



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

TESIS

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE ANEMIA EN PUERPERAS DE PARTO
DISTOCICO Y EUTCICO – HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO,
ICA 2016”**

PARA OPTENER EL TITULO RPOFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER MUNARES RAMOS, LUZ ALBINA.

ICA – PERU

2017

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidando y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo de mi formación académica hasta ahora.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A todos los que me apoyaron a recolectar mis datos estadísticos y concluir esta tesis.

A la Obsta. Mirtha Aguilar Tuppia por el asesoramiento y paciencia para ayudarme a desarrollar la tesis.

Para ellos mi agradecimiento sincero, pues es a ellos a quienes les debo por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la incidencia de anemia en relación al parto distócico y eutócico en el hospital Santa María del Socorro - 2016, teniendo como muestreo no probabilístico por conveniencia siendo la muestra de 75 puérperas, utilizándose un diseño de investigación no experimental, con un nivel descriptivo, transversal y retrospectivo, el método que se utilizó fue el observacional documental.

Los resultados obtenidos fueron que la incidencia de anemia post parto fue del 3.6%, el 1.5% procedentes de cesárea y 2.1 % procedentes de parto vaginal, La anemia según el tipo de parto fue el 57.3% de parto vaginal y 42,7% a parto por cesárea, la edad de las pacientes con anemia post parto fue del 58.7% entre 20 a 35 años, siendo la paridad de las puérperas con anemia la de primíparas en un 49.3% y la procedencia fue de la zona periurbana con un 44%.

La conclusión a que se llegó con esta investigación es que no existe relación directa entre la anemia en puérperas con el tipo de parto, Hospital Santa María del Socorro – 2016.

PALABRAS CLAVES: ANEMIA – PARTO EUTOCICO – PARTO DISTOCICO

SUMMARY

The objective of this study was to determine the incidence of anemia in relation to the dystocic and eutychogenic delivery in Santa María del Socorro hospital - 2016, having as non-probabilistic sampling for convenience, being the sample of 75 puerperas, using a non-experimental research design , with a descriptive, transversal and retrospective level, the method used was the documentary observational.

The results obtained were that the incidence of postpartum anemia was 3.6%, 1.5% from caesarean section and 2.1% from vaginal delivery. The anemia according to the type of delivery was 57.3% vaginal delivery and 42.7% a cesarean delivery, the age of the patients with postpartum anemia was 58.7% between 20 and 35 years, and the parity of the puerperae with primiparous anemia was 49.3% and the origin was of the peri-urban area with 44%.

The conclusion reached with this research is that there is no direct relationship between anemia in postpartum women and the type of delivery, Hospital Santa María del Socorro - 2016.

KEYWORDS: ANTHEMIA - EUTOCIUM BIRTH - DISTOCUMENT BIRTH

ÍNDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
SUMMARY	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	11
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	11
1.4. OBJETIVOS	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.5.1. HIPÓTESIS	12
1.5.2. VARIABLES.....	12
1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	13
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	14
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	
1.7.1. POBLACIÓN.....	14
1.7.2. MUESTRA.....	14
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1. TÉCNICAS.....	14
1.8.2. INSTRUMENTOS.....	15

1.9.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
------	--	----

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.2.	BASES TEÓRICAS.....	21
2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	37

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

	CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	39
	DISCUSIÓN.....	46
	CONCLUSIONES.....	47
	RECOMENDACIONES.....	48
	ANEXOS.....	49
1.-	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	50
2.-	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	53
3.-	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	54

INTRODUCCION

La anemia trata de una enfermedad hemática en la cual el cuerpo no posee suficientes glóbulos rojos sanos.

En realidad se trata de una alteración en la composición sanguínea donde existe una baja concentración de hemoglobina condicionada por una disminución de la masa eritrocitaria.

Es un trastorno bastante frecuente de la sangre en la que existe una concentración baja de eritrocitos o una concentración baja de hemoglobina.

Los niveles considerados como normales del número de glóbulos rojos son en el hombre son de 4,2 a 5,4 millones/mm³ mientras que en la mujer es tos valores son en torno a 3,6 – 5,0 millones/mm³.

En cuanto a la hemoglobina, los valores normales del hombre son de 13 a 17 g/dl y en la mujer serán considerados normales de 12 a 16 g/dl.

La anemia posparto es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana. Pero también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas. En los países pobres, la anemia posparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento del parto están entre 500.000 – 600.000 muertes anuales. La mayoría de estas muertes (80%) son el resultado de las patologías en el tercer período del parto (puerperio inmediato) en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas posparto y el (20%) se encuentran agravadas por enfermedades que complican la gestación.¹⁵

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La anemia posparto 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 Ministerio de Salud para disminuir su prevalencia; tales 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 Ministerio de Salud (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 en el consumo de hierro. Asimismo se observa un leve incremento de los niveles promedio de hemoglobina conforme aumenta el rango de edad materna y un menor nivel del promedio de acuerdo a los trimestres de gestación, y los niveles en gestantes que viven a menos de 1000 m de altitud es mayor que aquellas que residen a más de 3500 m de altitud¹

Durante el parto se pierden aproximadamente 500 ml de sangre (250 mg de hierro) durante un parto vaginal normal de un feto único y hasta 1000 ml durante una cesárea. Esta pérdida de sangre raramente necesita transfusión, si la hemoglobina materna está sobre 10.0– 11.0 g/dl antes del parto. La concentración de hemoglobina debe volver a lo normal a las 2 semanas posparto. Si esto no ocurre, se requiere de una investigación

posterior, Pero esto es casi invariablemente debido a pérdidas de sangre excesivas, deficiencia de hierro o combinación de ambas.²

La hemorragia posparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio, definiéndose como un sangrado excesivo, superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea, que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Las causas de la hemorragia posparto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. 38 Las hemorragias posparto (HPP), ocupan el primer lugar como causa de muerte prematura materna en el mundo, siendo más evidente en los países en vía de desarrollo pero con una tendencia en el aumento de mortalidad materna en los países desarrollados, la hemorragia uterina posparto ocurren en las primeras veinticuatro horas y hasta las doce semanas de puerperio.³

Es indispensable y necesario identificar a la paciente portadora de factores obstétricos asociados que podrían llevarla a presentar anemia posparto y cuando se habla de factor obstétrico asociado nos referimos a cualquier característica o circunstancia detectable en una persona durante el embarazo o parto que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores obstétricos asociados pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Entre ellos tenemos embarazo gemelar, lesiones en el canal blando del parto (laceraciones vaginales, perineales o cervicales, episiotomía (según algunos autores, la hemorragia media es de casi 250 mL), primiparidad, más de cinco partos previos, ciertas patologías presentes en la gestación (preeclampsia, hidramnios, hepatitis, etc), uso de anestesia epidural, inducción o estimulación oxitócica, trabajo de parto prolongado, parto precipitado, macrosomía fetal y retención de restos placentarios.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Delimitación Espacial

Hospital Santa María Del Socorro, Departamento de Gineco – Obstetricia.

1.1.2. Delimitación Temporal

El estudio se realizó en historias clínicas de puérperas atendidas durante el año 2016.

1.1.3. Delimitación Social

Se realizó en puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico.

1.1.4. Delimitación Conceptual

Se trató de explicar y comparar la anemia en puérperas que proceden de parto eutócico y distócico.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la incidencia de anemia en relación al parto distócico y eutócico en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Qué tipo de anemia se presentan en puérperas de parto eutócico Hospital Santa María del Socorro – 2016?
- ¿Qué tipo de anemia se presentan en puérperas de parto distócico Hospital Santa María del Socorro – 2016?
- ¿Qué relación existe entre las puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico con la edad, paridad y procedencia en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de anemia en relación al parto distócico y eutócico en el hospital Santa María del Socorro - 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el tipo de anemia en puérperas de parto eutócico Hospital Santa María del Socorro – 2016.
- Conocer el tipo de anemia en puérperas de parto distócico Hospital Santa María del Socorro - 2016
- Identificar la relación que existe entre las puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico con la edad, paridad, y procedencia en el Hospital Santa María del Socorro - 2016

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS

Existe relación directa entre la anemia en puérperas con el tipo de parto en el Hospital Santa María del Socorro – 2016

1.5.2. VARIABLES

Variable Independiente

- Parto eutócico.
- Parto distócico.

