIN ANEMIA			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Atonía - Hipotonía Uterina.	Sí	4	2.9%	51	52.0%	0	0.0%	55	18.3%
	No	135	97.1%	47	48.0%	63	100.0%	245	81.7%
	Total	139	100.0%	98	100.0%	63	100.0%	300	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

GRÁFICO N° 05:



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

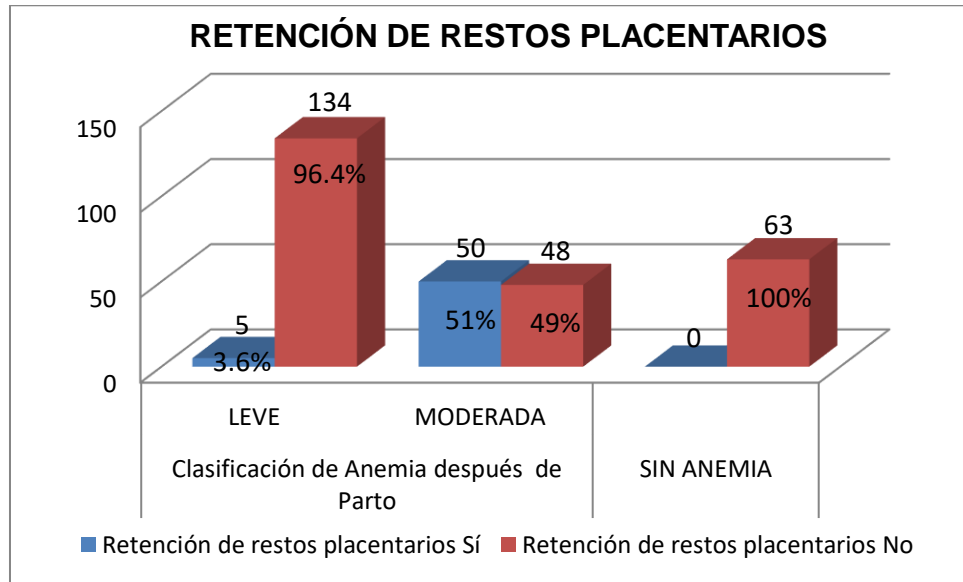
Análisis: Se puede observar en la tabla N° 05 que las puérperas que tuvieron Atonía-Hipotonía uterina, el 52% (51) presentó anemia moderada y el 2.9% (4) presentó anemia leve en el puerperio. Por el contrario, las pacientes que no tuvieron Atonía-Hipotonía uterina, pero sí presentaron anemia postparto obtuvieron un 97.1% (135) de anemia leve y un 48% (47) de anemia moderada. Así mismo del total de puérperas, 63 pacientes no presentaron anemia ni Atonía-Hipotonía uterina. Se calculó el Chi cuadrado con un p valor 0.00, encontrándose una estadística significativa entre Atonía-Hipotonía uterina y la anemia puerperal.

TABLA N° 06: Anemia postparto según retención de restos placentarios como características obstétricas post-parto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

		Clasificación de Anemia después de Parto							
		LEVE		MODERADA		SIN ANEMIA		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Retención de restos placentarios	Sí	5	3.6%	50	51.0%	0	0.0%	55	18.3%
	No	134	96.4%	48	49.0%	63	100.0%	245	81.7%
	Total	139	100.0%	98	100.0%	63	100.0%	300	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

GRÁFICO N° 06:



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2019-2020.

Análisis: Se puede observar en la tabla N° 06 que las puérperas que tuvieron retención de restos placentarios, el 51% (50) presentó anemia moderada y el 3.6% (5) presentó anemia leve en el puerperio. Por el contrario, las pacientes que no tuvieron retención de restos placentarios, pero sí presentaron anemia postparto obtuvieron un 96.4% (134) de anemia leve y un 49% (48) de anemia moderada. Así mismo del total de puérperas, 63 pacientes no presentaron anemia ni retención de restos placentarios. Se calculó el Chi cuadrado con un p valor 0.00, encontrándose una estadística significativa entre retención de restos placentarios y la anemia puerperal.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

La anemia en el puerperio; es un problema de salud pública, no solo a nivel nacional sino a nivel mundial, lo cual presenta diversas características obstétricas que se predisponen a la disminución de la hemoglobina.

