



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL
REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA.**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
NAVARRETE CONDORI, KATIA FABIANA.**

**ASESORA:
Mg. CHACALTANA ESCATE, CARMEN EDELMIRA**

ICA – PERÚ

AGOSTO, 2018

DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo, amor y paciencia brindada en toda circunstancia presentada que permite construir mi desarrollo personal y profesional.

A mis maestros (a) que busca forjar el desarrollo de mis conocimientos con su aporte en cada una de sus actividades cotidianas con ética y lealtad.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento va dirigido a Dios por darme sabiduría y guiar mis pasos día a día.

A mi familia por su apoyo moral e incondicional ayudándome a culminar mi proceso de aprendizaje.

A todos los Obstetras por la enseñanza, paciencia, colaboración, apoyo que nos han brindado y sobre todo por su gran amistad, por ser mi guía en este largo camino.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar si la anemia es un factor predisponente de complicaciones del puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018. **Material y método:** El método de investigación será inductivo, ya que vamos a utilizar el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos. Obteniendo los siguientes **resultados:** La anemia no es un factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato, Marzo – Mayo 2018 nos dio como resultado la anemia leve un 80.6%, anemia leve un 18.1% y anemia severa un 1.4%. Con respecto a las complicaciones en el puerperio inmediato del 100% de los casos predomina las hemorragia post parto con un 48.6%; la hipotonía uterina un 80%; las traumas de partes blandas con un 27.8% y la retención de membranas y/o placenta un 23.6%. Llegando a las siguientes **conclusiones:** Que tratando de reconocer a la anemia como factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato, un diagnóstico temprano y manejo adecuado es la clave para evitar complicaciones y muerte materna.

Palabras claves: Anemia, complicaciones y puerperio inmediato

ABSTRACT

The objective of the research is to determine if anemia is a predisposing factor of complications of the immediate puerperium, Ica Regional Hospital March - May 2018. **Material and method:** The research method will be inductive, since we are going to use the reasoning to obtain conclusions that start from particular facts accepted as valid. Obtaining the following **results:** Anemia is not a predisposing factor for complications in the immediate puerperium, March - May 2018 resulted in mild anemia in 80.6%, mild anemia in 18.1% and severe anemia in 1.4%. With regard to complications in the immediate puerperium of 100% of cases, postpartum haemorrhage predominates with 48.6%; uterine hypotonia 80%; soft tissue traumas with 27.8% and retention of membranes and / or placenta by 23.6%. Reaching the following **conclusions:** That trying to recognize anemia as a predisposing factor of complications in the immediate puerperium, an early diagnosis and adequate management is the key to avoid complications and maternal death.

Key words: Anemia, complications and immediate puerperium

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación de la investigación	13
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema principal	14
1.3.2. Problema secundario	14
1.4. Objetivos de la investigación	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. Hipótesis	15
1.5.1. Hipótesis General	15
1.5.2. Hipótesis Secundaria	15
1.5.3. Identificación y clasificación de variables e indicadores	15
1.6. Diseño de la investigación	17
1.6.1. Tipo de investigación	17
1.6.2. Nivel de la investigación	17
1.6.3. Método	17
1.7. Población y muestra	17
1.7.1. Población	17
1.7.2. Muestra	17
1.8. Técnicas e instrumentos	18
1.8.1. Técnicas	18

1.8.2. Instrumentos	19
1.9. Justificación	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos teóricos de la investigación	21
2.1.1. Antecedentes	21
2.1.2. Bases teóricas	27
2.1.3. Definición de términos básicos	46

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1. Presentación de resultados	48
3.2. Interpretación, análisis y discusión de resultados	49

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones	54
4.2. Recomendaciones	55

FUENTES DE INFORMACIÓN	56
-------------------------------	----

ANEXOS	60
---------------	----

• Matriz de consistencia	61
• Instrumento de recolección de datos	62
• Juicio de expertos	63
• Autorización institucional donde se ha realizado el estudio	68

INTRODUCCIÓN

La anemia es una alteración hematológica que se diagnostica durante la gestación principalmente por deficiencia de hierro o a causa de una incorrecta nutrición, esta alteración hematológica ocasiona debilidad muscular, palidez de tegumentos y cuanto menor suministro de oxígeno al cerebro puede originar cefalea y vértigo, falla cardiaca si la hemoglobina es menor de 4gr/dl.

Según la OMS el Perú tiene una prevalencia de 28,9% de mujeres gestantes con anemia siendo catalogado como un problema de salud pública; sin embargo para ENDES en el 2016 la prevalencia de anemia en el Perú es 24412 mujeres de 15 a 49 años y en Ica en un 18.8%; un 15,3% de anemia leve, un 3% anemia moderada y 0,5% anemia severa; de un total de 694 mujeres con anemia constituyendo un problema de salud.

El puerperio inmediato es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones siendo las más frecuentes: Las hemorragias y shock hipovolémico y patologías placentarias y/o retención de membranas ovulares es una afección potencialmente mortal por el riesgo asociado de hemorragia, choque hipovolémico e infección así como complicaciones relacionadas con su extracción. Esta afección sigue siendo responsable de una gran cantidad de muertes maternas en todo el mundo. Algunos estudios notificaron una mortalidad materna de un 5,6% a casi un 10% en las zonas rurales debido a placenta retenida; así mismo los traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos luego de un parto espontáneo pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros, inversión), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. Los desgarros, corresponden a la segunda causa de hemorragia posparto, después de la atonía uterina. Se presenta como una hemorragia activa, que deriva de un parto instrumentado o con episiotomía.

El Hospital Regional De Ica, se atienden emergencias gineco-obstétricas de toda la región y una parte de los poblados más cercanos de Huancavelica y Ayacucho, observando que la gran mayoría es portadora del cuadro de Anemia sea por déficit nutricional y/o por carencia de hierro. Las complicaciones del puerperio

inmediato como la hemorragia puerperal por causa de retención placentaria y otros factores agravaría la salud de la paciente por lo que es mi preocupación determinar si la anemia en gestantes es un factor predisponente a las complicaciones puerperio inmediato.

Es por estas complicaciones mi preocupación determinar si la anemia en gestantes es un factor predisponentes a complicaciones en el puerperio inmediato como es shock hipovolémico, retención de restos placentarios y traumas de partes blandas.

Es importante la investigación como aporte en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, con la finalidad de corregir los niveles de hemoglobina durante el embarazo para evitar las complicaciones en el puerperio, sensibilizando al personal y los pacientes sobre la importancia de la ingesta de anti anémicos en la gestante, evitando el abandono y/o descuido de las pacientes en la ingesta del sulfato ferroso, y conducir a un adecuado habito alimenticio rico en contenido férrico, con el objetivo de mejorar o incrementar los niveles de hemoglobina en la gestante propiciando así la disminución de la tasa de riesgo de complicaciones puerperales en la región.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática

La anemia es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, la tasa de prevalencia en países desarrollados es de 23% y 52% en países en vías de desarrollo, es una de las patologías más frecuentes que pueden presentarse con el embarazo o ser producida por éste, y producir complicaciones para la madre como para su hijo ⁽¹⁾.

La 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. La mayoría de estas muertes (80%) son el resultado de las patologías en el cuarto período del parto (puerperio inmediato) en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas posparto y el (20%) se encuentran agravadas por enfermedades que complican la gestación, Para reducir el riesgo de hemorragia posparto, la OMS interpuso el manejo activo del alumbramiento ⁽¹⁾.

La anemia es un proceso presumiblemente frecuente pero probablemente infraestimado, lo que implica una amplia morbimortalidad materna y fetal es potencialmente prevenible ⁽¹⁾.

En todo el mundo, se estima que la hemorragia postparto severo se presenta alrededor del 11% de las mujeres que tiene parto de un nacido vivo ⁽²⁾.

A nivel internacional se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren pérdida de sangre severa después del parto, y que el 1% de éstas muere como consecuencia ⁽²⁾.

La muerte de mujeres durante el embarazo, el alumbramiento y el postparto sigue siendo un problema grave. De acuerdo a la OMS prevalecen las tres principales causas de mortalidad materna: trastornos hipertensivos, las hemorragias durante el evento obstétrico y sepsis. La hemorragia obstétrica induce una cuarta parte de la mortalidad materna global. La incidencia de hemorragia obstétrica grave posparto es de 5 a 15%, con una mortalidad de 1 por cada 1,000 pacientes. De 75 a 90% de los casos son ocasionados por atonía uterina. La causa más común de la HPP es la atonía uterina, la práctica convencional para prevenir la HPP consiste en un procedimiento denominado “manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto”. Realizado inmediatamente después del parto, este procedimiento conlleva una serie de intervenciones clínicas para acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la atonía uterina ⁽³⁾.

La retención de placenta y/o membranas ovulares es una complicación potencialmente mortal debido al riesgo asociado de hemorragia, shock hipovolémico e infección, así como las complicaciones relacionadas con su extracción. Esta complicación sigue causando un alto número de muertes maternas en todo el mundo. Algunos estudios notificaron una mortalidad materna de un 5,6% a casi un 10% en las zonas rurales debido a placenta retenida y/o membranas ovulares. La mortalidad debida a placenta retenida fue un 3,33% de la mortalidad general por partos vaginales. La principal consecuencia clínica de la placenta retenida y/o membranas ovulares es la hemorragia postparto masivo, que requiere tratamiento inmediato. Esta complicación puede ocurrir en cerca de un 10% de los casos. La incidencia informada de placenta retenida varía desde un 1% a un 5,5% según la definición de tercera etapa del trabajo de parto prolongada, que varía de 10 a 60 minutos. En otra revisión Cochrane se indica que una inyección de oxitocina en la vena umbilical puede reducir la necesidad de extracción manual de la placenta retenida.

Incluso después de esta intervención eficaz, cerca del 50% de las mujeres con placenta retenida requieren una extracción manual ⁽²⁾.

Las complicaciones puerperales contribuyen con el 35% de las causas de mortalidad materna según Cifras oficiales del MINSA Nicaragua, y el SILAIS de Boaco ocupa el 4to lugar con relación a esta problemática ⁽⁴⁾.

De acuerdo al Ministerio Nacional de Salud (MINSA) y mediante el Sistema de Información del Estado Nutricional del niño menor de 5 años y la gestante 2015 (SIEN) se conoce que en el Perú la prevalencia de anemia en las gestantes alcanza un 24%, siendo en Lima Metropolitana un 18% ⁽⁵⁾.

A nivel Nacional la prevalencia de anemia gestacional para el Hospital Arzobispo Loayza fue de un 15% ⁽⁵⁾.

En el Perú la prevalencia de anemia durante el embarazo fue para anemia leve 40.5%; moderada 11,7% y grave 1,2%. En donde los departamentos de la sierra son los que tienen mayor prevalencia de anemia, ocupando Huancavelica el primer lugar con 53,6% a nivel general, seguido por Puno con el 51,0%, luego Ayacucho con 46,2% y Apurímac, 40,8% ⁽¹⁾.