Variable Dependiente

- Anemia en puérperas

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	ESCALA
Independiente:			
a) Parto eutócico	Expulsión del producto de la concepción de 37 a 42 sem de gestación sin ninguna complicación con un RN con Apgar adecuado y peso ≥ 2500 grs a 3999 grs.	-Si -No	Cualitativa Nominal
b) Parto distócico	Parto anormal, instrumental o quirúrgico.	-Si -No	Cualitativa Nominal
Dependiente:			
Anemia	Hemoglobina menor a 11gr/dl	-Leve: 10 – 10,9 gr/dl -Moderada: 8 – 9 gr/dl -Severa: >7 gr/dl	Cuantitativa Dicotómica
Interviniente:			
a) Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	-Menor o igual a 19 años -20 a 35 años. -Mayor o igual a 35 años.	Cuantitativa Ordinal
b) Paridad	Número de embarazos de una mujer que ha dado a luz, con un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500g, vivo o muerto.	-Primípara -Multípara. -Gran multípara	Cualitativa Nominal
c) Procedencia	Origen que dispone algo o alguien.	-Urbana. -Periurbana. -Rural.	Cualitativa Nominal

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, porque no se modificaron las variables.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal y retrospectiva.

-Observacional: porque se describieron las variables tal cual se presentan.

-Transversal: ya que se midió las variables en un solo momento.

-Retrospectivo: porque los datos se obtuvieron del año 2016, es decir de tiempo pasado.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Constituida por todas las puérperas de parto eutócico y distócico atendidas durante el año 2016.

1.7.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todas las puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico durante el año 2016 que son un total de 75 puérperas. El tipo de muestra fue una muestra no probabilística por conveniencia.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Santa María del Socorro para tener acceso a las historias clínicas del servicio de estadística, una vez obtenido el permiso se procedió a sacar la relación de puérperas con anemia del libro de hospitalización para luego revisar las historias clínicas y vaciar los datos en la ficha de recolección.

1.8.2. INSTRUMENTOS

- Historia clínica
- Ficha de recolección de datos.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La anemia posparto es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana. Pero también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementando las complicaciones infecciosas. Esta patología trae muchas consecuencias sobre todo para la madre como la hiporexia, apatía, cansancio que van a repercutir en el recién nacido.

Las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son 60 mg al día en aquellas zonas en las que la prevalencia del déficit de hierro sea menor del 20%, y aconsejan doblar la dosis cuando la prevalencia es mayor.⁴ Si a la anemia del embarazo se añaden situaciones de sangrado crónico durante la gestación como la placenta previa, o se producen hemorragias mayores de lo habitual durante el parto o en el periodo puerperal, aumenta el riesgo de transfusión sanguínea a pesar de haber cumplido el tratamiento indicado con hierro oral.

Las consecuencias clínicas de la anemia incluyen síntomas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia), disminución del rendimiento físico y mental, cansancio y, en el caso de la mujer en el periodo postparto, supone una merma importante en su capacidad para cuidar del recién nacido⁵.

La anemia afecta a las actividades de la vida diaria, lo que se traduce en un deterioro de la calidad de vida.

Esta investigación es de importancia ya que nos dará a conocer la incidencia de anemia post parto y en qué tipo de parto sea esta eutócico o distócico se presenta con mayor frecuencia para que de esa manera los resultados sirvan a los profesionales involucrados en la atención de las púerperas para la realización de protocolos y procedimientos de atención basándose en datos estadísticos proporcionados por el presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

-Tite (2013) en el estudio titulado **Factores asociados a anemia posparto en pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo, Ambato – Ecuador - enero a junio de 2012.**

Encontró que el 68 % de las mujeres estudiadas presentó algún grado de anemia posparto. Sin embargo a pesar de este resultado solo el 21% de mujeres con anemia posparto recibió prescripción de hierro en el posparto. Acerca de los antecedentes durante el embarazo, solo el 4% presentó infecciones urinarias o genitales durante el embarazo, sobre la paridad de las pacientes el 45 % fueron primíparas, sobre la presión arterial al ingreso más del 90% presentó presión arterial sistólica y diastólicas adecuadas, sobre el índice de masa corporal más del 50% de las pacientes presentaron sobrepeso u obesidad. La anemia fue más frecuente en pacientes primíparas valor p 0.4. También se cruzó la variable IMC con la presentación de anemia posparto los resultados muestran que no hay mayor riesgo de anemia en pacientes con sobrepeso u obesidad, pero tampoco significan lo contrario.⁵

-Castilla y asociados (2014) en el estudio titulado **¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto?, Jaén – España,** donde los resultados fueron aplicados a un modelo asociativo del que se concluye que las cesáreas y los partos instrumentales presentan niveles de

hemoglobina menores que los partos eutócicos; la feroterapia durante el embarazo consigue mayores niveles de hemoglobina en el posparto y las hemorragias severas o moderadas también disminuyen los niveles de hemoglobina. Las principales medidas profilácticas del descenso anormal de hemoglobina en el posparto son el adecuado tratamiento y profilaxis (mediante feroterapia) de la anemia en el tercer trimestre de embarazo, y la prevención y terapia de los sangrados durante el parto y el puerperio inmediato.

-Iglesias (2011) en su investigación titulada **Factores perinatales que influyen en el descenso de hemoglobina materna tras el parto y en el pH neonatal, estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en Pontevedra – España,**

Descubrió que existen diferencias en el descenso de la Hb posparto dependiendo de si se utiliza o no anestesia regional en el parto ($p=0.006$): cuando no se utiliza, el descenso medio es de 1.07 g/dL (DT: 1.01); si se utiliza, el descenso medio alcanza los 1.4 g/dL (DT: 1.08). También se produce un mayor descenso de Hb en caso de que se practique episiotomía ($p= 0.0001$): si no se realiza el descenso medio es de 1.09 g/dL (DT: 0.9), mientras que cuando se efectúa es de 1.57 g/dL (DT:1.11). La paridad también influye en la disminución de Hb ($p= 0.0001$). Las mujeres primigestas presentaron una reducción significativamente mayor en la media de Hb posparto (1.66 g/dL \pm 1.09); en las tercigestas, el descenso medio fue de 0.93 g/dL (DT: 0.8). Cabe destacar que la paridad influye en los cuidados que la mujer recibe durante el parto: a mayor paridad, menor empleo de la epidural ($p= 0.0000$) y de la episiotomía ($p=0.0000$), por lo que también es esperable un menor sangrado. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la disminución de Hb posparto y la extracción de SCU (sangre de cordón umbilical) para donación ($p=0.5$), el uso de oxitocina durante el trabajo de parto ($p=0.3$) o la presencia de desgarros en el canal blando tras el parto ($p=0.8$).⁶

- **Usandizaga (2013)** en su estudio titulado **Factores de riesgo para la hemorragia posparto, Hospital Son Espases de Palma de Mallorca – España, durante el periodo de enero de 2005 y mayo de 2011.**

Se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas en los embarazos gemelares y la primiparidad. Sin embargo hay diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a la edad superior a 40 años en el momento del parto, el antecedente de ingreso en el hospital durante la gestación actual, la presencia de patología placentaria, el parto prétermino, la inducción del parto y la finalización mediante cesárea ($0.05 < p$)⁷

-**Maswime S, Buchmann EJ: Por qué las mujeres sangran y cómo se salvan en 13 hospitales públicos urbanos de Sudáfrica, de julio a diciembre de 2014.**

Hubo 93 casos de muerte cerca de la falta y 7 muertes maternas relacionadas con BDACS. La tasa de muerte cercana fue de 2,1 / 1000 nacidos vivos, y la tasa de letalidad fue de 3,5 / 10.000 cesáreas. El 60% de las multíparas, la anemia preoperatoria (55%), el desprendimiento placentario (20%) y la placenta previa y / o el acreta (20%) fueron factores de riesgo asociados a la casi omisión. El útero atónico (43%) fue la causa anatómica más frecuente de hemorragia por casi omisión, seguido de trauma quirúrgico (29%). La duración media de las operaciones que resultaron en near-miss fue de 90 minutos, y el 81% lo consideró difícil para el cirujano. Las intervenciones en los casos de near-miss incluyeron laparotomía de segundo aspecto (46%), histerectomía (41%), sutura de B-Lynch (9%), admisión de unidad de cuidados intensivos (32%) y transfusión de eritrocitos ≥ 3 unidades %).

CONCLUSIÓN:

Casos de near-miss maternidad de BDACS se asociaron con frecuencia con factores de riesgo pre-operatorio. Se requirieron intervenciones de salvamento durante y después de las operaciones. Un factor importante en la iniciación de la secuencia de intervenciones es la realización por el cirujano de que la

cesárea es difícil, de modo que la progresión de operación sin complicaciones a near-miss hasta muerte puede ser detenida⁸.