-Observamos que los resultados de la primera tabla muestran que el 79% de las pacientes puérperas hizo anemia posparto y el 21% no hizo anemia, lo cual coincide con Casavilca K, Egoávil J. (14), donde la anemia posparto fue de 67% y el 33% no tuvo anemia postparto. A diferencia de Jimeno M, Cabrera R. (9), donde la anemia posparto fue de 49.1% y el 50.9% no tuvieron anemia postparto. Por otro lado, en este estudio se aprecia los grados de anemia que presentaron las puérperas con un 46.3% de anemia leve, un 32.7% de anemia moderada y no se presentaron casos de anemia severa, lo cual coincide con Orejon F. (15), donde el 68% presentó anemia leve, el 28% presentó anemia moderada y el 3% presentó anemia severa. Mientras que el estudio realizado por Chuquiruna M. (11) se contrapone, ya que presenta mayor incidencia en anemia moderada con el 45.3%, seguido del 41.7% de anemia leve y con el 13% de anemia severa. Este porcentaje elevado de anemia en el postparto hace reflexionar sobre el manejo de la prevención y promoción del embarazo, el control del puerperio, la administración de sulfato ferroso, la atención de parto y manejo adecuado de los factores obstétricos que se puedan presentar, así mismo se debe asumir con importancia las medidas para controlar y reducir la anemia en el postparto.

-En los resultados de la segunda tabla se evidencian las características sociodemográficas de las puérperas, el 64.1% de la población presentaron la mayor incidencia de anemia postparto que cursaron con las edades de 20 a 35 años, estos resultados coinciden con Jimeno M, Cabrera R. (9), quienes revelan en su estudio que el 67.4% de su población tenían un rango de edades de 20 a 34 años. En cambio, difiere con los datos reportados de Chuquiruna M. (11), que el 77.8% de su población presentó anemia postparto entre las edades de 19 a 24 años.

La edad que más predomina es de 20 a 24 años esto indica que los embarazos ocurren a temprana edad siendo un factor importante para el desarrollo de anemia, porque en esta etapa el organismo tiene sus propias necesidades para su desarrollo, unido la gestación, y la malnutrición o retraso en el desarrollo óseo, aumenta la probabilidad de la anemia. Por otro lado, en este estudio la ocupación de las puérperas con anemia encontró que el 81.9% se dedicaban a actividades exclusivas de su casa, estos datos concuerdan con Chuquiruna M. (11), quien refiere que un 70.4% eran amas de casa con anemia postparto. La ocupación no incide mucho en la obtención y desarrollo de la anemia, solo en algunas ocasiones el ser amas de casa asociado a un nivel educativo bajo, muchas veces estudiando y trabajando al mismo tiempo, además de dedicarse a labores del hogar, pueden provocar una serie de factores como la mala alimentación y malos estilos de vida trayendo así afecciones en el embarazo, parto y puerperio. Con respecto a los datos obtenidos sobre el grado de instrucción, en este estudio, el mayor porcentaje pertenece a secundaria completa con el 69.6% teniendo anemia puerperal. Estos datos se relacionan con el estudio de Jimeno M, Cabrera R. (9), quienes mencionan que el 61.1% tuvieron grado de instrucción secundaria con anemia postparto. Según los datos observados el grado de instrucción, es un factor que no influye de manera directa en la anemia postparto, sin embargo, por falta de orientación y captación desconocen la importancia de los cuidados prenatales, postnatales y la alimentación adecuada que deben tener más aún en esta etapa. En lo que corresponde al estado civil, se encontró que el 75.5% de puérperas con anemia de este estudio pertenecen al estado civil conviviente. Este estudio se relaciona con Girao R. (18), quien publica que el 40% de su población con anemia postparto tenían el estado civil conviviente. El estado civil no interviene directamente en la presencia de anemia postparto, pero probablemente influye en el nivel socioeconómico de las usuarias y así en la calidad de alimentación de las mismas. Cuando se ve afectado ese grupo familiar por conflictos y situaciones críticas puede deteriorarse la función protectora de la salud, aumentando el riesgo de presentar anemia.