La anemia en nuestro país, al igual que en países subdesarrollados es un problema importante de salud pública, razón por la cual se ha implementado políticas y programas realizadas por el MINSA para disminuir su prevalencia; como el manejo activo del alumbramiento, la profilaxis y terapia con Hierro, sin embargo, no se puede garantizar que todas las madres en riesgo de padecerla reciban una atención oportuna orientada a la detección precoz y tratamiento de anemia. Según el MINSA, el 28% 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 de hierro ⁽¹⁾.

En el Perú la incidencia de hemorragia postparto es el 10% de los partos y es la primera causa (40%) de muerte materna, en la región Huancavelica de 7998 púerperas el 5.2% presento hemorragia postparto entre el año 2009 al 2013, en el Hospital Departamental de Huancavelica, ocurre una situación similar, de 5457 púerperas atendidas del año 2009 hasta el 2013, entre partos vaginales y partos por cesárea. El 5.3% presento

hemorragia postparto inmediato. Presentando como factor asociado los antecedentes obstétricos: número de partos vaginales o cesárea, abortos y periodo intergenésico, estos antecedentes se relacionan y/o producen daños a nivel de la capa interna uterina causando sobredistensión, agotamiento muscular por tanto el útero no se contrae después del alumbramiento, originando una pérdida sanguínea anormal ⁽⁶⁾.

Entre las principales causas de hemorragia obstétrica post parto encontramos la atonía uterina, la retención de placenta, restos placentarios y lesiones traumáticas del canal del parto ⁽⁷⁾.

En el Hospital Regional la prevalencia de Anemia en gestación en gestantes atendidas año 2017; según SIP (sistema Informático Perinatal) fue de 24% del total de gestantes atendidas ⁽⁸⁾. Es por ello que nuestro trabajo se hace inédito para ver los resultados en relación a la anemia con las complicaciones en el puerperio.

1.2. Delimitación de la investigación

- **Delimitación social:** El grupo social objeto de estudio serán las gestantes con anemia que tienen alguna complicación durante el puerperio inmediato que son atendidas en el Hospital Regional de Ica.
- **Delimitación espacial:** Esta investigación se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, es un hospital de nivel II de Atención- Nivel de Complejidad II-2 institución perteneciente al Ministerio de Salud.
- **Delimitación temporal:** Este estudio se llevó a cabo en el mes de Marzo – Mayo 2018
- **Delimitación conceptual:** Se pretende investigar si la anemia es un factor de riesgo para las complicaciones en el puerperio inmediato.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?

1.3.2. Problema secundario

- ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y la hemorragia post parto en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y la retención de placenta y/o membranas ovulares en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y traumas de partes blandas en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar si la anemia es un factor predisponente de complicaciones del puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar si la anemia es un factor predisponente de hemorragias post parto, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018
- Identificar si la anemia es un factor predisponente de retención de placenta y/o membranas ovulares, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018
- Identificar si la anemia es un factor predisponente de traumas de partes blandas, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

- Existe relación entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.

1.5.2. Hipótesis secundaria

- Existe relación entre la anemia y la hemorragias post parto, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.
- Existe relación entre la anemia y la retención de placenta y/o membranas ovulares, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.
- Existe relación entre la anemia y los traumas de partes blandas, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.

1.5.3. Identificación y clasificación de variables e indicadores

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Anemia
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Complicaciones del puerperio inmediato
- **VARIABLES INTERVINIENTES:**
 - Grupo etario
 - Grado de instrucción
 - Paridad
 - Tipo de parto
 - Cesáreas previas
 - Periodo intergenésico

Operalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Variable Independiente Anemia	Anemia gestacional	Anemia leve (Hb de 10.0 a 10,9 g/dl)	Si = (1) No = (2)
		Anemia moderada (Hb de 7.0 a 9.9 g/dl)	Si = (1) No = (2) Nominal
		Anemia grave o severa (Hb menos de 7 g/dl)	Si = (1) No = (2)
Variable Dependiente Complicaciones del puerperio inmediato	Complicaciones de la madre en el puerperio inmediato	Hemorragia post parto	Atonía uterina = (1)
			Hipotonía uterina = (2)
		Retención de placenta y/o membranas ovulares	Membranas = (1) Nominal
			Cotiledones = (2)
		Trauma de partes blandas	Desgarro Iº = (1)
			Desgarro IIº = (2)
			Desgarro IIIº = (3)
	Desgarro VIº = (4)		

1.6. Diseño de la investigación

1.6.1. Tipo de investigación

El diseño de investigación es:

- Es básica, cualicuantitativa, transversal, retrospectiva y descriptivo simple.

1.6.2. Nivel de la investigación

El nivel de investigación utilizado es descriptivo de tipo correlacional, porque asocia el comportamiento de una variable en función de otra, por ser estudios de causa-efecto requieren control y debe cumplir otros criterios de causalidad. El presente estudio solo se limita a estudiar si la anemia está directamente relacionada a las complicaciones en el puerperio inmediato.

1.6.3. Método

El método de investigación fue inductivo, ya que se utilizó el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos.

1.7. Población y muestra

1.7.1. Población

La población de estudio del presente trabajo de investigación estuvo constituido por 441 gestantes con anemia y que tuvieron alguna complicación en el puerperio inmediato y que culminó su parto en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA.

1.7.2. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio ya que se tomó como muestra aplicando la fórmula de población finita de gestantes siendo nuestra población 441 gestantes con anemia que culminaran su parto en el HOSPITAL REGIONAL DE ICA.

Proyección anual: 2017 – 2018

$$Anual = \frac{N}{12} \times N^{\circ} \text{ meses } W$$

$$Anual = \frac{441}{12} \times 3$$

$$Anual = 110$$

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{E^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2}$$

$$n = 203$$

$$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$N = \frac{203}{1 + \frac{202}{110}}$$

$$N = 72$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

z = Variable estandarizada, al 95% (1.96)

p = Probabilidad de éxito (0.05)

q = probabilidad de error (0.95)

E = Error o estima (0.03)

N = Población

1.8. Técnicas e instrumentos

1.8.1. Técnicas

El estudio documental se realizó a través de la observación y análisis de documentos como historias clínicas, historia clínica perinatal, hoja de evolución médica y hoja de evolución de obstetricia, para recolectar de manera objetiva las variables de interés (anemia y complicaciones del

puerperio inmediato), esta información quedo registrada en una ficha de recolección de datos de pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ica.

1.8.2. Instrumentos

Por la naturaleza de la investigación utilice una ficha de recolección de datos en la que estarán consignadas mis variables respectivas (anemia y complicaciones del puerperio inmediato); así mismo se utilizó la historia clínica de la usuaria, historia clínica perinatal, hoja de evolución médica y hoja de evolución de obstetricia.

1.9. Justificación:

Durante mi práctica clínica observe que hay un gran grupo de gestantes con anemia de diversos grados y mi preocupación es determinar si la anemia es un factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato considerando además que es una prioridad del MINSA disminuir la morbilidad materna perinatal; en el área de Obstetricia a nivel nacional la complicación de la hemorragia post parto es una de las primeras causas de mortalidad que generalmente se presenta como consecuencia de la retención de placenta y/o membranas ovulares, hipotonía uterina, atonía uterina y desgarros de partes blandas que agravan el cuadro de anemia. La anemia en el embarazo tuvo como prevalencia un 24% y es un problema de salud de la mujer que no está exenta de conllevar a riesgos o complicaciones que puedan comprometer la vida de la madre; así mismo los traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos luego de un parto espontáneo pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas como cuello uterino o vagina e inversión uterina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. A pesar que la norma técnica refiere que debe de darse complemento de sulfato ferroso a partir de las 14 semanas de gestación para evitar las complicaciones que se puedan presentar.

En Ica el número de muertes maternas por hemorragias post parto es de 0; en el Hospital Regional de Ica el porcentaje de hemorragias post parto es de un 6%.

Por tal motivo con el presente trabajo pretendo contribuir identificando si la Anemia es un factor predisponente para algunas de las complicaciones del puerperio inmediato, en el Hospital Regional de Ica durante el periodo Marzo - Mayo del 2018, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo, por ello la importancia del presente estudio, porque no existe mucha información actualizada a nivel hospitalario respecto a los factores de alto riesgo que pudieran conducir a hemorragia postparto y otras complicación puerperales.

Considero que la población iqueña será beneficiada porque nos llevara a proponer mejoras en las estrategias preventivas de anemia, sensibilizando al personal de salud y a la gestante sobre la importancia de la administración adecuada e ingesta de hierro elemental. Por lo tanto dará inicio a nuevas investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos teóricos de la investigación

2.1.1. Antecedentes

2.1.1.1. En el ámbito internacional:

- **Muñoz KI, (2013).** En su trabajo de investigación titulado **“INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO EN MUJERES ADOLESCENTES A REALIZARSE EN LA MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL DESDE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO DEL 2013”**, en Guayaquil – Ecuador, obteniendo los siguientes **resultados**: El grupo etario mayormente representativo corresponde a 25 mujeres de edad comprendida entre los 16_17 años, las mismas que representa el 41% del total de los casos, en lo que respecta a la paridad observamos que 44 púérperas (73%) son nulíparas. Es importante resaltar que el 67% de las pacientes objeto de nuestro estudio presentaron pérdida hemática considerable evaluada por el número de paños utilizados. De los 60 casos estudiados todos fueron por vía vaginal, la sintomatología inicial como manifestación de la perdida hemática fue palidez y mareo en el 25%. la causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentarios (50%) seguida la hipotonía (42%). Las complicaciones derivadas del cuadro

hemorrágico fue la anemia en el 50% de mujeres y el otro 50% no presentó ninguna complicación, lo que refleja que hubo un manejo oportuno y adecuado de las pacientes. **Conclusiones:** Identificando tempranamente los cambios hemodinámicos de las puérperas se pueden prevenir las complicaciones ⁽⁹⁾.

- **Cruz A, (2016).** En su trabajo de investigación titulado **“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL DE COBÁN, A.V. DEL AÑO 2009 AL 2013”**, en Alta Vera Paz - Guayaquil - Ecuador, obteniendo los siguientes **resultados:** Las principales complicaciones prenatales presentadas en las adolescentes gestantes fueron, aborto 51.06%, amenaza de aborto 6.83%, amenaza de trabajo de parto pre término 4.62%, trabajo de parto pre término 0.96%, infección del tracto urinario 30.96%, trastorno hipertensivo 2.79%, ruptura prematura de membrana ovulares 0.58%, anemia 0.38%, óbito fetal 1.44%. Limitaciones: Expediente clínico incompleta, extraviados, letra ilegible. **Conclusiones:** Las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas encontrados en la adolescencia, las que predominaron fueron, aborto con el 51.06% e infección del tracto urinario con el 30.96%, amenaza de aborto con el 6.83% ⁽¹⁰⁾.
- **Moyolema YP, (2017).** En su trabajo de investigación titulado **“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”**, en Guayaquil - Ecuador, obteniendo los siguientes **resultados:** Obtenidos demostraron que los índices de mayor anemia según el nivel de hemoglobina es la anemia leve con un 56%, anemia moderada con 29% y anemia grave con 15%, la edad de las gestantes que presentaron anemia estuvo comprendida entre los 13 a 19 años con el 38%, las mujeres con más de 41 años con un 23%; mientras que las gestantes de 20 a 25 años tuvieron 12%. Según

el nivel de instrucción; los bachilleres presentaron un 34%; en el primer trimestre de embarazo se obtuvo un 55%. Las gestantes que no tuvieron ningún embarazo previo tuvieron un 37%; presentando un alto índice de mujeres de situación. **Conclusiones:** Que la anemia leve se presenta con mayor frecuencia en las gestantes primigestas y con una edad menor a 19 años principalmente durante el primer trimestre de embarazo ⁽¹¹⁾.