-Dudeja P, Tewari R, Singh A, Roy SD. Baja prevalencia de anemia entre las esposas del personal de servicio en una estación militar - 2012

RESULTADOS: La edad media al casarse fue de 19,8 años (DE + 2,76). La edad promedio al primer parto fue de 20,88 años. Los principales síntomas reportados fueron debilidad (24,34%), mareos (23,47%), fatiga (20,17%) y sangrado intenso (3,13%). La prevalencia de anemia en nuestro estudio fue del 13,9%, muy por debajo de la prevalencia nacional. Se informó la prevalencia de deficiencia de hierro en 153 (26%) individuos. De estos, 81 sujetos no eran anémicos (Hb > 12d / dL), pero deficitarios en hierro (ferritina <15 µg / L). Sesenta de estos 81 sujetos informaron presencia de fatiga y 36 tenían debilidad. Las observaciones estadísticamente significativas asociadas de la anemia fueron bajo índice de masa corporal, patrón menstrual irregular, ciclo menstrual acortado y aumento de la duración del sangrado (p <0,05). Los niveles bajos de ferritina se asociaron significativamente con un BMI bajo, no usando píldoras anticonceptivas orales y sangrado durante más de 3 días durante el ciclo menstrual (p <0,05). **CONCLUSIÓN:** El escenario de baja prevalencia de anemia en mujeres bajo la cobertura de los Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas representa una "isla de excelencia"⁹

NACIONALES

-Orejon, F.: Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Perú septiembre - noviembre 2015

La edad promedio de las usuarias fue de 22 años. El grado de anemia en las pacientes, fue de un 68% anemia leve, 28% anemia moderada y 3% anemia severa. Los factores que se asocian significativamente a la anemia posparto inmediato fueron el uso de analgesia durante el trabajo de parto (p=0.009) presentándose en un 34% de puérperas (OR 2,10, IC 95% 1,58, 3.56), la práctica de episiotomía (p=0.033) con 83% de puérperas (OR 1,75, IC 95%

1,06, 1.89) y los desgarros en partes blandas ($p=0.003$) en donde el 31% de puérperas presento este factor. **CONCLUSIONES:** La analgesia durante el trabajo de parto, la práctica de episiotomía y los desgarros en las partes blandas son factores estadísticamente significativos para la presencia de anemia posparto inmediato en primíparas.¹⁰

-Riascos, X: Anemia post parto vs post cesárea en el departamento de gineco obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto – octubre 2015

Los resultados obtenidos fueron que la incidencia de anemia posparto fue del 56.18% y poscesárea 43.81%, se presentó Anemia Moderada con 58,72% en posparto y 64,11% en poscesárea, se relaciona con pérdida sanguínea entre 300ml - 400ml y 700ml - 800ml respectivamente, cuya causas de sangrado fueron en posparto desgarro vaginal 51.74% y atonía uterina 4.54%, en poscesárea atonía uterina 2.69% y ruptura uterina 0,89%. El tratamiento empleado en anemia posparto 59.79% y poscesárea 66.05% fue hierro oral. Se concluye que es alta la incidencia de anemia puerperal, presentándose principalmente Anemia Moderada tanto en parto y cesárea, causada por desgarro vaginal, atonía uterina y ruptura uterina, tratadas principalmente con hierro oral.¹¹

REGIONALES

-Córdova, K.: “Factores Socio culturales y Anemia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Nazca, Abril – Setiembre, año 2011

El mayor porcentaje se presenta en el grupo de 17 a 19 años de edad con un 57% llamando la atención el alto porcentaje en la población de 14 a 16 años de 39%.se establece como normal un hematocrito de 36 y 48% y hemoglobina entre 11.6 y 16 g/dl. El 54% tiene un nivel de escolaridad aceptable y su deficiente nutrición es debida a otros factores de costumbre; un 52% son amas de casa, la mitad de la muestra cuenta con ingresos bajos, coincidió con el grupo de grado de instrucción baja por lo que las gestantes adolescentes realizan trabajos eventuales y tienen una ingesta inadecuada en su dieta, sólo

el 3% tiene el hábito de fumar. El 39% tiene hábitos alimenticios inadecuados, el 48% regular, 13% adecuado.¹²

-Gamarra, B.: Niveles de Hemoglobina post parto en relación a la paridad en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Julio-Setiembre 2010.

Los niveles de hemoglobina postparto disminuyen significativamente con respecto a la hemoglobina del III trimestre, encontrando el incremento de anemia en un 49%; la cantidad de hemoglobina post parto, al igual que la cantidad de sangrado está relacionada directamente con la paridad. La variación de hemoglobina post parto no está relacionada con la paridad.¹³

2.2 BASES TEÓRICAS

HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una proteína de la sangre que se encuentra en el interior de los eritrocitos y posee un color rojo característico.

Su función es el transporte de oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos donde recoge el dióxido de carbono que lo devuelve a los pulmones, donde será exhalado al aire.

Al interaccionar con el oxígeno toma un color rojo escarlata, que es el color que posee la sangre arterial y al ceder el oxígeno va tomando un color rojo más oscuro que es el que caracteriza a la sangre venosa¹².

La hemoglobina está compuesta por el grupo hemo y el grupo globina. Las globinas son la parte proteica y cada hemoglobina se encuentra formada por cuatro cadenas polipeptídicas de globina a cada una de las cuales se le une un grupo hemo, cuyo átomo de hierro se puede unir reversiblemente con una molécula de oxígeno. Se trata de una proteína que contiene hierro.¹⁰

Hematopoyesis:

Conjunto de procesos o fenómenos que conducen a la formación de las células que componen a la sangre. Los sitios donde ocurre la hematopoyesis se le denomina centros hematopoyéticos y en estos ocurren procesos de proliferación y maduración de las células de la sangre.¹⁵

En la vida extrauterina la hematopoyesis se localiza en la cavidad medular de los huesos y es conocido como médula ósea roja o tejido hematopoyético mieloide.¹⁰

Las células madre hematopoyéticas, hemocitoblastos, que se originan en el embrión son pluripotenciales tienen gran capacidad proliferativa y de su proliferación se origina una población de células madre de reserva y otra que se va a derivar en dos linajes celulares distintos: células madre de linfocitos y células madre de mieloides. En la hematopoyesis a las células madre o células blásticas se les denomina Unidades Formadoras de Colonias.¹⁵

Eritropoyesis:

A la formación continua de eritrocitos o glóbulos rojos se denomina eritropoyesis, siendo ésta un sistema de renovación continua, es decir, los elementos celulares poseen vida media limitada tal es así que en los eritrocitos es de 120 días por lo cual deben ser reemplazados en forma periódica.

En condiciones normales los eritrocitos constituyen una magnitud constante: alrededor de 30 ml. por kilogramo de peso corporal; alrededor de 20 ml. de eritrocitos desaparecen por día de la circulación, por lo tanto idéntica cantidad debe ser producida por el organismo en el mismo lapso. Este proceso en el ser humano demora entre 5 a 6 días ocurriendo en la médula ósea del esternón, en los huesos largos y de las costillas.

La pérdida súbita de eritrocitos como en una hemorragia aumenta notablemente la magnitud de la eritropoyesis hasta restablecer el volumen globular perdido. Por el contrario por las transfusiones sanguíneas se aumenta los glóbulos rojos, la eritropoyesis cesa hasta que la muerte por senescencia posibilita el restablecimiento de los valores celulares normales¹⁶

ANEMIA

Es el descenso de la masa eritrocitaria habitual de una persona, siendo insuficiente para aportar el oxígeno necesario a las células sin que actúen mecanismos compensadores. En la práctica se define como la disminución de los valores normales de la concentración de Hb¹⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia durante el embarazo como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y bajo 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Asimismo de acuerdo a su gravedad se clasifica de la siguiente manera:

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

Durante el embarazo, hay un aumento del 40–50% en el volumen plasmático, el cual alcanza su máximo en la semana 32 de la gestación. Esto se acompaña de un aumento similar en el gasto cardiaco. También se produce un aumento en el suministro de oxígeno al útero, aumentan la capacidad excretora de los riñones, ayudan a disipar el calor producido por el índice metabólico elevado durante el embarazo, protegen al feto frente a una mala perfusión placentaria, debido a una compresión Aorto-Cava por el útero grávido. La masa de glóbulos rojos de la madre aumenta en un 18–25% durante el embarazo. Esto ocurre más lentamente que el aumento en el volumen plasmático. La discrepancia entre la tasa de aumento del volumen plasmático y la masa de glóbulos rojos resulta en una reducción fisiológica de la concentración de hemoglobina durante el embarazo. Una hemoglobina normal o elevada durante el embarazo puede ser un signo de pre eclampsia en la cual el volumen plasmático está reducido. Los requerimientos de hierro de la madre están aumentados durante los dos últimos trimestres del embarazo debido a las demandas del feto y el aumento de la masa de glóbulos rojos materna. Hasta un 80% del requerimiento aumentado se produce en el último trimestre. El requerimiento total de hierro durante todo el embarazo es aproximadamente 1300 mg, distribuido por 300 mg para el feto, 50 mg para la placenta, 450

mg para el aumento de la masa de glóbulos rojos materna, 250 mg para las pérdidas de hierro basales de la madre, 250 mg para pérdida de sangre durante un parto vaginal normal (500 ml). Aunque la absorción intestinal de hierro aumenta durante el embarazo, la ingesta de hierro de la dieta es incapaz de satisfacer los requerimientos de hierro aumentados. Por consiguiente, estas se satisfacen con las reservas de hierro del cuerpo. Si estas son inadecuadas, la madre desarrollará anemia si no se administran suplementos de hierro.¹¹

En el transcurso del último trimestre del embarazo, el aumento en el volumen plasmático llega a una meseta, pero los glóbulos rojos continúan aumentando, lo que mejora el balance y aumenta ligeramente el resultado del hematocrito. Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres inician el embarazo sin tener los suficientes depósitos de hierro que puedan cubrir el aumento en la demanda, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Si la embarazada no cuenta con una reserva natural de hierro, puede desarrollar anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica que es la más común de las anemias que se presentan durante el embarazo.¹²

EPIDEMIOLOGIA

El análisis epidemiológico se dificulta porque el registro de la información no es completo y también, porque existen diferencias terminológicas y algunos autores toman distintos valores de hemoglobina y hematocrito. La mayoría de los autores presenta una frecuencia que varía entre 16 y 18%. Sin embargo, para otros puede alcanzar el 25%. Son múltiples los factores que pueden influir para que la anemia ferropénica se presente con mayor o menor frecuencia.

