

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN
EL PUERPERIO INMEDIATO. CENTRO DE SALUD LAS
MORAS. HUÁNUCO. PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

TESISTAS

Bach. Evelyn, ALBORNOZ VÁSQUEZ

Bach. Sady Rebeca, CIERTO MORENO

ASESORA

Dra. Digna Amabilia, MANRIQUE DE LARA SUAREZ

HUÁNUCO – PERÚ
2020

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y, por su infinito amor y bondad; por darnos la vida y salud cada día.

A nuestros padres, por ser el pilar fundamental en toda nuestra formación profesional, por sus consejos, paciencia e inculcarnos valores, su confianza y la motivación constante que nos impulsó en los momentos más difíciles de nuestra carrera y sobre todo el gran apoyo incondicional que nos brindan.

Sady y Evelyn

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater, la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, a su plana de docentes y demás profesionales, que con sus enseñanzas, hicieron posible nuestra formación profesional; y, gracias a la vida, por este nuevo triunfo, que el día de hoy, se verá reflejado en la culminación de la etapa universitaria.

Agradezco a nuestros padres, porque fueron nuestro mayor apoyo y motivación.

Agradezco a nuestra asesora, Dra. Digna Manrique de Lara Suárez, por guiarnos en este proceso de aprendizaje, brindarnos siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación como profesional.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato en el centro de salud las Moras Huánuco. Período julio-diciembre 2019.

DISEÑO Y METODOLOGIA: Se basó en el Diseño de Anidado Concurrente, del tipo Modelo Dominante, Cuantitativa y de inserción Cualitativa, una muestra de 51 historias clínicas de puérperas inmediatas con anemia, utilizando una ficha de recolección de datos.

RESULTADOS: las puérperas jóvenes representan la mayor proporción con 68.6%, las puérperas casadas constituyen la mayor proporción con 82.4%, las puérperas con nueve (9) controles prenatales representan el 19.6%, un 45.10% con control inadecuado y un 9.8% del total, nunca tuvieron control prenatal, un IMC normal con 78.4%, tienen secundaria completa 56.9%, las puérperas multíparas representan la mayor proporción con 51%, el periodo intergenésico corto constituyen el 37.3%, las puérperas sin anemia durante la gestación es 49%, seguido de anemia leve 35.3% y anemia moderada 15.7%, el tipo de alumbramiento Shultze es del 84.3%, no presentaron laceraciones o desgarros el 54.9%, presentaron hemorragias por retención de restos placentarios el 15.7%, las puérperas con un grado de anemia moderado representan la mayor proporción con un 52.9% .A demás, no se observaron puérperas con un grado de anemia severa.

CONCLUSIÓN: Los factores obstétricos anteparto, intraparto y postparto asociados a la anemia en puerperio inmediato según los resultados de la prueba de hipótesis son la anemia gestacional, laceraciones o desgarros y hemorragia por retención de restos placentarios correspondientemente.

PALABRAS CLAVES: Factores obstétricos, anemia, puerperio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the obstetric factors associated with anemia in the immediate puerperium at the Las Moras Huánuco health center. Period July-December 2019.

DESIGN AND METHODOLOGY: It was based on the Concurrent Nesting Design, of the Dominant Model type, which for the purposes of the research will be of Quantitative emphasis and Qualitative insertion, using a sample of 51 clinical records of immediate puerperal women with anemia using a collection card of data.

RESULTS: It was found that young puerperal women represent the highest proportion with 68.6%, married puerperal women constitute the highest proportion with 82.4%, puerperal women with nine (9) prenatal controls represent the highest proportion with 19.6, there is a considerable 45.10% who had a inadequate control and even 9.8% of the total, who never had prenatal control, a normal BMI represent the highest proportion with 78.4%, have complete secondary school represent the highest proportion with 56.9, multiparous puerperal women represent the highest proportion with 51, with a Short intergenetic that did not present lacerations or tears have a higher prevalence with 54.9, puerperal women who presented hemorrhages due to retention d e placental remains constitute only 15.7%, puerperal women with a moderate degree of anemia represent the highest proportion with 52.9%; Furthermore, puerperal women with a degree of severe anemia were not observed.

CONCLUSION: The antepartum, intrapartum and postpartum obstetric factors associated with anemia in the immediate puerperium according to the results of the hypothesis test are gestational anemia, lacerations or tears and hemorrhage due to retention of placental remains correspondingly.

KEY WORDS: OBSTETRIC FACTORS, ANEMIA, PUERPERIUM.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE GENERAL.....	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I.....	10
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	10
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1 Problema General	12
1.2.2 Problemas Específicos.....	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 HIPÓTESIS.....	14
1.5 VARIABLES.....	15
1.5.1 Variable dependiente:	15
1.5.2 Variable independiente:.....	15
1.5.3 Variables Intervinientes:	15
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	16
1.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	20
1.8 VIABILIDAD	21
1.9 LIMITACIONES	21
CAPÍTULO II.....	22
2. MARCO TEORICO	22
2.1 ANTECEDENTES.....	22
2.1.1 Antecedentes Internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	23
2.1.3 Antecedentes Locales	27
2.2 BASES TEÓRICAS	28

2.2.1	Anemia	28
2.2.2	Puerperio.....	35
2.2.3	Factores obstétricos	45
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	52
CAPÍTULO III	.....	54
3.	MARCO METODOLOGICO	54
3.1	Tipo de Investigación	54
3.1.1	Enfoque.....	54
3.1.2	Alcance de investigación.....	54
3.1.3	Métodos de la investigación	55
3.1.4	Diseño y esquema de la investigación	55
3.1.5	Determinación de la población	56
3.1.6	Selección de la muestra	56
3.1.7	Muestra	58
3.2	FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
3.2.1	Técnica:.....	59
3.3	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS	59
3.4	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	61
CAPÍTULO IV	.....	62
4.	RESULTADOS.....	62
4.1	FACTORES INTERVINIENTES.....	62
4.2	FACTORES OBSTETRICOS.....	70
4.3	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	75
DISCUSION DE RESULTADOS	.....	83
CONCLUSIONES	.....	87
RECOMENDACIONES	.....	89
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	.....	91
ANEXOS	.....	97

INTRODUCCIÓN

La anemia es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, la tasa de prevalencia general es de 24.8%, es una de las patologías más frecuentes que pueden presentarse con el embarazo o ser producida por éste, y producir complicaciones tanto para la madre como para su hijo. (1)

El embarazo, parto y puerperio son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios, sin embargo, en algunas circunstancias los procesos fisiológicos pueden verse alterados y así poner en riesgo de vida a la madre y recién nacido. Afortunadamente el conocimiento ha avanzado lo suficiente en algunas áreas por lo cual se puede prevenir, detectar y actuar en algunas situaciones desviando el camino que podría llevar a un mal resultado obstétrico-perinatal.

Según el Ministerio de Salud del Perú, el 27.9% de las mujeres gestantes en el Perú tiene problemas de anemia, encontrándose la mayor incidencia en las regiones de la zona central, debido a los bajos niveles de hemoglobina por la deficiencia en el consumo de hierro. Asimismo, se observa un leve incremento de los niveles promedio de hemoglobina conforme aumenta el rango de edad materna y un menor nivel del promedio de acuerdo a los trimestres de gestación, y los niveles en gestantes que viven a menos de 1000 m.s.n.m. es mayor que aquellas que residen a más de 3500 m.s.n.m. (2)

Esta investigación permitió determinar los factores obstétricos asociados de la anemia en el posparto inmediato, y de esta manera 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.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La anemia, definida como una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, es una de las deficiencias nutricionales más comunes observadas en el mundo y afecta a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población según la Organización Mundial de Salud (OMS) (3)

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2011), indica que un 35% de las mujeres pueden padecer anemia y el 50% de estos casos son de causa ferropénica. Las anemias de causa carencial constituyen un problema de salud pública en los países subdesarrollados. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento del parto están entre 500.000 – 600.000 muertes anuales y 1000 diariamente. La mayoría de estas muertes son el resultado de las patologías en el tercer período del parto (puerperio inmediato) en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas posparto y se encuentran agravadas por enfermedades que complican la gestación. (5)

En el Perú en el año 2011, la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 28%, (6) durante el embarazo la anemia leve es un 40,5%; la anemia moderada un 11,7% y la anemia severa un 1,2%. En donde los departamentos de la sierra son los que tienen mayor prevalencia

de anemia debido a los bajos niveles de hemoglobina por la deficiencia en el consumo de hierro. (7)

La anemia posparto es un problema frecuente, especialmente entre las mujeres con un estatus socio-económico menos favorecido y condiciona un aumento de la morbilidad además constituye una de las causas principales de mortalidad.

La anemia postparto está en relación con pérdidas hemáticas excesivas durante el parto, y se presenta por los desgarros vulvoperineales y cervicales, episiotomías, atonías uterinas; además influye, negativamente en el estado emocional y físico de la madre, asimismo, en su relación con el recién nacido, en la cual se evidenció algunos síntomas en las púerperas que tienen anemia como sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas, piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradiza, taquicardia, etc; limitando adaptarse en la etapa del puerperio.

Para reducir el riesgo de hemorragia posparto, la Organización Mundial de la Salud, interpuso el manejo activo del alumbramiento, el cual incluye la administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato, el pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical, la tracción controlada del cordón para el alumbramiento y el masaje uterino. La conducta activa se asoció con una menor pérdida de sangre, disminución del riesgo de hemorragia posparto, disminución del

riesgo de transfusión de sangre, menor duración del alumbramiento y disminución del riesgo de anemia materna.

Es una necesidad imperante que podamos contribuir a solucionar este problema, debido a que la anemia ha contribuido aproximadamente en el 20% de las 515.000 muertes maternas que se ha producido en todo el mundo.

En el Centro de Salud Las Moras, en el proceso de atención del parto en la etapa del puerperio inmediato se realiza el tamizaje de hemoglobina y hematocito durante 6 horas post parto; y para mayor control al mes según el Ministerio de Salud (MINSA); esta norma permite al personal de salud conocer el estado hematológico de la puérpera y tomar acciones inmediatas antes de su alta médica.

Dichas observaciones permitieron conocer los factores obstétricos que producían anemia postparto considerando que la determinación de estos, será un aporte, ayudando de esta manera a establecer medidas preventivas para disminuir este problema tan significativo que impactan negativamente en nuestro entorno y que conlleva a consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son factores obstétricos ante parto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019?
- ¿Cuáles son factores obstétricos intraparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019?

1.2. ¿Cuáles son factores obstétricos postparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio - diciembre del año 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores obstétricos ante parto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019.
- Identificar los factores obstétricos intraparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019.

- Identificar los factores obstétricos postparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco durante el periodo julio a diciembre del año 2019.

1.4 HIPÓTESIS

H1: La anemia gestacional está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La anemia gestacional no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H2: La modalidad de alumbramiento está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La modalidad de alumbramiento no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H3: La laceraciones o desgarro está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La laceraciones o desgarros no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H4: La Hemorragia por retención de restos placentarios está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H₀: La Hemorragia por retención de restos placentarios no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

1.5 VARIABLES

1.5.1 Variable dependiente:

Anemia en el puerperio.

1.5.2 Variable independiente:

Factores obstétricos

1.5.3 Variables Intervinientes:

- Edad
- Estado civil
- Control prenatal
- IMC
- Grado de instrucción
- Paridad
- Periodo intergenésico

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	NATURALEZA	ESCALA	INSTRUMENTO
Anemia en el puerperio	La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. La OMS considera anemia en el puerperio cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%.	Se determinará a través de la revisión de las historias clínicas de todas las púerperas inmediatas atendidas en el centro de salud las Moras.	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve • Anemia moderada • Anemia severa 	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica perinatal. • Historia clínica

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores Asociados	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	Se determinará a través de la aplicación del uso de la historia clínica a las púerperas inmediatas con anemia.	Factor obstétrico ante parto	1. Anemia gestacional	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
		Se determinará a través de la aplicación del uso de la historia clínica a las púerperas inmediatas con anemia.	Factores obstétricos intraparto	1. Modalidad de desprendimiento 2. Laceraciones o desgarros	Cualitativa	Nominal	Historia clínica.
		Se determinará a través de la aplicación del uso de la historia clínica a las púerperas inmediatas con anemia.	Factores obstétricos posparto	1. Hemorragias por traumatismos en el canal del parto 2. Hemorragias por retención de restos placentarios 3. Hemorragias por hipoactividad.	Cualitativa	Nominal	Historia clínica.

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINIION OPERACIONAL	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de estudio.	Se determinará a través de la aplicación del uso de la historia clínica a las puérperas inmediatas con anemia.	<ul style="list-style-type: none"> • 12-17 Adolescentes • 18-29 Jóvenes • 30-59 adulto 	Cuantitativa	De razón	Historia clínica. Historia clínica perinatal.
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Viuda 	Cualitativa	Nominal	
CONTROL PRENATAL	Es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal.		<ul style="list-style-type: none"> • <6 CPN – NO CONTROLADO • >=6 CPN - CONTROLADO 	Cuantitativa	De razón	
IMC	Una medida de primer nivel de la grasa corporal y como una herramienta de detección para diagnosticar la obesidad.		<ul style="list-style-type: none"> • IMC es inferior 18.5 bajo peso". • IMC 18.5-24.9, "normales". • IMC 25.0 y 29.9, "sobrepeso". • IMC 30.0 o superior "obesidad". 	Cualitativa	Nominal	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.		<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Superior completa • Superior incompleta 	Cualitativa	Nominal	

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINIION OPERACIONAL	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.	Se determinará a través de la aplicación del uso de la historia clínica a las puérperas inmediatas con anemia.	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara: Mujer que no ha parido ningún feto viable. El término "para 0" indica nuliparidad. • Unipara: Mujer que ha tenido un parto. • Multípara: Mujer que ha tenido varios partos. • Gran multípara: Mujer que ha completado cinco o más embarazos. 	Cuantitativa	Nominal	Historia clínica.
Periodo intergenésico	Número de meses transcurridos entre la finalización de la última gestación y la fecha de última regla del embarazo actual.		<p>Período intergenésico largo: Se considera aquellos mayores de 5 años.</p> <p>Periodo intergenésico corto: Se considera aquellos menores de 2 años.</p> <p>Período intergenésico adecuado: Se considera aquellos mayores de 2 años, pero menores a 5 años</p>	Cualitativa	Nominal	Historia clínica perinatal.

1.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Por su relevancia social; la anemia es uno de los problemas de deficiencia nutricional más frecuente que afecta a las gestantes con consecuencia en el puerperio ya que su presencia podría conllevar a la morbimortalidad materna y natal, gracias a la identificación de los factores obstétricos asociados a la anemia en puérperas inmediatas pueden ser disminuidos o evitarse las complicaciones que se desencadena.

Por el valor teórico; este trabajo permitirá conocer y analizar los conocimientos teóricos; ya que no se cuentan con estudios actualizados; la identificación de los factores obstétricos asociados a la anemia en el puerperio inmediato y los resultados obtenidos a través del presente estudio se contribuirá como un soporte metodológico y teórico respectivamente que permitirá además servir de guía para el desarrollo de estudios posteriores.