2.1.1.2. En el ámbito nacional:

- **Santos K, (2016).** En su trabajo de investigación titulado “**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DESGARRO PERINEAL EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE EN EL 2014**”, en Lima Perú, obteniendo los siguientes **resultados:** Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129 ⁽¹²⁾.
- **Parodi JJ, (2016).** En su trabajo de investigación titulado “**COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO EN GESTANTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, AÑO 2015**”, en Lima – Perú, obteniendo los siguientes **resultados:** El 80.7% de las gestantes tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Durante el periodo de dilatación, las gestantes con anemia presentaron complicaciones como: ruptura prematura de membranas (20.5%), trastorno

hipertensivo (10%) y fase latente prolongada (2.3%); durante el periodo expulsivo, presentaron desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (1.2%); y durante el periodo de alumbramiento, presentaron atonía uterina (1.2%) y hemorragia durante el alumbramiento (0.4%). La complicación materna que se presentó durante el puerperio fue la infección de las vías urinarias (3.9%).

Conclusiones: Las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio fueron: ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, desgarros vulvoperineales, atonía uterina e infección de vías urinarias en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015 ⁽¹³⁾.

- **Soto JS, (2018).** En su trabajo de investigación titulado “**FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL “SAN JOSÉ” CALLAO - LIMA. 2016**”, en Lima – Perú, obteniendo los siguientes **resultados:** De las gestantes en estudio el 21,1% no presentaron anemia y el 78,9% si presentaron anemia. Del total de las gestantes anémicas se encontró que las gestantes que cursaban el 1er trimestre tuvieron mayor porcentaje de anemia (38,6%), con un valor de $p=0,00$ por lo que se encontró asociación estadística; las gestantes que tuvieron menos de 30 años son las que presentaron mayor anemia (54,6%) con un valor de $p=0,01$ por lo que se encontró asociación estadística además de un $OR=2,2$ que lo cataloga como un factor de riesgo; las gestantes con IMC de 25 a 29,9 fueron las que presentaron mayor porcentaje de anemia (36,3%) con un valor de $p=0,29$ por lo que no se encontró asociación estadística; las gestantes multíparas fueron las que presentaron mayor anemia (61,7%) con un valor de $p=0,03$ y $OR=1,83$ y teniendo como valores de IC 95% (1,04 – 3,21), se asume que la Paridad es un factor de riesgo para que las gestantes tengan anemia; las gestantes que No presentaron CPN son las de mayor porcentaje de anemia (64,9%) con un valor de $p = 0,00$ demostrando con esto que hay significancia estadística, además el $OR=0,03$ y teniendo como valores de IC 95% (0,01 – 0,06), se asume

que los Controles Prenatales es un factor protector para que las gestantes no tengan anemia; las gestantes que NO presentaron preeclampsia y eclampsia obtuvieron un mayor porcentaje de anemia, 59,1% y 71,4% respectivamente además su valor de $p=0,72$ en ambos por lo que no se asocia significativamente; las gestantes que Si presentaron periodo intergenesico son las que tuvieron mayor anemia (56,3%) con un valor de $p=0,00$ y $OR=5,52$ y teniendo como valores de IC 95% (3,16 – 9,65) se asume que la periodo intergenesico es un factor de riesgo para que las gestantes tengan anemia.

Conclusiones: Los factores que se asociaron significativamente a la anemia fueron la edad materna, la edad gestacional, la paridad, los controles prenatales y el periodo intergenesico. Por el contrario, los factores que no se asociaron significativamente fueron la preeclampsia, la eclampsia y el índice de masa corporal ⁽¹⁴⁾.

- **Martinez EA, (2018).** En su trabajo de investigación titulado “**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**”, en Cañete – Perú, obteniendo los siguientes **resultados:** sobre la cantidad de gestantes adolescentes con anemia se encontró unas 120 gestantes adolescentes con anemia (40%) gestantes adolescentes ya que 10 (8.3 %) con anemia severa, 19 (15.8%) con anemia moderada, 91 (71.7%) presentan anemia leve, y 21 (17.5%) presentaron amenaza de aborto en el primer trimestre de gestación, 15 (12.5%) presentaron anemia en su primer trimestre de gestación, 84 (70%) que presentaron hiperémesis gravídica. Por lo tanto se encontró un 103 (85.8%) de gestantes adolescentes que presentaron infección del tracto urinario en el segundo y tercer trimestre de gestación por lo que 3 (2.5%) que presentaron hemorragia intraparto, 8 (6.7%) que presentaron un trabajo de parto prolongado, 21(17.5%) presentaron retención placentaria, 88 (73.3%) que no presentaron ninguna complicación, así como también se encontró en la población de adolescentes en estudio que 7 (5.8%) presentaron desgarros del II°

grado, 26 (21.7%) presentaron desgarro de 1° grado, 87 (72.5%) no presentaron ningún tipo de desgarro. **Se concluye:** 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 ⁽¹⁵⁾.

- **Montano GC, (2018).** En su trabajo de investigación titulado “**ASOCIACIÓN ENTRE ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2017**”, en Lima – Perú, obteniendo los siguientes **resultados:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) con un valor de OR de 3,94 (IC 2.36-6.59) entre anemia y complicaciones materno –fetales. Este trabajo evaluó además la relación entre cada una de las complicaciones materno encontradas con anemia en las gestantes, encontrando significancia estadística entre anemia y ruptura prematura de membrana ($p=0.000$) con OR de 4.94 (IC 2.19 – 11.09), hemorragia postparto ($p=0.001$) con OR de 7.14 (IC 1.89 – 27.0) y oligohidramnios ($p=0.021$) con OR de 5.72 (IC 1.08 – 30.0). Entre las complicaciones fetales, se encontró sólo una relación con significancia estadística, entre anemia y prematuridad ($p=0.001$) con un OR de 4.86 (IC 1.77-13.4). **Conclusión:** En el presente trabajo se encontró que existe 3,94 veces más riesgo de presentar alguna complicación materno – fetal si la gestante presentara anemia, entre ellas a la rotura prematura de membrana, hemorragia postparto, oligohidramnios y prematuridad ⁽¹⁶⁾.

2.1.1.3. En el ámbito local:

- **Girao RS, (2015).** En su trabajo de investigación titulado “**LA MULTIPARIDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA LA HEMORRAGIA UTERINA EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AUGUSTO HÉRNANDEZ MENDOZA ESSALUD ICA, ENERO A DICIEMBRE 2014**”, en Ica – Perú, obteniendo los siguientes **resultados:**

multíparas con hemorragia uterina en el puerperio fue de 91%, siendo de mayor predominancia los desgarros de partes blandas 41%. Anemia leve con un porcentaje de 46%, el shock hipovolémico 75%, la histerectomía con un 9% y hubo en el año de estudio una muerte materna 1%, que las edades de las multíparas oscila entre 19-34 años con un 45%, el estado civil de mayor predominancia son las convivientes con un 40%, periodo intergenésico normal con 57%, las pacientes que no registraron cesáreas anteriores con un mayor porcentaje de 72%. **Conclusiones:** La Multiparidad es un factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio ⁽¹⁷⁾.

2.1.2. Bases teóricas:

2.1.2.1. Anemia

2.1.2.1.1. Definición:

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 embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33% ⁽¹⁸⁾.

Durante el embarazo se produce una serie de cambios a nivel circulatorio, fundamentalmente un aumento del volumen plasmático superior al incremento del volumen eritrocitario. Este hecho predispone a que las embarazadas desarrollen una anemia. Las formas leves de esta anemia son consideradas fisiológicas y no son tratadas puesto que no tienen repercusiones significativas ni en la madre ni en el feto. Sin embargo en anemias graves se ha constatado que se produce un aumento del porcentaje de abortos, parto pre termino, mortalidad perinatal, infecciones puerperales, etc. La causa más importante y frecuente de la anemia durante el embarazo es la deficiencia de hierro, o anemia ferropénica ⁽¹⁹⁾.

2.1.2.1.2. Anemia gestacional:

Normalmente, durante el embarazo aparece una anemia hiperplasia eritroide, y la masa eritrocítica aumenta. Sin embargo, un aumento desproporcionado en el volumen plasmático produce hemodilución (hidremia del embarazo): el hematocrito disminuye del 38 a 45% de las mujeres sanas no embarazadas al 34% en un embarazo único a término y al 30% en un embarazo multifetal a término. Por lo tanto, durante el embarazo se define la anemia como la presencia de una hemoglobina < 10 g/dL (Hct < 30%). Si la hemoglobina (Hb) es < 11,5 g/dL al inicio del embarazo, la mujer puede ser tratada profilácticamente, porque la hemodilución posterior reduce la Hb a < 10 g/dL. A pesar de la hemodilución, la capacidad de transporte de O₂ sigue siendo normal durante todo el embarazo. El Hct normalmente aumenta de inmediato después del nacimiento ⁽²⁰⁾.

2.1.2.1.3. Clasificación de la anemia:

De acuerdo a los niveles de Hb, la clasifica en:

- Anemia leve (Hb de 10.0 a 10,9 g/dl)
- Anemia moderada (Hb de 7.0 a 9.9 g/dl)
- Anemia grave o severa (Hb menos de 7 g/dl) ⁽²¹⁾.

Las complicaciones de la anemia en el embarazo se encuentran dadas por la disminución en la capacidad de transportar oxígeno, la cual tiene gran importancia durante el período gestacional, dado que el feto es dependiente del transporte de oxígeno para suplir sus necesidades ⁽¹⁸⁾.

2.1.2.1.4. Signos y síntomas:

- Cansancio, fatiga, laxitud y debilidad.
- Sofocación inclusive después de ejercicio moderado.
- Mareo o dolor de cabeza.
- Palpitaciones, la persona se queja de sentir sus latidos cardíacos.

- Palidez de la piel y de las membranas mucosas (labios y ojos) y debajo de las uñas.
- Irritabilidad.
- Falta de apetito.
- Edema (en casos crónicos graves). Aumento de la cantidad de líquido que se retiene en las piernas principalmente.
- Dificultades en el aprendizaje y la concentración.
- Crecimiento deficiente.
- Disminución en la capacidad de defensa a las infecciones.
- En embarazadas, puede provocar parto prematuro y riesgo de muerte, durante o después del parto, por hemorragias ⁽²²⁾.