Cuando se analiza la relación entre ella y el total de embarazos, se observa que ocurre más frecuentemente en el primero y puede presentarse con igual o mayor prevalencia el segundo embarazo.^{15,16}

ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO Y POST PARTO

Se considera anémica a toda mujer embarazada y en posparto cuando

1) la cantidad de eritrocitos es menor de 3.500.000 por milímetro cúbico.

- 2) El hematocrito es menor al 33 %.
- 3) Disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl asociada a una concentración de hemoglobina corpuscular media inferior al 30 %.

INFLUENCIA DE LAS ANEMIAS DURANTE EL EMBARAZO

Debemos considerar de alto riesgo a toda embarazada cuando:

- Las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11 g/dl.
- El hematocrito se halla por debajo del 33 %.

Ambos hechos pueden producir patologías tanto sobre la madre como sobre el feto.

Sobre la madre:

- Incidencia de preeclampsia.
- Mayor riesgo de infecciones puerperales.
- Alto riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.
- Agudización de afecciones cardiovasculares previas maternas.

Sobre el feto:

- Hipoxia fetal.
- Retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo.
- Alta prevalencia de mortalidad fetal.
- Parto prematuro.

CLASIFICACION

Existen diversos tipos de anemia que pueden presentarse durante el embarazo. Éstos son los siguientes: Anemia gravídica, anemia por deficiencia de hierro, deficiencia de vitamina B12, pérdida de sangre, deficiencia de folato, Leve, moderada, grave¹⁷

- **ANEMIA GRAVIDICA**

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo de la mujer aumenta hasta en un 50 por ciento. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. A veces, el trastorno recibe el nombre de anemia de embarazo y no se considera anormal salvo en los casos en los que los niveles disminuye según la OMS <11gr/dl

- **ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO**

Durante el embarazo, el feto se vale de los glóbulos rojos de la madre para su crecimiento y desarrollo, especialmente durante los últimos tres meses del embarazo. Si una mujer tiene una suficiente cantidad de glóbulos rojos en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede utilizar esta reserva durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto. Las mujeres que no poseen la cantidad adecuada de hierro almacenado pueden desarrollar anemia por deficiencia de hierro. Este tipo de anemia es el más común durante el embarazo. Antes de embarazarse, es conveniente tener una nutrición adecuada para poder acumular estas reservas y prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

- **DEFICIENCIA DE VITAMINA B12**

La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de las proteínas. La inclusión de alimentos derivados de animales en la dieta, tales como leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina B12.

- **PERDIDAS SANGUINEAS**

La pérdida de sangre durante el parto o el puerperio también puede ser una causa de la anemia. La pérdida de sangre promedio en un parto vaginal es de aproximadamente 500 mililitros y, en un parto por cesárea, de 1.000 mililitros. Las reservas adecuadas de hierro pueden ayudar a una mujer a reponer la cantidad de glóbulos rojos perdidos.

- **DEFICIT DE ACIDO FOLICO**

El folato, también llamado ácido fólico, es una vitamina B que trabaja con el hierro en la formación de los glóbulos. La deficiencia del folato durante el embarazo generalmente está asociada a la deficiencia de hierro dado que tanto el ácido fólico como el hierro se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Se ha comprobado que el ácido fólico

ayuda a reducir el riesgo de dar a luz a un bebé con ciertos defectos congénitos cerebrales y de la médula espinal si se ingiere antes de la concepción y durante los primeros meses de concepción.

CUADRO CLÍNICO

Es posible que las mujeres con anemia durante el embarazo no manifiesten síntomas claros. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la anemia.

Los síntomas pueden incluir:

- Palidez en piel, mucosas, uñas, palma de las manos y/o conjuntivas.
- Vértigo o mareo.
- Disnea.
- Taquicardia, etc.

DIAGNOSTICO DE LA ANEMIA

La anemia generalmente se descubre durante la atención prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocrito. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia incluyen el interrogatorio antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos, examen físico completo en busca de palidez, control de TA, y el análisis de sangre por laboratorio.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Las hemorragias del tercer trimestre, el desprendimiento de placenta normalmente inserta y, sobre todo, la placenta previa, son una causa importante de anemia grave durante el puerperio. La anemia durante el embarazo, más que un factor de riesgo, es un factor predisponente.

Otros factores de riesgo son la gestación múltiple, la multiparidad y el bajo nivel económico. Pero la causa principal de anemia en el puerperio son las pérdidas excesivas durante el parto, fundamentalmente cuando este se

produce por vía abdominal. Este riesgo debe tenerse en cuenta al considerar las cesáreas electivas.

ANEMIA EN LA GESTACION COMO CAUSA DE ANEMIA POSTPARTO

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un descenso en la concentración de hemoglobina en sangre como parte de los cambios fisiológicos del embarazo.

Durante el puerperio, si no se produce un sangrado excesivo en el parto, la concentración de hemoglobina no desciende de forma apreciable con respecto a los valores que presentaba la mujer en el tercer trimestre. Al finalizar la gestación, la hemoglobina fluctúa en torno a los valores preparto durante unos pocos días y luego se eleva hasta alcanzar los niveles anteriores al embarazo, de tal forma que la velocidad y la magnitud del incremento al comienzo del puerperio son el resultado de la cantidad de hemoglobina que se ganó durante el embarazo y de la cantidad perdida por el sangrado en el parto, modificadas por la importante disminución del volumen plasmático que tiene lugar en el puerperio.

TRATAMIENTO DE ANEMIA EN GESTANTES Y PUERPERAS

Suplementación preventiva de anemia con hierro y ácido fólico, según La Reunión Técnica Nacional: “Plan Nacional para la reducción de la anemia” – Ministerio De Salud, 2016.

- Gestantes

Micronutrientes	Cantidad	Producto a utilizar	Tiempo
500 ug. de Ácido fólico	1 tableta diaria	Ácido fólico	Durante las primeras 13 semanas de gestación.
60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/ Ácido fólico ó Hierro polimaltosado/ Ácido fólico	A partir de la semana 14 de gestación.
120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido fólico	2 tabletas diarias	Sulfato ferroso/ Ácido fólico ó Hierro polimaltosado/ Ácido fólico	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32.

- Púerperas.

Micronutrientes	Cantidad	Producto a utilizar	Tiempo
60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/ Ácido fólico ó Hierro polimaltosado/ Ácido fólico	Hasta los 30 días después del parto.

NIVELES DE HEMOGLOBINA Y SU VARIACION DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO

- **GESTACION:** durante el periodo del embarazo. Se considera anemia cuando la Hb es < 11 g % en el primer y tercer trimestre y < 10.5 g. % en el segundo trimestre. Durante el embarazo, el volumen plasmático se expande un 40 a 50%, al igual que la masa celular y los factores pro coagulantes, lo cual protege de algún modo a la madre de las consecuencias de la hemorragia esperada durante la atención de un parto normal. La anemia es el trastorno más común durante la gestación y está asociada a parto pre termino, niños con bajo peso al nacer, baja ganancia de peso materno y un incremento en la mortalidad perinatal y materna. Desde el punto de vista fisiológico, mientras el volumen plasmático y la masa eritrocitaria aumentan en 150% y 125%, respectivamente, existe una disminución inicial de la eritropoyetina y la ferritina entre las semanas 12 a 25 de la gestación. se observa la caída franca de la Hb en la semana 8, alcanza su mínimo nivel en la semana 20 y luego se empieza a recuperar hacia la semana 32.
- **PARTO:** La anemia detectada durante la gestación es la causa del 80% de las anemias puerperales. El parto supone una situación de alto riesgo para una mujer con anemia y una causa de la misma, aún en la que no la padece. La anemia tras el parto es una situación frecuente y probablemente mal atendida en muchos casos. Es importante minimizar la pérdida de sangre durante el parto. El manejo activo del alumbramiento reduce la pérdida de sangre que se produce durante el tercer periodo del parto. La alta incidencia de anemia entre las mujeres de los países en vías de desarrollo contribuye a la mortalidad, ya que una mujer anémica no puede tolerar una pérdida de sangre de la misma manera que una mujer saludable podría hacerlo. Otro factor importante es que una proporción significativa de partos en los países en desarrollo ocurre en el domicilio debido a preferencias culturales, motivos económicos, servicios de salud de baja calidad, o servicios con difícil acceso.

