

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**"FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO
INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ- AREQUIPA ENERO A MARZO 2017"**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**TAMARA BRIGGIT ORE ZEGARRA
MANUELA PAREDES DEL CARPIO**

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

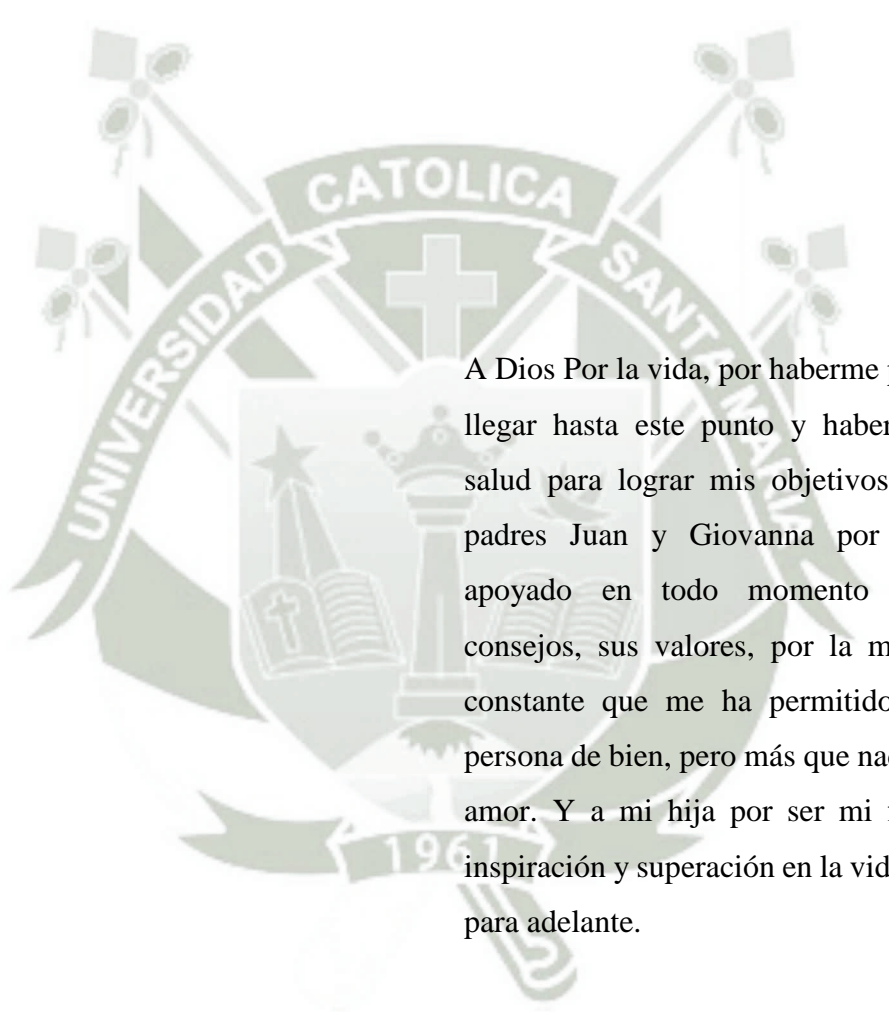
Asesora:

Dra. Jannet Escobedo Vargas

AREQUIPA-PERÚ

2017

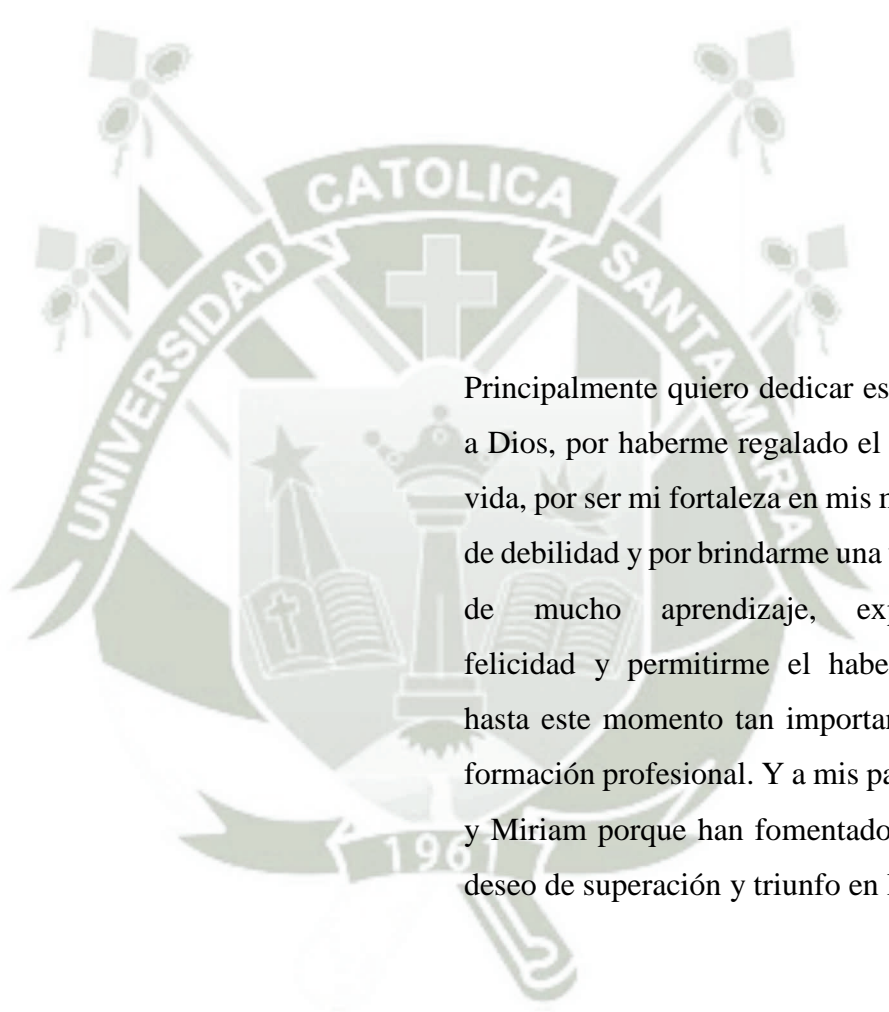
DEDICATORIA



A Dios Por la vida, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos y a mis padres Juan y Giovanna por haberme apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Y a mi hija por ser mi fuente de inspiración y superación en la vida a seguir para adelante.

MANUELA

DEDICATORIA



Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Y a mis padres José y Miriam porque han fomentado en mí el deseo de superación y triunfo en la vida.

TAMARA

INDICE

DEDICATORIA	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I.....	4
I. PLANTEAMIENTO TEORICO:.....	5
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	5
1.1 ENUNCIADO:.....	5
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:.....	8
2. OBJETIVOS:.....	9
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1. MARCO CONCEPTUAL	10
3.1.1. FACTORES OBSTÉTRICOS	10
3.1.2. ANEMIA POSPARTO INMEDIATO	28
ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	34
4. HIPOTESIS:.....	39
CAPITULO II	40
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:.....	41
1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:	41
1.1 TÉCNICA:	41
1.2 INSTRUMENTO:.....	41
1.3 MATERIALES DE VERIFICACIÓN:.....	42

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:	42
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:	42
2.1.1. PRECISIÓN DEL LUGAR:	42
2.1.2. CARACTERIZACIÓN DEL LUGAR:	42
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	43
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:.....	44
CAPITULO III	45
RESULTADO	45
CAPITULO IV	65
IV. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	66
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
HEMEROGRAFÍA	71
INFOGRAFÍA	71
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. FACTORES OBSTÉTRICOS Y ANEMIA POSPARTO INMEDIATO.....	74
ANEXO 2: DELIMITACION DEL LUGAR.....	76
ANEXO N° 03: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	77

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo asociar los factores obstétricos y la anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017

Material y métodos: Fue un estudio relacional, descriptivo, de campo y corte transversal, con una muestra de 106 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. La técnica que se utilizó fue análisis de contenido y el instrumento fue la Ficha de recolección de datos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 23.0 y Prueba de Chi cuadrado.

Resultados: En las características socio demográficas de las pacientes se observó, que las edades predominantes estuvieron entre 16-24 años, el 77.4% son convivientes, el 65.1% de las mujeres tienen instrucción secundaria, el 78.3% son amas de casa y el 67.0% de ellas son de Arequipa. En cuanto a los factores obstétricos anteparto el 87.7% de los recién nacidos no presentaron macrosomía fetal, el 90.6% recibieron suplementos de hierro, el 92.5% de ellas tienen entre 2-3 hijos, el 73.6% tienen de 6 a más controles, el 72.6% de las mujeres si recibieron orientación y consejería nutricional; respecto a los factores intraparto el 86.8% de las mujeres perdieron entre 100-200cc de sangre, el 14.2% tuvieron un trabajo de parto prolongado, el 8.5% de ellas presentaron parto expulsivo precipitado, el 98.1% tuvo alumbramiento completo, por otra parte el 68.8% desgarro de partes blandas prevaleciendo el primer grado, el 91.5% de los recién nacidos pesaron más de 3 kilos; el 97.2% de las mujeres presentaron anemia postparto leve, mientras que el 2.8% presentaron anemia moderada y ninguna anemia severa.

Conclusiones: Se encontró relación estadística significativa entre el factor intraparto: pérdida sanguínea con anemia leve post-parto con un chi cuadrado de ($X^2=34.85$) y desgarros de partes blandas con anemia leve post- parto con un chi cuadrado de ($X^2=16.20$).

Palabras claves: Factores obstétricos, anemia postparto

ABSTRACT

The present research aims to associate obstetric factors and immediate postpartum anemia in women attended at the Maritza Campos Diaz Center, Arequipa from January to March, 2017

Material and methods: It was a relational, descriptive, field and cross-sectional study, with a sample of 106 patients that fulfilled the inclusion and exclusion criteria. The technique that was used was content analysis and the instrument was the data collection sheet. Statistical analysis was performed using the SPSS 23.0 program and Chi square test.

Results: In the socio-demographic characteristics of the patients, it was observed that the predominant ages were between 16-24 years, 77.4% are cohabiting, 65.1% of the women have secondary education, 78.3% are housewives and 67.0% They are from Arequipa. As for antepartum obstetric factors, 87.7% of the newborns did not present fetal macrosomia, 90.6% received iron supplements, 92.5% of them had between 2-3 children, 73.6% had 6 to more controls, the 72.6% of women received nutritional counseling and counseling; Regarding intrapartum factors, 86.8% of the women lost between 100-200cc of blood, 14.2% had prolonged labor, 8.5% of them had precipitated expulsive delivery, 98.1% had complete delivery, on the other hand 68.8% soft tissue tear prevailing in the first grade, 91.5% of newborns weighed more than 3 kilos; 97.2% of the women had mild postpartum anemia, while 2.8% had moderate anemia and no severe anemia.

Conclusions: A significant statistical relationship was found between the intrapartum factors: blood loss with mild postpartum anemia with a chi square of ($X^2 = 34.85$) and soft tissue tears with mild postpartum anemia with a chi square of ($X^2 = 16.20$).

Key words: Obstetric factors, postpartum anemia

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en los países en desarrollo en el 2015 fue de 230 por 100 000 n.v., mientras que en los países desarrollados durante el mismo año fue tan sólo de 16 por 100 000 n.v; existiendo grandes disparidades entre los países desarrollados y subdesarrollados. Todo esto evidencia que el mayor riesgo de muerte materna está donde prima la pobreza y desigualdad. (1)

La anemia postparto, o del puerperio, es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana, Pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas.

La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en el mundo (17-40%) principalmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados.

La anemia por déficit de hierro en el embarazo es una entidad que aparece en un 10-30% de las mujeres gestantes, y merece especial atención debido a sus potenciales consecuencias, tanto para la madre (mayor susceptibilidad para contraer infecciones, cifras menores de hemoglobina, disminución de la función inmune) como para el feto (prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, aumento de la morbimortalidad perinatal). (2)

En los países subdesarrollados la primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. La calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. (3)

Durante la formación profesional en el campo clínico se pudo apreciar que con mucha frecuencia las mujeres presentaban niveles bajos de hemoglobina después del parto y que homogéneamente presentaban riesgo o factores obstétricos razón por la cual motivo a realizar el presente estudio.



I. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

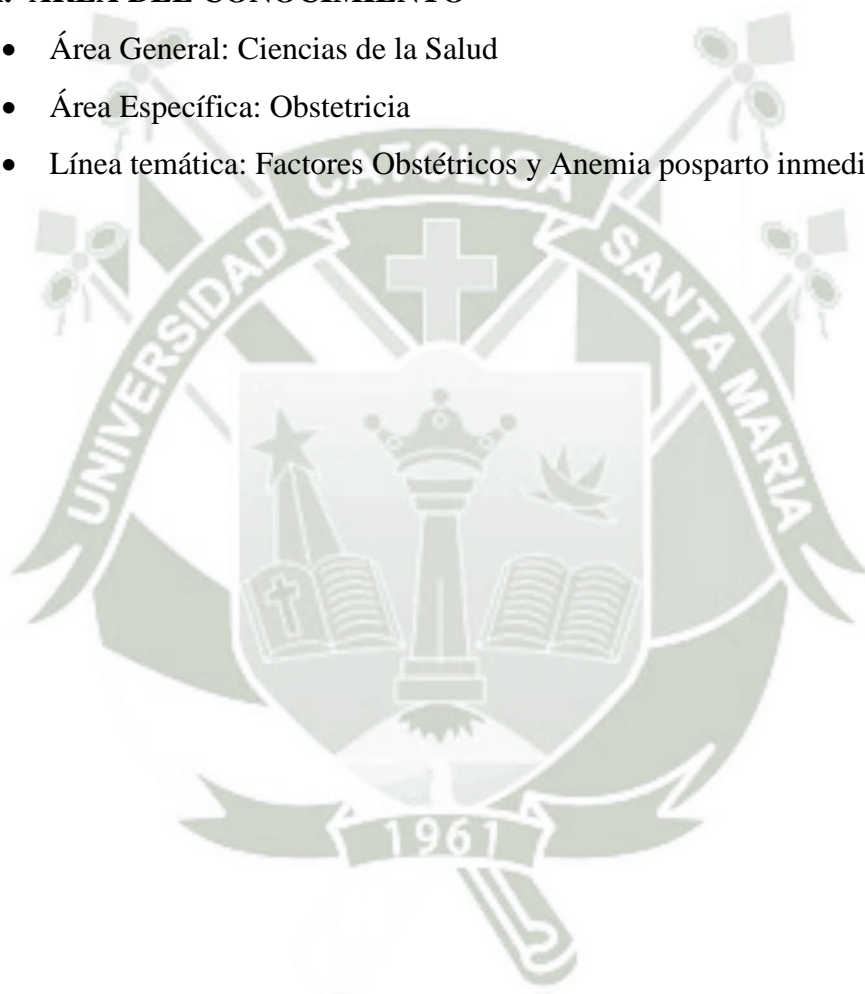
1.1 ENUNCIADO:

Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en mujeres atendidas en Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Arequipa Enero a Marzo 2017.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

A. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Obstetricia
- Línea temática: Factores Obstétricos y Anemia postparto inmediato



B. ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	VALORACION
Independiente Factores obstétricos	Anteparto	Macrosomía fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta
		Suplementación de hierro	
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Secundípara • Multípara
		Controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Orientación y consejería nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Hemoglobina antes del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta
	Intraparto	Perdida sanguínea posparto	<ul style="list-style-type: none"> • Menor 500 cc • Mayor 500 cc
		Trabajo de parto prolongado	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta
		Expulsivo precipitado	
		Episiotomía	
Alumbramiento incompleto			
Desgarro de partes blandas			
		Peso del RN	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normal • Sobrepeso
Dependiente Anemia pos parto inmediato	Nivel de hemoglobina	Valoración de Hg después del parto (2 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve • Anemia moderada • Anemia severa
Variable interviniente	Socio-económicos	Edad. Grado de instrucción. Estado civil. Ocupación Lugar de procedencia	

C. INTERROGANTES BÁSICAS:

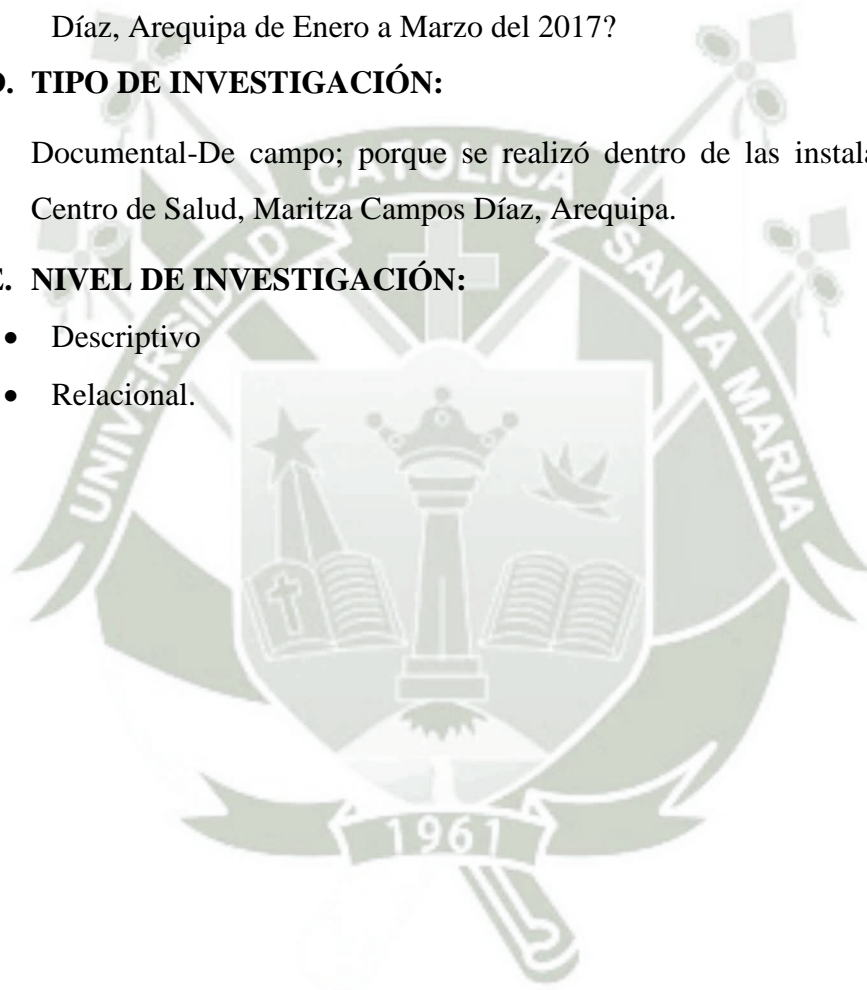
- ¿Cuáles son los factores obstétricos ante parto e intraparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017?
- ¿Cuál es la Anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y la anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017?

D. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Documental-De campo; porque se realizó dentro de las instalaciones del Centro de Salud, Maritza Campos Díaz, Arequipa.

E. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

- Descriptivo
- Relacional.



1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La prevalencia de anemia en gestantes del Perú para el año 2011 fue de 28.0%. La provincia de Sucre (Ancash) es la que tiene mayor prevalencia de anemia leve (72.3%) le sigue la provincia de Espinar (Cusco) con 64.6% y en Arequipa es de 15.9%. (4).

Interés Personal: Porque la siguiente investigación, tiene interés especial de las investigadoras para conocer la realidad del tema de estudio y así mismo de interés particular por cumplir con los requisitos de titulación.

Originalidad: No habiendo antecedentes investigativos a nivel local.

Relevancia Social: Porque la presente investigación, se identifica con las diferentes situaciones que se suscitan anteparto e intraparto.

Relevancia Contemporánea: Porque son problemas que muy frecuentemente suceden en este grupo poblacional de salud.

Relevancia Científica: La presente investigación tendrá revisión bibliográfica confiable y un buen aporte estadístico y en su ejecución se aplicarán instrumentos que permitirán identificar debilidades y proponer alternativas de solución.

Factibilidad: El presente estudio es factible ya que solo consiste en la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz; para lo cual únicamente se necesita la autorización de las autoridades respectivas.

Importancia académica y profesional: Por la conveniencia de las investigadoras y la concordancia del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica Santa María.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Identificar los factores obstétricos en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017
- 2.2. Describir la Anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017
- 2.3. Asociar los factores obstétricos y la anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. FACTORES OBSTÉTRICOS

Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto o en el puerperio. (5)

3.1.1.1.FACTORES OBSTÉTRICOS ANTE PARTO

Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. (6)

3.1.1.1.1. Macrosomía fetal

Se conoce como macrosomía fetal al exceso de tamaño del bebé en su nacimiento, lo cual ocurre cuando el niño pesa más de 4 kg al nacer.

3.1.1.1.1.1.Desarrollo intrauterino de un bebé macrosómico

En líneas generales, un bebé macrosómico se desarrolla de igual forma que un bebé promedio dentro del útero. Un bebé es macrosómico cuando:

- El peso del bebé es igual o superior a los 4 kilogramos
- Peso del bebé al nacer supera el percentil 90 según su grupo poblacional
- Estadísticamente, los bebés macrosómicos representan un poco menos del 10% de todos los embarazos.
- Él bebe macrosómico está ligado a complicaciones
- Pueden presentarse dificultades durante su nacimiento debido a su tamaño
- El parto puede alargarse demasiado tiempo, lo cual pone en riesgo la salud de la madre y el bebé
- Hay una mayor probabilidad de parto por cesárea y todos los riesgos ligados a la misma.
- Mayor probabilidad de que el médico se vea forzado a utilizar fórceps o ventosas obstétricas.
- Mayor riesgo de que el bebé padezca distocia de hombros.

3.1.1.1.2.Causas

Si bien hay ciertos factores que influyen en el peso del bebé en su nacimiento, en muchas ocasiones no se puede determinar la razón por la cual el bebé nace con macrosomía.

Las causas más comunes de macrosomía fetal son:

- **Diabetes:** Si una madre padece diabetes, las probabilidades de tener un bebé macrosómico aumentan. La diabetes se produce cuando los niveles de glucosa en la sangre están por encima de lo normal.

Independientemente si la madre sufre de diabetes tipo 1 o 2 existe la posibilidad de tener un bebé macrosómico. Esto ocurre debido a que la insulina juega un papel muy importante en el crecimiento del bebé dentro del útero por lo que, cuando se aumentan los niveles de la misma, el ritmo de crecimiento aumenta y da lugar a un bebé macrosómico.

- **Genética:** Si la madre o el padre del bebé presentaron esta condición al nacer, es más probable que el bebé también la presente. Es por esta razón que es común que en una familia haya varios bebés nacidos con esta condición.

3.1.1.1.2. Aumento de peso en el embarazo

El aumento de peso en el embarazo es algo totalmente normal y necesario para el crecimiento del bebé. No obstante, existe una diferencia entre el aumento progresivo y saludable de peso, con la ganancia de peso desproporcionada y excesiva. Cuando una mujer embarazada gana peso con demasiada rapidez hay un riesgo mayor de tener un bebé macrosómico.

- **Obesidad:** Cada año que transcurre la obesidad se hace más común en las personas, lo cual incluye a las mujeres embarazadas. Este factor está estrechamente relacionado con la macrosomía fetal, entre otras complicaciones que pueden suscitarse durante el embarazo. (7)

- **Factores maternos y paternos**
- Peso y talla elevados
- Ganancia ponderal gestacional
- Diabetes materna pre/gestacional
- Multiparidad
- Edad materna > 35 años
- Macrosomía previa
- Nutrición materna
- Tamaño uterino y placentario
- Raza
- Factores socioeconómicos
- Factores fetales
- Sexo masculino
- Edad gestacional
- Síndromes genéticos:

3.1.1.1.3. Suplementación de hierro

El Ministerio de Salud en su directiva sanitaria N° 069-MINSA-DGSP-V.01: "Directiva Sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas" por RM N° 069-2016, fija las dosis para la suplementación preventiva de anemia con hierro y Ácido fólico según el siguiente cuadro: (8)

Tabla 1

Suplementación de hierro en gestantes

ETAPA	MICRONUTRIENTES	CANTIDAD	PRODUCTO A UTILIZAR	TIEMPO
GESTACIÓN	500 µg. de Ac. Fólico	1 tableta diaria	Ac. Fólico	Durante las primeras 13 semanas de gestación
	60 mg de hierro elemental + 400 µg de Ac. Fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/Ac. Fólico o Hierro polimaltosado/Ac. Fólico	A partir de la semana 14 de gestación
	120 mg de hierro elemental + 800 µg de Ac. Fólico	2 tableta diaria	Sulfato ferroso/Ac. Fólico o Hierro polimaltosado/Ac. Fólico	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32. (9)

Fuente: Directiva Sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y púerperas – MINSA-207

Tabla 2
Suplementación Preventiva con Hierro y Acido Fólico en la mujer gestante y puérpera

INICIO ADMINISTRACION	DOSIS	PRODUCTO	DURACION
Gestantes a partir de la semana 14 de gestación	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	Tableta de sulfato ferroso	1 tableta al día hasta los 30 días post-parto
Gestantes que inician atención prenatal después de las 32 semanas	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	+ Ácido Fólico o Tableta de hierro	2 tabletas al día hasta los 30 días post – parto
Puérperas	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	polimaltosado + Ácido Fólico	1tableta al día hasta los 30 días post-parto (9)

Fuente: Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en gestantes y puérperas – MINSA-2017