Y en el caso de las características demográficas con pacientes con anemia postparto, en este estudio se encontró que el 92.4% eran procedentes de la zona urbana. Esto concuerda con Jimeno M, Cabrera R. (9), en su investigación se encontró que el 29.7% eran de procedencia urbana presentando anemia postparto, estos resultados difieren con Chuquiruna M. (11), que el 61.6% de su población con anemia postparto procedían de la zona rural. La procedencia es de mucho interés a tener en cuenta durante el embarazo y puerperio, en las zonas urbanas existen distritos, que prácticamente tienen un acceso limitado a los servicios de salud, sea por no contar con un seguro o por que no se les brinda todos los servicios necesarios, motivo por el cual no tienen un adecuado control prenatal, falta de información, y sobre todo conciencia ya que muchas pacientes no consumen los nutrientes necesarios.

-En nuestros resultados se evidencia que el 63.3% de las pacientes puérperas que se les realizó la episiotomía presentaron anemia postparto. Encontrando una estadística significativa con un p valor 0.00, entonces para esta investigación la episiotomía si está asociado a la presencia de anemia en el puerperio, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de Orejon F. (15), ya que en su estudio menciona que las pacientes con episiotomía presentaron una prevalencia significativamente mayor de anemia en el puerperio (83% $p=0.033$) que las puérperas sin episiotomía. Mientras que, en el estudio realizado por Jimeno M, Cabrera R. (9) se contraponen, ya que ellos no encuentran asociación con esta variable teniendo solo el 10.9% con un valor de ($p > 0.05$). Estos resultados se pueden dar debido a que la episiotomía por sí misma es un factor de riesgo para la pérdida sanguínea y por consiguiente la presencia de anemia en el postparto. Del mismo modo puede deberse y/o variar ya que la paciente puede llegar con una hemoglobina baja que sumado a este procedimiento llevará a una mayor pérdida sanguínea, generando en ella una anemia súbita.

-En nuestros resultados se mostró que de las pacientes que tuvieron desgarro del canal del parto 68.4% presentó anemia postparto, así mismo se encontró una estadística significativa con un p valor 0.00, por lo tanto, en este estudio el desgarro si está asociado a la presencia de anemia en el puerperio. Este resultado coincide con De la Cruz J. (10), en su estudio menciona que los desgarros perineales contribuyen a la anemia puerperal (85% $p=0.000$). Así también de forma similar Riascos X. (8), menciona que el 51.74% con un valor de $p<0.05$ tuvieron desgarro vaginal encontrando una relación estadísticamente significativa con la anemia postparto. Estos resultados encontrados se pueden deber a que los desgarros son factores de riesgo dependiendo del grado que se presente durante el parto, tienen gran relevancia debido a que se acompaña de pérdida sanguínea, la cual provocaría pérdida de hierro y por consiguiente la presencia de anemia.

-En nuestros resultados se encontró que las pacientes que hicieron atonía uterina con el 52% presentó anemia en el puerperio, encontrándose una estadística significativa con un valor de $p < 0.05$. Este resultado coincide con De la Cruz J. (10), en su investigación menciona que el 89% de su población presenta atonía uterina teniendo relación significativa con la anemia post parto con un valor de $p=0.000$. Estos resultados se pueden dar debido a que la Atonía uterina es un suceso donde el útero luego de expulsar la placenta, no se retrae ni contrae. El útero, luego de haberse deshabilitado por completo, prosigue con un tamaño superior a lo normal y al no contraer sigue habiendo pérdida sanguínea y generando en ella una presencia de anemia postparto.