Por su implicancia práctica; porque se busca demostrar la importancia que tienen los factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato que nos permitirán reconocer factores de riesgo y actuar oportunamente en el manejo de la anemia en el post parto; esto también ayudará a prevenir de cierta manera las complicaciones que la anemia postparto puede desarrollar en la puérpera y en el neonato-lactante. ya que así contribuiremos a que las mujeres comiencen su embarazo con condiciones nutricionales óptimas.

1.8 VIABILIDAD

El estudio fue viable por aspectos que contribuyeron su desarrollo, siendo los siguientes:

- Se contó con recursos metodológicos y de asesoramiento necesarios para realizar dicha investigación.
- Se contó con material bibliográfico.
- Se contó con tecnología para tabular los datos de la metodología de estudio.

1.9 LIMITACIONES

En el estudio se presentaron las dificultades siguientes:

- Escasa información con fuentes bibliográficas referentes a los antecedentes del estudio.
- Demora en la autorización para el acceso de recojo de datos en la Unidad de Estadística e Informática del ámbito de estudio.
- Factor económico toda vez que fue solventado por las investigadoras.
- Demora en la aprobación del estudio en fase de proyecto, para su ejecución posterior.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Moyolema Lemache, Yessenia Patricia (Ecuador 2017). En el estudio sobre la “Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017”; se concluyó que según los tipos de anemia se obtuvo como resultado que las gestantes que presentaron niveles de hemoglobina leve tuvieron un índice mayor según el estudio realizado, llevando así a un déficit de hematocrito. De lo que se observó que el bajo ingreso de hierro fue el factor principal, por lo que se concluye que hubo un mayor índice de anemia ferropénica. (9)

Cárdenas García, Andrea Karolina (Ecuador, 2014). En el estudio sobre “Incidencia de anemia en pacientes puérperas que ingresaron con valores de hemoglobina dentro de los parámetros normales, al Hospital Básico Machachi en el período comprendido entre octubre 2012 a marzo 2013”; concluyendo que la anemia es un problema de salud pública, lo cual las adolescentes puérperas presenta una alta prevalencia. Los principales factores obstétricos intraparto 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)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Palomino García, Aura Lucia (Piura, 2019). En el estudio sobre “Factores de riesgo obstétricos asociados a anemia en adolescentes según la vía del parto. Hospital Jorge Reategui. Piura-2018 puérperas”; se concluyó que la edad promedio de las pacientes fue de 17 años, procedencia urbano marginal, nivel de estudios secundario y ocupación ama de casa de las pacientes tanto para parto por cesárea como para parto vaginal. Parto vaginal el 69.1% presentó anemia leve, 33.33% presentó anemia moderada y solo el 2.56% presentó anemia severa. Del total de pacientes atendidas por cesárea, el 50% presentó anemia leve y el otro 50% presentó anemia moderada y ninguna presentó anemia severa. Así mismo el expulsivo precipitado aumenta en 1.36 veces la razón de prevalencia de padecer anemia moderada ($p: <0.001$ RPa: 1.36, IC:2.88 – 6.45) en puérperas de parto vaginal. El desgarro vaginal se vio asociado al desarrollo de anemia en el puerperio inmediato. (11)

Martínez Manco, Erika Allakelly (Cañete, 2018). En su investigación sobre “Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - diciembre del 2016”; se concluyó que a más baja sea la hemoglobina en una gestante adolescente mayor será las múltiples complicaciones que puedan presentar ya sea en la etapa de gestación o durante trabajo de parto. El 40% de las gestantes adolescentes de 13 a 18 años presentaron anemia, de los cuales 8.3 % presentaron anemia severa, 15.8% presentaron anemia moderada y 71.7% presentan anemia leve. El 18.3%

de gestantes adolescentes de 13 a 18 años presentaron riesgo obstétrico durante el primer trimestre, el 69.2% presento riesgo obstétrico en el 2do trimestre y el 12.5% presento riesgo obstétrico en el tercer trimestre. El 17.5% de gestantes adolescentes presentaron retención placentaria, 6.7% presentaron trabajo de parto prolongado, 2.5% de pacientes adolescentes presentaron hemorragia intraparto; 73.3%. de gestantes adolescentes no presentaron riesgos obstétricos en el trabajo de parto. (12)

Soto Ramírez, Jesús Santiago (Lima 2018). En el estudio sobre “Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “San José” Callao-Lima. 2016”; se concluyó que la edad gestacional comprendida entre 0 y 13 semanas de gestación (1er trimestre) fue la que presentó mayor índice porcentual de anemia, representada por gestantes anémicas el 38,6%. las gestantes que tuvieron menos de 30 años fue la que presentó mayor índice porcentual de anemia, representada por gestantes anémicas el 54,6% (N=191); y las gestantes anémicas que presentaron menor índice porcentual fueron las mayores de 30 años con un valor de 24,3% (N=85), se asume que la Edad Materna es un factor de riesgo para que las gestantes tengan anemia. Las gestantes que No tuvieron controles prenatales representan el mayor índice porcentual de anemia, representada por gestantes anémicas el 64,9% (N=227); y las gestantes anémicas que Si tuvieron CPN presentaron menor índice porcentual con un valor de 14% (N=49); se asume que los Controles Prenatales es un factor protector para que las gestantes no tengan anemia. Las gestantes que presentaron IMC entre 25 a 29,9 (sobrepeso) fueron la que presentaron mayor índice porcentual de

anemia, representada por el 36,3% (N=127); y las gestantes con IMC menor a 18,5 (bajo peso) presentaron menor índice porcentual de anemia con un valor de 2,9% (N=10); por lo tanto, se descarta como factor asociado. Las gestantes que Si presentaron periodo intergenésico son las que mayor índice porcentual de anemia presentan, el valor de 56,3% (N=197); y las gestantes que No presentaron periodo intergenésico presentaron menor índice porcentual de anemia corresponde con un valor de 22,6% (N=79), se asume que el periodo intergenésico es un factor de riesgo para que las gestantes tengan anemia. (13)

Casavilca Suárez, Kevin Antoni; Egoávil Gutiérrez, José Rafael (Huancayo 2017). En el estudio sobre “Factores de riesgo y anemia en el post parto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016”; se concluyó que la anemia es un problema de salud pública, con una alta prevalencia en la población, y en mujeres puérperas. Los factores de riesgo asociados a la anemia en el post parto son: presencia de anemia durante la gestación, cesárea como tipo de parto y la primiparidad. Al haber encontrado que la presencia de anemia durante la gestación es un factor de riesgo para el posible desarrollo de anemia en el post parto la importancia de esta se sitúa en que es un factor potencialmente modificable con un adecuado tratamiento suplementario, buena dieta y el control prenatal. (14)

Chuquiruna Quiroz, Maricela Luzgardiz (Cajamarca 2017). En su trabajo titulado “Factores obstétricos relacionados a la anemia postparto en puérperas primíparas. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017”;

se concluyó que los resultados encontrados mostraron 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% procede de zona rural. Asimismo; el 45,3% corresponde a puérperas con anemia moderada; seguido del 41,7% con anemia leve; y el 13% con anemia severa. Los factores obstétricos que se relacionan significativamente a la anemia postparto fue con mayor frecuencia en pacientes con episiotomía en un 87,96%, en pacientes con pérdida sanguínea mayor 500 ml un 78,7%; en pacientes con desgarros vulvoperineal el 38%; y en pacientes con alumbramiento incompleto en un 25%. Se concluye que la episiotomía, la pérdida sanguínea y los desgarros vulvoperineales son los factores obstétricos que tuvieron mayor significancia para la presencia de anemia postparto en puérperas primíparas. (15)

Izquierdo Garcia, Katherin Juliet (Lima, 2017) En su investigación “Factores asociados según grados de anemia posparto en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de ventanilla, julio - diciembre del 2016”; concluyendo que la anemia postparto se asoció con días de hospitalización, cesárea, retención de restos uterinos, desgarró del canal del parto. (16)

Loma Vildoso, Yoselyn Karen (Madre de Dios, 2016) En su estudio “Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016”; concluyendo que la anemia no se relacionó con ninguna de las

características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con los factores obstétricos que fueron: macrosomía fetal y desgarro de cuello uterino encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$). (17)

Orejón Paucarpura, Flor de María (Lima, 2015). En el estudio sobre “Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015”; concluyendo que la analgesia durante el trabajo de parto, la práctica de episiotomía y los desgarros en las partes blandas son factores estadísticamente significativos para la presencia de anemia posparto inmediato en primíparas. (18)

2.1.3 Antecedentes Locales

Miraval Tarazona, Zoila Elvira (Huánuco 2016). En su estudio titulado “*Anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de las usuarias del centro de salud Aparicio Pomares Huánuco enero-noviembre 2015*”; se concluyó que los principales resultados fueron que un 63% de gestantes estudiadas perciben su ingreso económico mensual de 500 nuevos soles; el 92% presentaron el grado de anemia leve y el 37% de recién nacidos presentaron un peso menos de 2500gr. (20)

Ortiz Leandro, Kiomi Elvita (Huánuco, 2015). En su estudio titulado “*Factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano marzo - diciembre 2015*”; concluye que dentro de las complicaciones obstétricas las tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones fueron la HIE con los 28%, seguidas de los abortos con el 27%, luego las que presentaron

cesáreas con el 13%. Son pacientes con anemia, en el grupo de población en estudio, por lo que se corrobora que la anemia puede ser un factor importante dentro de las complicaciones que presentan las gestantes (21)

Huillca Ccassa, Elizabeth (Huánuco – 2001). En el estudio sobre *“Incidencia de anemia como factor de riesgo en gestantes que acudieron al Centro de Salud Santa María del Valle”*; concluye que la mayoría de las gestantes presentaron anemia leve (84.4%) y no se presentó ningún caso de anemia severa. La población de multigestas representó un alto porcentaje (46.9%). La mayoría de estas gestantes anémicas oscilaban entre las edades de 20 – 23 años con un (37.5%), procedentes en su mayoría de la zona periurbana (65.6%), dedicándose la mayoría a su casa (50%), encontrándose mayor porcentaje en aquellas que tuvieron un nivel educativo de primaria incompleta (40.6%). Las convivientes fueron las que presentaron mayor número de anemia con un (46.9%). El mayor número de gestantes anémicas tenían intervalo intergenésico mayor de dos años con un (43.7%), predominio en el tercer trimestre con anemia leve (40.6%), teniendo en su mayoría de 1 – 3 controles prenatales (28.1%), siendo el mayor número de condición socioeconómica bajo (59.4%), con un mayor número de gestantes anémicas sin complicaciones (75%). (22)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Anemia

DEFINICION

Según Williams desde el punto de vista fisiológico se denomina anemia cuando la masa de eritrocitos circulantes es insuficiente para mantener el

adecuado transporte de oxígeno a los tejidos, causando hipoxia tisular; sin embargo, clínicamente se define como disminución de la hemoglobina útil por debajo de los niveles fisiológicos determinados para la edad, género, embarazo y residencia. (23)

Según Guyton y Hall la anemia se define como la deficiencia de hemoglobina en la sangre, lo que puede deberse a que hay muy pocos eritrocitos o muy poca hemoglobina en ellos. (24)

La Norma Técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérpera define la anemia como una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. Anemia por deficiencia de hierro se da por la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (2)

CLASIFICACION

Según la norma técnica del MINSA la anemia en Mujeres NO Gestantes de 15 años a más se clasifica en (2):

- Anemia leve: 11.0 - 11.9 mg/dl
- Anemia moderada: 8.0 – 10.9 mg/dl
- Anemia severa: < 8.0 mg/dl

Para Guyton y Hall (2006) clasifican la anemia en:

Anemia Aplásica. Aplasia de la médula ósea significa falta de función en la médula ósea. Por ejemplo, una persona expuesta a altas dosis de radiación o a quimioterapia para tratamiento del cáncer puede sufrir daños en las células madre de la médula ósea, seguido en unas semanas de anemia. Además, dosis elevadas de ciertos productos químicos tóxicos, como los insecticidas o el benceno de la gasolina, pueden provocar el mismo efecto. En trastornos autoinmunitarios, como el lupus eritematoso, el sistema inmunitario empieza a atacar a células sanas, como las células madre de la médula ósea, lo que puede conducir a anemia aplásica. En aproximadamente la mitad de los casos se desconoce la causa, en un trastorno que se denomina anemia aplásica idiopática. Las personas con anemia aplásica grave suelen morir, salvo que reciban tratamiento con transfusiones sanguíneas, que pueden elevar temporalmente la cantidad de eritrocitos, o un trasplante de médula ósea.

Anemia Megaloblástica. Basándonos en deficiencia nutricional de la vitamina B₁₂, el ácido fólico y el factor intrínseco de la mucosa gástrica, podemos comprender con facilidad que la pérdida de cualquiera de ellos puede reducir la reproducción de los eritroblastos en la médula ósea. Como resultado, los eritrocitos crecen demasiado grandes, con formas extrañas, y se denominan megaloblastos. De este modo, la atrofia de la mucosa gástrica, como ocurre en la anemia perniciosa, o la pérdida de todo el estómago, como ocurre tras una gastrectomía quirúrgica total, pueden llevar a una anemia megaloblástica. Además, los pacientes que tienen esprúe intestinal, donde se absorben mal el ácido fólico, la vitamina B₁₂ y otros compuestos vitamínicos B, sufren a menudo anemia

megaloblástica. Debido a que en estos estados los eritroblastos no pueden proliferar tan rápidamente como para formar un número normal de eritrocitos, los eritrocitos que se forman tienen casi todos unos tamaños excesivos, formas raras y membranas frágiles. Estas células se rompen con facilidad, dejando a la persona con un número inadecuado de eritrocitos.

Anemia Hemolítica. Diferentes anomalías de los eritrocitos, muchas de las cuales son hereditarias, hacen frágiles a las células, de manera que se rompen fácilmente cuando atraviesan los capilares, en especial los del bazo. Aunque el número de eritrocitos formados sea normal, o incluso mucho mayor que el normal en algunas enfermedades hemolíticas, la vida del eritrocito frágil es tan corta que las células se destruyen más rápidamente de lo que se forman, y se produce una anemia grave.

- En la esferocitosis hereditaria, los eritrocitos son muy pequeños y esféricos en lugar de discos bicóncavos. Estas células no pueden soportar las fuerzas de compresión porque no tienen la estructura de membrana normal flexible ni la forma de bolsa de los discos bicóncavos. Al pasar a través de la pulpa esplénica y otros lechos vasculares rígidos, se rompen con mayor facilidad ante una compresión incluso ligera.
- En la anemia falciforme, que está presente en el 0,3-1% de los sujetos de África occidental y de raza negra estadounidenses, las células tienen un tipo anormal de hemoglobina llamada hemoglobina S, que contiene cadenas beta defectuosas en la molécula de hemoglobina, como se explicó antes en el capítulo. Cuando esta hemoglobina se expone a

concentraciones bajas de oxígeno, precipita en cristales largos dentro de los eritrocitos. Estos cristales alargan la célula y le dan el aspecto de hoz en lugar de disco bicóncavo. La hemoglobina precipitada también lesiona la membrana celular, de manera que las células se hacen muy frágiles y se produce una anemia grave. Estos pacientes experimentan con frecuencia un círculo vicioso de acontecimientos llamado «crisis» falciforme, en la cual una tensión baja de oxígeno en los tejidos provoca la formación de la forma de hoz, lo que provoca la rotura de los eritrocitos y, a su vez, una reducción de la tensión de oxígeno y todavía una mayor formación de células en forma de hoz y destrucción celular. Una vez que empieza el proceso, progresa con rapidez y da lugar finalmente a una reducción intensa de los eritrocitos en unas horas y, en algunos casos, la muerte.