Tabla 3
Principales causas de anemia

INCREMENTO DE NECESIDADES Y/ O BAJOS DEPOSITOS DE HIERRO	BAJO APORTE DE HIERO
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuros (considerados como el grupo de mayor riesgo por lo que su atención e prioritaria) y/o niños con bajo peso al nacer y/o gemelares. • Niños nacidos a término y/ o con buen peso al nacer. • Niños menores de 2 años. • Niños con infecciones frecuentes. • Gestantes (sobre todo en el 3 trimestre). • Parto: Clampaje precoz del cordón umbilical, antes de 1 minuto. • Adolescentes, principalmente mujeres. • Mujeres en edad fértil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta dietética insuficiente o inadecuada. <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación complementaria deficiente en hierro hemínico a partir de los 6 meses de edad con o sin lactancia materna. - Falta de acceso a los alimentos ricos en hierro de origen animal (hierro hemínico). - Falta de ingesta de los alimentos ricos en hierro hemínico. - Dieta basada principalmente en leche (Leche de vaca y otros \geq a 24 onzas/día) y carbohidratos. • Dieta vegetariana sobre todo con alto contenido de filatos y taninos.(9)

Fuente: Adaptado por el Ministerio de Salud de las referencias bibliográficas
MINSAL-2017

Tabla 4
Principales causas de anemia

DISMINUSION DE LA ABSORCION	PÉRDIDAS SANGUÍNEAS
<ul style="list-style-type: none"> • Factores dietéticos que inhiben la absorción del hierro: taninos que están en el té, café, mates y gaseosas; fitatos que están en la fibra y calcio en los productos lácteos. • Patologías del tracto digestivo como diarreas, síndrome de mala absorción gastritis crónica, ausencia del duodeno post-quirúrgica • Medicamentos que reducen la absorción del hierro : omeprazol, ranitina, carbonato de calcio, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias: intrauterinas, perinatales, digestivas, etc. - Menorragia (adolescentes) - Introducción de la leche de vaca en el primer año de vida puede producir micro sangrado. - Infestaciones parasitarias: uncinarias, guardia, plasmodium - Infecciones por bacterias como el licobacter Pylori. - Patologías: algunas anemias hemolíticas intravasculares, por ejemplo en el caso de malaria y otras patologías que producen hemolisis, u operaciones quirúrgicas, entre otros. - Epistaxis reiteradas, hematuria, hemoptisis, hemorroides sangrantes, pérdida de sangre por heces, etc. - Uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y aspirina que condicione perdidas patológicas de hierro a nivel digestivo. (9)

Fuente: Adaptado por el Ministerio de Salud de las referencias bibliográficas MINSAL-2017

3.1.1.1.4. Paridad

Es la expulsión o extracción fuera del útero de un producto de la concepción de 20 semanas o más de edad gestacional, con un peso de 500 gramos o más.

Se denomina nulípara a la mujer que no ha parido nunca, primípara: mujer que ha parido una vez, multípara: mujer que ha parido más de 3 veces y gran multípara mujer que ha parido más de 5 veces o más. (10)

3.1.1.1.5. Controles prenatales

Teniendo en cuenta que persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional.

Existen diversos estudios que nos indican el por qué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 %, trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8%, vergüenza 10.8% y distancia 8.1%.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales y la mayoría de ellos concluyen con resultados positivos. Sin embargo, todos los embarazos representan algún riesgo para la madre y el bebé; por ello es importante prevenir, detectar y tratar las complicaciones a tiempo, antes de que se conviertan en emergencias con amenaza para la vida de la madre y su bebé.

Número de controles:

- Del primero al sexto mes: 1 control mensual.
- Del séptimo al octavo mes: 1 control cada 15 días.
- Al noveno mes: 1 control cada 7 días. (11)

3.1.1.1.6. Orientación y consejería nutricional

Una adecuada ganancia de peso durante la gestación asegura una buena salud y nutrición de la madre y el bebé. La ganancia recomendada para todo el período del embarazo es de 12 k, con variaciones entre 8 a 16 k, dependiendo del peso que la madre tenía previamente.

La gestante debe comer más veces que antes, además de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) es necesario incluir un refrigerio al día. Incluir al menos, una porción de cualquier carne, huevo o queso al día.

- Importante del consumo de alimentos ricos en hierro (carnes rojas, vísceras, “sangrecita”, etc.) ácido fólico (carnes rojas, vísceras, verduras de hojas verdes, cereales) calcio, vitamina A y zinc.
- Importante el consumo de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra.
- Importante el consumo diario de sal yodada.
- Importante de descanso apropiado de la gestante durante el día y reducción de las actividades pesadas.
- Importante el apoyo, afecto y consideración de la pareja y la familia a la gestante.
- Asegurar la suplementación con hierro a partir de la semana 16 de gestación.
- Asegurar la suplementación con ácido fólico.
- Motivación y preparación para la lactancia materna exclusiva.
- Importante de la asistencia al próximo control prenatal.
- Importante el parto institucional.
- Importante de las casas de espera. (12)

3.1.1.2.FACTORES OBSTÉTRICOS INTRAPARTO

3.1.1.2.1. Parto natural

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. Para ello es importante que las mujeres tengan confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que las matronas y obstetras contribuyan a la mejor evolución de este proceso fisiológico. (13)

3.1.1.2.2. Pérdida sanguínea post parto

- **Definición:** Se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1.000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos.
- **Hemorragia posparto primaria o inmediata:** La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.
- **Hemorragia posparto secundaria o tardía:** La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. 1-6 Guía Hemorragia Posparto
- **Etiología de la hemorragia posparto:** Los profesionales de salud deben recordar que la causa más común de hemorragia posparto es la atonía uterina. La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero. (14)

3.1.1.2.3. Trabajo de parto prolongado

- **Definición:** El trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea.

Una vez que el cuello se dilata ≥ 4 cm, en general se produce un trabajo de parto activo. Normalmente, la dilatación cervical y el descenso de la cabeza en la pelvis se producen a una velocidad de al menos 1 cm/h y con mayor rapidez en las mujeres multíparas.

- **Etiología:** El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción feto pelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna), que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado (distocia fetal). Otra causa son las contracciones uterinas demasiado débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica) o a veces, demasiado potentes o demasiado frecuentes (disfunción uterina hipertónica).
- **Diagnóstico:** Evaluación de las dimensiones pelvianas, la posición y el tamaño del feto, y las contracciones uterinas
- **Respuesta al tratamiento:** El diagnóstico es clínico. La causa debe identificarse porque determina el tratamiento. La evaluación de las dimensiones fetales y pelvianas (ver Examen físico) a veces permite determinar si la causa es una desproporción feto pelviana. Por ejemplo, un peso fetal > 5.000 g (> 4.500 g en una mujer diabética) sugiere una desproporción feto pelviana. La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con un catéter de presión intrauterina.

- **Tratamiento**

Oxitocina

Cesárea por desproporción fetopelviana o disfunción hipotónica intratable

A veces, parto instrumentado durante la segunda etapa del trabajo de parto

Si la primera y segunda etapa del trabajo de parto procede lentamente y el peso fetal es < 5.000 g (< 4.500 g en mujeres diabéticas), el trabajo de parto puede potenciarse con oxitocina, que es el tratamiento de la disfunción hipotónica. Si se restablece el progreso, el trabajo de parto puede proceder. Si no, puede haber una desproporción feto pelviana o una disfunción hipotónica intratable, y puede requerirse una cesárea. En un trabajo de parto en la segunda etapa, maniobras con fórceps o un extractor por vacío pueden ser apropiadas después de evaluar el tamaño fetal, la presentación y la estación ($\geq +2$ cm) y también la pelvis materna. La disfunción uterina hipertónica es difícil de tratar, pero el reposicionamiento, los tocolíticos de acción corta (ej. terbutalina 0,25 mg IV 1 vez), interrumpir la oxitócica si está usándose y los analgésicos pueden ayudar (15).

3.1.1.2.4. Episiotomía

- **Definición:** Es una incisión quirúrgica en el perineo (o periné) femenino, concretamente en la parte que se encuentra entre la vagina y el ano, que se realiza en el momento del parto para agrandar la abertura vaginal y permitir la salida de la cabeza del bebé.
- **Procedimiento:** Se realiza con tijeras o bisturí justo cuando la cabeza del bebé está a punto de coronar. Hay dos formas de realizar el corte: una línea media hacia abajo o una incisión medio lateral en ángulo, que es la que menor riesgo de daño implica al esfínter anal y al recto, pero también se dice que tarda más en cicatrizar.

Una vez producido el nacimiento, el médico realiza unos puntos de sutura para cerrar la abertura. La episiotomía es una práctica obstétrica bastante frecuente, especialmente en el caso de las madres primerizas, pero su uso es muy controvertido.

Quienes la defienden argumentan que la lesión de un desgarro es peor que el corte limpio de la episiotomía y que con la incisión se acorta la fase de expulsión del bebé. En contra hay muchas cosas más.

3.1.1.2.5. La episiotomía es una práctica muy habitual: Desde muchos sectores se denuncia la episiotomía como una práctica médica rutinaria que no es necesaria, ni beneficiosa, ni está justificada. Y que, además, se realiza sin el consentimiento de la madre. Inclusive se ha puesto en marcha una campaña para erradicarla como práctica rutinaria. Pero lo cierto es que su uso está muy extendido en algunos países consiguiendo que muchas mujeres crean que conservar sus genitales íntegros durante el parto es meramente una cuestión de suerte.

Suele pensarse que es un cortecito de nada, inofensivo, pero la episiotomía tiene sus riesgos y secuelas a corto y largo plazo. En cuanto a los riesgos se encuentran el sangrado excesivo, el riesgo de infecciones y las complicaciones en el proceso de cicatrización. Las secuelas a corto plazo son la hinchazón y el dolor en la zona durante el postparto. Hay mujeres, entre las que me encuentro, que consideran que es mil veces más dolorosa la cicatriz de la episiotomía que el parto en sí, se pasa mucho peor después que durante el parto. El dolor de los primeros días al acudir al baño es muy molesto e interfiere para llevar a cabo una vida normal, para darle el pecho al bebé, cuando queremos cogerlo o cambiarlo.

Pero no sólo trae problemas para eso sino también al reiniciar las relaciones sexuales y en algunos casos hasta problemas graves de incontinencia. Además, haber tenido una episiotomía previa eleva el riesgo de desgarro en el siguiente parto.

Una de las respuestas más frecuentes al por qué de la episiotomía es “porque un desgarro es peor”, pero no todas las mujeres sufren necesariamente un desgarro durante el parto. No es o uno o lo otro. Y en el caso de sufrirlo, la lesión de un desgarro es menos profunda que la de una incisión por lo que suele cicatrizar más rápido.

Dado que las investigaciones están demostrando que sus riesgos son mayores que sus beneficios, la episiotomía es una práctica que con el tiempo dejará de usarse, o al menos dejará de realizarse de forma indiscriminada como sucede ahora. Habrá casos en la que estará justificado realizarla para acelerar la salida del bebé como al presentarse sufrimiento fetal, pero parece ilógico que se realice como si fuese una parte obligada del proceso en un parto normal.

Por supuesto, la mujer tiene derecho a expresar por escrito en su Plan de Parto que será presentado en el hospital antes de dar a luz que no desea que se le practique la episiotomía.(16)

3.1.1.2.6. Alumbramiento incompleto

Tras el parto, la mujer debe estar atenta a algunos de los síntomas que pueden indicar la presencia de ciertas complicaciones, como por ejemplo, pérdida de sangre por la vagina, secreción con mal olor, fiebre, sudor frío y debilidad, que pueden indicar una situación llamada retención placentaria.

La hemorragia post-parto normalmente se produce poco después de la salida del bebé del útero, cuando la placenta despega del útero, y este no se contrae adecuadamente, provocando grandes pérdidas de sangre. Sin embargo, este intenso sangrado también puede comenzar días o incluso 4 semanas después del nacimiento del bebé debido a la presencia de restos de la placenta en el útero tras el parto normal.

- **Signos y síntomas de restos placentarios:** Así, algunos signos y síntomas que pueden indicar complicaciones tras el nacimiento del bebé son:
 - ✓ Pérdida de una gran cantidad de sangre por la vagina, siendo necesario cambiar el absorbente a cada hora;
 - ✓ La pérdida de sangre repentina, en gran volumen que llega a ensuciar la ropa;
 - ✓ Secreción con mal olor;
 - ✓ Palpitaciones en el pecho;
 - ✓ Mareos, sudor y debilidad;
 - ✓ Dolor de cabeza muy fuerte y persistente;
 - ✓ Falta de aire o dificultad para respirar;
 - ✓ La fiebre y el abdomen muy sensible.
- ✓ Con la aparición de cualquiera de estos síntomas, la mujer debe ir rápidamente al hospital para ser evaluada y tratada de forma adecuada.
- **Causas:** En la gran mayoría de los casos, este sangrado ocurre en las primeras 24 horas tras el parto, pero esto también puede suceder hasta 12 semanas después del nacimiento del bebé, debido a factores tales como la retención de restos de la placenta tras el parto, infección uterina, o problemas en la coagulación de la sangre como púrpura, hemofilia o Enfermedad de Von Willebrand, aunque estas causas son más raras.