- **PUERPERIO:** La concentración de hemoglobina y hematocrito aumenta levemente los primeros días del parto, luego disminuye hacia los días 4 ó 5, y hacia el día 9 alcanza los valores del final del embarazo. En la primera semana posparto el volumen sanguíneo retorna a su nivel pregestacional, mientras que el gasto cardiaco permanece elevado durante las primeras 48 horas, luego disminuye lentamente, y hacia las dos semanas regresa a su estado pregestacional. En el puerperio inmediato el hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este período. La hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático.

PARTO

El parto es la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción de 20 semanas o más, incluyendo la placenta; el feto pesa 500 gramos o más. El trabajo de parto consiste en contracciones uterinas involuntarias y coordinadas de intensidad creciente que resultan en la incorporación y dilatación del cérvix uterino y descenso de la presentación, contribuyen al pujo, y concluyen con la expulsión del feto y los anexos.

PARTO EUTOCICO

Se denomina así cuando el parto es normal de inicio espontáneo, con feto único en presentación cefálica de vértice, gestación a término, feto vivo con placenta y anexos completos. El trabajo de parto se caracteriza por las contracciones uterinas que son regulares, incrementan gradualmente su intensidad y duración y producen incorporación y dilatación cervical progresivas. De acuerdo a Friedman, se divide el curso del trabajo de parto en período de dilatación, (fase latente y activa), el período expulsivo y el período de alumbramiento.

ATENCIÓN DEL PARTO

- Período de dilatación: al ingreso de la gestante, se hará una nota de admisión que resuma la historia del presente embarazo y los antecedentes familiares y personales – generales y obstétricos – de importancia. Se actualizará la información del Carné Perinatal o Historia Clínica Perinatal Base y se abrirá la ficha gráfica del Partograma.

Determinar con precisión a qué hora la paciente notó el inicio de las contracciones uterinas, su regularidad, su intensidad y acortamiento en intervalo, de manera de establecer el tiempo aproximado de trabajo de parto, también se interrogará sobre actividad fetal.

El examen clínico establecerá las condiciones maternas y fetales actuales, hacer el diagnóstico y evolución del trabajo de parto y diagnosticar oportunamente cualquier complicación.

Observar si hay pérdida de sangre o líquido amniótico, indicando cantidad y características.

Examinar la dilatación, incorporación, centralización del cérvix, altura de presentación y situación fetal.

Anotar la impresión diagnóstica e indicar los análisis pertinentes: grupo sanguíneo y factor Rh, hematocrito o hemoglobina y orina actualizados.

Se realizara el monitoreo clínico materno fetal que incluye control de signos vitales maternos y los latidos cardiacos fetales, se vigilará el progreso de las contracciones uterinas, modificación del cuello uterino y altura de presentación. Los exámenes vaginales serán efectuados con la frecuencia necesaria, evitar el abuso de dichos exámenes.

- Período expulsivo: se atiende cuando la dilatación este completa (10cm) y se agrega la sensación de pujos espontaneos.
Promedio de duración de este período en la primigesta es una hora y en la multigesta media hora, este período no debe sobrepasar las dos horas.

- Período de alumbramiento: se atiende este periodo según protocolos ya sea alumbramiento espontaneo o alumbramiento activo, período que dura promedio de 5 a 20 minutos.

PARTO DISTÓCICO – CESAREA

Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Según el momento de su indicación diferenciamos:

- Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones.

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente.

CLASIFICACIÓN

- 1) **COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:** Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer:

- Hipotensión.
- Cefalea postpunción dural.
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson,...).

2) **COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:** El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre 1 y 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

- Desgarro de la histerotomía: se podría evitar con una buena técnica quirúrgica.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones en el tracto urinario: la lesión vesical (0.3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía.
- Lesión del intestino: son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon, pudiendo requerir una resección o colostomía asistida por el cirujano general.
- Lesiones nerviosas: las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

3) **COMPLICACIONES INFECCIOSAS:** son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea.

- Endometritis: complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%.
- Infección del tracto urinario: relacionada con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.

- Infección de la herida quirúrgica: Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Tromboflebitis séptica pélvica: es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%).
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante,...).

4) HEMORRAGIA POSTCESAREA

Se define así cuando el sangrado supera los 1000 ml y puede tener como causa la atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de restos placentarios, y alteraciones de la coagulación intraoperatorias. Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.

- 5) COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS: La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Actualmente con la profilaxis tromboembólica en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prever.

HEMORRAGIA POSTPARTO Y ANEMIA

Hemorragia Posparto se define como una pérdida de sangre mayor a 500 ml durante un parto via vaginal y 1000 ml en caso de cesarea. La hemorragia postparto es la principal causa de mortalidad materna.

Las hemorragias más graves se presentan en las primeras 24 horas, pero pueden ocurrir semanas después del parto. Hemorragia posparto inmediata: se llama así la que tiene lugar en las primeras 24 horas del

puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante.

La hemorragia postparto, es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir durante el puerperio.

A pesar de todas las medidas tomadas al respecto, la hemorragia postparto sigue siendo una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

El diagnóstico de manera objetiva se realiza con la disminución del hematocrito en 10% o más en comparación con el valor inicial. Su diagnóstico se debe realizar de una manera oportuna para darle un manejo adecuado. De igual manera, podemos afirmar que la HPP se da en el contexto de pacientes con sangrado excesivo que reflejan síntomas (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

La Organización Mundial de la Salud estima que mueren en el mundo 515,000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio de las cuales el 99% proceden de países en vías de desarrollo.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa más importante de mortalidad materna.

Por su tiempo de aparición distinguimos:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

Una buena forma de recordar las causas de hemorragia postparto es la nemotecnia de las "4T":

I. Tono:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto precipitado o prolongado, alta paridad).

- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
 - Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).
- II. Tejido:
- Retención de restos placentarios.
 - Retención de coágulos (útero atónico).
- III. Trauma:
- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
 - Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
 - Rotura uterina (cirugía previa).
 - Inversión uterina (gran paridad, inserción anormal de placenta).
- IV. Trombina:
- Previa a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,...
 - Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
 - Anticoagulación terapéutica.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Alumbramiento dirigido:** es una medida efectiva para prevenir la hemorragia posparto, consiste en 3 componentes: administración de un agente uterotónico en el transcurso del minuto después de la salida del neonato, contra tracción controlada del cordón umbilical y masaje del fondo uterino después de la liberación de la placenta.²¹

- **Anemia posparto inmediato:** es el descenso de la hemoglobina < 11 g/dl, dentro de las primeras 12 horas del puerperio.¹⁹
- **Edad:** tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- **Episiotomía:** es la incisión que se practica en el periné, partiendo de la comisura posterior de la vulva para facilitar la expulsión del feto.¹⁵
- **Gran multípara:** mujer que ha tenido más de cinco partos vaginales.
- **Hematocrito posparto:** es un examen de sangre después del parto, que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño, su valor normal es entre 33 y 44%.²⁰
- **Multípara:** mujer que ha tenido más de dos partos vaginales.
- **Primípara:** termino para designar a la mujer que tuvo su primer parto vaginal.
- **Puerperio:** Etapa fisiológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.¹⁸
- **Trabajo de parto:** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto en la mujer. Está compuesto por 3 periodos: Periodo de dilatación, expulsión y alumbramiento.¹⁵
- **Zona periurbana:** concepto empleado para nombrar a los espacios que se sitúan en los alrededores de una ciudad.
- **Zona rural:** relacionado a la vida y actividad que se desarrolla en el campo.
- **Zona urbana:** hace referencia a aquello perteneciente o relativo a la ciudad.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para comprobar las hipótesis se considera lo siguiente:

Ha = Existe relación directa entre la anemia en puérperas con el tipo de parto en el Hospital Santa María del Socorro – 2016

Ho= No existe relación directa entre la anemia en puérperas con el tipo de parto en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.

Entonces, para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados arribados en el procesamiento de datos, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado con la siguiente formula: $X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$ considerando los grado de libertad que resultan de las filas por columnas:

$$(F-1) (C-1) = (2-1) (2-1) = 1.$$

Teniendo el grado de libertad de 1 a 95% de confianza siendo el chi cuadrado de la tabla 3.841

De acuerdo al valor crítico se determinó la región de aceptación (R.A) y la región de rechazo (RR).