2.1.2.1.5. Fisiopatología:

En las gestantes las anemias suelen ser la ferropénica, megaloblástica y de células falciformes, siendo la más común por deficiencia de hierro, y le sigue la anemia megaloblástica (deficiencia de folatos). En la gestación, las necesidades de hierro se aumentan como consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de la masa eritrocitaria y del crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos asociados, por lo que las alteraciones hematológicas que se producen en esta etapa se deben a la necesidad de aumentar la circulación y al aumento de los requerimientos de hierro, ya que se produce una expansión del volumen sanguíneo hasta en un 50% y un aumento en la masa eritrocitaria en un 25%; no obstante, como el aumento de la masa eritrocitaria no compensa el considerable aumento del volumen plasmático, los valores de la Hb y del Hto suelen ser mucho más bajos; todo esto lleva a que los requerimientos de hierro aumenten tres veces, de 15 a 30 mg diarios. A medida que avanza el embarazo ocurre un incremento de la masa eritrocitaria y del volumen plasmático, siendo este último mayor, por lo que se produce la hemodilución fisiológica y la consecuente anemia gestacional. Es así como la causa más frecuente de anemia gestacional es el déficit

hierro y la pérdida de sangre, aunque en pequeña proporción es por déficit de folato o vitamina B12, hemoglobinopatías o anemia hemolítica; también puede coexistir un desorden en la medula ósea, déficit hormonal, infecciones o enfermedades crónicas que reduzcan la producción eritrocitaria ⁽¹⁸⁾.

2.1.2.1.6. Diagnóstico:

- Hemograma completo, seguido de pruebas basadas en el valor del volumen corpuscular medio (VCM)
- El diagnóstico comienza con un hemograma completo; en general, si la mujer tiene anemia, los estudios posteriores se basan en si el volumen corpuscular medio es bajo (< 79 fL) o alto (> 100 fL):
- Para las anemias microcíticas: la evaluación incluye búsqueda de deficiencia de hierro (ferritina sérica) y de homoglobinopatías (electroforesis de hemoglobina). Si estos estudios no son diagnósticos y no hay respuesta al tratamiento empírico, en general se justifica una consulta con un hematólogo.
- Para las anemias macrocíticas: la evaluación incluye los niveles de folato sérico y de B₁₂.
- Para la anemia con causas mixtas: se requiere evaluación para ambos tipos ⁽²⁰⁾.

2.1.2.1.7. Complicaciones:

La anemia en el embarazo se relaciona con disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, con la consecuente disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, situación que puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal, por esto es que esta patología se ha asociado con cinco complicaciones obstétricas frecuentes como aborto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, oligohidramnios y bajo peso al nacer. La gestante con anemia tiene mayor predisposición a las infecciones. Es así como en las

embarazadas anémicas, la infección urinaria ocurre con mayor frecuencia que en las no anémicas. De igual manera la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica suelen ser más frecuentes en las embarazadas con anemia. Los trastornos hipertensivos en el embarazo también son más frecuentes en este grupo; así como el incremento de las complicaciones hemorrágicas en el puerperio. Las gestantes con deficiencia de hierro tienen dos veces más riesgo de presentar un parto prematuro, y el triple de tener un feto con bajo peso ⁽¹⁸⁾.

2.1.2.1.8. Tratamiento:

El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo se logra a través de los suplementos dietéticos y en las gestantes con anemia leve a moderada, a fin de prevenir la evolución a una anemia más grave. La American Congress of Obstetricians and Gynecologists recomienda actualmente de 160 a 200 mg/día de hierro ferroso elemental. La práctica aceptada actualmente para la prevención de la deficiencia de hierro durante el embarazo es de 30 mg/día de hierro ferroso elemental, por lo general en forma de un complejo multivitamínico que contenga hierro. Las pacientes con anemia leve deben recibir suplementación con hierro por vía oral de 160 a 200 mg de hierro elemental al día, con lo cual se espera un aumento de Hb de 1 g/dl después de 14 días de terapia, debido a que en el tracto gastrointestinal se limita la capacidad de absorción de hierro, dado que sólo alrededor de 2 a 3 mg de hierro elemental se absorben, fluye a través del tracto digestivo; frecuentemente, se recomienda sulfato ferroso, pero dicho compuesto genera malestar gastrointestinal, mucho más que otros como gluconato ferroso, el cual se prefiere como manejo inicial ya que el ácido ascórbico facilita su absorción. El complejo hierro polisacárido es una de las formas más recientes de suplemento que difiere de las sales ferrosas, forman complejos entre sus grupos polares de oxígeno y átomos de hierro que permanecen en un amplio rango de pH y es mejor

tolerado que las sales. Sin embargo, existen ciertas condiciones en pacientes que requieren una rápida reposición de sus reservas férricas, por lo que lo ideal es realizarlo por vía parenteral, la cual no está exenta de presentar riesgo de anafilaxia o poca efectividad en pacientes con pobres accesos venosos. El hierro parenteral puede ser administrado en el segundo o tercer trimestre para las pacientes que tienen: a) anemia de moderada a severa; b) intolerancia al hierro oral; c) pacientes que no responden adecuadamente a la terapia oral.

Preparaciones de hierro parenteral disponibles:

- Hierro dextrano: se recomienda abstenerse de usarlo durante el primer trimestre del embarazo pero es seguro en el último trimestre y durante la lactancia.
- Gluconatoférrico de sodio: para tratar la anemia ferropénica.
- Hierro sacarosa: en aquellas pacientes cuyas situaciones clínicas el hierro oral resulta ineficaz, insuficiente o contraindicado
- Ferumoxytol: Uso limitado a pacientes en diálisis.

La administración de eritropoyetina humana recombinante, en combinación con hierro por vía parenteral, puede ser un tratamiento alternativo para las mujeres embarazadas con anemia, que son refractarias a terapia con hierro oral ⁽¹⁸⁾.

2.1.2.2. Puerperio inmediato

2.1.2.2.1. Concepto puerperio:

Terminado el alumbramiento, comienza el periodo puerperal, que acaba cuando los órganos de la reproducción han vuelto a su estado normal, aproximadamente en seis a ocho semanas. Se considera puerperio inmediato desde que la placenta ha sido expulsada hasta las primeras 24 horas después del parto. En el puerperio ocurren cambios celulares y hormonales que permiten a los órganos pélvicos y al eje del sistema nervioso central – hipotálamo – hipófisis – ovario retornar al estado no gestante ⁽²³⁾.

2.1.2.2.2. Complicaciones del puerperio:

En ocasiones no se produce la regresión fisiológica normal de la recién parida al estado pre gravídico, porque diferentes factores provocan una interferencia en ese proceso y es entonces cuando se habla de puerperio patológico. Estas condiciones pueden haber estado presentes antes del parto, durante o haberse instaurado en el propio puerperio ⁽²⁴⁾.

Puerperio patológico se denomina a toda condición mórbida que interfiera la regresión fisiológica al estado pre gravídico de la puérpera que puede aparecer desde el puerperio inmediato hasta el tardío, la condición puede estar presente desde antes del parto, durante el parto o debutar en el puerperio ⁽²⁵⁾.

	Causas	Factores de riesgo
Atonía uterina (Tono)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple
		Hidramnios
	Feto Macroscópico	
Corioamnionitis	RPM Prolongado	
	Fiebre	
Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido	
	Elevada multiparidad	
Retención de tejidos (Tejido)	Placenta	Acretismo placentario
	Coágulos	Cirugía uterina previa
Lesión del canal del parto (Trauma)	Desgarros del canal del parto	Parto instrumentado
		Fase de expulsivo precipitada
	Rotura / Deshidencia uterina	Cirugía uterina previa
		Parto instrumentado
		Distocia
		Hiperdinamia
	Inversión uterina	Versión cefálica externa
		Alumbramiento manual
Acretismo placentario		
Maniobra de Credé		
Alteraciones de la coagulopatía (Trombina)	Adquiridas	Preeclampsia
		Síndrome de Hellp
		CID
		Embolia de líquido amniótico
		Sepsis
		Abruptio placentae
	Congénitas	Enfermedad de von willebrand
		Hemofilia tipo A

(26).

A. Hemorragia puerperal temprana:

Ocurre en 3% a 20% de todos los embarazos, lo que ocasiona morbimortalidad por anemia grave, especialmente, en la madre que ya llega al trabajo de parto con anemia y malnutrición. En el Perú, la hemorragia puerperal representa una de las primeras causas de mortalidad materna hospitalaria, por lo que esta patología debe ser considerada en toda su importancia. Las consecuencias de la hemorragia puerperal grave son el choque, la necesidad de transfusiones y sus riesgos, las infecciones concomitantes, la anemia, las dificultades en la lactancia y, como secuelas importantes, el panhipopituitarismo o síndrome de sheehan y los problemas de fertilidad ⁽²³⁾.

Se define como hemorragia posparto a aquella que se refiere a cualquier pérdida sanguínea que no puede ser compensada fisiológicamente y que ocasiona daño tisular; por lo general esto ocurre, con pérdidas mayores a 1000 ml. El colegio americano de obstetras y ginecólogos la define como un descenso del hematocrito mayor al 10% luego del parto, comparando con el valor que se tenía antes del parto ⁽²³⁾.

Algunos clasifican a la hemorragia post parto como temprana si es que ocurre en las primeras 24 horas o tardía si es que ocurre posterior a la temprana y antes de las seis semanas posparto, que es cuando concluye la etapa de puerperio ⁽²³⁾.

❖ Etiopatogenia general:

Después del parto el útero se adapta a la reducción del volumen, retrayéndose sobre la placenta. Como esta carece de propiedad, se establece una desproporción con aquél, la que pone en tensión las vellosidades coriales para separarlas luego. Simultáneamente, las contracciones del útero favorecen esta separación hasta que la completa, con el consiguiente descenso de la placenta a la vagina. Después del desprendimiento el útero realiza la hemostasia de la herida, gracias a que se retrae aún más, a que las contracciones continúan su acción comprimiendo los vasos y a que estos se ocluyen por la formación de trombos ⁽²⁷⁾.

❖ Manejo:

En la hemorragia puerperal temprana es útil reconocer la presencia de factores de riesgo, con la intención de iniciar medidas preventivas, de ser posible, como conocer el tipo de sangre, tener una vía disponible con Abbocath18 y contar con agentes oxitócicos disponibles, entre otros.

Cuando se está frente a un cuadro de hemorragia posparto, hay que determinar la causa, inspeccionando la vagina y el cérvix en búsqueda de desgarros. La presencia de una tumoración en el orificio externo podría ser señal de inversión uterina. Si el canal de parto está intacto y el sangrado continúa, es mandatorio un examen bimanual cuidadoso y una exploración uterina. Hay que prestar mucha atención al contorno del útero, especialmente si hay antecedente de cirugías previas. Una cavidad irregular o una solución de continuidad pueden indicar placenta retenida o rotura uterina.

Si es el caso de una atonía uterina, al usar oxitocina hay que tener el cuidado de no administrarla en bolo directo, puede causar colapso vascular; idealmente diluida.