- En la eritroblastosis fetal, los eritrocitos fetales que expresan el Rh son atacados por anticuerpos de la madre que no expresa el Rh. Estos anticuerpos hacen frágiles a las células que expresan el Rh, lo que provoca su rotura y hace que el niño nazca con una anemia grave. La formación extremadamente rápida de eritrocitos nuevos para compensar las células destruidas en la eritroblastosis fetal da lugar a que se libere un gran número de blastos de eritrocitos desde la médula ósea a la sangre.
- (24)

FISIOPATOLOGIA

La función de los eritrocitos es el transporte del oxígeno desde los pulmones al resto del organismo. Y la proteína que facilita este proceso

es la hemoglobina, que contiene oxígeno y es la responsable de dar el color rojo a la sangre. La otra porción destacada es el hierro de depósito de carácter intracelular como la ferritina y hemosiderina. También encontramos hierro en la mioglobina muscular, las catalasas y los citocromos. La transferrina representa un menor aporte de este mineral, pero con gran importancia fisiológica. El ciclo del hierro podríamos definirlo como con un carácter cerrado puesto que en condiciones fisiológicas las pérdidas son mínimas, se compensan a través de la dieta y este mineral es reutilizado por el organismo.

Cuando los eritrocitos mueren, la hemoglobina se desintegra en el bazo y la médula ósea por la acción de los macrófagos. Una parte de este hierro va destinada a depósito y el resto se libera al plasma donde la transferrina lo transporta a la médula ósea para formar parte de nuevos eritrocitos. Los glóbulos rojos nacen en la médula ósea como eritroblastos, las formas primitivas de los eritrocitos. Una vez que se completan con la hemoglobina pasan al torrente sanguíneo. En dos o tres gotas de sangre existe aproximadamente un billón de eritrocitos que presentan, cuando están activos, forma de disco.

Los glóbulos rojos son continuamente producidos y destruidos. Su vida media en sangre es de unos 120 días. Su producción (eritropoyesis) se ve facilitada si se necesita más hierro. Si no existen suficientes eritrocitos, esto provoca que el organismo tenga que realizar esfuerzos excepcionales para hacer llegar oxígeno a todos los tejidos. Por ejemplo, el ritmo cardíaco aumenta para bombear sangre oxigenada hacia los tejidos. Un

déficit de glóbulos rojos a menudo provocará fatiga y debilidad. También la hemoglobina, la proteína encargada del transporte de oxígeno debe actuar correctamente. Ella se encarga de fijar el oxígeno para transportarlo al resto del organismo. También transporta el dióxido de carbono hacia los pulmones para que sea espirado. Y esto debe hacerlo con una fuerza precisa para que sujete las moléculas de oxígeno y las atrape en los pulmones y luego aflojar esa fuerza y liberar el oxígeno en los tejidos. Los eritrocitos ayudan a la hemoglobina a actuar con la fuerza justa en cada momento. Por tanto, si algo provoca un suministro reducido de eritrocitos y, a su vez, una deficiencia en hemoglobina y oxígeno, pueden aparecer síntomas de debilidad.

El Metabolismo del hierro en condiciones normales, las pérdidas de hierro por descamación se suplen perfectamente a través de la dieta. Pero hay ciertas etapas de la vida y situaciones patológicas en la que se requiere un aporte extra, como el embarazo o las hemorragias del parto e las que hay perdidas adicionales, es una situación en la que las necesidades se ven aumentadas.

Por todo ello, la prevalencia de anemia ferropénica es elevada especialmente si los mecanismos de absorción no funcionan correctamente. Podemos diagnosticar una anemia cuando el volumen total de los eritrocitos resulta insuficiente para aportar oxígeno a los tejidos. Se considera anemia cuando la cifra de hemoglobina es inferior a 120 g/l.

La anemia ferropénica es el tipo más frecuente de anemia, aparece cuando hay una disminución en la producción de eritrocitos o una mayor rapidez en la destrucción de éstos por pérdidas de sangre en este caso hemorragias posparto y poscesárea. Además, en ciertas situaciones suele existir aumento de las necesidades que pueden favorecer la ferropenia:

- Pérdida excesiva. La causa más habitual de la anemia ferropénica son las pérdidas de pequeñas cantidades de sangre. Las causas pueden ser diversas.
- Aporte disminuido: En el que existe un déficit en el aporte habitualmente.
- Disminución en la absorción: Es poco habitual. La absorción del hierro tiene lugar en el duodeno y parte proximal del yeyuno. Previamente, en el estómago el ácido clorhídrico favorece el paso del hierro ingerido de la forma ferrosa a la férrica y esto facilita una mayor absorción. Hay que tener en cuenta toda una serie de factores que pueden modificar la absorción del hierro.

2.2.2 Puerperio

DEFINICION

El puerperio es la etapa post partum que se extiende desde el nacimiento del niño y el alumbramiento placentario hasta que el aparato genital de la mujer recuperara sus características normales.

Cubre así un periodo de rehabilitación que abarca la recuperación médica social y psíquica. La recuperación medica comprende cambios involutivos anatomo fisiológicos que se completan en 6 semanas, mientras que desde el punto de vista social la madre debe seguir un proceso de adaptación para que pueda reintegrarse a sus labores en el trabajo o a los propios quehaceres de su vida dentro de un ambiente evidentemente modificado por el recién nacido a lo que se agrega los profundos cambios psíquicos que la maternidad condiciona en la mujer (25).

Según norma técnica de salud para la atención integral de salud materna es la teta biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días (26).

ETAPAS DE PUERPERIO

Puerperio inmediato: las primeras 24 horas

Puerperio mediato: desde las primeras 24 horas hasta que la paciente es dada de alta (2 – 4 días).

Puerperio tardío: hasta que aparece la primera menstruación

1. Puerperio inmediato

Se considera como cuarto periodo del parto el puerperio inmediato al alumbramiento con una duración no menor de dos horas. Durante esta etapa se practicarán controles vitales seriados, control de altura uterina y control de perdida sanguínea (25).

Incluye hasta las primeras 24 horas del posparto. Las primeras horas del puerperio se consideran como la cuarta etapa del parto, pues son las más importantes desde el punto de vista profiláctico ya que en este lapso es donde ocurren las principales complicaciones puerperales: infección y hemorragia. (27)

ASPECTOS CLÍNICOS

- a) Escalofríos posparto: se presentan mayormente en partos distócicos y se deben a la absorción de sustancias de deshecho (noxas) que ingresan a la circulación materna durante el TDP.
- b) Temperatura: Normalmente puede elevarse hasta 38 °C en el puerperio inmediato (temperatura de resorción), debido al pasaje de noxas a la circulación materna.
- c) Fiebre puerperal: Se define como el aumento de temperatura (mayor o igual a 38 °C) que ocurre entre las 24 horas y el décimo día del puerperio, cuya causa está relacionado con el parto. Generalmente es producido por mastitis, infección intrauterina, genital o urinaria.
- d) Pulso: En el puerperio inmediato es frecuente encontrar bradisfigma. En consecuencia, la frecuencia del pulso normal o la taquisfigmia deben despertar la sospecha de infección o hemorragia excesiva durante el parto.
- e) Entuertos: En la primípara, el útero tiende a mantenerse en contracción tónica después del parto. Sin embargo, en la multípara suele contraerse de manera vigorosa intervalos, lo cual da lugar a los

entruetos, que son similares, pero casi siempre más leves que los consecutivos a las contracciones del trabajo de parto. Estos dolores son más intensos conforme aumenta la paridad y se intensifican cuando el recién nacido succiona el seno materno, tal vez por la liberación de oxitocina. Por lo general disminuyen y pierden intensidad hacia el tercer día (28).

- f) Loquios: Al principio del puerperio, el desprendimiento del tejido decidual origina secreciones vaginales en cantidad variable. Las secreciones se denominan loquios y constan de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias. Durante los primeros días después del parto, la sangre los tiñe de color rojo y se conocen como lochia rubra. Sin embargo, después de tres o cuatro días los loquios palidecen (lochia serosa) y después del décimo día, por una mezcla de leucocitos y reducción de los líquidos, los loquios adquieren una coloración blanquizca o amarillenta (lochia alba). Los loquios persisten entre cuatro y ocho semanas después del parto (28).
- g) Evolución de la AU: El descenso de la altura del fondo uterino es el signo más importante que pone de manifiesto del útero durante el puerperio (27).
- h) Involución del sitio de inserción placentaria: La extrusión completa del sitio de la inserción placentaria tarda hasta seis semanas (Williams, 1931). Cuando este proceso es deficiente se produce una hemorragia puerperal tardía. Justo después del parto, el sitio de inserción placentaria es del tamaño de la mano, pero disminuye con rapidez.

Durante las primeras horas tras el parto, el sitio de inserción placentaria consta casi siempre de numerosos vasos trombosados que al final experimentan organización. Hacia el término de la segunda semana, mide entre 3 y 4 cm de diámetro. Williams (1931) describió la involución del sitio placentario como un proceso de exfoliación, que en gran parte se lleva a cabo por la atenuación del sitio de la implantación gracias al crecimiento del tejido endometrial. Por lo tanto, la involución no transcurre por absorción in situ. La exfoliación consta tanto de extensión como de "crecimiento a profundidad" del endometrio a partir de los bordes del sitio de inserción placentaria, a la vez que de crecimiento de tejido endometrial desde las glándulas y el estroma que quedan en la capa profunda de la decidua basal después de la separación placentaria. Anderson y Davis (1968) concluyeron que la exfoliación del sitio de inserción placentaria se debe al desprendimiento de los tejidos superficiales infartados y necróticos seguido de un proceso de remodelación (28).

- i) Vías urinarias: El traumatismo vesical se vincula de manera más estrecha con la duración del trabajo de parto y, hasta cierto grado, es un acompañante normal del parto vaginal. Funnell et al. (1954) realizaron cistoscopia inmediatamente después del parto y describieron grados variables de hemorragia y edema submucosos. En el puerperio, la vejiga tiene una mayor capacidad y una insensibilidad relativa a la presión en su interior. Por ello son frecuentes la sobredistensión, el vaciamiento incompleto y el exceso de orina residual. Los uréteres y las pelvis renales dilatadas se restablecen en

un lapso de dos a ocho semanas después del parto. Por lo tanto, las infecciones urinarias durante esta etapa constituyen una inquietud de consideración, puesto que la orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, combinadas con la dilatación de las pelvis renales y los uréteres, conducen a la infección (28).

- j) Incontinencia: La incontinencia urinaria es rara en los primeros días posparto. No obstante, se ha observado una atención creciente en la posible aparición de incontinencia urinaria después del embarazo. Se han realizado valoraciones recientes y constantes del efecto del parto sobre la incontinencia urinaria y anal, así como del prolapso de órganos pélvicos. Estos efectos de largo plazo son complejos en su origen y se relacionan con numerosos factores que pueden ocasionar daño neuromuscular. Por ejemplo, MacArthur et al. (2006) encontraron que 14% de las mujeres que habían parido y se sometieron de forma exclusiva a cesárea desarrolló incontinencia cuando se vigilaron a largo plazo. Los riesgos de incontinencia por laceraciones vaginales, perineales y del esfínter anal, y por la episiotomía, se consideran con detalle en el capítulo 17. Resulta importante que la controversia acerca de la evitación de tales lesiones por una primera cesárea electiva se abordara con detalle en una conferencia del estado científico actual patrocinada por los National Institutes of Health (NIH) en marzo de 2006. Chiarelli y Cockburn (2002) publicaron un estudio con asignación al azar para disminuir la prevalencia y la gravedad de la incontinencia urinaria. Estos investigadores encontraron que la intervención multifacética, que incluía ejercicios del piso pélvico, era eficaz. (28)

ATENCIÓN EN EL PUERPERIO

Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas primeras horas, controlando:
 - Signos vitales
 - Contracciones uterinas.
 - Sangrado vaginal.
 - Revisar episiorrafia para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
- En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacido nacido/o si no presente complicaciones o signos de alarma.
- Si no se producen complicaciones, al terminar este periodo, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto.
- Sala de puerperio (después de dos horas hasta completar el primer día).
- Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, hora y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los:

- Signos vitales
- Contracción uterina.
- Sangrado vaginal.
- Episiorrafia o sutura perineal para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
- Promover la deambulaci3n precoz.
- Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.
- En caso de evoluci3n satisfactoria, se puede dar de alta a la pu3rpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observaci3n posparto y m3nimo 48 horas en pu3rperas adolescentes
- Indicar y orientar sobre la cita para atenci3n de puerperio por consulta externa, haciendo coincidir la fecha con la cita de atenci3n del reci3n nacido (26)

ANEMIA EN EL PUERPERIO

Seg3n la norma t3cnica-manejo terap3utica y preventiva de la anemia en ni1os, adolescentes, mujeres gestantes y pu3rperas; los niveles de anemia en la pu3rpera seg3n altitud 1,000 msnm se clasifican en:

- a) Anemia leve: Hb de 11.0 a 11.9 g/dl.
- b) Anemia moderada: Hb de 8.0 a 10.9 g/dl.
- c) Anemia severa: Hb menos de <8.0 g/dl. (2)

CUADRO CLÍNICO

Se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo en la cual se ve los siguientes síntomas:

- Síntomas generales: Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
- Alteraciones en piel y faneras: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
- Alteraciones de conducta alimentario: Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
- Síntomas cardiopulmonares: Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo ($< 5\text{g/dL}$).
- Alteraciones digestivas: Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
- Alteraciones inmunológicas: Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.

- Síntomas neurológicos: Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales. (2)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

- Anamnesis: Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño, adolescente y mujer gestante y puérpera para su registro.
- Examen físico: Considera los siguientes aspectos a evaluar:
 - ✚ Observar el color de la piel de la palma de las manos.
 - ✚ Buscar palidez de mucosas oculares
 - ✚ Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo.
 - ✚ Examinar sequedad y caída del cabello.
 - ✚ Observar mucosa sublingual.
 - ✚ Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y FERRITINA SÉRICA:

Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

2.2.3 Factores obstétricos

Factor obstétrico se define como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona durante el embarazo o parto que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores obstétricos asociados pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

FACTORES OBSTÉTRICOS ANTEPARTO

1. ANEMIA GESTACIONAL

La anemia es la concentración de hemoglobina en sangre menor que el valor esperado teniendo en cuenta también la edad, género, embarazo, ciertos factores ambientales, como la altitud. La anemia se produce por una falta de hierro, que puede ser originada por:

- a. Aumento de las necesidades: necesita hierro tanto la madre como el feto.