APLICACIÓN DE CHI-CUADRADO EN FUNCIÓN A LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS

Dónde: X^2 : Chi- cuadrado

F_o : Frecuencia observada

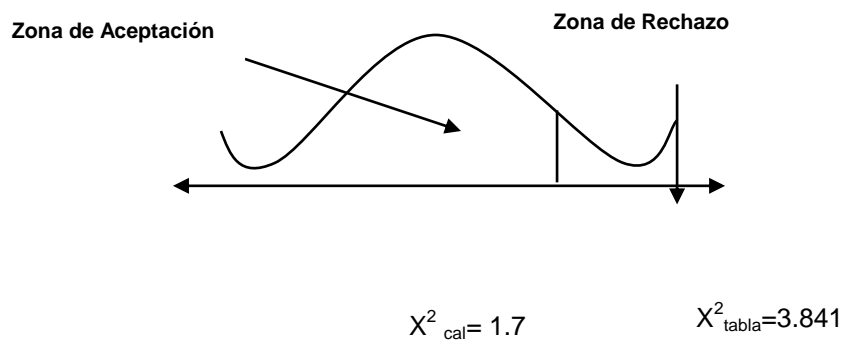
F_e : Frecuencia esperada

Anemia según Tipo de Parto

ANEMIA	TIPO DE PARTO		
	EUTOCICO	CESAREA	
	N°	N°	
SI	43	32	75
NO	1291	704	1995
TOTAL	1334	736	2070

X^2 de la tabla = 3.841

X^2 calculado = 1.7



Como X^2 calculado es menor que el obtenido en la tabla con $\alpha: 0.05$ se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, concluyéndose que:

No existe relación directa entre la anemia en púerperas con el tipo de parto, Hospital Santa María del Socorro – 2016.

**“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico
Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”**

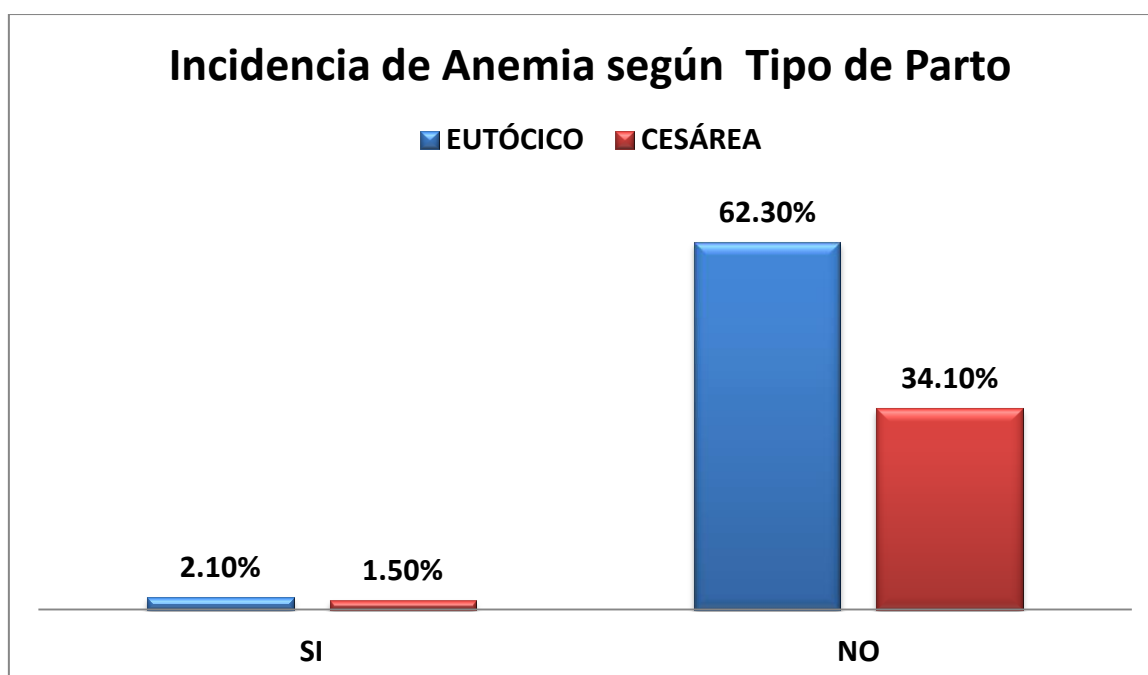
TABLA N° 01

Incidencia de Anemia según Tipo de Parto

ANEMIA	TIPO DE PARTO				TOTAL	
	EUTÓCICO		CESÁREA		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	43	2.1	32	1.5	75	3.6
NO	1291	62.3	704	34.1	1995	96.4
TOTAL	1334	64.4	736	35.6	2070	100%

Fuente ficha de recolección de datos.

El 64.4% del total de partos en el año 2016 fue por vía vaginal de los cuales la incidencia de anemia fue del 2.1% y el 35.6% por cesárea presentando anemia en el puerperio en un 1.5%; en conclusión la incidencia total de anemia en puérperas fue del 3.6%.



“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

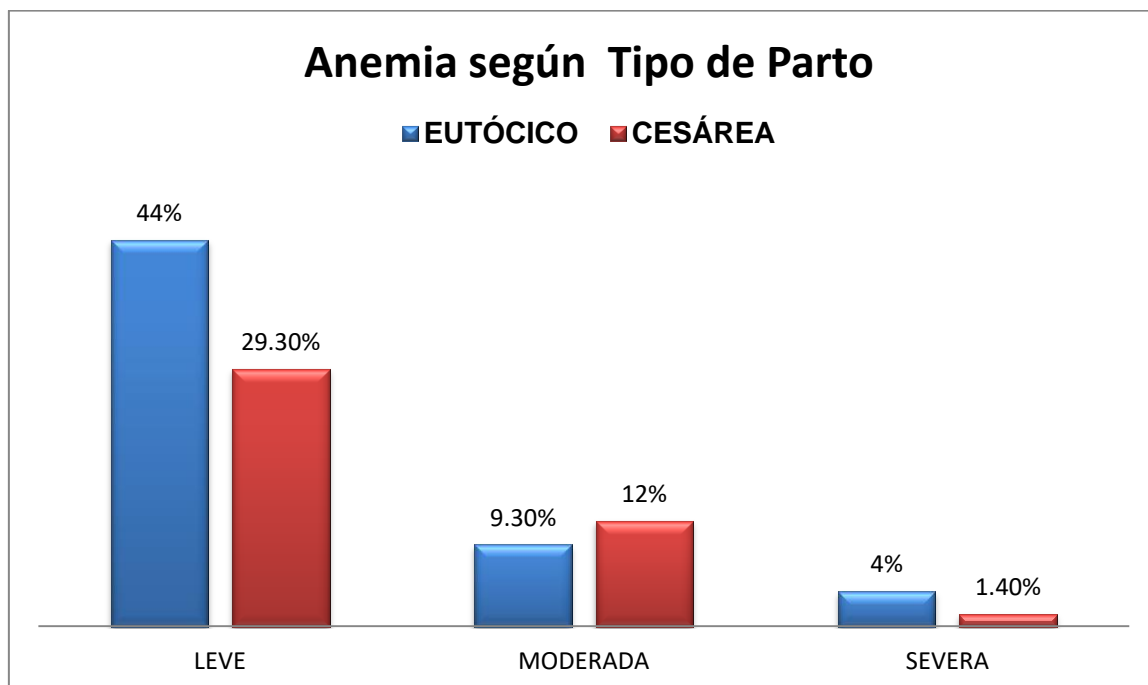
TABLA N° 02

Anemia según Tipo de Parto

TIPO DE ANEMIA	TIPO DE PARTO				TOTAL	
	EUTÓCICO		CESÁREA			
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	33	44	22	29.3	55	73.3
Moderada	7	9.3	9	12	16	21.3
Severa	3	4	1	1.4	4	5.4
TOTAL	43	57.3%	32	42.7%	75	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El 57.3% de pacientes con anemia corresponde a parto vaginal de ellos, el 44% presentaron anemia leve, 9.3% moderada y sólo el 4% de severa; el 42.7% de parto por cesárea, el 29.3% corresponde a anemia leve seguido del 12% de anemia moderada, 1.4% de severa.