-En los resultados también se reporta que el 51% de las puérperas que presentaron retención de restos placentarios, también presentaron anemia postparto; encontrándose una estadística significativa con un valor de $p=0.000$. Lo cual coincide con lo encontrado por Chuquiruna M. (11), donde indica que el 25% de su población que presentó alumbramiento incompleto terminó con anemia post parto teniendo significancia estadística con un $p<0.05$.

A diferencia de Jimeno M, Cabrera R. (9), donde solo el 3.4% hicieron retención de membranas no teniendo significancia estadística con la anemia postparto con un valor de $p>0.05$. Los resultados encontrados 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, es importante hacer una buena revisión de placenta, ya que cuanto más tiempo dure el tercer período del parto, más pérdida sanguínea hay.

VI. CAPÍTULO: COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

En el presente estudio la comprobación de hipótesis no corresponde por ser una investigación descriptiva univariable que no lleva hipótesis.

CONCLUSIONES

A continuación de haber ejecutado la presente investigación se obtuvo las siguientes conclusiones:

-La incidencia de anemia puerperal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica fue de 79% que corresponde a 237 pacientes, de las cuales el 46.3% presentaron anemia leve y el 32.7% presentó anemia moderada, durante el período comprendido entre el 2019-2020.

-En relación de las características sociodemográficas: el 64.1% de puérperas con anemia postparto presentaron edades entre 20 a 35 años, el 81.9% son amas de casa, el 75.5% son convivientes, el 69.5% tenían secundaria completa y el 92.4% procede de zona urbana.

-Se identificó que del total de pacientes puérperas con anemia al 63.3% se les realizó episiotomía. Encontrando una estadística significativa con un valor de $p=0.000$. Obteniéndose en el estudio que esta variable sí es un riesgo que se asocia a la anemia puerperal.

-Se evidenció que del total de pacientes puérperas con anemia el 68.4% presentó desgarro del canal del parto. Donde se halló una estadística significativa con un valor de $p=0.000$. Observándose en el estudio que esta variable sí es un riesgo que se asocia a la anemia puerperal.

-Se observó que del total de pacientes puérperas con anemia el 52% presentó Atonía Uterina. Hallándose una estadística significativa con un valor de $p=0.000$. Presentándose en el estudio que esta variable sí es un riesgo asociado a la anemia puerperal.

-Finalmente se evidenció que la retención de restos placentarios en el postparto, se asocia con la anemia puerperal, con el 51% con anemia, encontrándose una estadística significativa con un valor $p=0.000$. En este estudio esta variable sí es un riesgo que se asocia a la anemia puerperal.

RECOMENDACIONES

-A los profesionales de salud que atienden en los consultorios de obstetricia destacar la vigilancia de la anemia durante la atención prenatal, este cuidado se debe dar evaluando y concientizando a las pacientes sobre la importancia del consumo de sulfato ferroso con carácter obligatorio, asimismo el control de la hemoglobina en los tres trimestres del embarazo a fin de prevenir y controlar la anemia a tiempo.

-Es importante que el personal de salud especialmente obstetras, durante la atención prenatal deban tener presente las características sociodemográficas de las pacientes con anemia, para evaluarlas integralmente en relación al problema y tomar algunas condiciones que permitan contribuir al tratamiento oportuno del mismo, de ese modo se fortalecerá la relación entre el personal de salud y la paciente a fin de entender sus necesidades y juntos evitar futuras complicaciones como la anemia postparto.

-Recomendar a los profesionales de obstetricia que la episiotomía no debe ser usada rutinariamente, se debe realizar sólo cuando sea estrictamente necesaria.

-Capacitar al personal de salud en talleres de psicoprofilaxis obstétrica y enseñar ejercicios específicos dirigidos a entrenar el periné de las futuras puérperas, así evitaremos tener desgarros que vayan desde el primer hasta el cuarto grado ya que esto incrementa la pérdida excesiva de sangre.