- b. Aumento de la volemia: la cantidad de líquido que hay en los vasos sanguíneos durante el embarazo no va seguida de un aumento paralelo de los glóbulos rojos.
- c. Alimentación escasa: vómitos, náuseas, reflujo gastroesofágico, depresión, estreñimiento. (29)

En un embarazo normal el volumen plasmático aumenta de un 25 a 80%. Este aumento es proporcional al peso del feto y es mayor en embarazos múltiples. Los requerimientos de hierro de la madre están aumentados durante los dos últimos trimestres del embarazo debido a las demandas del feto y el aumento de la masa de glóbulos rojos materna. Hasta un 80% del requerimiento aumentado se produce en el último trimestre. El requerimiento total de hierro durante todo el embarazo es aproximadamente 1300 mg, distribuido por 300 mg para el feto, 50 mg para la placenta, 450 mg para el aumento de la masa de glóbulos rojos materna, 250 mg para las pérdidas de hierro basales de la madre, 250 mg para pérdida de durante un parto vaginal normal (500 ml). Aunque la absorción intestinal de hierro aumenta durante el embarazo, la ingesta de hierro de la dieta es incapaz de satisfacer los requerimientos de hierro aumentados. Por consiguiente, estas se satisfacen con las reservas de hierro del cuerpo. Si estas son inadecuadas, la madre desarrollará anemia si no se administran suplementos de hierro. (30)

Según la norma técnica del MINSA la anemia en mujer Gestante de 15 años a más. Se clasifica en (2):

- Anemia leve: 10.0 - 10.9 g/dl

- Anemia moderada: 7.0- 9.9 g/dl
- Anemia severa: < 7.0 g/dl.

FACTORES OBSTÉTRICOS INTRAPARTO

MODALIDADES DE ALUMBRAMIENTO

Según la zona en donde se inicia el desprendimiento de la placenta, se distinguen dos modalidades de alumbramiento:

- Modalidad schultze: Es el tipo más común (80%). Ocurre cuando el desprendimiento se inicia de la zona central de implantación (semejante al de un paraguas invertido). La rotura de vasos a este nivel se produce una hemorragia que se acumula entre la pared uterina y el área de placenta desprendida, formándose un hematoma retro placentario que se hace cada vez más voluminoso por la sangre que va fluyendo. Al crecer, el hematoma retro placentario levanta el centro de la placenta, invirtiéndola, de modo que ella expulsada por su cara fetal y tras ella se elimina la sangre acumulada en el hematoma.
- Modalidad de Duncan: (20%) Ocurre cuando el desprendimiento se inicia en el borde lateral de la placenta, extendiéndose luego al centro de la misma. Al expulsarse, primero aparece al borde de la placenta, que se elimina de la cara materna.

En la modalidad de Duncan, a diferencia de schultze, la hemorragia se evidencia durante todo el periodo de desprendimiento (pues la sangre no se acumula en el hematoma retroplacentario), por lo cual la pérdida de sangre es mayor.

La hemorragia fisiológica promedio durante el tercer periodo, incluyendo el sangrado con la episiotomía es uno de 300-500ml de sangre. Comparativamente, la pérdida de sangre es mayor en la modalidad de Duncan que en la schultze. (27)

LACERACIONES O DESGARROS

Como consecuencia de diversos factores entre los cuales se puede citar la dilatación incompleta, patología cervical, excesos de oxitócicos, falta de elasticidad del periné, feto grande, parto acelerado, presentaciones anómalas, canal estrecho, falta de impregnación hormonal, precipitación, aplicaciones instrumentales, mala indicación de episiotomía, etc ,se pueden producir laceraciones y roturas en el cuello, vagina y periné, las que en algunas oportunidades se complican con hemorragias copiosas que pueden llevar al shock o con lesiones extensas que pueden ser causa de secuelas para el porvenir obstétrico de la paciente.

- Desgarros del cuello uterino

 - Desgarros de la vagina

 - Desgarros perineales
1. Desgarros de primer grado: Cuando comprometen la horquilla, mucosa sin llegar al plano muscular

 2. Desgarros de segundo grado: Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculos, pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano

3. Desgarros de tercer grado: Cuando se extienden desgarrando el esfínter del ano.

4. desgarros de cuarto grado: Cuando se extienden al ano y al recto (25)

FACTORES OBSTÉTRICOS POSTPARTO

HEMORRAGIAS POST PARTO

Williams indica que la hemorragia posparto describe más un suceso que un diagnóstico, y cuando se encuentra, es necesario determinar su causa. Entre las etiologías frecuentes esta la hemorragia procedente del sitio de implantación de la placenta, traumatismo del aparato genital y de estructuras adyacentes, o ambas. Tradicionalmente, la hemorragia posparto se ha definido como la pérdida de 500 ml o más de sangre después que se completa el tercer periodo del trabajo de parto. Esto plantea problemas porque la mitad de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pierde esa cantidad de sangre o más cuando se miden las pérdidas de manera cuantitativa: (28)

a) HEMORRAGIA POR TRAUMATISMOS EN EL CANAL DEL PARTO

Los traumatismos en el canal del parto comprometen elementos vasculares que de no ser ligados son causa de hemorragia o predisponen a la formación de hematomas extensos. Según el sitio de producción de hemorragia puede ser hacia la cavidad abdominal y pasar desapercibida al principio o producirse hacia el exterior haciendo más fácil su diagnóstico.

1. Rotura uterina

2. Desgarros cervicales

3. Laceraciones perineales

b) HEMORRAGIAS POR RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Las lesiones del endometrio ocasionadas por abortos anteriores, legrados, focos de endometrio etc, originan la implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de membranas y de partes de cotiledones en proporciones variables. En el caso de retención de fragmentos de cotiledones o de parte de la placenta, se producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando en forma continua.

c) HEMORRAGIA POR HIPOACTIVIDAD UTERINA

La hipoactividad uterina conduce a la subinvolución del útero y a los cuadros hemorrágicos consiguientes por falta de oclusión de los vasos. Cuando la actividad uterina contráctil del puerperio es muy escasa o nula, se establecen cuadros hemorrágicos muy copiosos que se presentan casi inmediatamente después del alumbramiento complicando gravemente la culminación del parto o el puerperio inmediato.

Según Manual de Obstetricia y Ginecología del Dr. Jorge A Carvajal indica que la hemorragia puerperal corresponde al sangrado vaginal excesivo luego de un parto (vaginal o cesárea), cuya magnitud puede llegar incluso a comprometer la vida de la mujer. Se define hemorragia puerperal como: "Pérdida sanguínea mayor a 1.000 ml en relación al parto" (independiente

de si el parto fue vaginal o cesárea). Otras definiciones han incluido la presencia de inestabilidad hemodinámica, o una caída del 10% del hematocrito (respecto del hematocrito antes del parto); sin embargo, la definición habitual hace solo referencia al volumen del sangrado. Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por complicaciones del embarazo y parto, lo que equivale a una muerte materna por minuto. El 98% de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo, en ellos, la principal causa de muerte materna es la Hemorragia Postparto en la cual define que la hemorragia post parto inmediato es aquella hemorragia postparto que ocurre dentro de las primeras 24 horas post parto. Habitualmente, se presenta de modo inmediato (luego de la salida de la placenta) o dentro de las primeras 6-8 horas. La hemorragia post parto inmediato afecta aproximadamente a un 4% de los partos vaginales y 6% de las cesáreas encontramos unas series de causas como:

- Inercia Uterina
- Lesiones del canal (desgarro de la vagina o cuello uterino)
- Rotura uterina
- Restos placentarios
- Acretismo placentario
- Trastorno de la coagulación

La inercia uterina es la causa más frecuente de hemorragia post parto (inmediato), dando cuenta del 70-90% de los casos. La inercia uterina es aquella situación clínica originada en una contracción uterina post parto

que no es capaz de ocluir las arterias espirales, ocasionando sangrado de mayor magnitud que lo normal desde el sitio de inserción placentaria. (31)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Hemoglobina: Es una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.
- Hierro: Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.
- Hematocrito: Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos
- Concentración de hemoglobina: Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro(g/dL) o gramos por litro (g/l).
- Puerperio: es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días post parto.

- Ferritina Sérica: Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.
- Hematocrito posparto: es un examen de sangre después del parto, que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño, su valor normal es entre 33 y 44%
- Anemia posparto inmediato: es el descenso de la hemoglobina < 12 g/dl, dentro de las primeras 12 horas del puerperio
- Altitud: Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- Episiotomía: es la incisión que se practica en el periné, partiendo de la comisura posterior de la vulva para facilitar la expulsión del feto.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de Investigación

Para establecer los criterios metodológicos, nos basamos en el bestseller “Metodología de la Investigación” de Hernández, L. & et.al. (2014):

Es de tipo aplicada, porque utiliza las teorías existentes sobre factores obstétricos y anemia en puérperas, para analizar en la práctica y en base a registros de casos reales en pacientes del Centro de Salud Las Moras de Huánuco.

3.1.1 Enfoque

Es de enfoque Mixto, del subtipo Mixto Puro, debido a que utiliza información y definiciones del diagnóstico plasmado en el historial clínico del paciente, para consolidar los factores obstétricos; así como, de analizar los resultados de los exámenes de sangre, para afirmar la existencia de anemia en puérperas; y, teniendo en consideración las variables intervinientes, combinando así, el enfoque cualitativo y cuantitativo, respectivamente.

3.1.2 Alcance de investigación

Seria de alcance Descriptivo – Explicativo - Correlacional.

1. Descriptivo, debido a que se describe y detalla con precisión, los factores obstétricos en puérperas que tienen anemia, según su

historia clínica por paciente y teniendo en cuenta las variables intervinientes.

2. Explicativo, por cuanto se expone a la anemia como determinante para detallar los factores obstétricos a determinar, en función a las variables intervinientes.
3. Correlacional; ya que, se estudia y cuantifica el grado de asociación entre los factores obstétricos, anemia y variables intervinientes; bajo métodos estadísticos de contrastaciones de hipótesis.

3.1.3 Métodos de la investigación

En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos:

1. Inductivo: Se aplicó este método para inferir las variables del trabajo, en base a guías de análisis documental e instrumento aplicado.
2. Deductivo: Se aplicó este importante método para sacar las conclusiones correspondientes del tratamiento especializado de las variables.

3.1.4 Diseño y esquema de la investigación

Se basó en el Diseño de Anidado Concurrente, del tipo Modelo Dominante, que para efectos de la investigación será de énfasis Cuantitativa y de inserción Cualitativa, debido a que colecta la información de los factores obstétricos y de existencia de anemia por paciente; para luego brindarle tratamiento estadístico, demostrando metodológicamente el grado de correlación entre ellas.

Este diseño permite tener una visión más completa y holística de la problemática en estudio, al beneficiarse de perspectivas que provienen de diferentes tipos de datos que sucedieron durante la indagación.

3.1.5 Determinación de la población

Estuvo conformada por todas las puérperas inmediatas atendidas en el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre del año 2019, que reporten anemia, dando un total de 164 puérperas.

3.1.6 Selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Historia clínica de puérpera inmediata de control prenatal en el centro de salud las Moras.
- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de anemia gestacional.
- Historia clínica de puérpera inmediata de parto vaginal atendida en el centro de salud las Moras.
- Historia clínica de puérpera inmediata con intervención de episiotomía
- Historia clínica de puérpera inmediata con modalidad de desprendimiento de alumbramiento de Duncan.
- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de laceraciones o desgarros.

- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de hemorragias por traumatismos en el canal del parto.
- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de hemorragia por retención de restos placentarios.
- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de hemorragia por hipoactividad.
- Historia clínica de puérpera inmediata con diagnóstico de hemorragia por otras causas.

Criterios de exclusión

- Historia clínica de puérpera inmediata que no tuvo control prenatal en el centro de salud las Moras.
- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de anemia gestacional.
- Historia clínica de puérpera inmediata de parto vaginal no atendida en el centro de salud las Moras.
- Historia clínica de puérpera inmediata con modalidad de desprendimiento de alumbramiento.
- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de laceraciones o desgarros.
- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de hemorragias por traumatismos en el canal del parto.
- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de hemorragia por retención de restos placentarios.

- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de hemorragia por hipoactividad.
- Historia clínica de puérpera inmediata sin diagnóstico de hemorragia.

3.1.7 Muestra

La metodología utilizada para el cálculo de la muestra es el Muestreo Probabilístico, que consiste en el empleo de una muestra cuya disponibilidad de estudio será la más conveniente. Se determinará a través del muestreo aleatorio simple, con un margen de error del 5% y con un nivel de confianza de 95%.

La muestra se determinará a través de la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 \times N \times P \times q}{d^2 (N-1) + (Z^2 \times p \times q)}$$

N: (Población) Cantidad de unidades de análisis

Z: (Confianza) Se puede tener 95% de confianza (1.96) o 99% de Confianza (2.88)

P:(prevalencia o frecuencia del fenómeno del estudio)

q: (complemento de p) 1 – p

d: (precisión o error de muestreo) para efectos de cálculo puede ser al 5% o al 1%.

$$n = \frac{Z^2 \times N \times P \times q}{d^2 (N-1) + (Z^2 \times p \times q)}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 164 \times 0.5 \times 0.95}{(0.5)^2(163) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.95)}$$

$$n = \frac{299.3}{5.9}$$

$$n = 51$$

La muestra estuvo compuesta por 51 puérperas que se atienden en el Centro de Salud Las Moras – Huánuco, durante el periodo de julio a diciembre del 2019.

3.2 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.2.1 Técnica:

- se utilizó el análisis documental y estuvo a cargo de las investigadoras.

Instrumento:

- Historia clínica
- Historia clínica perinatal
- Libro de registros de parto
- El sistema de wawared

3.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Una vez concluida la etapa de recolección de datos, se realizará el procesamiento, análisis y presentación de los datos, que incluye:

Procedimiento de registro de datos

- El procedimiento de los datos se realizará, utilizando el Microsoft sistematizada.
- Codificación de cada una de las respuestas con códigos, para facilitar la tabulación.
- Tabulación de datos, con el fin de responder a los problemas y objetivos de la investigación.
- Se procederá a vaciar los datos de Microsoft Office (Word, Excel) y los resultados obtenidos se presentarán en cuadro de doble entrada y gráficos.
- Mediante la estadística descriptiva se describirán los valores obtenidos para cada variable, con la distribución de frecuencias y/o las medidas de tendencia central (media, moda y mediana).

Procedimiento de análisis de datos

Obtenida toda la información se realizará un análisis e interpretación exhaustiva de datos serán a través de cuadros estadísticos realizados a la muestra operacional como también se hará el cruce de datos entre estos para hallar la relación clínica de los factores obstétricos asociados a la anemia en el puerperio inmediato. Dichos cuadros serán analizados con medidas de tendencia actual, así como promedios o porcentaje, en una base de datos estadísticos SPSS versión 26.0, previa codificación.

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera la autorización previa del centro de salud las Moras del servicio de admisión (historia clínica) para la recolección de datos.