Si el sangrado persiste, a pesar de la administración de oxitócicos, hay que estabilizar a la paciente para una posible intervención quirúrgica: vía endovenosa adicional con aguja gruesa, administración de cristaloides, coloides, sangre fresca total, plaquetas si el conteo es menor a 50 000/mL. Sangre grupo O negativa, con una prueba de Coombs indirecto negativo. Hay que tener en cuenta que una unidad de 500 mL de sangre total puede hacer incrementar el hematocrito en 3%.

Se debe de monitorizar la función urinaria con una medición de diuresis horaria (sonda Foley), la cual debe de estar como mínimo un rango de 1/2 mL/kg/h (en promedio 30mL/h). Esto asegura una función renal adecuada. Si se está frente a una preeclampsia, sepsis o enfermedad cardíaca, son necesario medidas hemodinámicas invasivas para monitorizar un adecuado balance hídrico.

Cuando las medidas médicas fallan (incluidas la autotransfusión de sangre, eritropoyetina humana recombinante), se debe considerar las alternativas quirúrgicas, como embolización uterina, ligadura de

hipogástricas, histerectomía total o subtotal de acuerdo a la emergencia del caso.

La elección del procedimiento depende de muchos factores: edad, paridad, deseo reproductivo posterior, magnitud de la hemorragia, grado de alteración de estabilidad hemodinámica y por supuesto, la experiencia del cirujano y recursos del centro asistencial donde ocurre la emergencia.

Luego de controlada la hemorragia y estabilizada la paciente ya en la etapa de puerperio propiamente dicha, se continuará monitorizando la presión arterial y el pulso, cuidando que no haya hipotensión o taquisfigmia. La presión arterial tenderá a bajar a cifras pre gestacionales y el pulso puede presentar discreta aceleración transitoria. A las pocas horas posparto puede haber elevación transitoria de la temperatura, probablemente por las modificaciones del volumen sanguíneo, del metabolismo, del esfuerzo físico del parto y el ingreso al torrente circulatorio materno ⁽²³⁾.

B. Choque hemorrágico:

El choque hemorrágico es una afección fisiopatológica producido por la pérdida rápida y significativa del volumen intravascular, lo que conduce secuencialmente a la inestabilidad hemodinámica, disminución en el suministro de oxígeno, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular, daño celular y afección a órganos, el síndrome de disfunción multiorgánica y puede terminar en la muerte. La unidad funcional del organismo es la célula, para su funcionamiento necesita energía y la obtiene a partir de la combustión de oxígeno y glucosa, que se conoce como metabolismo anaerobio y produce al final del proceso anhídrido carbónico. Cuando existe hipoxia, la célula sigue consumiendo glucosa para producir energía por otro mecanismo conocido como metabolismo anaerobio pero que produce ácido, láctico y potasio como resultado final. Debemos tener en cuenta que la medición del ácido láctico o la diferencia de bases nos permiten controlar la evolución del estado de choque hemorrágico. La disponibilidad de O₂ (1,000 mL/mto), que es igual al producto del volumen

minuto por la concentración arterial de oxígeno, este proceso no se puede mantener por mucho tiempo porque lleva a la acidosis y muerte celular por hipoxia, los órganos afectados por hipoxia no tienen la misma respuesta para todos los tejidos. El corazón, pulmón y cerebro. Sólo pueden tolerar de 4 a 6 minutos. Órganos abdominales toleran entre 45 y 90 minutos y la piel y tejido muscular de 4 a 6 horas ⁽²⁸⁾.

a. Fisiopatología fases del choque hemorrágico

- ❖ Fase I. Vasocostricción o anoxia isquémica estrechamiento arteriolar cierre de esfínter pre y postcapilar apertura de shuntarteriovenoso produce disminución de la presión hidrostática capilar.
- ❖ Fase II. Expresión del espacio vascular, la necesidad de oxígeno celular determina la apertura de los capilares, esto determina menor sangre circulante que lleva a una disminución de la presión venosa central y por ende disminución del gasto cardíaco. El metabolismo celular pasa de aerobio a anaerobio comenzando la acumulación de ácido láctico y potasio en el espacio intersticial.
- ❖ Fase III. La acidez del medio, más el enlentecimiento circulatorio, llevan a un aumento de la viscosidad sanguínea que favorece la coagulación intravascular con consumo de factores de coagulación y liberación de enzimas líticas que llevan a la autólisis.
- ❖ Fase IV. Choque irreversible. Se secretan fibrinolisinias que llevan a la necrosis con falla orgánica en relación a la extensión del proceso ⁽²⁸⁾.

b. Clasificación del choque hemorrágico

	Clase I (Leve)	Clase II (Moderada)	Clase III (Grave)	Clase VI (Masiva)
Pérdida de sangre (ml)	Hasta 750	750-1500	1500-2000	>2000
Pérdida de volumen circulante (%)	15	15-30	30-40	>40
FC (lpm)	<100	>100	>120	>40
TAS (mmHg)	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Tensión del pulso o tensión diferencial = TQAS=TAD (mmHg)	Normal	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Relleno capilar	Normal	Lento	Lento	Lento
FR (mp)	14-20	20-30	30-40	>40
Gasto urinario (mL/h)	>30	20-30	5-15	Despreciable
Estado mental	Ligera ansiedad	Mediana ansiedad	Confusión	Letárgica
Reemplazo de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + Sangre	Cristaloides + Sangre

C. Trastornos uterinos:

a. Inercia o atonía uterina del posalumbramiento:

Ocurre en alrededor del 90% de los casos, cuando hubo trabajo de parto prolongado, sobredistensión uterina (feto grande, polihidramnios, gemelar), distocia, manipulación excesiva del útero, inducción del parto, gran múltiparidad, leiomiomas uterinos, útero de Couvelaire, infección uterina. El miometrio no se contrae convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta. Cuando la vejiga está llena, puede haber mayor sangrado de lo normal, el que es corregido haciendo miccionar a la paciente o realizando cateterismo ⁽²³⁾.

❖ **Etiopatogenia.** Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia. Los factores etiológicos son los mismos que actúan en la inercia con retención de placenta ⁽²⁷⁾.

- ❖ **Diagnóstico.** Clínicamente se observa que el útero, después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico ⁽²⁷⁾.

D. Retención de placenta y/o restos ovulares:

Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 min. En alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido ⁽²⁾.

La retención de placenta o fragmentos ocurre especialmente en el parto prematuro o en óbito fetal. Realizar legrado uterino romo, teniendo mucho cuidado evitar la perforación ⁽²³⁾.

En la retención de productos de la concepción, casos no frecuentes, se debe de proceder a realizar un legrado uterino quirúrgico o emplear la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) ⁽²³⁾.

a. Mecanismo de desprendimiento

Se define alumbramiento al desprendimiento, descenso y expulsión de los anexos ovulares: placenta y membranas.

El alumbramiento consta de 3 tiempos ⁽²⁾.

❖ **Desprendimiento de la placenta**

La salida del feto y del LA provoca una fuerte retracción uterina. La placenta que no tiene la propiedad de retraerse queda haciendo prominencia en la cavidad uterina. Las contracciones uterinas junto con la retracción causan el desprendimiento en una zona del lecho placentario, con la formación de un hematoma retroplacentario. Este último participa escasamente en el desprendimiento. La zona

en que se desprende la placenta ocurre en la zona esponjosa de la decidua basal, restando junto al miometrio la parte superficial de ella y la capa basal. El tiempo que la placenta permanece sin desprenderse en la cavidad uterina se denomina tiempo corporal. El desprendimiento de la placenta puede realizarse por medio de dos mecanismos ⁽²⁾:

- **Mecanismo schultzc:** El desprendimiento se inicia por el centro de la inserción, y que generalmente está asociada a inserciones en el fondo del uterino. La formación del hematoma retroplacentario es central y a media que se extiende se invierte como paraguas, la placenta desciende por su cara fetal; las membranas se desprenden al final, lo que explicaría por qué no hay sangrado extremo en este mecanismo. Su frecuencia es de 80% ⁽¹⁴⁾.
- **Mecanismo Duncan:** El desprendimiento se inicia en la parte periférica, dirigiéndose hacia el centro; la sangre se acumula entre las membranas y la pared uterina, lo que explicaría el sangrado durante el desprendimiento y es expulsado por la cara materna. Luego del desprendimiento placentario, se produce el desprendimiento de las membranas ⁽¹⁴⁾.

❖ **Descenso de la placenta**

La placenta desprendida por la acción de las contracciones uterinas y la acción de la gravedad pasa al segmento y luego desciende a la vagina ⁽²⁾.

❖ **Expulsión de los anexos ovulares**

Si esta etapa se deja abandonada a las fuerzas naturales, la placenta puede permanecer mucho tiempo en la vagina. Otras veces despierta la sensación de pujos y es expulsada al exterior, arrastrando con ella a las membranas ovulares ⁽²⁾.

b. Anomalías morfológicas de la placenta

- ❖ Placenta extracorial
- ❖ Placenta circunvalada
- ❖ Placenta marginada
- ❖ Placenta succenturiada
- ❖ Placenta membranosa ⁽¹⁴⁾.

c. Etiología

El hecho de que no se desprenda la placenta puede deberse:

- ❖ No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).
- ❖ Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.
- ❖ Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta accreta, increta o percreta.
- ❖ La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.
- ❖ Las encarcelaciones y engatillamientos: Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina por espasmo uterino. Pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.
- ❖ Atonía uterina.
- ❖ Anillos de contracción (los espasmos). Es la contractura de una zona circular del útero (anillo de Bandl, etc). Pueden ser esenciales o secundarias a masaje o uso incorrecto de oxitocina. Al quedar la placenta retenida por encima del anillo se impide la retracción uterina y la contracción de los vasos, produciéndose hemorragia.
- ❖ Placenta succenturiada: En la cual se desarrollan uno o varios lóbulos accesorios a la membrana. Esto tiene mucha importancia ya que los lóbulos quedan a veces retenidos en el útero.

- ❖ Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta por parte del personal sanitario para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas ⁽²⁾.

d. Factores de riesgo

- ❖ Mujer de 35 años a mas
- ❖ Multípara
- ❖ Legrados repetidos
- ❖ Endometriosis
- ❖ Miomatosis
- ❖ Cirugías en útero, etc⁽²⁾.

e. Clínica

La placenta retenida puede presentar diferentes escenarios clínicos; ya sea desprendida (atrapada; separada de la pared uterina, pero sin ser expulsada) o no desprendida (fracaso de la placenta para separarse). Generalmente la pérdida sanguínea excesiva posparto ocurre en la forma desprendida, pero no en la forma no desprendida. La atonía uterina es una causa frecuente en ambos escenarios. El anillo de constricción es una causa de placenta retenida y desprendida. Ambos tipos se pueden diferenciar clínica y ecográficamente. Clínicamente, si el fondo del útero se siente pequeño y contraído o si el borde de la placenta es palpable a través del cuello uterino, es un caso de placenta retenida y desprendida. Por otro lado, si el útero es laxo y no se percibe una porción de la placenta a través del cuello uterino, se trata de una placenta retenida y no desprendida. Ecográficamente la distinción es más evidente. Con una placenta retenida y desprendida, se observa que todo el miometrio se engrosa y se percibe con frecuencia una demarcación clara entre la placenta y el miometrio. Por el contrario, con la placenta retenida y no desprendida, el miometrio se engrosa en todas

las áreas excepto donde la placenta está adherida; en estos sitios, es muy delgado o casi invisible. Si la placenta no se desprende, el útero está blando, elevado hasta el ombligo, puede que desviado hacia un lado (generalmente hacia la derecha). En algunos casos (encarcelaciones y engatillamientos) mediante palpación el útero presenta irregularidades e induraciones. Clínicamente aparece una hemorragia lenta pero continua, que no corresponde a los oxitócicos, debida a la retención de restos en la cavidad. Las manifestaciones clínicas dependen del volumen de sangre perdida, la rapidez y el estado de la paciente.