-Capacitar al personal de salud en cuanto al manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, se recomienda el uso pertinente de agentes uterotónicos y la vigilancia del tono uterino, así se reducirá la cantidad de sangre perdida.

-Realizar una buena revisión de la placenta y sus membranas, pues así se reducirá la necesidad de revisión de cavidad, la necesidad de una intervención quirúrgica para detener el sangrado y con ello la incidencia de la anemia postparto por la cantidad de sangre perdida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: Plataforma única del estado peruano; 2017 [actualizado 03 Ago. 2018; citado 07 nov 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/17573-tres-de-cada-diez-gestantes-en-el-peru-tienen-anemia>.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 2015 [actualizado 19 sept 2019; citado 12 nov 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2017.
4. Zhao A, Zhang J, Wu W, Wang P, Zhang Y. La anemia posparto es un problema de salud pública desatendido en China: un estudio transversal. Asia Pac J Clin Nutr [Internet]. 2019,Dic. [citado el 01 de Ene. de 2020]; 28(4):793-799. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826377/>
5. Yefet E, Suleiman A, Garmi G, Hatokay A, Nachum Z. Evaluación del cribado de anemia posparto para mejorar el diagnóstico de anemia y la atención del paciente: un estudio prospectivo no aleatorizado de implementación del protocolo de cribado de anemia antes y después. Sci Rep [Internet]. 2019,May. [citado el 03 de Ene. de 2020]; 9(1):7810. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31127175/>
6. Zamora D. Incidencia y gravedad de anemia en el puerperio y su relación con el tipo de parto y acceso al control prenatal. [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2018.
7. Urquizu X, Rodriguez M, García A, Pérez E. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Dialnet. 2016 ene; 146(10):429-435.

8. Riascos X. Anemia posparto vs poscesárea. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Medicina Humana; 2016.
9. Jimeno M, Cabrera R. Factores socioculturales y obstétricos asociados a la anemia en parturientas. [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional San Martín- Tarapoto. Escuela de Obstetricia; 2019.
10. De La Cruz J. Factores obstétricos Intra-parto asociados a la anemia en el puerperio inmediato en adolescentes. [Tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista. Escuela Profesional De Medicina Humana; 2019.
11. Chuquiruna M. Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2018.
12. Alvarez D, Pfara R. Relación del nivel de hemoglobina gestacional y post parto y el sangrado en madres. [Tesis]. Arequipa: Universidad Ciencias de la Salud Arequipa. Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.
13. Zárate L. Factores asociados a la persistencia de anemia en parturientas.[Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.
14. Casavilca K, Egoávil J. Factores de riesgo y anemia en el post parto. [Tesis]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Medicina Humana; 2017.
15. Orejon F. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Escuela de Obstetricia; 2016.
16. Hinojosa J. Hemoglobina materna y su relación con el peso del recién nacido en puérperas. [Tesis]. Chíncha: Universidad Privada San Juan Bautista. Escuela Profesional De Medicina Humana; 2020.

17. Huayhua D. Factores asociados a la hemorragia post-parto que se presentan durante el puerperio. [Tesis]. Pisco: Universidad Privada San Juan Bautista. Escuela Profesional De Medicina Humana; 2020.
18. Girao R. La multiparidad como factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato. [Tesis]. Ica: Universidad Alas Peruanas. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2015.
19. Lieberman M, Peet A, Chansky M. Marks' Basic Medical Biochemistry. 5ª ed. Filipinas: Wolters Kluwer; 2018.
20. Císcar F, Farreras P. Diagnóstico Hematológico, Laboratorio y Clínica. 8a ed. España: JIMS; 2014.
21. Michael W. Bioquímica Médica. [Internet]. EE.UU: Lange; 2016 [actualizado 06 abril 2017; citado 24 noviembre 2019]. Disponible en: <http://themedicalbiochemistrypage.org>.
22. Fauci A. Harrison principios de medicina interna. 20a ed. Madrid: Graw-Hill; 2018.
23. Sermini G, Acevedo M, Arredondo M. Biomarcadores del metabolismo y nutrición de hierro. Scielo Perú. 2017; 34(4): 504-608.
24. Abío M, Altés A, Benítez D, et al. Manejo del déficit de hierro en distintas situaciones clínicas. Papel del Hierro Intravenoso. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; 2018. Report No.: ISBN 978-84-945945-6-4.
25. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 7ª ed. Guadalupe. Bogotá: Distribuna; 2014.
26. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7ª ed. España: El Ateneo; 2014.