En vista de que el estudio será aplicado directamente en recolección de datos en historia clínicas de las púerperas que se atendieron en el establecimiento que padezcan de anemia se tendrá en cuenta los siguientes aspectos éticos:

El tipo de estudio según los lineamientos del Ministerio de Salud, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener información sobre los factores asociados al puerperio inmediato y no de realizar intervenciones que pusieran en riesgo su salud física, psicológica y emocional.

Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las mujeres participantes se respetarán, al guardar la confidencialidad de la información y de su identidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 FACTORES INTERVINIENTES

Tabla 1

Distribución de frecuencias según grupo etario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Jóvenes (18 – 29 años)	35	68.6
Adolescentes (12 – 17 años)	2	3.9
Adulto (30– 59 años)	14	27.5
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

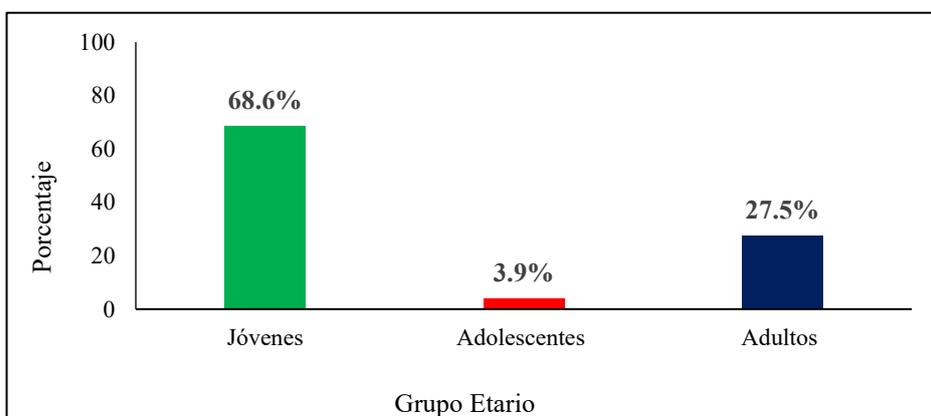


Figura 1. Porcentaje del grupo etario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación: La tabla 1 muestra la distribución de frecuencias según grupo etario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Se encontró que las puérperas jóvenes representan la mayor proporción con 68.6%, seguido de adultos 27.5% y adolescentes 3.9%.

Tabla 3

Distribución de frecuencias según estado civil de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	17.6
Casado	42	82.4
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

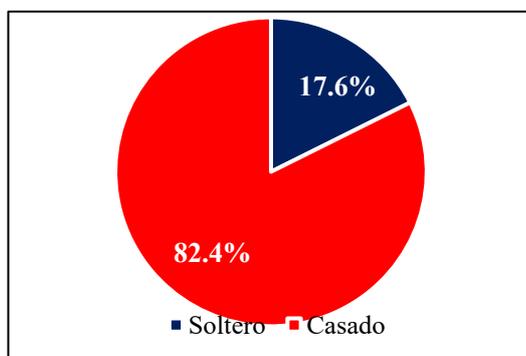


Figura 2. Porcentaje del estado civil de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

Al observar la tabla 2, se señala la distribución de frecuencias según estado civil de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Se encontró que las puérperas casadas constituyen la mayor proporción con 82.4%, y las puérperas solteras la menor con 17.6%.

Tabla 2

Frecuencias según el número de controles prenatales de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras - Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	5	9.8	9.8
2	5	9.8	19.6
3	4	7.8	27.5
4	7	13.7	41.2
5	2	3.9	45.1
6	3	5.9	51.0
7	8	15.7	66.7
8	2	3.9	70.6
9	10	19.6	90.2
10	3	5.9	96.1
11	2	3.9	100
Total	51	100	

Fuente: Elaboración propia

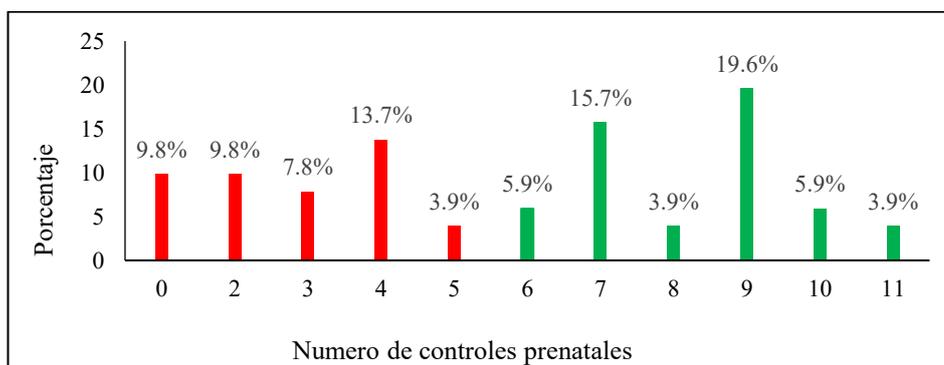


Figura 3. Porcentaje del número de controles prenatales de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación

La tabla 3 presenta la distribución de frecuencias según el número de controles prenatales de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Se encontró que las puérperas con nueve (9) controles prenatales representan la mayor proporción con 19.6%, mientras que las puérperas con once (11) controles prenatales constituyen la menor proporción con 3.9%.

Tabla 4

Porcentaje de puérperas con y sin adecuado control prenatal en el Centro de Salud Las Moras - Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Control	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado (>=6)	28	54.9
Inadecuado (<6)	23	45.1
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

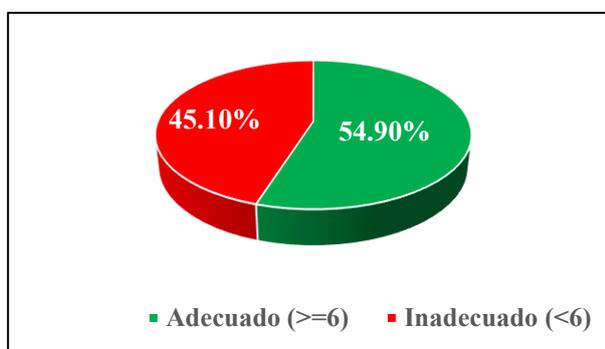


Figura 4. Porcentaje de adecuado e inadecuado control prenatal de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

Para interpretar la tabla 4, se debe tener en consideración que el número mínimo de veces que debe asistir una embarazada a sus controles prenatales es de seis (06) visitas; por ende, se estableció el criterio plasmado en el gráfico; por ello, según los resultados, se muestra que el 45.10% que tuvieron un control inadecuado e incluso un 9.8% del total, quienes nunca tuvieron control prenatal 54.90% del total de la muestra de puérperas, tuvieron un control prenatal adecuado en su periodo de gestación; sin embargo, existe un considerable.

Tabla 5

Distribución de frecuencias según índice de masa corporal de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	3	5.9
Normal	40	78.4
Sobre Peso	8	15.7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

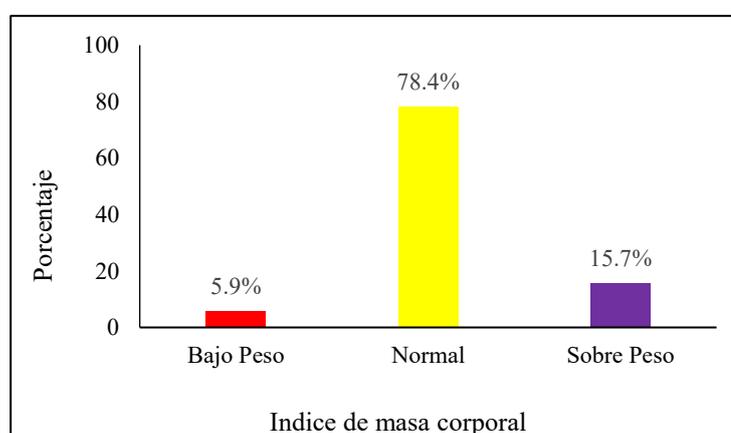


Figura 5. Porcentaje del índice de masa corporal de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 5 presenta la distribución de frecuencias según el índice de masa corporal de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas con un IMC normal representan la mayor proporción con 78.4%, seguido de sobre peso 15.7% y bajo peso 5.9%, los cuales son factores de riesgos, sobre todo el bajo peso que está relacionado con la anemia.

Tabla 6

Distribución de frecuencias según grado de instrucción de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	7	13.7
Primaria Completa	4	7.8
Secundaria Incompleta	11	21.6
Secundaria Completa	29	56.9
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

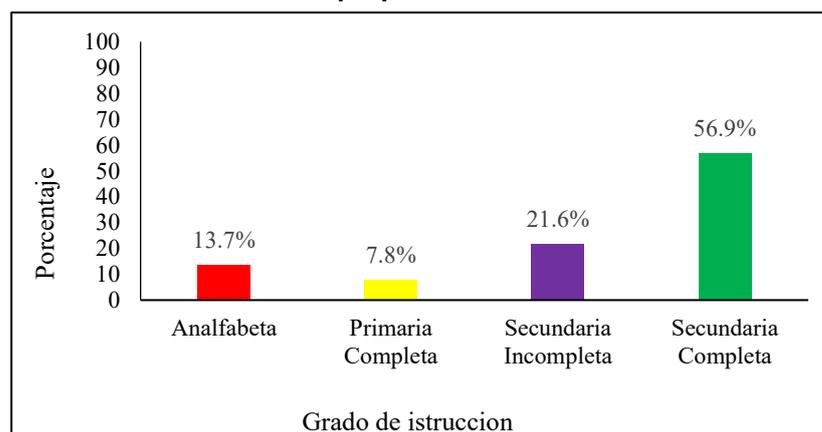


Figura 6. Porcentaje del grado de instrucción de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación

La tabla 6 presenta la distribución de frecuencias según el grado de instrucción de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas que tienen secundaria completa representan la mayor proporción con 56.9%, seguido de secundaria incompleta 21.6%, analfabeta 13.7% y primaria completa 7.8%.

Tabla 7

Distribución de frecuencias según el tipo de paridad de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Tipo de paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	17	33.3
primipara	6	11.8
Múltipara	26	51.0
Gran Múltipara	2	3.9
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

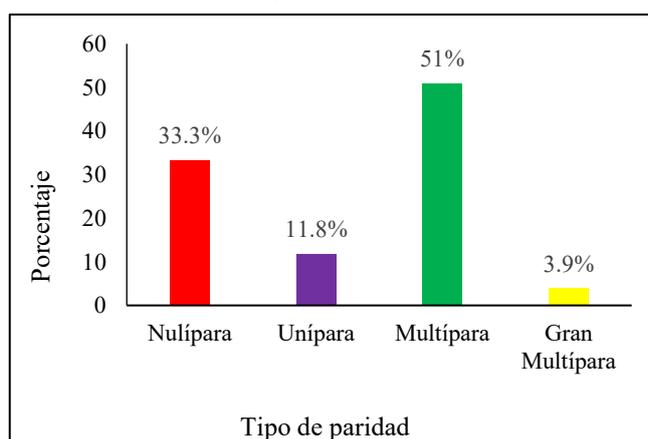


Figura 7. Porcentaje del tipo de paridad de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 7 muestra la distribución de frecuencias según el tipo de paridad de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se halló que las puérperas múltiparas representan la mayor proporción con 51%, seguido de nulíparas 33.3%, uníparas 11.8%, y gran múltipara 3.9%.

Tabla 8

Distribución de frecuencias según el periodo intergenésico de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
No Aplica	17	33.3
Corto	19	37.3
Adecuado	10	19.6
Largo	5	9.8
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

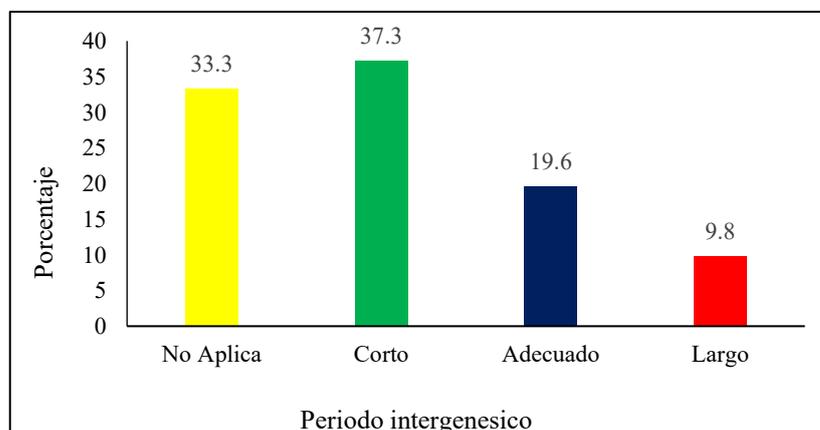


Figura 8. Porcentaje del periodo intergenésico de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación

La tabla 8 muestra la distribución de frecuencias según el *periodo intergenésico* de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se halló que las puérperas con un periodo intergenésico corto constituyen la mayor proporción con 37.3%, seguido de adecuado 19.6% y largo 9.8%. En el 33.3% de las puérperas no aplica el periodo intergenésico.

4.2 FACTORES OBSTETRICOS

Tabla 9

Distribución de frecuencias según el grado de anemia en la gestación de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco.

Periodo julio –diciembre 2019

Grado de anemia	Frecuencia	Porcentaje
Sin Anemia	25	49.0
Leve	18	35.3
Moderada	8	15.7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

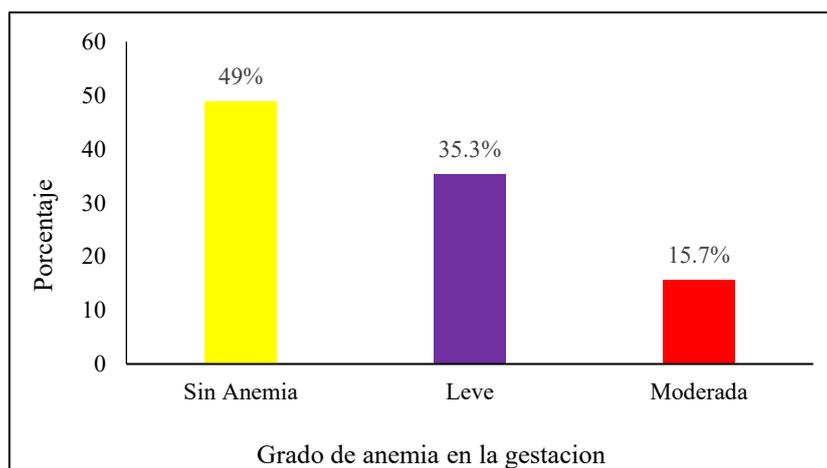


Figura 9. Porcentaje del grado de anemia en la gestación de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 9 muestra la distribución de frecuencias según el grado de anemia en la gestación de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se evidencio que las puérperas sin anemia representan la mayor proporción con 49%, seguido de anemia leve 35.3% y anemia moderada 15.7%.