“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

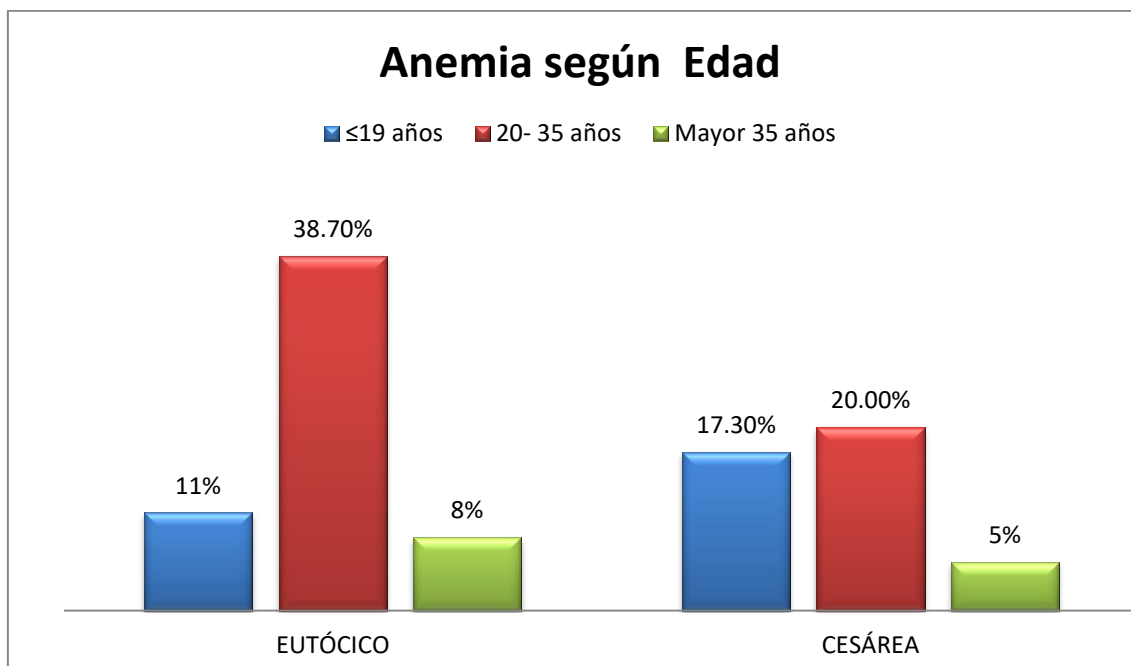
TABLA N° 03

Tipo de parto según Edad

TIPO DE PARTO	EDAD						TOTAL	
	≤19 años		20- 35 años		Mayor 35 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
EUTOCICO	8	10.7	29	38.7	6	8	43	57.3
CESÁREA	13	17.3	15	20	4	5.3	32	42.7%
TOTAL	21	28%	44	58.7%	10	13.3%	75	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

El 58.7% de puérperas corresponde a edades entre 20 a 35 años de las cuales el 38.7% tuvieron un parto vaginal y el 20% por cesárea; el 28% tuvieron una edad igual o menor de 19 años, habiendo tenido el 17.3% parto por cesárea y el 10.7% vaginal; el 13.3% fueron mayores de 35 años de las cuales el 8% tuvo un parto vaginal y sólo el 5.3% por cesárea.



“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

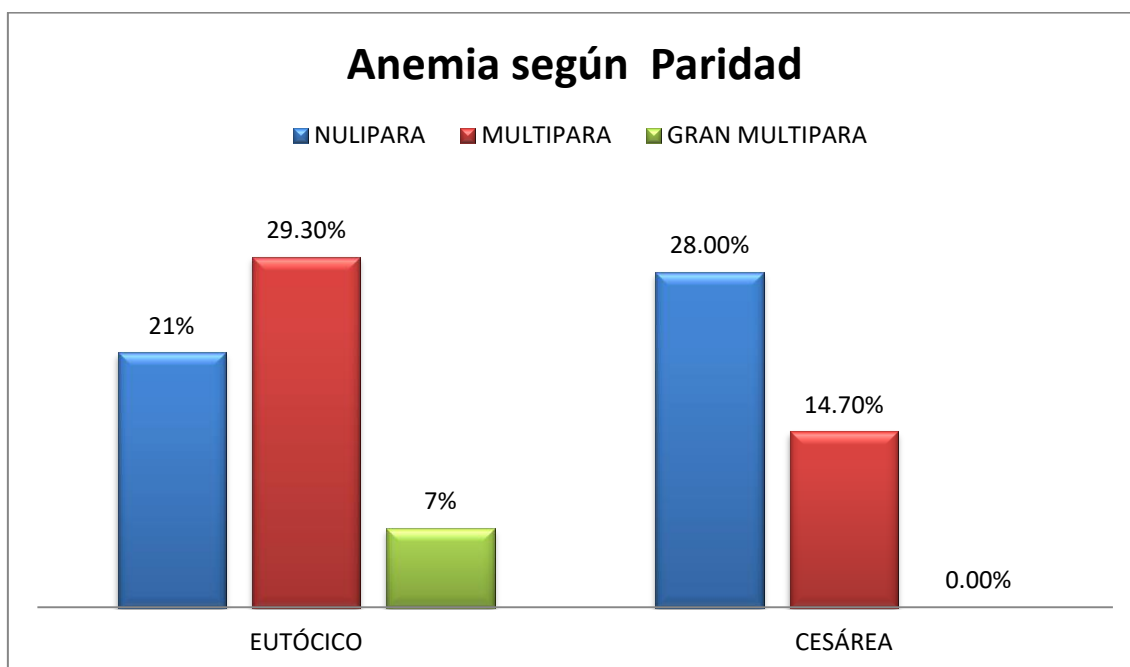
TABLA N° 04

Tipo de Parto según Paridad

TIPO DE PARTO	PARIDAD						TOTAL	
	PRIMIPARA		MULTIPARA		GRAN MULTIPARA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EUTÓCICO	16	21.3	22	29.3	5	6.6	43	57.3
CESÁREA	21	28	11	14.7	0	0	32	42.7%
TOTAL	37	49.3%	33	44%	5	6.6%	75	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Se observa que el 49.3% fueron primíparas de las cuales el 28% proceden de parto por cesárea y el 21.3% vaginal; el 44% fueron múltiparas habiendo tenido un 29.3% parto por vía vaginal y el 14.7% por cesárea; las gran múltiparas fueron el 6.6% y el total de ellas tuvo un parto vaginal.



“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

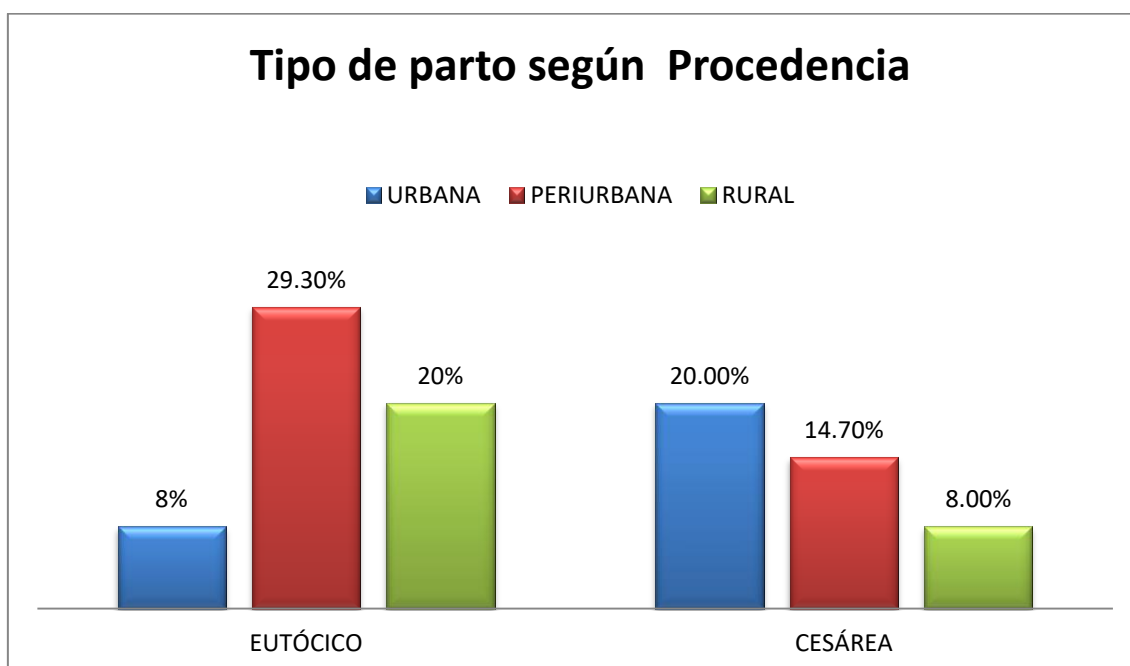
TABLA N° 05

Tipo de parto según Procedencia

TIPO DE PARTO	PROCEDENCIA						TOTAL	
	URBANA		PERIURBANA		RURAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
EUTÓCICO	6	8	22	29.3	15	20	43	57.3
CESÁREA	15	20	11	14.7	6	8	32	42.7%
TOTAL	21	28%	33	44%	21	28%	75	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Se observa que el 44% de las pacientes procedían de la zona periurbana donde el 29.3% tuvieron un parto por vía vaginal y el 14.7% por cesárea; el 28% procedían de la zona urbana y rural respectivamente; en la zona urbana el 20% tuvo el parto por cesárea y el 8% por vía vaginal, contrariamente a la zona rural que el 20% tuvo parto vaginal y el 8% por cesárea.