La ruptura del útero también es una de las causas de la gran pérdida de sangre en el post-parto y esto puede ocurrir en mujeres que tuvieron una cesárea antes de un parto inducido con el uso de medicamentos como la oxitócica. Sin embargo, esta es una complicación más común durante el parto o durante los primeros días post-parto.

Los Restos de la placenta pueden quedarse pegados al útero, incluso después de una cesárea y a veces, basta con que sea una cantidad muy pequeña, como por ejemplo 8m m de la placenta para que haya un gran sangrado y la infección uterina.

- **Tratamiento:** El tratamiento de la hemorragia causada por los restos de la placenta debe ser orientado por el obstetra y que se puede hacer con el uso de medicamentos que inducen la contracción uterina como el Misoprostol y la Oxitócica, pero el médico puede tener que realizar un masaje específico en el fondo del útero y a veces, puede ser necesario recurrir a una transfusión de sangre.

Para quitar los restos de la placenta, el médico puede realizar un legrado uterino guiado por ultrasonido para limpiar el útero, eliminando completamente todos los tejidos de la placenta, además de indicar la toma de antibióticos. (17)

3.1.1.2.7. Desgarro de partes blandas:

Los desgarros son más comunes entre las mujeres que tienen su primer parto vaginal. Estos pueden ser desde pequeños cortes y abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico. Es posible tener un desgarro incluso si te hicieron una episiotomía. De hecho, una episiotomía eleva tu riesgo de tener desgarros serios.

- **Los desgarros más superficiales:** implican la piel del perineo y el tejido alrededor de la abertura de la vagina, o la capa más exterior de la propia vagina. Estos desgarros, que se llaman laceraciones de primer grado, generalmente son tan pequeños que se requieren muy pocos puntos o ninguno. Generalmente sanan rápido y causan pocas o ninguna molestia.
- **Los desgarros de segundo grado:** son más profundos y necesitan coserse capa a capa. Te causarán algunas molestias y generalmente tardan unas semanas en sanar. Los puntos se disuelven solos a medida que sanas.

Alrededor de un cuatro por ciento de las mujeres que dan a luz vaginalmente tienen un desgarro más serio en su perineo, que se extiende a través de su recto. Este tipo de desgarro puede causar un dolor considerable durante muchos meses e incrementa tu riesgo de incontinencia anal.

Estos desgarros severos se llaman laceraciones de tercer y cuarto grado. Una laceración de tercer grado es un desgarro en el tejido vaginal, piel del perineo

y músculos del perineo que se extiende hasta el esfínter anal (el músculo que rodea tu ano). Un desgarro de cuarto grado atraviesa el esfínter anal y el tejido que está por debajo.

También es posible tener un desgarro en otros lugares. Algunas mujeres tienen desgarros en la parte superior de la vagina, cerca de la uretra. (Esto se conoce como laceración periuretral). Estos desgarros a menudo son pequeños, y si tienes uno, probablemente solo necesitarás unos pocos puntos, o ninguno.

Estos desgarros no envuelven al músculo, así que generalmente sanan más rápidamente y de forma menos dolorosa que las laceraciones perineales. La mayor queja es una sensación de quemazón cuando vas a orinar.

Es poco común que una mujer tenga un desgarro en su cérvix o en los labios vaginales (los pliegues de piel en la parte exterior de la vagina) o que tenga un desgarro profundo en el tejido de su vagina (que se conoce como desgarro del sulcus).

- **Riesgo de tener un desgarro de tercer o cuarto grado:** Estos desgarros serios le pueden ocurrir a cualquiera, pero son más comunes en las siguientes situaciones:
 - ✓ Si se trata del primer parto vaginal.
 - ✓ Si se ha dado a luz previamente de forma vaginal y se tuvo un desgarro de tercer o cuarto grado.
 - ✓ Si has tenido un parto asistido, particularmente si se usan fórceps.
 - ✓ Si se hizo una episiotomía.
 - ✓ Si el bebé es grande.
 - ✓ Si el bebé nace en la posición posterior (mirando hacia arriba).
 - ✓ Si hay pujos durante un largo tiempo.
 - ✓ La distancia entre tu apertura vaginal y tu ano es más corta de lo normal.
- **Tratamiento de los desgarros:** Si hay un desgarro (o una episiotomía o ambos) que requiera puntos, primero se inyectarán un anestésico local en las áreas que necesite anestesia o si hay un desgarro grande, se puede suministrar un bloqueo pudiendo, una inyección de un anestésico local en las paredes de la

vagina, que baña al nervio pudendo y adormece la totalidad el área genital. Luego la sutura, capa a capa.

- **Recuperación:** El dolor disminuirá con el tiempo, pero la incomodidad puede durar tres meses más. Estos son algunos consejos para la recuperación de un desgarro de tercer o cuarto grado:
 - ✓ Orinar o defecar puede ser doloroso. Usar un ablandador de heces.
 - ✓ No luchar contra la necesidad de ir al baño porque ocasionar estreñimiento.
 - ✓ No tener relaciones sexuales hasta la indicación médica
 - ✓ Evitar ponerse supositorios, enemas, o cualquier otra cosa en tu recto.
 - ✓ Las mujeres con desgarros en el esfínter, o desgarros que llegan hasta el recto, pueden tener incontinencia de gas o heces más adelante.
- **Prevención:** Posiblemente dar un masaje en el perineo en el tercer trimestre puede ayudar a que la piel del perineo se vuelva más elástica, y reduzca las posibilidades de tener un desgarro o necesidad de una episiotomía.

También habrá menos probabilidades de sufrir un desgarro si hubo parto lento y controlado, que le da suficiente tiempo a tu perineo para acomodar al bebé. Esto significa esperar y luchar contra la urgencia de pujar por un rato, hasta que la cabeza del bebé esté coronando, por ejemplo.

En un estudio, el uso de compresas calientes en el perineo durante la segunda parte del parto (pujar) estuvo ligado a menos riesgos de desgarros graves. (18)

3.1.1.2.8. Peso del Recién Nacido

Es aquel Recién Nacido que tiene 37 o más semanas de gestación

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

De bajo peso: cuando el peso resulta inferior del percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

De peso adecuado: cuando el peso corporal se sitúa entre los percentiles 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

De peso alto: cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

3.1.1.2.9. Expulsivo precipitado

Este tipo de parto se caracteriza por una velocidad de dilatación y descenso superiores a los 5 cm/h en nulíparas y 10 cm/h en multíparas con un descenso del punto guía de unos 6 cm/h en nulípara y 14 cm/h en multíparas. Estos dos hechos se suelen dar conjuntamente. En general la duración total del periodo activo es de menos de 3 horas el pronóstico materno es bueno aunque hay que descartar desgarros del canal del parto. Para el feto el pronóstico es más reservado ya que puede asociarse a depresión neonatal e hipoxia intraparto (19).

3.1.2. ANEMIA POSPARTO INMEDIATO

3.1.2.1. DEFINICIÓN

La anemia postparto, o del puerperio, es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se autor resuelve en la primera semana¹.

Pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas. En los países pobres, la anemia postparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna. 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.

La anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo es la consecuencia, fundamentalmente, de la expansión del volumen plasmático que se produce de forma fisiológica, pero que no se acompaña de un incremento proporcional de la masa hemoglobínica materna.

La Organización Mundial de la Salud considera que existe anemia en el embarazo cuando el valor de hemoglobina es inferior a 11 g/dl.

En esta definición no se tienen en cuenta los síntomas asociados a esta patología. Por su parte, los Centers for Disease Control (CDS) consideran que existe anemia en el embarazo cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre de gestación, y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre.

Según el grado de anemia, podemos diferenciarla en leve, moderada o severa. Aunque los valores de hemoglobina que se emplean como puntos de corte varían de unos autores a otros, los más ampliamente usados en la literatura hablan de anemia leve cuando los valores de hemoglobina se sitúan entre 9 y 10,9 g/dl, moderada si están entre 7 y 8,9 g/dl y severa cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7 g/dl.

En Arequipa se considera la hemoglobina mayor a 12g/dl, ya que se encuentra a 2,300 msnm sobre nivel del mar.

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.

3.1.2.2.FRECUENCIA

La anemia postparto es un problema frecuente, especialmente entre las mujeres con un estatus socioeconómico menos favorecido.

Las gestantes incluidas en el programa de salud pública para la protección de la mujer y de sus hijos (WICP) desarrollado en Estados Unidos presentaron unas tasas de anemia en el postparto muy elevadas, a pesar del esfuerzo realizado

El 27% de toda la población de gestantes incluidas en el estudio presentó anemia en el postparto, ascendiendo esta cifra al 48% entre las mujeres negras no hispanas.

El riesgo de presentar anemia durante este periodo fue significativamente superior en aquellas gestantes que ya habían presentado anemia durante el embarazo. El 49% de las que habían tenido anemia durante el tercer trimestre presentaban anemia postparto, en comparación con el 21% registrado entre las mujeres sin anemia previa.

En un estudio llevado a cabo recientemente en Alemania en una muestra de casi 44.000 mujeres, en las que se valoró la presencia de anemia durante el puerperio, se encontró que el 22% de las madres tenían una hemoglobina inferior a 10 g/dl y el 3% presentó una anemia grave, definida por niveles de hemoglobina inferiores a 8 g/dl.

3.1.2.3.ETIOLOGÍA

En la mayoría de los casos, la anemia del postparto está en relación con unas pérdidas hemáticas excesivas durante el parto, y se ve favorecida por con la preexistencia de un cuadro anémico durante la gestación que se verá exacerbado por las pérdidas hemáticas fisiológicas que conlleva el parto. En otros casos, será la cuantía de estas pérdidas lo que condiciona la anemia en gestantes previamente sanas

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

Clínica La anemia en el postparto puede condicionar los síntomas clínicos característicos de esta complicación en mayor o menor grado, dependiendo de la gravedad de la misma y de la cronología de su instauración.

La mujer puede sentir cansancio y fatiga, que verbalizará como falta de energía o incapacidad para realizar las tareas diarias, palpitations, dificultad respiratoria y mareos en los casos más graves.

Estas mujeres van a tener, además, un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas durante el puerperio, especialmente a nivel de las vías urinarias. Esta

sintomatología dificulta la adaptación de la mujer al puerperio, a la vez que se siente físicamente limitada para atender al recién nacido.

La anemia del postparto influye, por tanto, negativamente en el estado emocional de la madre y en su relación con el recién nacido.

Existen datos que demuestran que la anemia incrementa significativamente el riesgo de depresión puerperal. Prevención y consumo de suplementos al igual que el embarazo, el postparto y la lactancia son periodos de la vida de la mujer en los que los requerimientos nutricionales están incrementados y la ingesta dietética puede resultar insuficiente.

El beneficio que conlleva para la mujer y para su descendencia la suplementación con hierro durante el embarazo y la lactancia está bien reconocido, y es por ello que la Organización Mundial de la Salud recomienda la suplementación diaria con 60 mg/dl para todas las gestantes durante un periodo de seis meses. Si el tratamiento no puede completarse durante el embarazo, debe continuarse durante el puerperio o bien incrementar la dosis hasta 120 mg/dl durante el embarazo (20).

3.1.2.5.CAUSAS DE POSPARTO ANEMIA:

Aquí hay algunas posibles causas de la anemia postparto:

1. Preparto anemia (deficiencia de hierro durante el embarazo): La menstruación y el embarazo, así como poner a las mujeres en mayor riesgo de anemia. Durante el embarazo, necesidad de hierro aumenta de una mujer triplicó para apoyar el crecimiento de la unidad feto-placentaria y aumentar la masa de células rojas. Aproximadamente 40% de las mujeres no cumplen con la marca de 300 mg de reservas de hierro antes del embarazo. Casi 25% de mujeres en los países occidentales sufren de anemia durante el embarazo.
2. Puede ser debido a una hemorragia aguda durante el parto.
3. Nacimientos múltiples también pueden conducir a la anemia postparto.

3.1.2.6.SÍNTOMAS DE LA ANEMIA POSTPARTO:

Se debe mirar hacia fuera para:

- Si el cansancio que es incapacitante.
- Si la fatiga dura posterior entrega de más de seis semanas.
- Su irritabilidad es preocupante miembros de su familia.
- Si no puede realizar sus tareas diarias.