27. Cabero L, Rodríguez D. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. 2ª ed. España: Médica Panamericana; 2014.
28. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos; 2014 [actualizado 14 Ago. 2016; citado 11 dic 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es.
29. Aguilar L. Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera: guía técnica. 1ª ed. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud (Perú). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Centro de Información y Documentación Científica del INS; 2016. Report No.: ISBN 978-612-310-092-6.
30. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias. 2ª ed. Lima: Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas; 2014. Report No.: ISBN 978-9972-776-22-9.
31. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [actualizado 18 mar 2015; citado 23 nov 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es.
32. Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica Fase II. Honduras no cumplirá la meta de mortalidad materna. El Heraldo [Internet]. 2015 [citado 05 dic 2019]; p.2. Disponible en: <https://www.sica.int/consulta/noticia.aspx?idn=94429&idm=1&ident=916>

33. Mayuri C, Campos M. Norma técnica de salud de planificación familiar. 1ª ed. Lima: Dirección General de Intervenciones, Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud; 2017. 130 p.
34. Dirección Nacional de Epidemiología [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2015 [actualizado 12 sep 2015; citado 03 nov 2019]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2015/SE12/mmaternas.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. Trends Maternal Mortality. 1ª ed. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 2015. 22-24p. Report No.: ISBN 978 92 4 156514 1.

ANEXOS

- Anexo N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

TÍTULO: INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – 2019 – 2020				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<u>Problema General</u>	<u>Objetivo General</u>		<u>Variable</u>	<u>Tipo de la Investigación</u>
¿Cuál es la Incidencia de Anemia en Puérperas de Parto Vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?	Determinar la incidencia de anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.	No amerita por ser una investigación descriptiva univariable.	Anemia en puérperas.	Descriptivo. Retrospectivo. Transversal.
<u>Problemas Específicos</u>	<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Población</u>	<u>Dimensiones</u>	<u>Diseño de la Investigación</u>
P.E.1. ¿Qué características sociodemográficas presentaron las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?	O.E.1. Reconocer las características sociodemográficas que presentan las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.	La población estuvo conformada por 1365 puérperas de parto vaginal del Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.	-Puérperas.	Descriptivo Simple.
P.E.2. ¿Qué características obstétricas presentaron las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?	O.E.2. Conocer las características obstétricas que presentan las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.	<u>Muestra</u>	-Anemia.	<u>Instrumento</u>
P.E.3. ¿Cuál es el porcentaje de los niveles de hemoglobina de las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020?	O.E.3. Identificar el porcentaje de los niveles de hemoglobina de las puérperas con anemia de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2019 – 2020.	Probabilística para una proporción en una población finita o conocida. La muestra calculada fue de 300 puérperas de parto vaginal.	<u>Indicadores</u>	Ficha de recolección de datos.
		$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot pq}$	<u>Indicadores</u>	
			Anemia postparto. Características Obstétricas.	