El pulso y la presión arterial pueden ser engañosos, ya que se pueden modificar moderadamente. Se debe revisar el útero para evitar el cúmulo mayor de sangre ⁽²⁾.

f. Diagnóstico:

Diagnóstico de retención de restos placentarios: El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deben ser efectuado de rutina inmediatamente después del alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones, La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se llevara a cabo sólo en caso de necesidad, confirma ⁽²⁷⁾.

Diagnóstico de retención de membranas ovulares: Es frecuente aun en el parto espontaneo. Puede retenerse la totalidad de las membranas o solo parte de ellas. Ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grado de adherencia acentuado de las membranas. Se observa con frecuencia en la placenta marginada.

Lo más habitual es que aquellas se eliminen en los días siguientes del puerperio, junto con los loquios, generalmente desintegradas, a la par que se observen entuertos acentuados o fetidez loquial puesto a que la retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio ⁽²⁷⁾.

g. Complicaciones:

- ❖ La infección y la hemorragia son complicaciones importantes de la extracción manual.
- ❖ La inversión uterina es un proceso muy raro que consiste en la aparición del fondo uterino a través del canal del parto. Puede superar la vulva y entonces todo el útero invertido fuera de los genitales externos. La inversión uterina fuera del embarazo es absolutamente excepcional, se trata de una patología del alumbramiento que puede producirse antes o después de haberse desprendido la placenta. También raramente puede descubrirse en el puerperio. En cualquier caso cursa con hemorragia. Se asocia a dolor intenso, y en un 40% de los casos aparece shock, más por causas neurógenas que por la pérdida de sangre ⁽²⁾.

E. Lesiones de partes blandas:

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo, en especial en algunas operaciones obstétricas (fórceps, versión interna). Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero) ⁽²⁷⁾.

A veces, el sangrado no es aparente externamente, pero se forma un hematoma y la paciente se descompensa hemodinámicamente. Ante la persistencia de sangrado, realizar una revisión adecuada, mejor bajo anestesia. Para esto, se inspecciona prolijamente la episiotomía y se descarta laceraciones de la vulva, vagina o cuello, las que, si existen, serán suturadas adecuadamente. Si no se encontrara área sangrante en estas regiones, se hará la exploración manual de cavidad uterina o, con mucho cuidado, mediante legras romas, se explorará y legrará la cavidad uterina, buscando fragmentos de placenta o membranas o áreas de solución de continuidad, en los casos que se sospecha rotura del útero. Si la exploración es negativa, se puede taponar la cavidad uterina con gasas y, si persistiera la hemorragia, a pesar de haber utilizado los oxitócicos. Abierto el abdomen, se hará masaje uterino y administrará oxitócicos o prostaglandinas directamente en el fondo uterino; los pasos siguientes son

la ligadura de las arterias uterinas y/o hipogástricas y, eventualmente, la histerectomía. Mientras se decide el procedimiento técnico a ser empleado, se puede presionar la aorta directamente, con el fin de disminuir la presión de pulso e identificar el origen del sangrado ⁽²³⁾.

- ❖ **Diagnóstico:** El cuadro se instala con un útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y ya expulsada la placenta completa. El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico; se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo ⁽²⁷⁾.

a. Desgarros vulvoperineales:

Distinguimos 4 tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión: de primer grado, cuando afecta únicamente a la piel; de segundo grado, cuando afecta a la musculatura perineal; de tercer grado, cuando incluyen al esfínter externo del ano, y de cuarto grado o complicado, si está tomada la pared del recto. Los de primer y segundo grado son denominados incompletos, mientras que los de tercer y cuarto grado son denominados completos.

Además distinguimos los desgarros centrales del periné, que ocasionan su rotura con conservación anatómica de la vulva y del ano. Se los observa en perinés altos y resistentes y en pelvis retrovertidas ⁽²⁷⁾.

- ❖ **Etiopatogenia:** Esta en relación directa con la sobredistensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos de la obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejido fibroso en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con Angulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en su orientación posterior con mayor distención del periné ⁽²⁷⁾.

2.1.3. Definición de términos básicos:

- ❖ **Anemia:** Reducción por debajo del límite normal del número de eritrocitos por mm³, de la concentración de hemoglobina o del volumen de eritrocitos por 100 ml de sangre que acontece cuando se altera el equilibrio entre la pérdida hemática y la producción ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Complicación:** Enfermedad o enfermedades que coexisten con otra. Ocurrencia de dos o más enfermedades en el mismo paciente ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Embarazo:** Estado de tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión de un huevo y un espermatozoide ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Factor predisponente:** Cualquiera de las distintas sustancias o actividades necesarias para producir un resultado ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Hemoglobina:** Pigmento transformador de oxígeno de los eritrocitos, que se forma de los eritrocitos en desarrollo en la médula ósea ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Hemorragia:** Escape de sangre desde los vasos; sangrado ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Hemorragia posparto:** Es la hemorragia que ocurre poco después del trabajo de parto o el nacimiento ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Hierro:** Es un constituyente esencial de la hemoglobina, citocromos y otros componentes de los sistemas enzimáticos respiratorios. Sus principales funciones consisten en transporte de oxígeno hacia los tejidos (hemoglobina) y mecanismos de oxidación celular ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Puerperio:** Periodo o estado de confinamiento después del parto ⁽²⁹⁾.
- ❖ **Puerperio inmediato:** Incluye hasta las primeras 24 horas del posparto. Las primeras 2 horas del puerperio se consideran como la cuarta etapa del parto ⁽³⁰⁾.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

ANALISIS

3.1. Contrastación de Hipótesis

Hipótesis alterna

- Existe relación entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.

Hipótesis nula:

- No existe relación entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.

3.2. Contrastación de Chi cuadrado

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significancia
Chi-cuadrado de Pearson	2,439 ^a	4	0,656
Razón de verosimilitudes	2,930	4	0,570
Asociación lineal por lineal	1,481	1	0,224
N de casos válidos	72		

ANALISIS: Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, donde se aprecia que no existe relación entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018. Siendo el estudio no significativo por ser mayor de $p = 5\%$ (0.05).

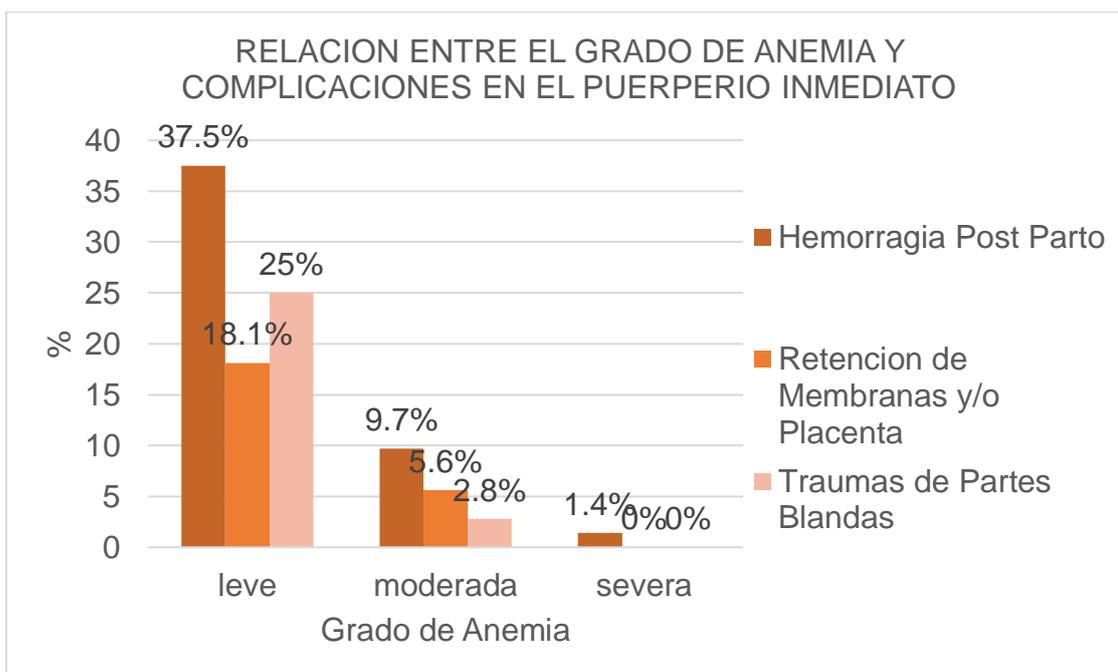
ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO 2018.

TABLA N°1

RELACION ENTRE EL GRADO DE ANEMIA Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO								
Grado de Anemia	Complicaciones en el Puerperio Inmediato						Total	
	Hemorragias Post Parto		Retención de Membranas y/o Placenta		Traumas de Partes Blandas			
	R	%	R	%	R	%	R	%
Leve	27	37,5%	13	18,1%	18	25,0%	58	80,6%
Moderada	7	9,7%	4	5,6%	2	2,8%	13	18,1%
Severa	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Total	35	48,6%	17	23,6%	20	27,8%	72	100,0%

Fuente: Recolección de datos de Historias Clínicas

Encontramos en la anemia leve 80.6% de las cuales el 37.5% corresponde a hemorragia post parto, el 25.0% a traumas de partes blandas; para la anemia moderada 18.1% donde el 9.7% presento hemorragias post parto y el 5.6% retención de placenta y/o membranas ovulares.