3.1.2.7.EFECTOS SECUNDARIOS DE ANEMIA POSTPARTO:

Anemia posparto puede conducir a los siguientes problemas de salud:

1. Aumenta el riesgo de depresión postparto.
2. Propensión a las infecciones del tracto urinario frecuentes.
3. Sufrir de fatiga excesiva y el agotamiento.
4. Síndrome de leche insuficiente y de mala calidad durante la lactancia.

La anemia ferropénica severa en las madres antes y después del parto puede ser perjudicial para los bebés de las siguientes maneras:

- Puede conducir a un parto prematuro y también puede causar bajo peso al nacer de los bebés.
- Puede conducir a una incidencia transferido de la anemia en los bebés.
- Puede conducir a una reducción en la cantidad de contenido de hierro en la leche materna.
- Puede aumentar el riesgo de disfunción neurocognitiva en los bebés. Por lo tanto, también puede llevar a poner en peligro el desarrollo del aprendizaje, la memoria y las habilidades cognitivas.

3.1.2.8.TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA POSTPARTO:

Aquí hay algunas medidas que puede tomar para mantener la anemia posparto:

1. Consumir una dieta rica en hierro. Además, añadir fuentes ricas en vitamina C, ya que el nutriente esencial aumenta la absorción de hierro en el cuerpo.
2. Evitar el consumo de alimentos ricos en calcio, ya que inhibe la absorción de hierro.
3. Consulte al médico y empezar a tomar suplementos de hierro.

4. El médico puede recomendar la administración de hierro intravenoso.
5. En un escenario extremo, el médico puede aconsejar la transfusión de sangre.

La forma de tratamiento será diferente de un paciente a otro, dependiendo de sus niveles de hierro y condición médica. (21).



3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

AUTOR: BARBA, F.

TÍTULO: "Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas".

FUENTE: Revista Archivos en Medicina Familiar Vol. 9, Nro. 4. Año 2007. Mexico

OBJETIVO: Identificar los factores asociados a la anemia durante el embarazo en mujeres gestantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles; se revisaron expedientes clínicos y se realizó entrevista directa a embarazadas con parto ocurrido en febrero y marzo de 2005. Por cada paciente con anemia se seleccionaron dos controles de la misma base institucional. La muestra se determinó con la fórmula de comparación de proporciones modificada. Se buscaron asociaciones por medio de la razón de momios, χ^2 y regresión logística.

RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes con anemia y 120 sin anemia. Se identificaron nueve factores asociados con anemia de 23 investigados: deficiencia de hierro RM 15.4 (IC 95% 6.740-35.18), suplementación de hierro inadecuada RM 5.4 (IC 95% 2.770-10.60), disfunción familiar RM 3.8 (IC 95% 1.920-7.714), falta de orientación nutricional RM 3.7 (IC 95% 1.950-9.400), nivel socioeconómico bajo RM 3.5 (IC 95% 1.581-9.590), IMC pre gestacional bajo RM 3.1 (IC 95% 1.586-6.093), alimentación deficiente RM 2.6 (IC 95% 1.590-5.848), antecedente de tres o más partos RM 2.5 (IC 95% 1.333-5.518) y control prenatal inadecuado RM 2.4 (IC 95% 1.755-4.103). **CONCLUSIONES:** La anemia en el embarazo se asoció fundamentalmente con factores relacionados a la deficiencia de hierro, con pobres condiciones de vida y hábitos nutricionales deficientes y alteraciones de la dinámica familiar. (22)

AUTOR: FERNÁNDEZ, A. 2013

TÍTULO: "Factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas del Hospital la Paz Primer Trimestre del 2013. La Paz – Bolivia FUENTE: Repositorio de tesis de la Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición, Tecnología. Unidad de Postgrado. Bolivia 2013.

OBJETIVO: determinar los factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas del Hospital La Paz primer trimestre 2013

MATERIAL Y MÉTODOS: para la recolección de la información se utilizó el Sistema de Información Perinatal – SIP, y para el tratamiento de datos se aplicó el Software estadístico EPI INFO Versión 7 obteniendo así el cruce de variables y las tablas 2 x 2. Se calculó el OR (razón de productos cruzados) y el Intervalo de Confianza al 95% (IC) correspondiente. En esta investigación se consideró a 339 embarazadas atendidas en el Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013. En las mismas se analizaron algunos factores de riesgo obstétrico relacionados con la anemia gestacional y que fueron registrados en la historia clínica.

RESULTADOS: se estableció que los factores más relevantes fueron la edad materna, el deficiente control prenatal, así como el nivel de estudios y la paridad, como factores relacionados con la ocurrencia de anemia durante el embarazo. También se consideró el bajo peso al nacer y la edad gestacional. Todas estas variables tuvieron valores significativos, es decir, que inciden directamente en el embarazo en etapa de gestación.

CONCLUSIONES: finalmente con relación al tratamiento de la anemia, se debe trabajar con base en una atención integral, tratando de incrementar los niveles de hierro en la mujer en edad fértil, mejor si es antes del embarazo. Por otro lado, mejorando el acceso a control prenatal, a la provisión e ingesta de sulfato ferroso y orientación alimentario-nutricional oportuna. (23)

ANTECEDENTES NACIONALES

AUTOR: OREJÓN, F.

TÍTULO: "Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Septiembre - Noviembre 2015". Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú 2016.

FUENTE: Repositorio de tesis de la Universidad Mayor de San Marcos

OBJETIVO: Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra estudiada fue conformada por 110 primíparas con anemia posparto inmediato atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de septiembre a noviembre de 2015. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para hallar la relación de las variables cualitativas con un nivel de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS: 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 púérperas (OR 2,10, IC 95% 1,58, 3.56), la práctica de episiotomía ($p=0.033$) con 83% de púérperas (OR 1,75, IC 95% 1,06, 1.89) y los desgarros en partes blandas ($p=0.003$) en donde el 31% de púérperas 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. (24)

AUTOR: ATUNCA D.

TÍTULO: "Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Noviembre- Diciembre 2010"
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú 2011

FUENTE: Repositorio de tesis de la Universidad Mayor de San Marcos

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarro perineal en el INMP.

MATERIAL Y MÉTODOS: sujetos de estudio, puérperas de parto vaginal con desgarro perineal (independientemente del grado de desgarro) y sin desgarro perineal que cumplan con los criterios de inclusión. Intervenciones: Se formaron dos grupos con 130 puérperas de parto vaginal cada uno, el primer grupo pertenece a las pacientes con desgarro perineal, y el segundo sin desgarro perineal, se utilizó una ficha de recolección de datos que nos sirvió como instrumento para obtener los datos en ambos grupos, estos datos fueron procesados en Microsoft Excel, en el programa Spss y el Epidat. Los cuadros y gráficos han sido presentados en orden con los objetivos

RESULTADOS: Se encontró que el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años de edad, el grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3%. El distrito de mayor concurrencia al Instituto Nacional Materno Perinatal fue San Juan de Lurigancho con 26.5% de pacientes. La infección de transmisión sexual con más frecuencia fue la candidiasis con 3.1%. Del grupo con desgarro perineal se encontró respecto a la paridad que el 80% fueron multíparas, en cuanto al peso del recién nacido el 84.6% estuvo en el rango de peso adecuado. El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia. El tiempo del expulsivo de mayor frecuencia fue menos o igual a 10 minutos con 78.5%. El 73.8% de este grupo no tuvo preparación psicoprofiláctica. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presentó un PIG largo, el 36.9 % presentó un PIG adecuado. Del grupo sin desgarro perineal resultó que el 79.2% fueron multíparas, el 97.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado.

El 28.5% tuvo anemia. El 78.5% presentó un periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos. El 73.8% no tuvo preparación psicoprofiláctica. El 51.5% presentó un periodo intergenésico adecuado y el 33.9% un PIG largo.

CONCLUSIONES: Dentro de los factores maternos podemos concluir en cuanto a la edad, que pertenecer al grupo de adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen unas 1.9 veces más riesgo de presentar desgarro perineal que las pacientes sin anemia. La presencia u ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desgarro perineal. En cuanto a los factores obstétricos, en relación a la paridad se concluye que las primíparas tienen 1.5 veces más riesgo que las multíparas y las gran multíparas de presentar desgarro perineal. Presentar el segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos se relaciona con la presencia de desgarro perineal. Aquellas con un periodo intergenésico corto o largo tienen más riesgo (1.5 y 1.9 respectivamente) de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado.

En cuanto a los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, se obtuvo que los macrosómicos tienen unas 23 veces más riesgo de hacer desgarro perineal frente a los de peso adecuado y a los de peso menor de 2500 grs. En general de los tres factores mencionados, se obtuvo que los neonatales sean considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y obstétricos. Palabras clave: Desgarro perineal y factores de riesgo (25).

4. HIPOTESIS:

DADO QUE, la anemia posparto conlleva a un riesgo de complicaciones infecciosas y condiciona un aumento de la morbilidad siendo una de las causas principales de mortalidad materna

ES PROBABLE, que existan factores obstétricos que se asocien con la anemia posparto inmediato en mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa de Enero a Marzo del 2017.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

1.1 Técnica:

Se utilizó técnica observación documental

1.2 Instrumento:

Ficha de recolección de datos

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	VALORACION	TECNICA	INSTRUMENTO	
Independiente	Anteparto	Macrosomía fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 	Observación documental	Ficha de recolección de datos	
		Suplementación de hierro	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 			
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Secundípara • Multipara 			
		Controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
		Orientación y consejería nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
		Hemoglobina antes del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 			
	Factores obstétricos	Intraparto	Perdida sanguínea posparto			<ul style="list-style-type: none"> • Menor 500 cc • Mayor 500 cc
			Trabajo de parto prolongado			<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta
			Expulsivo precipitado			
			Episiotomía			
			Alumbramiento incompleto			
			Desgarro de partes blandas			<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normal • Sobrepeso
	Peso del RN					
Dependiente						
Anemia post parto inmediato	Nivel de hemoglobina	Valoración de Hg después del parto (2 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve • Anemia moderada • Anemia severa 	Observación documental	Ficha de recolección de datos	
Variable interviniente	Socio-económicos	Edad. Grado de instrucción. Estado civil. Ocupación Lugar de procedencia		Observación documental	Ficha de recolección de datos	

1.3 Materiales de verificación:

- ✓ Útiles de escritorio.
- ✓ Computadora.
- ✓ Impresora.
- ✓ Cédulas de Entrevista.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

2.1.1. Precisión del Lugar:

País: Perú

Departamento: Arequipa

Provincia: Arequipa

Distrito: Cerro Colorado

Dirección: Esquina Yaraví con Marañón s/n - Zamácola

2.1.2. Caracterización del Lugar:

2.1.2.1. Ámbito Institucional: Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa.

2.1.3. Delimitación del lugar: Ver Anexo N° 1

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1. Cronología: Enero a Marzo del 2017.

2.2.2. Visión temporal: Retrospectivo.

2.2.3. Corte temporal: Transversal.

2.3. Unidades de estudio:

2.3.1. Universo:

2.3.1.1. Universo Cualitativo:

Historias clínicas de las mujeres posparto inmediato atendidas en el Centro Obstétrico del Centro de Salud, Maritza Campos Díaz.

a) Criterios de inclusión:

- Mujeres de toda edad con posparto inmediato
- Mujeres con SIS
- Mujeres con anemia

b) Criterios de exclusión:

- Mujeres transeúntes

2.3.1.2. Universo Cuantitativo:

Se constató que el último trimestre Enero-Marzo se atendió a 106 gestantes con anemia.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.1. Organización:

3.1.1. Autorización: Se envió un Oficio al Gerente de la Micro red de Salud de Maritza Campos Díaz; Dr. Juan Alarcón Arenas, para poder acceder a la revisión de historias clínicas.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos Humanos:

Investigadoras:

- Tamara Briggit Ore Zegarra
- Manuela Ángela Paredes Del Carpio
- Asesora: Dra. Jannet Escobedo Vargas

3.2.2. Recursos Físicos:

- Materiales de escritorio
- Impresora
- Computadora
- Fotocopias

3.2.3. Recursos Económicos: Recursos propios de las investigadoras.

3.2.4. Recursos institucionales: Centro de Salud, Maritza Campos Díaz, Arequipa.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:

4.1. Nivel de sistematización de datos:

4.1.1. Tipo de sistematización: Electrónico.

4.1.2. Plan de operación:

4.1.2.1. Clasificación: Matriz de sistematización.

4.1.2.2. Codificación: Se utilizó ambos instrumentos, con sus respectivos puntajes.

4.1.2.3. Análisis: Para el análisis estadístico se utilizara el programa SPSS 22.0 para Windows, y la prueba Chi cuadrado.