DISCUSIÓN

En este estudio se llegó a la conclusión de que la incidencia de anemia post parto fue del 3.6%, el 1.5% procedentes de cesárea y 2.1% procedentes de parto vaginal, este resultado no concuerda con el estudio de Tite en Ecuador quien encontró un porcentaje mucho mayor por lo que rechazamos este estudio.

La anemia según el tipo de parto fue el 57.3% de parto vaginal y 42,7% a parto por cesárea no concordando con el estudio de Castilla en España donde encontraron que las cesáreas y los partos instrumentados tienen niveles menores de hemoglobina y el estudio de Usandizaga en España no concuerda con nuestro estudio probablemente porque en las cesáreas que se realiza en el Hospital Santa María del Socorro el sangrado es menor debido a la utilización del electro bisturí por lo que se rechazan estas investigaciones.

La edad de las pacientes con anemia post parto fue del 58.7% entre 20 a 35 años, estando de acuerdo con el estudio de Orejon en Lima donde encontró que la edad promedio fue de 22 años.

La paridad de las puérperas con anemia fue de primíparas en un 49.3%, las primíparas probablemente por la realización de la episiotomía como encontró Iglesias en España en que concluye que se produce el descenso de hemoglobina en pacientes a quienes se les realiza episiotomía es decir en las primíparas; similar resultado obtuvo Tite en Ecuador y Orejón en Lima por lo que aceptamos esos estudios.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la anemia en puérperas del Hospital Santa María del Socorro procedentes de parto eutócico es de 2.1% y de cesárea es 1.5%.
2. El tipo de anemia que se presenta en puérperas de parto eutócico es la anemia leve al igual que en puérperas procedentes de cesárea.
3. Las edades donde se presentó anemia en puérperas son las que oscilan entre los 20 a 35 años de las cuales tuvieron un parto eutócico en la mayoría.
4. En el Hospital Santa María del Socorro las primíparas con anemia proceden de un parto por cesárea.
5. Las puérperas con anemia proceden de la zona periurbana habiendo tenido un parto por vía vaginal.

RECOMENDACIONES

1. El personal del Hospital Santa María del Socorro involucrado en la atención materna deberá evaluar e identificar precozmente los factores de riesgo durante la atención prenatal para evitar la anemia durante el embarazo, parto y post parto.
2. El personal involucrado en la atención materna deberá prescribir Sulfato Ferroso a toda gestante ya sea como acción preventiva o por tratamiento, así mismo, se debe implementar estrategias para asegurar el consumo del complemento prescrito en la atención prenatal.
3. En el servicio de puerperio se deberá protocolizar las consejerías sobre nutrición incidiendo en los alimentos ricos en hierro al igual que la administración de anti anémicos en pacientes entre 20 a 35 años como prioridad.
4. El personal involucrado en la atención de cesáreas deberá revisar los procedimientos a fin de evitar la presencia de anemia en primíparas.
5. Realizar actividades preventivo promocionales en las zonas periurbanas de la población para mejorar el estado nutricional.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C, Obstetricia. 6º Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005
2. Diez Q, Guerrero V. Conocimientos, actitudes y prácticas en puérperas sobre el régimen dietario con hierro y su relación con la anemia en la gestación, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2011.
3. Canalejo K, Tentoni J, Aixalá M, Jelen A. Valores de referencia del hemograma en embarazadas, con tecnología actual Bioquímica y Patología Clínica. Asociación Bioquímica Argentina, 2013 -- Instituto Nacional Materno Perinatal, Boletín estadístico 2014.
4. Sánchez S. Complicaciones del puerperio inmediato. Revista española de Obstetricia y Ginecología. 2010
5. Tite M. Factores asociados a anemia posparto en pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo, durante el periodo enero – junio 2012” [Tesis]. Ambato Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
6. Castilla y asociados: ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto?, 2014, Jaén – España.
7. Usandizaga, J: Factores de riesgo para la hemorragia posparto, Hospital Son Espases de Palma de Mallorca – España, durante el periodo de enero de 2005 y mayo de 2011.
8. Maswime S, Buchmann EJ: Por qué las mujeres sangran y cómo se salvan en 13 hospitales públicos urbanos de Sudáfrica, de julio a diciembre de 2014.
9. Dudeja P¹, Tewari R², Singh A³, Roy SD⁴. Baja prevalencia de anemia entre las esposas del personal de servicio en una estación militar- 2012.

10. Orejon, F.: Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015.

11. Riascos, X.: Anemia post parto vs post cesárea en el departamento de gineco obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto – octubre 2015
12. Córdova, K.: “Factores Socio culturales y Anemia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Nazca, Abril – Setiembre, año 2011
13. Gamarra, B.: Niveles de Hemoglobina post parto en relación a la paridad en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Julio-Setiembre 2010.
14. Delgado L. La anemia y sus pruebas de Laboratorio disponible en: Pomeranz AJ, Busey SL, Sabnis S, Behrman RE, Kliegman RM. Anemia. En: Nelson Estrategias Diagnósticas en Pediatría. McGraw-Hill Interamericana. New York 2011
15. Gonzales. Merlo. Ginecología y Obstetricia. 8º ed. Barcelona: Masson; 2013. .
16. Iglesias S, González S, Montenegro M, González M, Conde M. Factores perinatales que influyen en el descenso de hemoglobina materna tras el parto y en el pH neonatal. Matronas Prof. 2011.
17. Cunningham, G.: Obstetricia de WILLIAMS -.Buenos Aires- 2009 McGraw-Hill Interamericana. -
<http://www.ginecoquayas.com/articulos/medicos/la-anemia-en-el-embarazo.pdf>
18. Anemia : Consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas Patrick Wagner Grau Cuarta edición actualizada por el Anemia Working Latinoamérica 2011
19. Pérez A., Donoso E.: *Obstetricia* (4ta Edición). Santiago de Chile - Buenos Aires: Editorial Mediterráneo Ltda.- 2011.

20. Bezares B, Sanz O, Jiménez I, Patología puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009.
21. Castilla M, Donado C, Hijona J, Carballo A, Torres J. ¿Diagnosticamos adecuadamente la anemia en el posparto? Rev. Toko – Gin Pract. 2013.
22. Canalejo K, Tentoni J, Aixalá M, Jelen A. Valores de referencia del hemograma en embarazadas, con tecnología actual Bioquímica y Patología Clínica. Asociación Bioquímica Argentina, 2013.
23. Avalos E. Elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
24. Reunión Técnica Nacional “PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCION DE ANEMIA” – MINISTERIO DE SALUD, 2016.
25. Castro E. Correlación del nivel de hemoglobina pre y postparto y factores asociados al cuadro clínico de anemia en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2013.
26. Manrique G. Complicaciones de la cesárea – Clases de Residentes 2009 – Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada.

2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

Problema	Objetivo General:	Hipótesis:	Variables	Indicadores:	Instrumento	Fuentes de Información
<p>PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la incidencia de anemia en relación al parto distócico y eutócico en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Qué tipo de anemia se presentan en puérperas de parto eutócico Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p> <p>¿Qué tipo de anemia se presentan en puérperas de parto distócico Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p> <p>¿Qué relación existe entre las puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico con la edad, paridad y procedencia en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p>	<p>OBJETIVOS Determinar la incidencia de anemia en relación al parto distócico y eutócico en el hospital Santa María del Socorro - 2016</p> <p>ESPECÍFICOS-Conocer el grado de anemia en puérperas de parto eutócico Hospital Santa María del Socorro – 2016.</p> <p>-Conocer el grado de anemia en puérperas de parto distócico Hospital Santa María del Socorro - 2016</p> <p>-Identificar la relación que existe entre las puérperas con anemia procedentes de parto eutócico y distócico con la edad, paridad, y procedencia en el Hospital Santa María del Socorro - 2016</p>	<p>Principal:</p> <p>Existe relación directa entre la anemia en puérperas con el tipo de parto en el Hospital Santa María del Socorro – 2016</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Anemia en puérperas</p> <p>Variables Independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parto eutócico. Parto distócico. 	<p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Historia clínica</p>

3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Estudio comparativo de Anemia en Puérperas de Parto Distócico y Eutócico – Hospital Santa María del Socorro, Ica 2016”

N° FICHA: _____

HC: _____

Edad: \geq 19 años _____ 20 a 35 años _____ \geq 35 años _____

Paridad: Primípara _____ Multípara _____ Gran multípara _____

Procedencia: zona urbana _____ periurbana _____ rural _____

Parto:

Vaginal: _____

Cesárea _____

Anemia: Si _____ No _____

Leve _____ Moderada _____ Severa _____