- Anexo N° 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

**TÍTULO: INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL
EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA – 2019 – 2020**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:					
Edad:		Ocupación:			
Procedencia:	Urbana:	Estado civil:	Soltera:		
	Rural:		Casada:		
Grado de Instrucción:	Analfabeta:		Divorciada:		
	Primaria incompleta:		Viuda:		
	Primaria completa:	Conviviente:			
	Secundaria Incp.:	Raza:	Blanca		
	Secundaria Comp.:		Mestiza:		
Superior Univ.:	Negra:				
Superior no Univ.:	Indígena:				
II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE:					
Paridad:	Primigesta:	Número de gestas:	Gestas:		
	Multigesta:		Partos:		
	Gran Multigesta:		Abortos:		
Antecedentes de desnutrición:			Cesáreas:		
Antecedentes de sobrepeso en el RN:		Antecedentes de hemorragia post parto:			
Edad Gestacional:					
Valor de hemoglobina al ingreso de la unidad:					
Valor de hemoglobina post parto:					
III. POSIBLES CAUSAS DE ANEMIA EN LA PACIENTE:					
Complicaciones Intra parto:	Laceraciones:	Complicaciones Post parto:	Atonía - Hipotonía uterina:		
	Hematomas:		Retención de restos placentarios:		
	Episiotomías:		Analgesia:		
	Desgarros:		Trastornos de los factores de la coagulación:		
	Ruptura uterina:				
Signos y Síntomas post parto:	Palidez en la piel:	Sensación de debilidad:			
	Descompensación:	Problemas respiratorios:			
	Mareos:	Dolor de cabeza:			
IV. EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE:					
Días de hospitalización:					
Evolución Favorable:		Evolución Desfavorable:			

Elaborado por: Rojas Vera Malú Jahayra.

- Anexo N° 3:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUECES EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTERICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTERICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a) M^h Mirtha Aguilar Tupiza

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

"Incidencia de anemia en puerperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - Julio - Diciembre 2019"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- La estructura del instrumento es adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

Ica, 15 de Marzo del 2020

MIRTHA AGUILAR
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
COP 5893



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTERICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTERICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a): Mg. ROSARIO HERNÁNDEZ HUARCAYA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

" INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL
 EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA -
 JULIO - DICIEMBRE 2019"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.- La estructura del instrumento es adecuado	X		
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5.- Los ítems son claros y entendibles	X		
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Ica, 15 de MARZO del 2020

Rosario Hernández Huarcaya

 Mg. Rosario Hernández Huarcaya
 OBSTETRA
 COP: 3450

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTERICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTERICIA
ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO



Estimado juez experto (a): Mg. Julia Ruth Suárez Cajo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

"Incidencia de anemia en puerperas de parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - Julio - Diciembre 2019"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.- La estructura del instrumento es adecuado	X		
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5.- Los ítems son claros y entendibles	X		
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Ica, 15 de Marzo del 2020

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ICA
 HOSR SANTA MARIA DEL SOCORRO
Julia Ruth Suárez Cajo
 OBSTETRA
 C.D.P. 19354

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Julia Ruth Suárez Cajo

- Anexo N° 3:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA APLICAR LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA**

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO-ICA
"Año de la Universalización de la Salud" 

MEMORANDO N° 192 - 2020-DE-HSMSI/J-UADI

SEÑOR : ING. ALEJANDRO VALDIVIA RETAMOZO
 Jefe de la Unidad de Estadística

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE TESIS
FECHA : Ica, 09 de Diciembre del 2020

Me dirijo a usted, para presentar a la tesis Sra. ROJAS VERA MALU JAHAYRA, quien desarrollará el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "INCIDENCIA DE ANEMIA EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA 2019-2020".

Se le agradece brindar las facilidades.

Atentamente.


**GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO**
**MAG. C.D. RICARDO D. MARTINEZ MUÑANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACION**

c.c. Archivo.
CDGTR/J-UADI.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
HOSP. STA. MARIA DEL SOCORRO
RECEPCIÓN
10 DIC. 2020
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
HORA: 09:12 am
FIRMA: 

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castromeyra N°759
Ica - Ica

- Anexo N° 4:

EVIDENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2020



EVIDENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
2019