4.1.3. Plan de recuento: Manual y Electrónico.

4.1.4. Plan de graficacion: Grafico de barras.

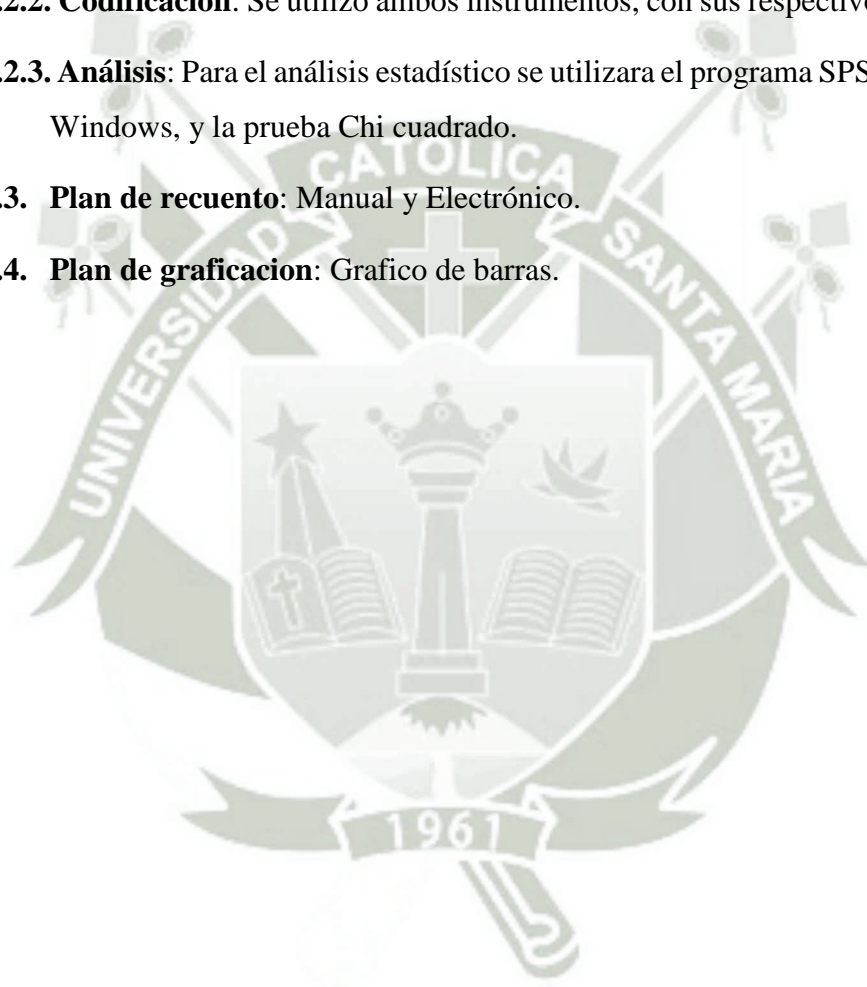




Tabla 1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A
MARZO 2017

Sociodemográficos	N°.	%
Edad		
16-24	53	50.0
25-32	38	35.8
33-40	15	14.2
Estado Civil		
Soltera	17	16.0
Casada	7	6.6
Conviviente	82	77.4
Grado de instrucción		
Primaria	15	14.2
Secundaria	69	65.1
Superior	22	20.8
Ocupación		
Ama de casa	83	78.3
Estudiante	10	9.4
Independiente	13	12.3
Procedencia		
Arequipa	71	67.0
Puno	19	17.9
Juliaca	12	11.3
Cuzco	3	2.8
Moquegua	1	9
TOTAL	106	100.0

Fuente: Matriz de sistematización

La Tabla N°. 1 muestra que el 50.0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 16-24 años, el 77.4% son convivientes, el 65.1% de las mujeres tienen instrucción secundaria, el 78.3% son amas de casa y el 67.0% de ellas son de Arequipa.

Tabla 2
FACTORES OBSTETRICOS ANTE PARTO DE LAS MUJERES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE
ENERO A MARZO 2017

Anteparto	N°.	%
Macrosomía fetal		
Si	13	12.3
No	93	87.7
Suplemento de hierro		
Si	96	90.6
No	10	9.4
Paridad		
1 hijo	3	2.8
2-3 hijos	98	92.5
4-5 hijos	4	3.8
6 a más hijos	1	0.9
Controles prenatales		
0	6	5.7
Menos de 6	22	20.7
De 6 a mas	78	73.6
Orientación nutricional		
Si	77	72.6
No	29	27.4
Hemoglobina ante parto		
Sin resultado	6	5.7
Leve	30	28.3
Moderada	0	0.0
Severa	0	0.0
Normal	70	66.0
TOTAL	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

La Tabla N°. 2 Muestra que el 87.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentaron macrosomía fetal (no superando los 4000gr), el 90.6% de gestantes recibieron la suplementación de hierro, el 9.4% no recibieron suplementación de hierro ; mientras que el 2.8% tuvieron 1 hijo , el 92.5% tuvieron entre 2 a 3 hijos , el 3.8% tuvieron entre 4 a 5 hijos y el 0.9 % tuvieron de 6 a más hijos , el 5.7 % no tuvieron controles prenatales, el 20.7 % tuvieron menos de 6 controles prenatales y el 73.6% tuvieron de 6 controles a más, el 72.6% de las mujeres si recibieron orientación y consejería nutricional ,el 5.7% de gestantes no se realizó el examen de hemoglobina , el 28.3 % presento anemia leve antes del parto , y ninguna gestante presentó anemia moderada y severa antes del parto , mientras que el 66.0 % de las mujeres tuvieron una hemoglobina normal .



Tabla 3
FACTORES OBSTETRICOS INTRAPARTO EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A
MARZO 2017

Intraparto	N°.	%
Pérdida de sangre		
100-200cc	92	86.8
300-400cc	13	12.3
500-700cc	1	0.9
Trabajo de parto prolongado		
Si	15	14.2
No	91	85.8
Expulsivo precipitado		
Si	9	8.5
No	97	91.5
Episiotomía		
Si	28	26.4
No	78	73.6
Alumbramiento incompleto		
Si	2	1.9
No	104	98.1
Desgarro de partes blandas		
No		
Primer grado	33	31.1
Segundo grado	63	59.4
Tercer grado	8	7.5
Cuarto grado	2	1.9
	0	0.0
Peso del recién nacido		
<2500 gr	1	0.9
2500-3999 gr	97	91.5
4000 a más gr	8	7.5
TOTAL	106	100.0

Fuente: Matriz de sistematización

La Tabla N°. 3 Muestra que el 86.8% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz perdieron entre 100-200cc de sangre, el 85.8% no tuvieron un trabajo de parto prolongado (mayor a 12 horas), y el 91.5% de ellas no tuvieron parto expulsivo precipitado y el 8.5 % si tuvieron expulsivo precipitado (dilatación y descenso superiores a los 5 cm/h en nulíparas y 10 cm/h en multíparas),al 73.6% no se le realizo episiotomía ,el 98.1% no tuvieron alumbramiento incompleto y el 1.9 % si presentaron alumbramiento completo ,y el 31.1 % no presentaron desgarros de partes blandas mientras que un 59.4 % presento desgarros de primer grado y un 7.5% presento desgarros de segundo grado y un 1.9% presento desgarros de tercer grado y ninguna paciente presento desgarro de cuarto grado , y por otra parte el 0.9% de los recién nacidos peso <2500 gr. y el 91.5 % pesaron entre 2500 y 3999 gr y el 7.5 % pesaron más de 4000 gramos.



Tabla 4

**ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO
2017**

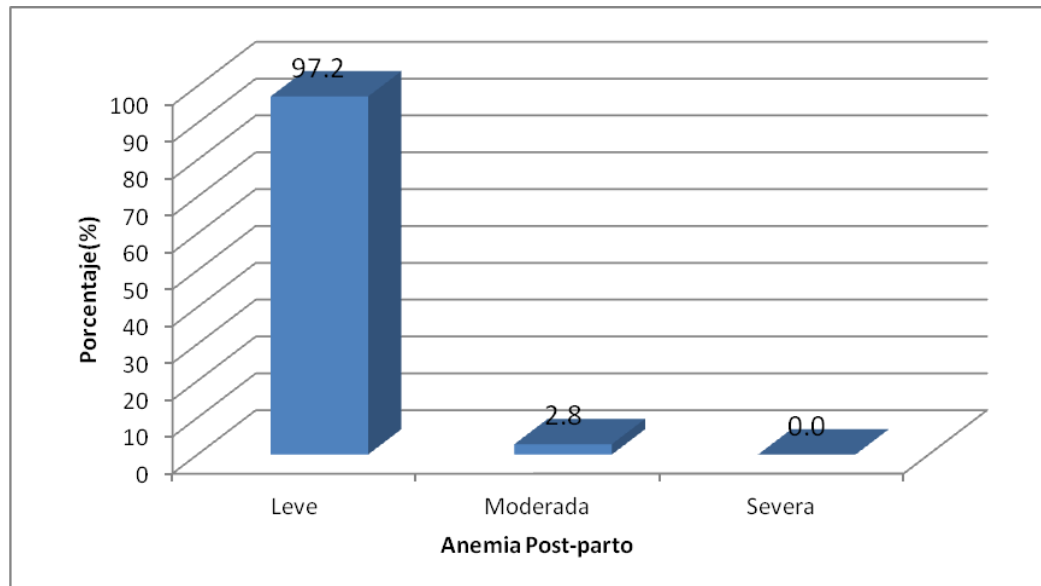
Anemia Post-parto	N°.	%
Leve	103	97.2
Moderada	3	2.8
Severa	0	0.0
TOTAL	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

La Tabla N°. 4 muestra que el 97.2% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz presentaron anemia postparto leve, mientras que el 2.8% presentaron anemia moderada y el 0 % no presento anemia severa.

GRÁFICO N.º 1

**ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO.**



Fuente: Matriz de sistematización



Tabla 5

**RELACIÓN ENTRE LA MACROSOMÍA FETAL Y LA ANEMIA
POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Macrosomía fetal	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Si	12	11.3	1	0.9	0	0.0	13	12.3
No	91	85.8	2	1.9	0	0.0	93	87.7
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=1.27$$

$$P>0.05$$

La tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.27$) muestra que la macrosomía fetal y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 85.8% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no presentaron macrosomía fetal.

Tabla 6

**RELACIÓN ENTRE EL SUPLEMENTO DE HIERRO Y LA ANEMIA
POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Suplemento de hierro	Anemia Post-parto				TOTAL	
	Leve		Moderada		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	93	87.7	3	2.8	96	90.6
No	10	9.4	0	0	10	9.4
TOTAL	103	97.2	3	2.8	106	100

$$X^2=0.32 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.32$) muestra que el consumo de suplementos de hierro y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 87.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve recibieron suplementación de hierro.

Tabla 7

**RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y LA ANEMIA POSTPARTO
INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Paridad	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
1 hijo	3	2.8	0	0.0	0	0.0	3	2.8
2 – 3 hijos	98	92.5	3	2.8	0	0.0	98	92.5
4 – 5 hijos	4	3.8	0	0.0	0	0.0	4	3.8
6 a más hijos	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
TOTAL	106	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.15 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.25$) muestra que la paridad y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 2.8 % de las mujeres atendidas en el centro de salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve tienen 1 hijo, 92.5% tienen entre 2-3 hijos, el 3.8% tienen de 4-5 hijos, mientras que el 0.9% de mujeres atendidas en el Centro de Salud tuvieron de 6 hijos a más.

Tabla 8

**RELACIÓN ENTRE LOS CONTROLES PRENATALES Y LA ANEMIA
POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Controles Prenatales	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
0	6	5.7	0	0.0	0	0.0	6	5.7
Menos de 6	22	20.8	0	0.0	0	0.0	22	20.8
Más de 6	75	70.8	3	2.8	0	0.0	78	73.6
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=1.11 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.11$) muestra que los controles prenatales y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 5.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve llegaron sin controles prenatales, el 20.8% de mujeres llegaron con menos de 6 controles, mientras que el 70.8% tienen más de 6 controles prenatales.

Tabla 9

RELACIÓN ENTRE LA ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017

Orientación y Consejería Nutricional	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	74	69.8	3	2.8	0	0.0	77	72.6
No	29	27.4	0	0.0	0	0.0	29	27.4
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.16 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.16$) muestra que la orientación y consejería nutricional y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 69.8% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve si recibieron orientación y consejería nutricional.

Tabla 10

**RELACIÓN ENTRE LA PERDIDA SANGUINEA Y LA ANEMIA
POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Pérdida Sanguínea Post-parto	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
100-200cc	90	84.9	2	1.9	0	0.0	92	86.8
300-400cc	13	12.3	0	0.0	0	0.0	13	12.3
500-700cc	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

$$X^2=34.85 \quad P<0.05$$

La tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=34.85$) muestra que la pérdida sanguínea y la anemia postparto presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 84.9 % de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve tuvieron una pérdida sanguínea postparto de 100-200cc. El 12.3% presentó pérdida sanguínea postparto de 300-400cc., mientras que ninguna mujer presentó pérdida sanguínea post parto de 500-700cc.