Tabla 10

Distribución de frecuencias según el tipo de alumbramiento de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Tipo de alumbramiento	Frecuencia	Porcentaje
Shultze	43	84.3
Duncan	8	15.7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

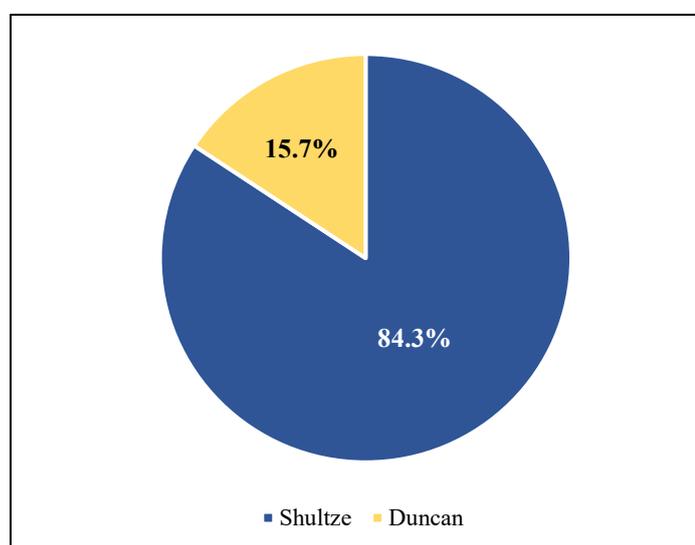


Figura 10. Porcentaje del Tipo de alumbramiento de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 10 señala la distribución de frecuencias según estado civil de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas con el tipo de alumbramiento Shultze tiene mayor predominio con 84.3%; mientras que aquellas puérperas con el tipo de alumbramiento Duncan constituyen solamente un 15.7%.

Tabla 11

Distribución de frecuencias según la presencia o ausencia de laceraciones o desgarros de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Laceración o desgarro	Frecuencia	Porcentaje
No Presento	28	54.9
Si Presento	23	45.1
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

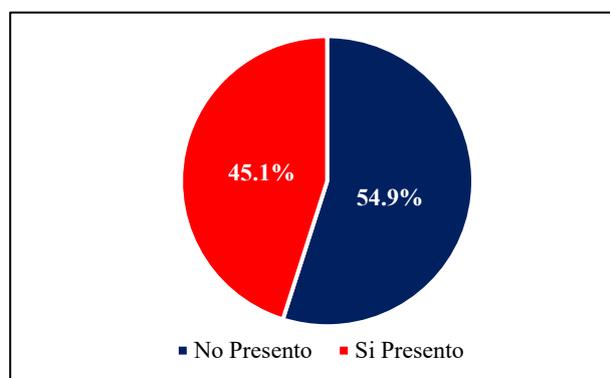


Figura 11. Porcentaje laceraciones o desgarros de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación

La tabla 11 muestra la distribución de frecuencias según la presencia o ausencia de laceraciones o desgarros de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas que no presentaron laceraciones o desgarros tienen mayor predominio con 54.9%; mientras que aquellas puérperas que presentaron laceraciones o desgarros tienen un menor predominio con 45.1%.

Tabla 12

Distribución de frecuencias según la presencia o ausencia de hemorragias por retención de restos placentario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Hemorragias por retención de restos placentarios	Frecuencia	Porcentaje
No Presento	42	82.4
Si Presento	9	17.6
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

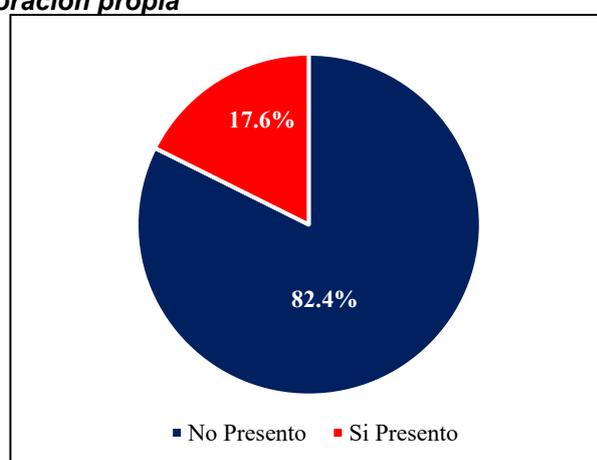


Figura 12. Porcentaje Hemorragias por retención de restos placentarios de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 12 muestra la distribución de frecuencias según la presencia o ausencia de hemorragias por retención de restos placentario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se halló que las puérperas que no presentaron hemorragias por retención de restos placentarios representan la mayor proporción con 84.3%; mientras que aquellas puérperas que presentaron hemorragias por retención de restos placentarios constituyen solamente el 15.7%.

Tabla 13

Distribución de frecuencias según el grado de anemia en puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Grado de anemia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	24	47.1
Moderada	27	52.9
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

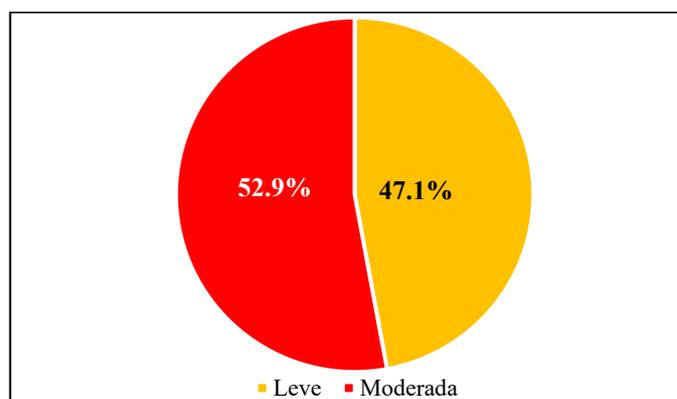


Figura 13. Porcentaje de grado de anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Interpretación:

La tabla 13 muestra la distribución de frecuencias según el grado de anemia en puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se halló que las puérperas que con un grado de anemia moderado representan la mayor proporción con 52.9%; mientras que aquellas puérperas que presentaron un grado de anemia leve tienen un menor predominio con 47.1%. Además, no se observaron puérperas con un grado de anemia severa.

4.3 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 14

Comparación de la Anemia gestacional según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Anemia gestacional	Anemia de las Puérperas				Total	
	Leve		Moderada		N	%
	N	%	N	%		
Sin Anemia	24	100	1	3.7	25	49
Con Anemia	0	0	26	96.3	26	51
Total	24	100	27	100	51	100

Fuente: Elaboración propia

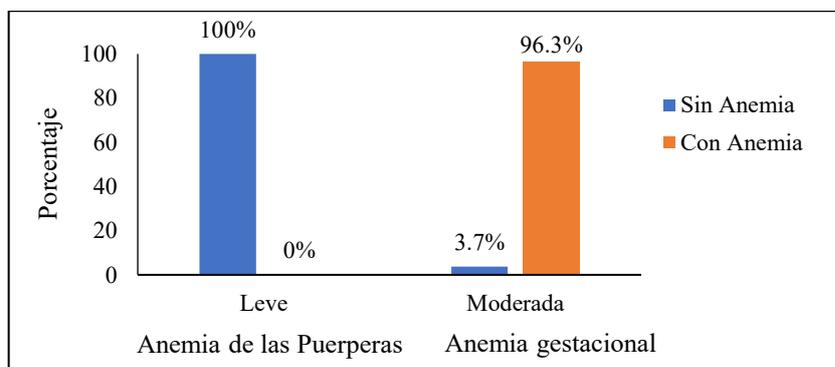


Figura 14. Porcentaje de la Anemia gestacional según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

Planteamiento de las Hipótesis

H1: La anemia gestacional está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La anemia gestacional no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Prueba estadística: Chi-Cuadrado de Independencia (Pearson)

Regla de decisión: $p\text{-valor} < 0.05 \rightarrow$ Se rechaza H0 y se acepta H1

Cálculo del p-valor: Ver Tabla 15

Tabla 15
 Prueba de independencia (Pearson) Chi-Cuadrado de la Anemia gestacional según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47.147^a	1	0.000
N de casos válidos	51		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.76.

Interpretación:

Como se observa en la Tabla 15, se encontró un p-valor = 0.000 < α = 0.05, siendo una asociación significativa entre la Anemia gestacional y Anemia de las puérperas.

Conclusión:

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador de que la anemia gestacional está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

Tabla 16

Comparación de la modalidad de alumbramiento según anemia de las púerperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco.

Periodo julio –diciembre 2019

Modalidad de alumbramiento	Anemia de las Púerperas				Total	
	Leve		Moderada		N	%
	N	%	N	%		
Schultze	19	79.2	24	88.9	43	84.3
Duncan	5	20.8	3	11.1	8	15.7
Total	24	100	27	100	51	100

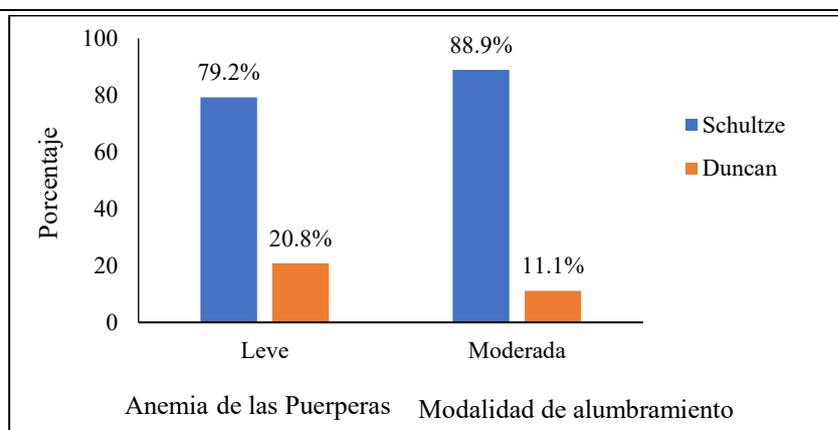


Figura 16. Porcentaje de la modalidad de alumbramiento según Anemia de las púerperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Planteamiento de las Hipótesis

H2: La modalidad de alumbramiento está asociada con la anemia de las púerperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La modalidad de alumbramiento no está asociada con la anemia de las púerperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Prueba estadística: Chi – Cuadrado de Independencia (Pearson)

Regla de decisión: $p\text{-valor} < 0.05 \rightarrow$ No se rechaza H0 y no se acepta H2

H2

Cálculo del p-valor: Ver Tabla 17

Tabla 17

Prueba de independencia (Pearson) Chi-Cuadrado de la modalidad de alumbramiento según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.908^a	1	0.341
Corrección de continuidad	0.322	1	0.571
N de casos válidos	51		

^a: 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.76

Interpretación: **Como se observa en la Tabla 17, se encontró un p-valor = 0.0322 > α = 0.05, siendo una asociación no significativa entre la modalidad de alumbramiento y Anemia de las puérperas.**

Conclusión:

Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula; es decir, que la modalidad de alumbramiento no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

Tabla 18

Comparación de la presencia o ausencia de laceraciones o desgarro según anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Laceraciones o desgarros	Anemia de las Puérperas				Total	
	Leve		Moderada		N	%
	N	%	N	%		
No presente	17	70.8	11	40.7	28	54.9
Si presente	7	29.2	16	59.3	23	45.1
Total	24	100	27	100	51	100

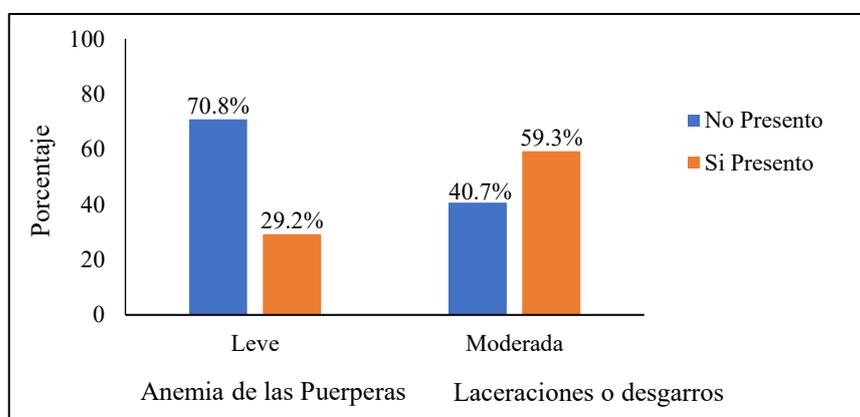


Figura 18. Porcentaje de la presencia o ausencia de laceraciones o desgarro según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Planteamiento de las Hipótesis

H3: La laceraciones o desgarro está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La laceraciones o desgarros no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Prueba estadística: Chi-Cuadrado de Independencia (Pearson)

Regla de decisión: $p\text{-valor} < 0.05 \rightarrow$ Se rechaza H0 y se acepta H3

Cálculo del p-valor: Ver Tabla 19

Tabla 19

Prueba de independencia (Pearson) Chi-Cuadrado de laceraciones o desgarros según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.647^a	1	0.031
N de casos válidos	51		

^a: 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.82

Interpretación:

Como se observa en la Tabla 19, se encontró un p-valor = 0.031 < α = 0.05, siendo una asociación significativa entre la laceraciones o desgarros y Anemia de las puérperas.

Conclusión:

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador de que las laceraciones o desgarró están asociados con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019.

Tabla 20

Comparación de la presencia o ausencia de hemorragias por retención de restos placentarios según anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Hemorragia por retención de restos placentarios	Anemia de las Puérperas				Total	
	Leve		Moderada		N	%
	N	%	N	%		
No presente	23	95.8	19	70.4	42	82.4
Si presente	1	4.2	8	29.6	9	17.6
Total	24	100	27	100	51	100

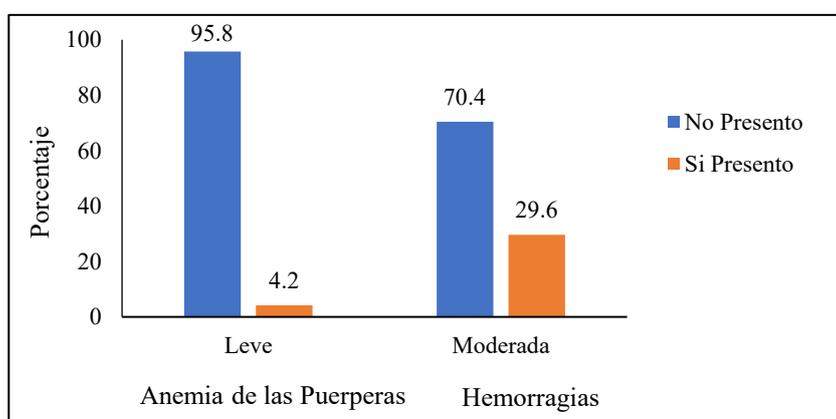


Figura 20. Porcentaje de la presencia o ausencia de hemorragias por retención de restos placentarios según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Planteamiento de las Hipótesis

H4: La Hemorragia por retención de restos placentarios está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

H0: La Hemorragia por retención de restos placentarios no está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05 = 5\%$ de margen máximo de error

Prueba estadística: Chi – Cuadrado de Independencia (Pearson)

Regla de decisión: $p\text{-valor} < 0.05 \rightarrow$ Se rechaza H0 y se acepta H4

Cálculo del p-valor: Ver Tabla 21

Tabla 21

Prueba de independencia (Pearson) Chi-Cuadrado de la Hemorragia por retención de restos placentarios según Anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019

Estadístico	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.669^a	1	0.017
Corrección de continuidad	4.052	1	0.044
N de casos válidos	51		

^a: 2 casillas (50%) han esperado un recuento menor que 5, el recuento mínimo esperado es 4.24.