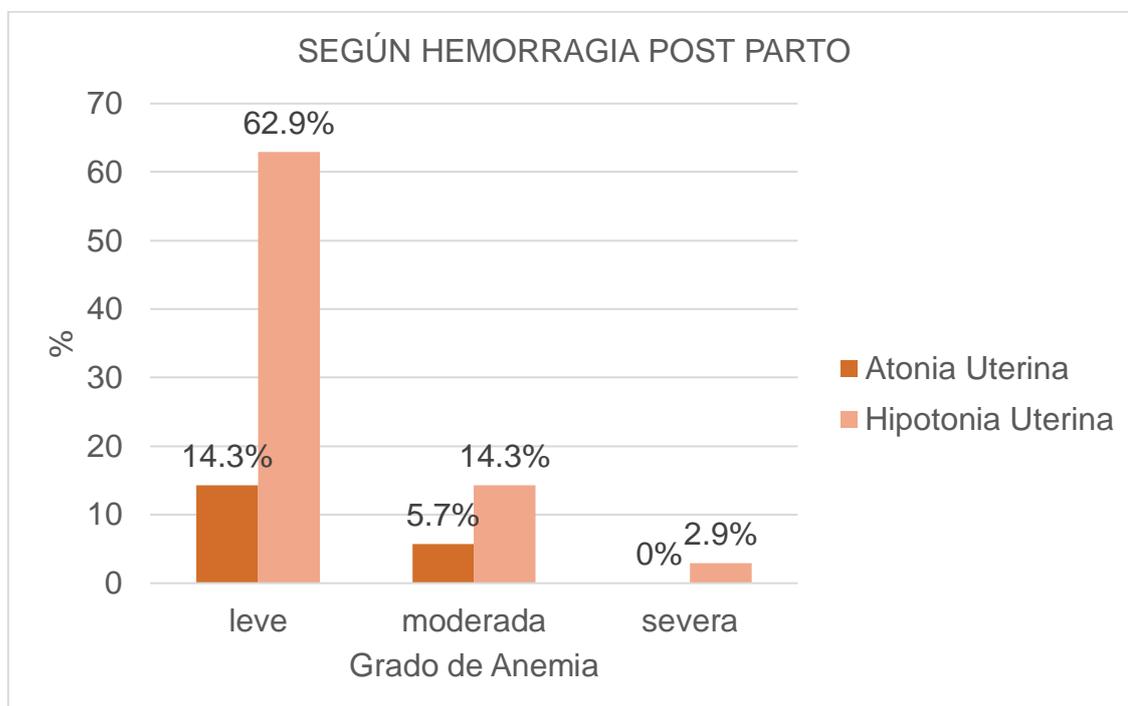
**ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES EN EL
PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO
2018.**

TABLA N°2

SEGÚN HEMORRAGIA POST PARTO						
Grado de Anemia	Hemorragias Post Parto				Total	
	Atonía Uterina		Hipotonía Uterina			
	R	%	R	%	R	%
Leve	5	14,3%	22	62,9%	27	77,1%
Moderada	2	5,7%	5	14,3%	7	20,0%
Severa	0	0,0%	1	2,9%	1	2,9%
Total	7	20,0%	28	80,0%	35	100,0%

Fuente: Recolección de datos de Historias Clínicas

En anemia leve relacionado con hipotonía uterina un 62.9% (N=22) y para atonía uterina tenemos un 14.3% (N=5); para anemia moderada con hipotonía uterina un 14.3% (N=5)



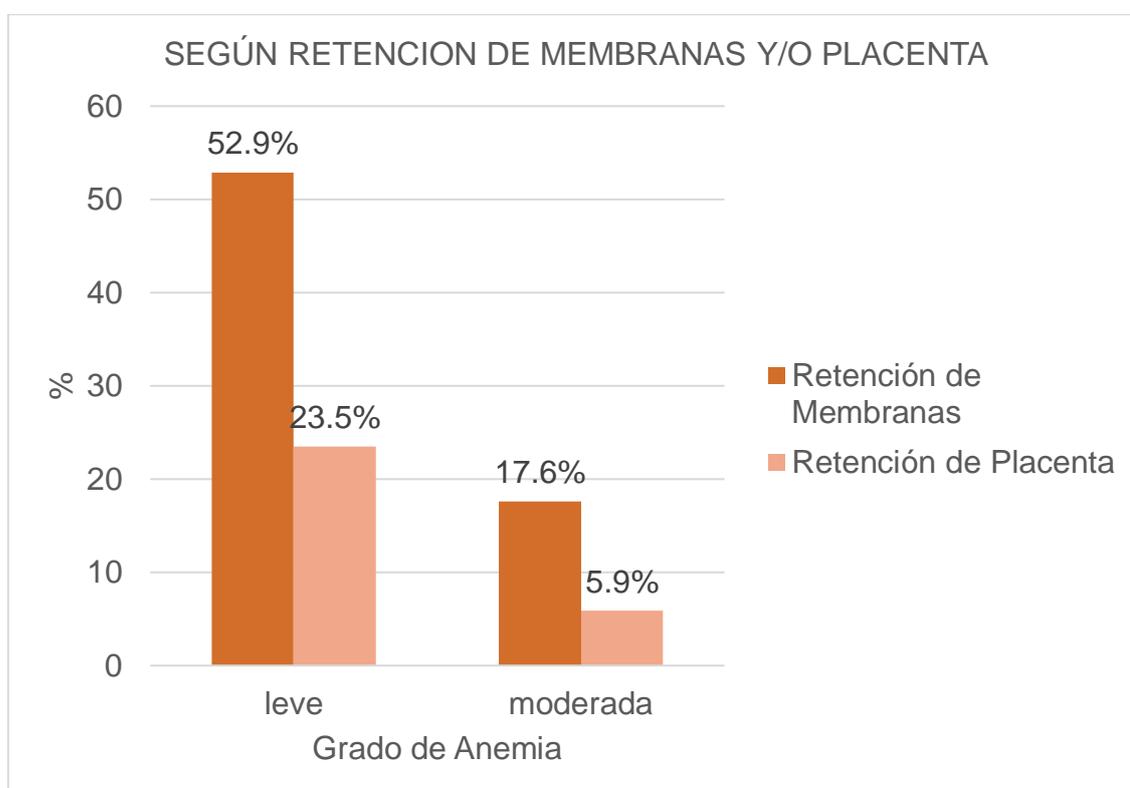
ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO 2018.

TABLA N°3

SEGÚN RETENCION DE MEMBRANAS Y/O PLACENTA						
Grado de Anemia	Retención de Membranas y/o Placenta				Total	
	Retención de Membranas		Retención de Placenta			
	R	%	R	%	R	%
Leve	9	52,9%	4	23,5%	13	76,5%
Moderada	3	17,6%	1	5,9%	4	23,5%
Total	12	70,6%	5	29,4%	17	100,0%

Fuente: Recolección de datos de Historias Clínicas

En anemia leve presentan retención de membranas el 52.9% y retención de placenta un 23.5%; en anemia moderada un 17.6% presentan retención de membranas.



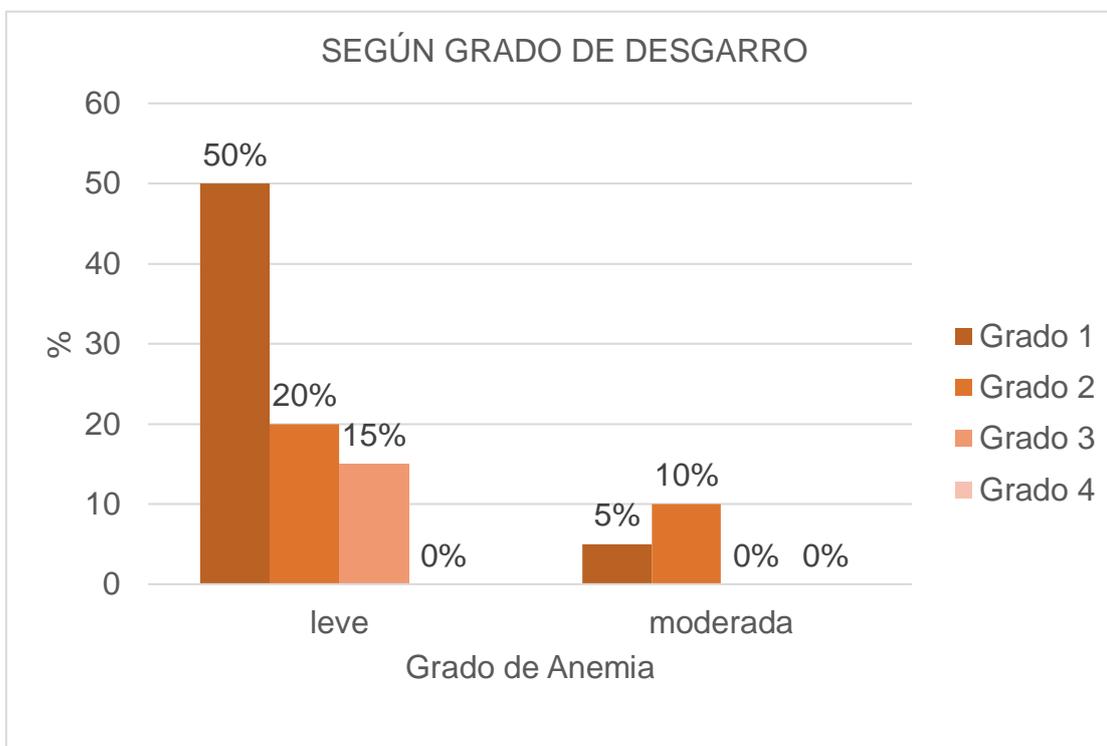
**ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES EN EL
PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO
2018.**

TABLA N°4

SEGÚN GRADO DE DESGARRO										
Grado de Anemia	Grado de Desgarro								Total	
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		R	%
	R	%	R	%	R	%	R	%		
Leve	10	50,0%	4	20,0%	3	15,0%	0	0%	17	85,0%
Moderada	1	5,0%	2	10,0%	0	0,0%	0	0%	3	15,0%
Total	11	55,0%	6	30,0%	3	15,0%	0	0%	20	100,0%

Fuente: Recolección de datos de Historias Clínicas

Se observa la relación entre el grado de anemia y el grado de desgarro; siendo la anemia leve y el primer grado de desgarro un 50.0% (N=10); el segundo grado de desgarro un 20.0% (N=4) y el tercer grado de desgarro un 15.0% (N=3); para la anemia moderada y el segundo grado de desgarro un 10% (N=2).



DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad estudiar la anemia como factor predisponentes de complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional De Ica, Marzo – Mayo 2018 encontrando lo siguiente:

- ❖ La anemia no es un factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato, se presentó en anemia leve un 80.6%; moderada 18.1% y severa 1.4% de las pacientes gestantes que tuvieron su parto con alguna complicación en el puerperio inmediato. Nuestros resultados coinciden con los resultados realizados por Parodi en el año 2016, Moyolema en el año 2017 y Martinez en el año 2018 en sus trabajos de investigación, concordando con nuestro trabajo por lo que aceptamos este estudio.
- ❖ La hemorragia post parto de presento en un 48.6% siendo la causa hipotonía uterina un 62.9%. Nuestro trabajo de investigación coincide con el trabajo de investigación de Muñoz en el año 2013, el 67% de las pacientes de estudios tuvieron hemorragias y la causa de hemorragia que se observo fue la hipotonía uterina en un 42%, lo que se asemeja a nuestra investigación aceptando este estudio.
- ❖ La retención de placenta y/o membranas ovulares se presentó en un 23.6%. Nuestros resultados comparado con el trabajo de investigación de Muñoz en el año 2013, en la cual nos demuestra que tenemos menos de la mitad de los casos de retención de restos placentarios con un 50%.
- ❖ Los traumas obstétricos se presentaron en un 27.8% y pacientes que tuvieron anemia leve y desgarros de primer grado se presentaron en un 50.0%, desgarro de segundo grado 20.0% y desgarro de tercer grado 1.5%. Nuestros resultados coinciden con el trabajo de investigación de Santos en el año 2016. Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). Por lo cual aceptados el estudio de investigación

CONCLUSIONES

- ❖ La anemia no es un factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato, hospital regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.
- ❖ Las pacientes con anemia leve presentaron hemorragias post parto dentro de las cuales se encontró la hipotonía uterina.
- ❖ Las pacientes con anemia leve presentaron retención de membranas.
- ❖ Las pacientes con anemia leve que tuvieron traumas de partes blandas (desgarros) presentaron desgarro de primer grado.