Tabla 11

RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017

Trabajo de parto prolongado	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Si	15	14.2	0	0.0	0	0.0	15	14.2
No	88	83.0	3	2.8	0	0.0	91	85.8
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.51 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.51$) muestra que el trabajo de parto prolongado y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 85. % de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no tuvieron trabajo de parto prolongado. Mientras que el 14.2% de las mujeres tuvieron trabajo de parto prolongado.

Tabla 12

RELACIÓN ENTRE EL PERIODO EXPULSIVO PRECIPITADO Y LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017

Expulsivo Precipitado	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Si	9	8.5	0	0.0	0	0.0	9	8.5
No	94	88.7	3	2.8	0	0.0	97	91.5
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.29 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.29$) muestra que el periodo expulsivo precipitado y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 88.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no tuvieron periodo expulsivo precipitado. Mientras que el 8.5% de mujeres si tuvieron periodo expulsivo precipitado

Tabla 13

**RELACIÓN ENTRE LA EPISIOTOMÍA Y LA ANEMIA POSTPARTO
INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Episiotomía	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	27	25.5	1	0.9	0	0.0	28	26.4
No	76	71.7	2	1.9	0	0.0	78	73.6
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.08 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.08$) muestra que la episiotomía y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 71.7% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no necesitaron de episiotomía. Mientras que el 25.5 % de las mujeres con anemia leve si necesitaron de episiotomía.

Tabla 14

RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017

Alumbramiento Incompleto	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Si	1	0.9	1	0.9	0	0.0	2	1.9
No	102	96.2	2	1.9	0	0.0	104	98.1
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=16.49 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.49$) muestra que el alumbramiento incompleto y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 96.2% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve no tuvieron alumbramiento incompleto mientras que el 0.9 % si presentó alumbramiento incompleto

Tabla 15

RELACIÓN ENTRE EL DESGARRO DE LAS PARTES BLANDAS Y LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE

Desgarro de partes blandas	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
No	32	10.2	1	0.9	0	0.0	33	31.1
Primer grado	63	59.4	0	0.0	0	0.0	63	59.4
Segundo grado	6	5.7	2	1.9	0	0.0	8	7.5
Tercer grado	2	1.9	0	0.0	0	0.0	2	1.9
Cuarto grado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=16.20 \quad P<0.05$$

La tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.20$) muestra que el desgarro de partes blandas grado y la anemia postparto presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 59.4% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve presentaron desgarro de partes blandas de primer grado, el 5.7% de las mujeres presentaron desgarro de partes blandas de segundo grado, el 1.9% de mujeres presento desgarros de partes blandas de tercer grado , ninguna presento desgarro de cuarto grado. El 10.2% de mujeres no presentaron desgarros de partes blandas.

Tabla 16

**RELACIÓN ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO Y LA ANEMIA
POSTPARTO INMEDIATO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ DE ENERO A MARZO 2017**

Peso del recién nacido	Anemia Post-parto						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
<2500 gr	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
2500-3999 gr	94	88.7	3	2.8	0	0.0	97	91.5
4000 a más gr	8	7.5	0	0.0	0	0.0	8	7.5
TOTAL	103	97.2	3	2.8	0	0.0	106	100

Fuente: Matriz de sistematización

$$X^2=0.29 \quad P>0.05$$

La tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.29$) muestra que el peso del recién nacido y la anemia postparto no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 0.9 % de los bebés de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia post parto leve pesaron < de 2500 gramos, el 88.7% de los bebés pesaron entre 2500-3999 gramos y el 7.5% de los bebés peso mas de 4000 gramos .



IV. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el presente trabajo, se evaluó los factores obstétricos anteparto e intraparto en 106 mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa; al ser un estudio documental se tuvo acceso a las historias clínicas donde pudimos apreciar un inadecuado llenado de las mismas, teniendo un llenado con letra ilegible, historias clínicas incompletas uso abundante de corrector. Se tuvo problemas al ubicar las historias clínicas por lo que se tuvo que acceder al Sistema Informático Perinatal; respecto a los factores anteparto: el 12.3% presentó macrosomía fetal, cabe destacar que a pesar de que el 90.6% de las pacientes que recibieron la suplementación hubo un 5.7% que no consumió el suplemento, el 84.9% tuvieron un consumo mínimo, el 9.4% tuvo un consumo parcial mientras que ninguna paciente consumió el total de tabletas de sulfato ferroso, el 92.5% tienen entre 2- 3 hijos, el 73.6% tuvieron más de 6 controles prenatales, el 72.6% recibieron orientación nutricional y el 28.3% presentó anemia anteparto leve. En cuanto a los factores intraparto: la pérdida sanguínea que prevaleció fue de 100-200 cc, solo el 14.2% presentó trabajo de parto prolongado, el 8.5% tuvo un expulsivo precipitado, al 26.4% se le realizó episiotomía, 1.9% tuvo alumbramiento incompleto, 68.9% tuvo desgarro de partes blandas prevaleciendo el desgarro de primer grado con un 59.4% y el peso del recién nacido en un 91.5% estuvo entre 2500-3999 gramos.

Estos resultados son similares a los encontrados por Orejón, F. (2016) "Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015", donde encontraron que el 10% de los recién nacidos presentaron macrosomía fetal, el 14.5% tuvo trabajo de parto prolongado, 10.9% tuvo expulsivo precipitado, pero difieren en la práctica de la episiotomía 82.7%, desgarro de partes blandas con un 30.9% y alumbramiento incompleto con 7.2%.

En otro estudio realizado por Atunca, D. (2011): "Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Noviembre- Diciembre 2010" Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú 2011, donde encontró que el 79.2% presentó desgarro perineal en nuestro

trabajo de las pacientes evaluadas se encontró un 59.4% de desgarro perineal de primer grado.

Respecto a la otra variable anemia postparto inmediato, 97.2% de las mujeres atendidas presentó anemia leve, este resultado es diferente al encontrado por Orejón, F. (2016) donde se encontró que el 68.2% de las mujeres presentó anemia leve.

Según BARBA, F (2007) “Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas “respecto a la variable de suplementación de hierro, se encontró que el 95% de gestantes tuvo una suplementación de hierro inadecuada y un 85% tuvo controles prenatales inadecuados. En comparación con nuestro presente trabajo encontramos que un 90.6% si recibieron suplementación de hierro y un 73.6% tuvieron de 6 controles a más.

En cuanto FERNANDEZ, A. (2013) “Factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas del hospital La Paz primer trimestre del 2013. La Paz – Bolivia” donde prevaleció el nivel de estudios con un 80% que en comparación con nuestro trabajo el 65.1% tuvo estudios secundarios; la paridad fue de un 90% con 3 hijos y en nuestro trabajo un 92.5 % tuvieron entre 2 a 3 hijos. Estas variables inciden directamente en el embarazo.

En el presente trabajo se realizó la relación estadística de los 6 factores obstétricos anteparto y los 7 factores obstétricos intraparto, de los cuales la pérdida sanguínea y el desgarro de partes blandas se relacionan con la anemia, así el 86.8% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz con anemia postparto leve tuvieron una pérdida sanguínea postparto de 100-200cc. Asimismo, se observa que el 59.4% de las mujeres atendidas con anemia postparto leve presentaron desgarro de partes blandas de primer grado el 5.7% de las mujeres presentaron desgarro de partes blandas de segundo grado, el 1.9% de mujeres presento desgarros de partes blandas de tercer grado y ninguna presento desgarro de cuarto grado.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores obstétricos anteparto; el 87.7% no presentó macrosomía fetal, el 90.6% de las mujeres atendidas recibieron suplemento de hierro, el 92.5% refirió tener entre 2-3 hijos, el 73.6% tuvo más de 6 controles, el 72.6% de mujeres atendidas recibieron orientación nutricional, el 66% presentó hemoglobina normal. Respecto a los factores obstétricos intraparto el 86.8% de las mujeres tuvo pérdida de sangre entre 100-200cc, el 85.8% no tuvo trabajo de parto prolongado, el 91.5% no presentó expulsivo precipitado, el 73.3% no se le realizó episiotomía, el 98.1% no tuvo alumbramiento incompleto, el 59.4% presentó desgarro de partes blandas de primer grado.

SEGUNDA: El 97.2% de las mujeres atendidas presentó anemia leve postparto, 2.8% anemia moderada y ninguna mujer presentó anemia severa.

TERCERA: Se encontró relación estadística significativa entre el factor intraparto: pérdida sanguínea con anemia leve post-parto con un chi cuadrado de ($X^2=34.85$) y desgarros de partes blandas con anemia leve post-parto con un chi cuadrado de ($X^2=16.20$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las obstetras del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, controlar el cumplimiento de la dosis completa del sulfato ferroso. Promocionar un adecuado control prenatal en el área de consejería para prevenir anemia y hacer el seguimiento respectivo en el cumplimiento de las dosis de sulfato ferroso.
2. En cuanto a los desgarros de partes blandas examinar adecuadamente la dilatación de la paciente antes de pasar a la sala de partos, evaluar la distensión del periné y aplicar una correcta técnica de la protección.
3. Se recomienda a los estudiantes universitarios de obstetricia o carreras afines, realizar estudio sobre el control y cumplimiento de la administración de sulfato ferroso e investigar los motivos porque la paciente no cumple.
4. A las pacientes que acuden a los Centros de Salud, participar en los programas de prevención de anemia para que tengan conocimiento sobre la importancia del consumo del sulfato ferroso en la prevención de anemia.
5. Se recomienda realizar un trabajo de investigación para evidenciar la pérdida de sangre en el parto en forma objetiva, ya que en la actualidad se realiza subjetivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez S. Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco - provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013 Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
2. Faúndez A. Control Prenatal. Obstetricia, editor. Chile: Universidad Católica de Chile; 1992.
3. Fernández A. Factores de riesgo asociado con la anemia en embarazadas del Hospital la Paz Primer Trimestre del 2013. La Paz – Bolivia 2013. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2013.
4. Orejón F. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Lima - Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016.
5. Atunca D. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010 Lima- Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011.
6. Vela S. Trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonia uterina y hemorragia postparto en púerperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre 2015. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.

HEMEROGRAFÍA

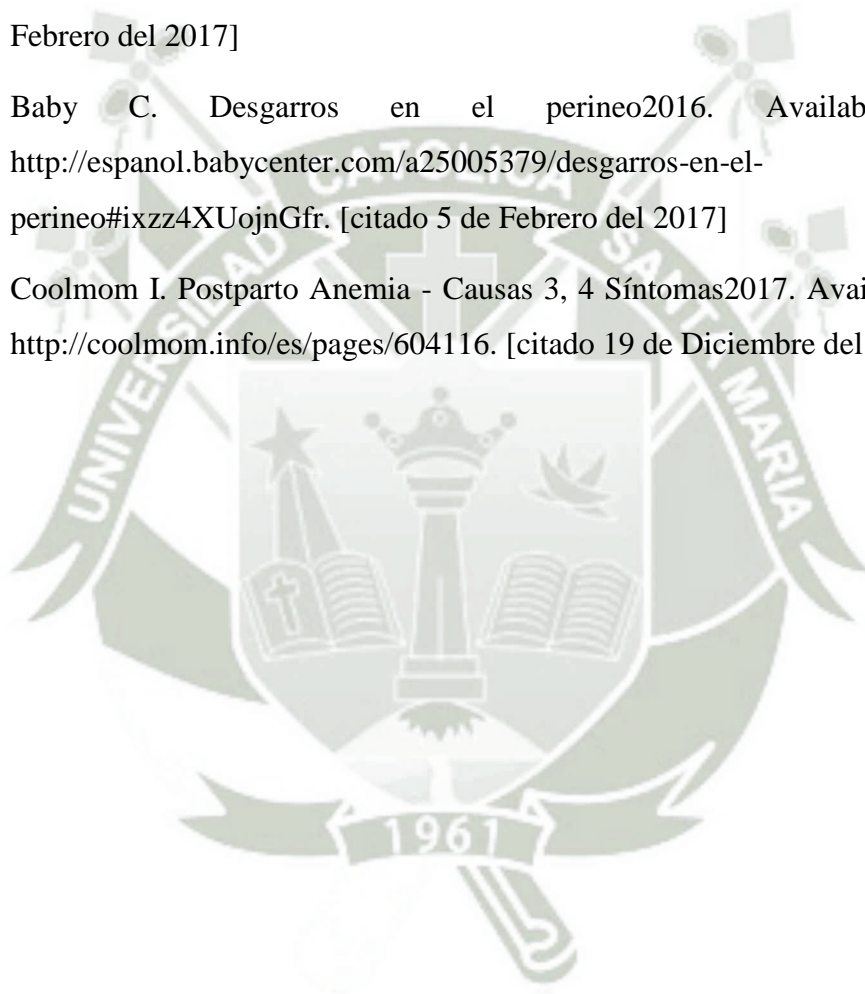
7. MINSA. Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2013 30(2).
8. Barba F. Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007;9(4):170-5.