Interpretación:

Como se observa en la Tabla 21, se encontró un p-valor = 0.044 < α = 0.05, siendo una asociación significativa entre la Hemorragia por retención de restos placentarios y Anemia de las puérperas.

Conclusión:

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador de que la Hemorragia por retención de restos placentarios está asociada con la anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

DISCUSION DE RESULTADOS

En nuestra investigación se encontró que en la tabla 13 muestra la distribución de frecuencias según el grado de anemia en puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019. Se halló que las puérperas que con un grado de anemia moderado representan la mayor proporción con 52.9%; mientras que aquellas puérperas que presentaron un grado de anemia leve tienen un menor predominio con 47.1%. A demás, no se observaron puérperas con un grado de anemia severa lo cual se contrasta en la investigación de Aura Lucia (Piura, 2019) denominada “Factores de riesgo obstétricos asociados a anemia en adolescentes según la vía del parto. Hospital Jorge Reategui. Piura-2018 puérperas” el cual concluye que Parto anemia leve, y 69.1% presentó anemia moderada 33.33% presentó anemia severa presentó. el 2.56%

En la tabla 1 muestra la distribución de frecuencias según grupo etario de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas jóvenes representan la mayor proporción con 68.6%, seguido de adultos 27.5% y adolescentes 3.9% así como en su estudio de Erika Allakelly (Cañete, 2018) En su investigación sobre “Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - diciembre del 2016”; se concluyó que a más baja sea la hemoglobina en una gestante adolescente mayor será las múltiples complicaciones que puedan presentar ya sea en la etapa de gestación o durante trabajo de parto. El 40% de las gestantes adolescentes de 13 a 18

años presentaron anemia, de los cuales 8.3 % presentaron anemia severa, 15.8% presentaron anemia moderada y 71.7% presentan anemia leve. El 18.3% de gestantes adolescentes de 13 a 18 años presentaron riesgo obstétrico durante el primer trimestre, el 69.2% presento riesgo obstétrico en el 2do trimestre y el 12.5% presento riesgo obstétrico en el tercer trimestre. El 17.5% de gestantes adolescentes presentaron retención placentaria, 6.7%y en nuestra investigación Se halló que las puérperas que presentaron hemorragias por retención de restos placentarios constituyen el 15.7%.

La tabla 3 presenta la distribución de frecuencias según el número de controles prenatales de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas con nueve (9) controles prenatales representan la mayor proporción con 19.6%, mientras que las puérperas con once (11) controles prenatales constituyen la menor proporción con 3.9% en la investigación de Jesús Santiago (Lima 2018). En el estudio sobre “Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “San José” Callao-Lima. 2016”; concluye que las gestantes anémicas que Si tuvieron CPN presentaron menor índice porcentual con un valor de14% (N=49); se asume que los Controles Prenatales es un factor protector para que las gestantes no tengan anemia.

En nuestra investigación en la tabla 4, se debe tener en consideración que el número mínimo de veces que debe asistir una embarazada a sus controles prenatales es de seis (06) visitas; por ende, se estableció el

criterio plasmado en el gráfico; por ello, según los resultados, se muestra que el 54.90% del total de la muestra de puérperas, tuvieron un control prenatal adecuado en su periodo de gestación; sin embargo, existe un considerable 45.10% que tuvieron un control inadecuado e incluso un 9.8% del total, quienes nunca tuvieron control prenatal por lo cual también se asocia con la anemia por el mal manejo del control prenatal.

la investigación de Jesús Santiago también se concluyó que las gestantes que presentaron IMC entre 25 a 29,9 (sobrepeso) fueron la que presentaron mayor índice porcentual de anemia, representada por el 36,3% (N=127); y las gestantes con IMC menor a 18,5 (bajo peso) presentaron menor índice porcentual de anemia con un valor de 2,9% (N=10); por lo tanto, se descarta como factor asociado en nuestra investigación se encontró que las puérperas con un IMC normal representan la mayor proporción con 78.4%, seguido de sobre peso 15.7% y bajo peso 5.9%, los cuales son factores de riesgos, sobre todo el bajo peso que está relacionado con la anemia se registró en la tabla 5.

En nuestra investigación en la tabla 11 muestra la distribución de frecuencias según la presencia o ausencia de laceraciones o desgarros de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019. Se encontró que las puérperas que no presentaron laceraciones o desgarros tienen mayor predominio con 54.9%; mientras que aquellas puérperas que presentaron laceraciones o desgarros tienen un menor predominio con 45.1% y contrastando en la investigación Maricela Luzgardiz (Cajamarca 2017) se concluyó que hubo puérperas con

desgarros vulvoperineal el 38%; y en pacientes con alumbramiento incompleto en un 25%. Se concluye que la episiotomía, la pérdida sanguínea y los desgarros vulvoperineales son los factores obstétricos que tuvieron mayor significancia para la presencia de anemia postparto en puérperas.

CONCLUSIONES

Las puérperas con anemia leve no presentaron anemia gestacional; mientras que, en las puérperas con anemia moderada, el 96.3% presentaron anemia gestacional. Por lo tanto, la presencia de anemia gestacional condiciona a la presencia de un mayor grado de anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

Las puérperas con anemia leve como moderada presentaron mayor predominio de alumbramiento Shultze en comparación de Duncan. Asimismo, no se observó un incremento importante en el grado de anemia de las puérperas según la modalidad de alumbramiento. Por lo tanto, la modalidad de alumbramiento no condiciona a la presencia de un mayor grado de anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

La mayor proporción de puérperas con anemia leve no presentaron laceraciones o desgarros; mientras que en las puérperas con anemia moderada predominaron la presencia de laceraciones o desgarros. Por lo tanto, la presencia de laceraciones o desgarros condiciona a la presencia de un mayor grado de anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio –diciembre 2019.

La mayor proporción de puérperas con anemia leve y moderada no presentaron Hemorragia por retención de restos placentarios; sin embargo, en las puérperas con anemia moderada se observó un incremento sustancial de hemorragias por retención de restos placentarios. Por lo

tanto, la presencia de restos placentarios condiciona a la presencia de un mayor grado de anemia de las puérperas inmediatas en el Centro de Salud Las Moras. Huánuco. Periodo julio – diciembre 2019.

Los factores obstétricos anteparto, intraparto y postparto asociados a la anemia en el puerperio inmediato según los resultados de la prueba de hipótesis son anemia en la gestación, laceraciones o desgarros y hemorragia por retención de restos placentarios correspondientemente.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios en un universo con población más diversa, para estimar la prevalencia o incidencia de las complicaciones en el puerperio inmediato además de los factores que están relacionados con su aparición a fin de encontrar las causas y así determinar las medidas necesarias con el único fin de mejorar la calidad en el manejo de la paciente durante el puerperio inmediato. Además recomendados investigar otros factores de riesgo y si existen factores protectores para con las complicaciones en el puerperio inmediato.
- La promoción de estilos de alimentación saludable adecuados para pacientes gestantes, basados en alimentos con alta biodisponibilidad de hierro, de acuerdo a la cultura de cada región.
- El seguimiento y que se cumpla el tratamiento con suplementos de hierro durante la gestación, ya que es el factor más importante en el desarrollo de anemia en el post parto.
- Implementar estrategias de prevención y promoción a través de charlas educativas, talleres, durante el primer control prenatal y las visitas domiciliarias subsecuentes para mejorar la alimentación nutricional de la embarazada y así evitar el desarrollo de la anemia postparto.
- Fortalecer los pasos de la consejería durante el control prenatal para que la gestante tenga un buen entendimiento del horario en que debe de ser ingerido el sulfato ferroso y la ingesta junto con vitamina c para su mejor absorción.

- Hacer un seguimiento cualitativo y cuantitativo del consumo de hierro en todas las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, concomitantemente con un dosaje de Hb, para regular la administración del sulfato ferroso.
- Mejorar la calidad de atención del manejo activo del tercer periodo del parto para evitar las hemorragias postparto y por ende la baja de hemoglobina.
- Cuantificar de manera precisa las pérdidas sanguíneas en el momento de la atención del trabajo de parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, permitiéndonos estar con valores reales y asumir conductas respectivas urgentes.
- Cuantificar la cantidad de sangrado vagina-perineal al momento de la atención del parto en el centro de Salud las Moras para obtener una cantidad de sangrado más precisa.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). [Online].; 2005 [cited 2020 junio 13. Available from: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_status_summary/es/#:~:text=La%20prevalencia%20mundial%20de%20la%20anemia%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20general,ellos%20en%20todo%20el%20mundo.
2. Garcia Funegra J, Silvia Ester Pessah Eljay MgSE, Lavado Padilla DP, Villarán Contavalli SR. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérpera. norma tecnica. Lima: MINSA, el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017; 2017.
3. Organización mundial de la salud, OMS. https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_statuses_t2/es/. [Online].; 2008 [cited 2020 enero 10. Available from: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_statuses_t2/es/.
4. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2008 [cited 2019 Octubre 28. Available from: <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>.
5. Asturizaga DP. SCIELO. [Online].; 2014 [cited 2019 Diciembre 20. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009.
6. Grandez Urbina, J. Antonio; Cervantes Siles, Gabriela; Castro Segura, Jorge. Rev Med Hered. [Online].; 2013 [cited 2020 Mayo 20. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1ao7.pdf>.
7. Moreno DVS. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. [Online].; 2012 [cited 2020 Mayo 20. Available from:

https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2013/12_Prevalencia%20de%20anemia%20en%20gestantes%20v%201_0_1.pdf.

8. MNPI. indice de esfuerzo de programa materno y neonatal. [Online].; 2014 [cited 2020 Marzo 27. Available from: http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador_MNPI.pdf.
9. Moyolema Lemache P. Incidencia de anemia en gestantes atendidas en la consulta externa de un Hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil desde octubre del 2016 a febrero del 2017. titulo. Ecuador: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2017.
10. Cárdenas García Ak. Incidencia de anemia en pacientes puérperas. tesis para el titulo. Ecuador: Universidad central del Ecuador, Quito; 2014.
11. Palomino García Al. Factores de riesgo obstetricos asociados a anemia en puérperas adolescentes según la via del parto. Tesis para optar titulo. Piura: Universidad privada Antenor Orrego , Piura; 2019.
12. Martinez Manco Ea. Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - Diciembre del 2016.. tesis para optar el titulo profesional. cañete: Universidad privada Sergio Bernales, Lima; 2018.
13. Soto Ramirez S. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital "San José" Callao-Lima. 2016. Bachiller. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2018.
14. Casavilca Suárez ka, Egoávil Gutiérrez Jr. Factores de riesgo y anemia en el post parto en el hospital nacional Edgardo Rebagliati

Martins durante el año 2016. tesis para optar el título. huancayo: universidad nacional del centro del Perú, Junín; 2017.

15. Chuquiruna Quiroz ML.
<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=chuquiruna+quiroz%2c+maricela+luzgardiz+%28cajamarca+2017%29.+%e2%80%9cfactores+obst%3%89tricos+relacionados+a+la+anemia+postparto+en+pu%3%89rperas+prim%3%8dpar+as.+hospital+regional+docente+de+cajamarca.> [Online].; 2017 [cited 2019 noviembre 20]. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1787>.
16. Izquierdo García J. Factores asociados según grados de anemia posparto en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de ventanilla, julio - diciembre del 2016. tesis para optar el título. lima: universidad privada San Juan Bautista, Lima; 2017.
17. Loma Vildoso YK. [Online].; 2017 [cited 2019 octubre 04]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3144>.
18. Orejon Paucarpura Fdm. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primiparas. tesis para optar licenciatura. lima: Universidad nacional mayor de San Marcos, Lima; 2016.
19. Clínica M. ELSERVIER. [Online].; 2016 [cited 2019 SEPTIEMBRE 29]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316000646>.
20. Miraval Tarazona Zoila E. "Anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de las usuarias del centro de salud aparición pomares Huanuco enero-noviembre 2015". tesis de segunda especialización. Huanuco: Universidad Privada de Huanuco, Huanuco; 2016.

21. Ortiz Leandro E. Factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano marzo - diciembre 2015. tesis para titulo. Huanuco: Universidad de Huanuco, huanuco; 2015.
22. Huillca Ccassa EH, Soto Ambrosio J. Incidencia de Anemia como Factor de Riesgo en Gestantes que Acudieron al Centro de Salud Santa María del Valle. tesis de segunda especialización. Huanuco: UNHEVAL, huanuco; 2001.
23. Cunningham F, Leveno k, Bloom S, Hauth J, L G. Obstetricia de Williams. libro. Mexico: McGraw-Hill, Mexico; 2006.
24. Guyton , Hall. Fisiología médica. 11th ed. España: Gea consultoría editorial, S.L.L; 2006.
25. Mongrut Steane A. Tratado de obstetricia. Cuarta edición ed. Mongrut Steane C, Mongrut Steane E, editors. Peru; 2000.
26. Salud Md. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima : MINSA , Lima ; 2013.
27. Alvarado A. C. Apuntes de obstetricia. Tercera ed. Lima: Apuntes médicos del Perú E.I.R.L.; 2013.
28. gary cuningham f, j. leveno k, L. Bloom S, C. Hauth J, J. Rouse D, Y. Spong c. Williams Obstetricia. 23rd ed. Garcia Carbajal NL, editor. china: megicana; 2011.
29. Ribot B, Aranda N, Arijá V. scielo. [Online].; 2012 [cited 2020 febrero 12].
30. Castilla Marchena M, Donado Stefani C, Hijona Elosegui JJ, Jaraiz Cabanillas M, Santos Zunino M. MEDES. [Online].; 2014 [cited 2020 enero 25]. Available from: <https://medes.com/publication/104625>.

31. Bejarano P. AA. liber factory. [Online]. españa; 2016 [cited 2020 febrero 15. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=Rv64CwAAQBAJ&pg=PA20&dq=Paridad+y+sangrado+posparto&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEWi34cyl_aPVAhWIJiYKHaPdCDsQ6AEIIDAA#v=onepage&q=Paridad%20y%20sangrado%20posparto&f=false.
32. Lombardía J. Ginecología y Obstetricia. segunda ed. Bogotá-colombia: Medica panamericana; 2010.
33. Espinoza Hidalgo HA, Ríos Gómez JR. “factores asociados a la anemia en gestantes, hospital de apoyo Barranca –Cajatambo, 2015.”. título. Huaraz: Universidad nacional “Santiago Antunez de Mayolo”, Ancash; 2017.
34. A. Carvajal J, Ralph T C. Manual de Obstetricia y Ginecología. octava ed. Chile; 2017.
35. Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, Bautista Lucio P. Metodología de la investigación. Quinta ed. Mares Chacón J, editor. México: Mc Graw Hill; 2010.
36. OMS. OMS. [Online].; 2012 [cited 2019 NOVIEMBRE 19. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/mortalidad_materna.pdf.
37. Galvis Ramírez V, Bustamente García MA. Norma técnica para la atención del parto. Normatecnica. Colombia: Ministerio de salud, La Paz.
38. Ricarto S, Ricardo F, Carlos D. Obstetricia. Sexta ed.: El Ateneo.
39. Espitia de la Hoz F, Orosco Santiago L. SCIELO. [Online].; 2013 [cited 2020 febrero 19. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005.