RECOMENDACIONES

- ❖ El personal involucrado en la atención materna del Hospital Regional de Ica deberá considerar otros factores de riesgo. Así mismo en la atención primaria de salud se debe de educar sobre la alimentación a todas las gestantes y brindar profilaxis con hierro durante el embarazo, también se debe de trabajar de la mano con el área de nutrición para diagnosticar y recuperar el nivel de anemia; se debe de implementar un radar de gestantes para dale seguimiento por medio de las visitas domiciliarias e implementar el sistema informativo perinatal (SIP).
- ❖ El personal involucrado en la atención del parto deberá tener en cuenta otros factores de riesgo para el uso de medicamentos oxitócicos vía endovenosa para evitar la hipotonía uterina.
- ❖ Identificar otros factores de retención de membranas realizando el manejo activo del alumbramiento según protocolos de atención.
- ❖ El personal que atiende el parto deberá identificar los riesgos perineales en gestantes con anemia para evitar los desgarros de partes blandas, además de enseñar los cursos de Psicoprofilaxis obstétrica, ejercicios dirigidos a preparar el periné.

FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Orejón FM. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima – Perú; 2016.
2. Benites ES. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015. Tesis para optar la segunda especialidad de obstetricia en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos. Ica – Perú; 2016.
3. Palomo JB. Incidencia de la hemorragia postparto por atonía uterina. Tesis para optar el grado de maestro en ciencias en ginecología y obstetricia. Guatemala; 2014.
4. Martinez KE, Brizuela EA. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. Boaco – Nicaragua; 2015.
5. Ayala RF. Prevalencia de anemia en gestantes que acuden por signos de alarma al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 junio al 30 de noviembre de 2016. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima – Perú 2017.
6. Díaz DL, Lapa L. Antecedentes obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Huancavelica – Perú; 2014.
7. Canchihuaman L. Hemorragia Post Parto por retención placentaria en el Hospital De Apoyo Junín. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Junín – Lima; 2016.
8. Cayó RS. medidas preventivas para prevención de infección en el tracto urinario 2017. Tesis para optar el grado de maestría en salud sexual y reproductiva. Ica – Perú; 2017
9. Muñoz KI. Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo

de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Guayaquil – Ecuador; 2013.

10. Cruz A. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013. tesis para optar el título de médico cirujano con el grado académico de licenciado. Alta vera paz – Guayaquil – Ecuador; 2016.
11. Moyolema YP. 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. Tesis para optar el título profesional de enfermera. Guayaquil – Ecuador; 2017.
12. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima – Perú; 2016.
13. Parodi J. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el instituto nacional materno perinatal, año 2015. Tesis para optar el título profesional de licenciado en obstetricia. Lima – Perú; 2016.
14. Soto JS. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital “San José” Callao - Lima. 2016. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima – Perú; 2018.
15. Martinez 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 título profesional de licenciada en obstetricia. Cañete – Perú; 2018.
16. Montano GC. Asociación entre anemia y complicaciones materno - fetales en gestantes del servicio de gineco obstetricia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima – Perú; 2018.
17. Girao RS. La multiparidad como factor predisponente para la hemorragia uterina en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital

Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica, enero a diciembre 2014. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Ica – Perú; 2015.

18. Espitia F, Orozco L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *EstdMedUnvIndtSantd*. [Internet]. 2013 [citado 18 Dic 2017]; 1(I): 46 – 49. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v26n3/v26n3a05.pdf>
19. García L. Anemia ferropénica y embarazo. [Internet]. 2013 [citado 18 Dic 2017]; 1(I):18. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2980/GarciaGonzalezL.pdf?sequence=1>
20. Lara AF. Anemia en el embarazo. *Man MSD*. [Internet]. 2018 [citado 05Ene 2018]. Disponible en:<http://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>
21. Ministerio de salud. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescente, mujeres gestantes y puérperas. *MINSA* 2017; 5(1):1-35.
22. Pita G, BasabeCB, Jiménez CS, Mercader O. La anemia. *Aspc Nut Concp Act prev y cont*. [Internet]. 2007 [citado 18 Dic 2017]; 1(I): 3. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf
23. Pacheco J. Puerperio normal y patológico. En: Távara L, Ascenzo A, Cancino H, editores. *Ginecología obstetricia y reproducción*. Vol 2. 2da ed. Perú: Lima; 2014. p. 1343-1351
24. Canal Chupete. [Internet]. [citado 24 Dic 2017]; 1(I): 3. Disponible en:<https://canalchupete.com/complicaciones-postparto-puerperio/>
25. Velázquez LM. Complicaciones del puerperio. *Mong*. [Internet]. 2012 [citado 07 Ene 2018]; 1(I): 1. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos92/complicaciones-puerperio/complicaciones-puerperio.shtml>

26. Karlsson H, Pérez C. hemorragia postparto. Scielo. [Internet]. 2009 [citado 07 Ene 2018]; 2(I): 1. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
27. SchwaeczRL, FescinaRH, Duverges. El parto patológico. En: Grupo Ilhsa S.A, editor. Obstetricia. Vol 1. 6da ed. Argentina: Buenos Aires; 2011. p. 631-636
28. Mejia LJ. Fisiopatología choque hemorrágico. Anestesia de la paciente con trauma. [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2018]; 2(I): 1. Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141v.pdf>
29. Diccionario médico de bolsillo. 27ª edición. España:McGRAW-HILL; 2010.
30. Alvarado JC. Apuntes médicos del Perú. ApuntObst. 2006,2 (1): 106

ANEXOS

ANEXO Nº1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLE	INDICADORES	
<p>Problema Principal: ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?</p> <p>Problema secundario: -¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y la hemorragia post parto en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018? -¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y la retención de placenta y/o membranas ovulares en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018? -¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y traumas de partes blandas en el Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018?</p>	<p>Objetivo General: Determinar si la anemia es un factor predisponente de complicaciones del puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018</p> <p>Objetivos Específicos: - Identificar si la anemia es un factor predisponente de hemorragias post parto, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018 - Identificar si la anemia es un factor predisponente de retención de placenta y/o membranas ovulares, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018 - Identificar si la anemia es un factor predisponente de traumas de partes blandas, Hospital Regional de Ica Marzo – Mayo 2018.</p>	<p>Hipótesis General: Existe relación entre la anemia y las complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018</p> <p>Hipótesis secundario: - Existe relación entre la anemia y la hemorragias post parto, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018. - Existe relación entre la anemia y la retención de placenta y/o membranas ovulares, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018. - Existe relación entre la anemia y los traumas de partes blandas, Hospital Regional de Ica, Marzo – Mayo 2018.</p>	Variable Independiente Anemia	Anemia leve (Hb de 10.0 a 10,9 g/dl)	<p>El método de investigación será inductivo, ya que vamos a utilizar el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos.</p>
				Anemia moderada (Hb de 7.0 a 9.9 g/dl)	
				Anemia severa (Hb menos de 7 g/dl)	
			Variable Dependiente Complicaciones del Puerperio Inmediato	Hemorragia post parto	
				Retención de placenta y/o membranas ovulares	
				Trauma de partes blandas	

ANEXO N°2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Edad

Adolescente () Juvenil () Adulto () Añosa () Muy añosa ()

2. Grado de instrucción

Superior universitario () Superior no universitario () Secundaria () Primaria ()

II. VARIABLE 1:

1. ¿Presento anemia durante su embarazo?

Si () No ()

a. Grado de anemia

Anemia leve () Anemia moderada () Anemia severa ()

III. VARIABLE 2:

1. Complicaciones en el puerperio inmediato

Si () No ()

a. Hemorragia Post Parto: Si () No () Atonía uterina () Hipotonía uterina ()

Volumen de perdida sanguínea: 500 – 1000CC () >1000 – 1500CC ()
>1500 – 2000CC () >2000CC ()

b. Retención De Restos: Si () No () Membranas () Cotiledones ()

c. Traumas De Partes Blandas: Si () No () Desgarro ()

Grado de desgarro: I° Grado () II° Grado () III° Grado () IV° Grado ()

IV. VARIABLE INTERVINIENTE:

1. Paridad

Primigesta () Multigesta () Gran multigesta ()

2. Tipo de parto

Eutócico () Distócico ()

3. Cesáreas

Ninguno () 1 CST () 2 CST () 3 CST a mas ()

4. Periodo intergenésico

Adecuado () PIG largo () PIG corto ()

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Delia Remigia Bendezi Ochoa

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: "Anemia como factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato"

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

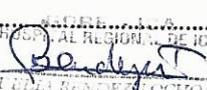
CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....


 DELIA BENDEZI OCHOA
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Saara Urbani Urbina

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Anemia como factor predisponente de complicaciones en el puerperio inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo - Mayo 2018.

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

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

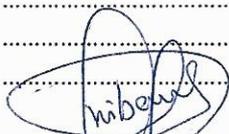
SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



Mg. SAARA URBANI URBINA
 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 ECOGRAFÍA Y MONITOREO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Arones..... Aparcana..... Deiza..... Yannel.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Anemia como Factor predisponente de complicaciones en el puerperio Inmediato, Hospital Regional de Ica, Marzo - Mayo 2018

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	0	1	2
TOTAL	6	5	6	0.94

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total "de acuerdo" de jueces

Td: N° total de "desacuerdo" de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{17}{17 + 4} \times 100 = 0.809 \quad \text{Excelente validez}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

Excelente Validez.....

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

HOSPITAL APOYO DEPARTAMENTAL ICA
Departamento de Gineco - Obstetricia
Fecha: 05/02/2018
Hora: 11:30 am.
Firma: 

SOLICITO: Permiso para la recolección de datos de las historias clínicas.

SEÑOR:

MIGUEL MATÍAS LINARES.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

Yo Katia Fabiana Navarrete Condori, identificada con DNI N° 70314274 con domicilio actual calle Urubamba #376 cercado de Ica, me presento y pido a usted lo siguiente:

Que habiendo culminado la carrera profesional de Obstetricia en la universidad “Alas Peruanas-Ica” y mis prácticas hospitalarias en dicho nosocomio, solicito a usted me autorice el permiso para la recolección de datos de las historias clínicas para la realización de mi trabajo de investigación titulado “ANEMIA COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, MARZO – MAYO 2018” para optar el grado de Licenciada en Obstetricia.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Ica, 18 de junio del 2018

.....
MIGUEL MATÍAS LINARES.
JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA

.....
KATIA FABIANA NAVARRETE
CONDORI
DNI 70314274