INFOGRAFÍA

9. González N. Anemia y puerperio. 2012. Available from: <https://es.scribd.com/doc/157319397/Anemia-Postparto#..> [citado 18 de Diciembre del 2016]
10. Rivero Mea. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2005 [Internet]. 20105. Available from: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf. [citado 20 de Marzo del 2017]
11. OMS. Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas 2008. Available from: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/. [citado 18 de Diciembre del 2016]
12. Córdova M. Riesgo reproductivo y obstétrico 2013. Available from: <http://es.slideshare.net/KarenGSanchez/riesgo-reproductivo-y-obstetrico>. [citado 24 de enero del 2017]
13. MINSA. Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011 2012. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2011/Prevalencia%20de%20anemia%20en%20gestantes%20v%201_0_1.pdf.

14. Embarazada.com. ¿Qué es la macrosomía fetal y cuáles son las causas?2016. Available from: <http://www.embarazada.com/articulo/que-es-la-macrosomia-fetal-y-cuales-son-las-causas>. [citado 24 de Enero del 2017]
15. La preeclampsia en el embarazo: Causas y prevención de la preeclampsia durante la gestación2015. Available from: <https://www.guiainfantil.com/1632/que-es-la-preeclampsia-en-el-embarazo.html>. [citado el 28 de Enero del 2017]
16. MINSA. Directiva Sanitaria para la Prevencion y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puerperas2016. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/3%20Tratam%20y%20Prev%20Anemia%20Suplem-MN.pdf>. [citado el 18 de Diciembre del 2016]
17. MINSA. Control de embarazo2016. Available from: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7. 20 de [citado el 1 de Marzo del 2017]
18. MINSA. Consejería nutricional. EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL [Internet]. 2010. Available from: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Consejeria.nutricional.pdf>. [citado 20 de Marzo del 2017]
19. Medline P. Manejo del dolor durante el parto2016. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000587.htm>. [citado 24 de Enero del 2017]
20. MSPE. Prevención, diagnostico y tratamiento de la hemorragia pos parto20132. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>. [citado 20 de Marzo del 2017]
21. Moldenhauer J. Trabajo de parto prolongado2016. Available from: <http://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-prolongado>. [citado 3 de Febrero del 2017]

22. Rovati L. Parto: la episiotomía2016. Available from: <https://www.bebesymas.com/postparto/parto-la-episiotomia>. [citado 3 de Febrero del 2017]
23. Socarrás N. Alumbramiento y posalumbramiento patológico2009. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-11--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.10.11>. [citado 3 de Febrero del 2017]
24. Baby C. Desgarros en el perineo2016. Available from: <http://espanol.babycenter.com/a25005379/desgarros-en-el-perineo#ixzz4XUojnGfr>. [citado 5 de Febrero del 2017]
25. Coolmom I. Postparto Anemia - Causas 3, 4 Síntomas2017. Available from: <http://coolmom.info/es/pages/604116>. [citado 19 de Diciembre del 2016]



ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. FACTORES OBSTÉTRICOS Y ANEMIA POSPARTO INMEDIATO

I. DATOS GENERALES

- a. Hcl.....
- b. Edad (años):.....
- c. Estado civil:
- Soltera (.....)
 - Casada (.....)
 - Conviviente (.....)
- d. Grado de instrucción:
- Analfabeta (.....)
 - Primaria (.....)
 - Secundaria (.....)
 - Superior (.....)
- e. Ocupación:
- Ama de casa (.....)
 - Empleada u obrera (.....)
 - Estudiante (.....)
 - Independiente (.....)
- f. Lugar de procedencia
-

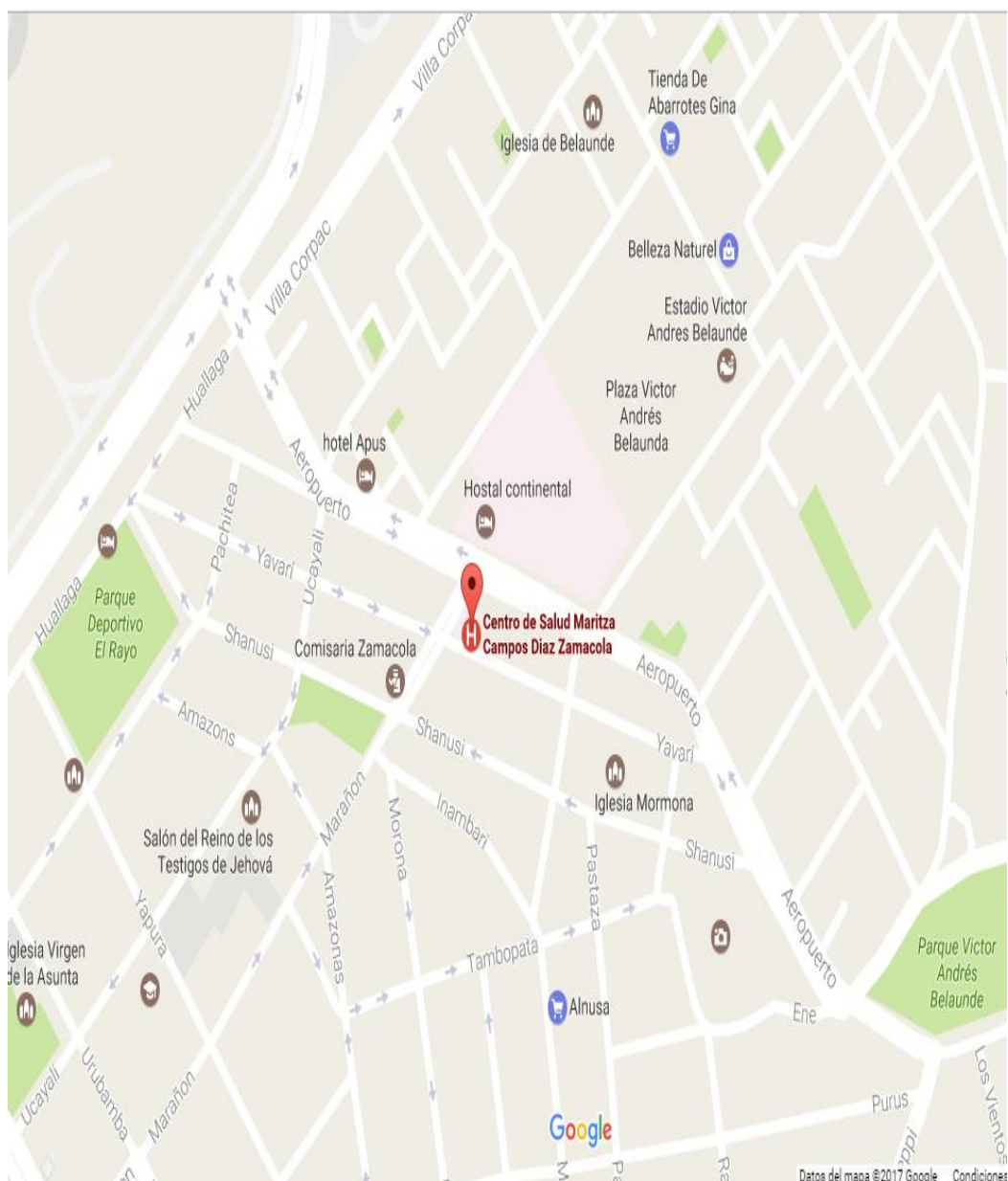
II. FACTORES OBSTETRICOS

	ITEM	SI	NO
ANTEPARTO	1. Macrosomía fetal		
	2. Suplemento de hierro	Presenta Cantidad ingerida:	No presenta
	3. Paridad	Nro. hijos:	
	4. Controles Prenatales	Completa Incompleta	
	5. Orientación y Consejería Nutricional		
INTRAPARTO	6. Perdida Sanguínea Post- parto	Cantidad:	
	7. Trabajo de parto prolongado		
	8. Expulsivo Precipitado		
	9. Episiotomía		
	10. Alumbramiento incompleto		
	11. Desgarro de partes blandas		
	12. Peso del recién nacido		

III: ANEMIA

VALOR DE HEMOGLOBINA	VALORACION DE ANEMIA		
	LEVE	MODERADA	SEVERA
ANTE PARTO			
POST PARTO			

ANEXO 2: DELIMITACION DEL LUGAR



ANEXO N° 03: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

I6COD	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I12COD	Anemia Anteparto	antepartoCOD	Anemia Postparto	Post partoCOD
100-200	No	No	No	No	No	320	<1 kilo	11	Normal	12	Leve
100-200	Si	No	No	No	Si	2910	3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	No	3450	> de 3 kilos	11	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	Si	3610	> de 3 kilos	13	Normal	9	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3680	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	4170	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3570	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3080	> de 3 kilos	12	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3150	> de 3 kilos	15	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	4050	> de 3 kilos	11	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	4120	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
300-400	Si	No	No	No	Si	4190	> de 3 kilos	13	Normal	10	Leve
100-200	Si	No	No	No	No	4100	> de 3 kilos	11	Normal	10	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3090	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3550	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3750	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	No	3450	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	Si	No	No	No	Si	3590	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve
100-200	Si	No	No	No	Si	2800	3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3250	> de 3 kilos	15	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3740	> de 3 kilos	14	Normal	10	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3570	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3500	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3620	> de 3 kilos	13	Normal	10	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3000	3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3470	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3560	> de 3 kilos	12	Normal	9	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3430	> de 3 kilos	14	Normal	10	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3460	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3280	> de 3 kilos	13	Normal	10	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3060	> de 3 kilos	13	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3370	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3700	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3440	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3040	> de 3 kilos	11	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	4170	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3235	> de 3 kilos	15	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3100	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve

I6COD	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I12COD	Anemia Anteparto	antepartoCOD	Anemia Postparto	Post partoCOD
100-200	No	No	No	No	Si	3550	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3300	> de 3 kilos	16	Normal	12	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3490	> de 3 kilos	11	Normal	9	Leve
100-200	No	No	No	No	No	3050	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3720	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
300-400	No	No	Si	Si	No	3360	> de 3 kilos	12	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3050	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	2930	3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3150	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3320	> de 3 kilos	11	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3180	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve
100-200	No	No	Si	No	Si	3340	> de 3 kilos	13	Normal	9	Leve
100-200	No	Si	No	No	Si	2600	3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	Si	Si	No	Si	3300	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3750	> de 3 kilos	12	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3460	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3820	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
300-400	No	No	No	No	No	3430	> de 3 kilos	12	Normal	12	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3560	> de 3 kilos	11	Normal	9	Leve
300-400	No	No	Si	No	No	3690	> de 3 kilos	15	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3710	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	2600	3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3700	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3820	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	4170	> de 3 kilos	13	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3010	> de 3 kilos	14	Normal	8	Moderada
100-200	No	No	Si	No	Si	3500	> de 3 kilos	13	Normal	10	Moderada
100-200	No	No	No	No	Si	2840	3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	Si	Si	Si	No	No	3350	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3570	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3530	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	Si	No	No	No	No	3200	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	4210	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3790	> de 3 kilos	11	Normal	11	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3280	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3620	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	Si	No	No	Si	4080	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	2760	3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3400	> de 3 kilos	14	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3670	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve

I6COD	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I12COD	Anemia Anteparto	antepartoCOD	Anemia Postparto	Post partoCOD
100-200	No	Si	Si	No	No	3280	> de 3 kilos	15	Normal	12	Leve
500-700	No	No	No	Si	Si	4270	> de 3 kilos	13	Normal	8	Moderada
100-200	No	No	No	No	Si	3930	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	Si	No	No	No	Si	4000	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3360	> de 3 kilos	15	Normal	9	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3360	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3750	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3290	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3370	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3190	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
300-400	Si	No	Si	No	No	3260	> de 3 kilos	14	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3325	> de 3 kilos	15	Normal	12	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	3450	> de 3 kilos	12	Normal	10	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3630	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	Si	No	No	No	4090	> de 3 kilos	14	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3775	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3820	> de 3 kilos	11	Normal	10	Leve
100-200	No	Si	No	No	Si	3450	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	No	Si	No	No	No	3300	> de 3 kilos	12	Normal	11	Leve
100-200	Si	No	Si	No	No	3900	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve
100-200	No	Si	No	No	Si	3450	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3350	> de 3 kilos	14	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3190	> de 3 kilos	11	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3660	> de 3 kilos	11	Normal	11	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3780	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
100-200	No	No	No	No	Si	3620	> de 3 kilos	13	Normal	12	Leve
300-400	No	No	No	No	Si	4180	> de 3 kilos	15	Normal	11	Leve
100-200	No	No	Si	No	No	3140	> de 3 kilos	13	Normal	11	Leve