40. Dra. Patricia Asturizaga. scielo. [Online].; 2014 [cited 2019 diciembre 15. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009.

ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO METODOLÓGICO	INSTRUMENTOS
<p>¿Cuáles son factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato en el Centro de Salud Las Moras Huánuco? Periodo Julio-Diciembre. 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia en puerperio inmediato en el centro de salud las Moras Huánuco. Periodo Julio-Diciembre. 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar los factores obstétricos ante parto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el centro de salud las Moras Huánuco. Periodo Julio-Diciembre. 2019.</p> <p>Conocer los factores obstétricos intraparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el centro de salud las Moras Huánuco. Periodo Julio-Diciembre. 2019.</p> <p>Indicar los factores obstétricos postparto asociados a la anemia en puerperio inmediato en el centro de salud las Moras Huánuco. Periodo Julio-Diciembre. 2019.</p>	<p>Hi= Los factores obstétricos intraparto están asociados significativamente con la anemia en el puerperio inmediato.</p> <p>Ho= Los factores obstétricos intraparto no están asociados significativamente con la anemia en el puerperio inmediato.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores obstétricos Asociados</p> <p>Indicadores :</p> <p>Factores obstétricos anteparto</p> <ul style="list-style-type: none"> Anemia gestacional <p>obstétricos intraparto</p> <ul style="list-style-type: none"> Modalidad de desprendimiento Laceraciones o desgarros <p>Factores obstétricos postparto</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemorragias por traumatismos en el canal del parto Hemorragias por retención de restos placentarios Hemorragias por hipoactividad <p>VARIABLE DEPENDIENTE: anemia</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anemia leve Anemia moderada Anemia severa <p>VARIABLES INTERVINIENTES: Edad, Estado civil, Control prenatal, IM, Grado de instrucción, paridad y periodo intergenésico.</p>	<p>POBLACIÓN: Conformada por todas las púerperas inmediatas atendidas en el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre del año 2019; que reporten anemia.</p> <p>MUESTRA: La muestra se determinará a través de la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas.</p> $n = \frac{Z^2 \times N \times P \times q}{d^2 (N-1) + (Z^2 \times p \times q)}$ <p>N: población. Z: (Confianza) Se puede tener 95% de confianza (1.96) o 99% de Confianza (2.88) P:(prevalencia o frecuencia del fenómeno del estudio) q: (complemento de p) 1 – p. d: (precisión o error de muestreo) para efectos de cálculo puede ser al 5% o al 1%.</p> <p>La Muestra esta compuesta por 51 púerperas.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Estudio de Tipo Aplicada, de enfoque Mixto, de Alcance Explicativo-Descriptivo-Correlacional</p> <p>DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Diseño de Anidado Concurrente, del tipo Modelo Dominante, que para efectos de la investigación será de énfasis Cuantitativa y de inserción Cualitativa, debido a que colecta la información de los factores obstétricos y de existencia de anemia por paciente.</p>	<p>TÉCNICA: Se utilizará el análisis documental</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia clínica -Historia perinatal -Libro de registros

ANEXO 02. Instrumento

“FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUÁNUCO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2019”

N°	EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	IMC	CPN	PARIDAD	PERIODO INTERGENESICO	FACTORES OBSTETRICOS											
								F.O ANTEPARTO	F.O INTRAPARTO		F.O POSTPARTO			ANEMIA EN EL PUERPERIO					
								ANEMIA GESTACIONAL	MODALIDAD DE ALUMBRAMIENTO	DESGARROS	HEMORRAGIA POR TRAUMA EN EL CANAL DEL PARTO	HEMORRAGIA POR RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS	HEMORRAGIA POR HIPOACTIVIDAD UTERINA	HEMORRAGIA PUERPERAL POR OTRAS CAUSAS	LEVE 11.0 a 11.9 g/dl	MODERADA 8.0 a 10.9 g/dl	SEVERA <8 g/dl.		
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			

ANEXO 03. Validación de instrumento

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESPECIALISTA: *Dra. Nancy E. Castañeda Eugenio*

CARGO QUE OCUPA: *Directora de la Unidad de Posgrado - FOBST - UNHEVAL*

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUÁNUCO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2019"

NOMBRE DEL TESISISTA:

- Cierzo Moreno Sady

- Albornoz Vásquez, Evelyn

N°	Indicadores	Definición	Excelente (2p)	Muy bueno (1.5p)	Bueno (1p)	Regular (0,5p)	Deficiente (0p)
1	Claridad y precisión	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades.	2				
2	Coherencia	Los ítems guardan relación con la variable e indicadores del proyecto.	2				
3	Validez	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.		1.5			
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, datos, instrucciones.			1		
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se ha aplicado.		1.5			
6	Control de Sesgo	Presenta algunos ítems distractores para controlar la contaminación de los ítems.		1.5			
7	Orden	Los ítems han sido redactados bajo un orden establecido por la naturaleza de la investigación.	2				
8	Marco de referencia	Los ítems están redactados de acuerdo al marco de referencia de lo recolectado: nivel de información y sistema de referencia.	2				
9	Extensión	El número de ítems no es excesivo y está en relación a la variable e indicadores.	2				
10	Objetividad	Los ítems no constituyen una amenaza para la población en estudio.	2				
PUNTAJE FINAL			17.5				

Sugerencia: *Es aplicable.*

Huánuco, 09 de marzo del 2020

Nombres y Apellidos

DNI

FIRMA

[Firma]
 : *Nancy E. Castañeda Eugenio*
 : 22494508

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESPECIALISTA: *Dra. Antonia E. Levi Guerra.*

CARGO QUE OCUPA: *Docente.*

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUÁNUCO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2019"

NOMBRE DEL TESISISTA:

- Cierro Moreno Sady
- Alborno Vásquez, Evelyn

N°	Indicadores	Definición	Excelente (2p)	Muy bueno (1.5p)	Bueno (1p)	Regular (0,5p)	Deficiente (0p)
1	Claridad y precisión	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades.	2				
2	Coherencia	Los ítems guardan relación con la variable e indicadores del proyecto.	2				
3	Validez	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.		1			
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, datos, instrucciones.			1.5		
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se ha aplicado.	2				
6	Control de Sesgo	Presenta algunos ítems distractores para controlar la contaminación de los ítems.		1.5			
7	Orden	Los ítems han sido redactados bajo un orden establecido por la naturaleza de la investigación.	2				
8	Marco de referencia	Los ítems están redactados de acuerdo al marco de referencia de lo recolectado: nivel de información y sistema de referencia.	2				
9	Extensión	El número de ítems no es excesivo y está en relación a la variable e indicadores.	2				
10	Objetividad	Los ítems no constituyen una amenaza para la población en estudio.	2				
PUNTAJE FINAL			17.5				

Sugerencia: *Es aplicable.*

Huánuco, *09* de *marzo* del 2020

Nombres y Apellidos
DNI
FIRMA

: *Dra Antonia E. Levi Guerra*
: *22424381*
:



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESPECIALISTA: *Mg. Rosario De la Hata Huapaya*

CARGO QUE OCUPA: *Docente*

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUÁNUCO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2019"

NOMBRE DEL TESISISTA:

- Cierro Moreno Sady

- Albornoz Vásquez, Evelyn

N°	Indicadores	Definición	Excelente (2p)	Muy bueno (1.5p)	Bueno (1p)	Regular (0.5p)	Deficiente (0p)
1	Claridad y precisión	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades.	2				
2	Coherencia	Los ítems guardan relación con la variable e indicadores del proyecto.	2				
3	Validez	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.		1			
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, datos, instrucciones.			1.5		
5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se ha aplicado.		2			
6	Control de Sesgo	Presenta algunos ítems distractores para controlar la contaminación de los ítems.		1.5			
7	Orden	Los ítems han sido redactados bajo un orden establecido por la naturaleza de la investigación.	2				
8	Marco de referencia	Los ítems están redactados de acuerdo al marco de referencia de lo recolectado: nivel de información y sistema de referencia.	2				
9	Extensión	El número de ítems no es excesivo y está en relación a la variable e indicadores.	2				
10	Objetividad	Los ítems no constituyen una amenaza para la población en estudio.	2				
PUNTAJE FINAL			18.00				

Sugerencia: *Es aplicable.*

Huánuco, *10* de *Marzo* del 2020

Nombres y Apellidos

: Rosario De la Hata Huapaya

DNI

: 22474880

FIRMA

[Firma manuscrita]



Año de la lucha contra la corrupción e impunidad
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Huánuco, 18 de noviembre 2019

Carta N°01-2019-FOBST-UNHEVAL/As.

Señor(a):

Dr. Patricia Rojas Berrospi
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD LAS MORAS

Presenta:

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DE UN ESTUDIO PILOTO DE INVESTIGACION.

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigimos a usted para saludarla cordialmente y a la vez conocedores de su alto espíritu de colaboración en la formación de profesionales en salud, solicitamos la autorización correspondiente para la ejecución del estudio titulado "FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUANUCO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2019" con fines académicos de pre grado en obstetricia la misma que consistirá en la recolección de datos de las historias clínicas de todas púérperas atendidas en el establecimiento e historias clínicas perinatales. Adjunto matriz de consistencia e instrumento de estudio a utilizar para mejor ilustración.

Sin otro en particular hacemos propicia la ocasión para reiterarle las muestras de estima consideración.

Atentamente.

Dra. Digna Manrique de la Lara Suárez
Asesora de tesis
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Sady Rebeca Cierro Moreno
Tesisista

Evelyn Albornoz Vásquez
Tesisista.





UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD Y DE NO PLAGIO DE TESIS

Yo, Sady Rebeca CIERTO MORENO identificado con DNI N° 73438365 y Evelyn ALBORNOZ VASQUEZ identificado con DNI N°48700598 Ex alumnas de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán -Huánuco de la facultad de Obstetricia; **AUTOR DE LA TESIS TITULADA: “FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN PUERPERIO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO, PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2019”**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del título profesional de Obstetricia, siendo trabajo de investigación, ni utilizado ideas, formulas, ni citas completas, así como ilustraciones diversas, sacadas de cualquier tesis, obra, articulo, memoria, etc. (en versión digital o imprenta).
2. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para evaluación no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno. Soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la Tesis; así como de los derechos sobre la obra presentada.

Asimismo, me hago responsable ante la universidad o terceros, de cualquier irregularidad o daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado.

De identificarse falsificación, plagio, fraude o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, responsabilizándome por todas las cargas pecuniarias o legales que se deriven de ello sometiéndome a las normas establecidas y vigentes de la UNHEVAL por lo que **DECLARO BAJO JURAMENTO SER EL AUTOR DE LA TESIS** arriba mencionada.

Huánuco 29 diciembre del 2020

Firma

DNI -----

104

Firma

DNI -----



"Año de la Universalización de la Salud"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN



Huánuco - Perú
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11: 00 am, del día viernes 18 de diciembre de 2020, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, la bachiller Evelyn ALBORNOZ VÁSQUEZ, procedió al acto de Defensa de su Tesis titulado: **"FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO. CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUANUCA. PERIODO JULIO- DICIEMBRE 2019"** para obtener el **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**; ante los miembros del Jurado de Tesis, estando conformado por los siguientes docentes.

- | | |
|---|-------------|
| - Dr. Victor QUISPE SULCA | Presidente |
| - Mg. Carlos Antonio CARRILLO Y ESPINOZA | Secretario |
| - Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ | Vocal |
| - Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA | Accesitaria |

Asesor(a) de Tesis: Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del jurado y público.
 Se dio por concluido el acto de defensa de tesis; donde cada miembro del Jurado procedió a calificar.

Asimismo, el Jurado planteó a la tesis las siguientes observaciones:

Ninguna

Obteniendo en consecuencia la nota cuantitativa de: *Dieciocho* (18) y cualitativa de: *Muy buena*, por lo que se declara *aprobada*
 (Aprobado o desaprobada)

Los miembros del Jurado, firman la presente ACTA en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las *12.25* Horas del día *18* de *12* del 2020.

PRESIDENTE

SECRETARIA

VOCAL

Leyenda:
 Excelente: 19 y 20
 Muy bueno: 17 y 18
 Bueno: 14 a 16
 Desaprobado: < 14

*Av. Universitaria NO 601-607 Cayñayna. Telef: 062-591077.
 Correo electrónico obstetricia@unherval.edu.pe*



"Año de la Universalización de la Salud"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
Huánuco - Perú



LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11: 00 am, del día viernes 18 de diciembre de 2020, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, la bachiller Sady Rebeca CIERTO MORENO, procedió al acto de Defensa de su Tesis titulado: **"FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO. CENTRO DE SALUD LAS MORAS. HUANUCO. PERIODO JULIO- DICIEMBRE 2019"** para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA; ante los miembros del Jurado de Tesis, estando conformado por los siguientes docentes.

- | | |
|---|-------------|
| - Dr. Victor QUISPE SULCA | Presidente |
| - Mg. Carlos Antonio CARRILLO Y ESPINOZA | Secretario |
| - Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ | Vocal |
| - Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA | Accesitaria |

Asesor(a) de Tesis: Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del jurado y público. Se dio por concluido el acto de defensa de tesis; donde cada miembro del Jurado procedió a calificar.

Asimismo, el Jurado planteó a la tesis las siguientes observaciones:

Ninguna

Obteniendo en consecuencia la nota cuantitativa de: *Dieciocho* (18) y cualitativa de: *Muy buena*, por lo que se declara *Aprobada*
 (Aprobado o desaprobada)

Los miembros del Jurado, firman la presente ACTA en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las *12:25* Horas del día *18* de *12* del 2020.

 PRESIDENTE

 SECRETARIA

 VOCAL

Legenda:
 Excelente: 19 y 20
 Muy bueno: 17 y 18
 Bueno: 14 a 16
 Desaprobado: < 14

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRONICA DE PREGRADO

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Ciervo Moreno, Sady Rebeca

DNI: 73438365 Correo electrónico: rciertom17@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 994230304 Oficina _____

Apellidos y Nombres: ALBORNOZ VASQUEZ EVELYN

DNI: 48700598 Correo electrónico: obsta.albornoza@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 940523779 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>OBSTETRICIA</u>
E. P. :	<u>OBSTETRICIA</u>

Título Profesional obtenido:

OBSTETRA

Título de la tesis:

Factores OBstetricos Asociados a la anemia en el Puesterio
Inmediato - Centro de salud las Moras - Huanuco. Periodo Julio - Diciembre 2019

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web **repositorio.unheval.edu.pe**, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

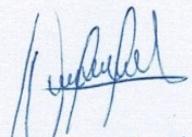
Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

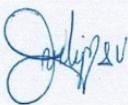
- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 22/12/2020

Firma del autor y/o autores:


 Sady R. Cierbo Moreno
 DNI: 73438365


 Evelyn Albornoz Vasquez
 DNI: 48700598