

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**“FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO
INMEDIATO EN PRIMÍPARAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA
DE PUERTO MALDONADO, 2016”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Yoselyn Karen Loma Vildoso

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**TACNA - PERÚ
2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO
INMEDIATO EN PRIMÍPARAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2016

TESIS

Presentada por:

BACH. YOSELYN KAREN LOMA VILDOSO

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez

Presidente



Dra. Leandra Larca Ramos

Miembro



Lic. Vladislava Vigil Davalos

Secretaria



Dr. Luis Choque Mamani

Asesor

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar mis pasos, por ser la luz espiritual que me dio la bendición de llegar a ser profesional.

Al Dr. LUIS CHOQUE MAMANI, con afecto y especial consideración mi eterna gratitud por su dedicación, valiosa ayuda profesional y acertado asesoramiento para la culminación del presente trabajo de investigación.

DEDICATORIA

Con inmenso amor y eterna gratitud a mis padres: Rolando y Marisol, por su amor, cariño, comprensión, fuerza y abnegado esfuerzo indispensable para la culminación de mi carrera profesional, que Dios los bendiga y les de salud.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Objetivos.....	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Importancia del problema y justificación.....	10
1.5. Hipótesis.....	10

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	11
2.2. Marco teórico.....	18
2.2.1. Anemia.....	18
2.2.2. Etiología.....	19
2.2.3. Fisiología.....	20
2.2.4. Valores de la anemia.....	21
2.2.5. Factores predisponentes.....	21
2.2.6. Detección de anemia.....	22
2.2.7. Requerimiento de hierro	24
2.2.8. Factores asociados.....	26
2.2.8.1. Factores asociados.....	26
a) Edad.....	26
b) Estado civil.....	26
c) Grado de instrucción.....	27
d) Ocupación.....	27
2.2.8.2. Factores asociados.....	27
a) Pre eclampsia.....	27
b) Macrosomía fetal.....	29
c) Trabajo de parto prolongado.....	29

d) Episiotomía.....	30
e) Expulsivo precipitado.....	32
f) Desgarro perineal.....	32
g) Alumbramiento incompleto.....	34
h) Desgarro de cuello uterino.....	34
2.3. Marco conceptual.....	35
a) Puerperio.....	35
b) Episiotomía.....	35
c) Primípara.....	35
d) anemia post parto inmediato.....	35
e) Paridad.....	36
f) Hematocrito post parto.....	36
g) Anemia.....	36
h) Alumbramiento dirigido.....	36

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	38
3.2. Población y ámbito de estudio.....	39
3.3. Variables de estudio.....	41
3.3.1. Variable independiente.....	41

3.3.2. Variable dependiente.....	41
3.3.3. Operacionalización de variables.....	42
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	44
3.4.1. Instrumentos.....	44
3.4.2. Técnicas y métodos de recolección de datos.....	44
3.4.3. Procesamiento de datos.....	45

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	101
ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según la edad de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	48
Tabla 2: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según estado civil de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	50
Tabla 3: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según ocupación de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	52
Tabla 4: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según grado de instrucción de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	54

Tabla 5:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según pre eclampsia de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	56
Tabla 6:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según macrosomía fetal de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	58
Tabla 7:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según trabajo de parto prolongado de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	60
Tabla 8:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según episiotomía de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	62

Tabla 9:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según expulsivo precipitado de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	64
Tabla 10:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según desgarro perineal de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	66
Tabla 11:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato Según alumbramiento incompleto de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	68
Tabla 12:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato Según desgarro de cuello uterino de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	70

Tabla 13:	Grado de Anemia de las primíparas durante el posparto inmediato atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016	72
Tabla 14:	Relación entre preeclamsia y la anemia postparto en primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016	74
Tabla 15:	Relación entre macrosomía fetal y la anemia postparto en primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	76
Tabla 16:	Relación entre trabajo de parto prolongado y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	78
Tabla 17:	Relación entre episiotomía y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	80

Tabla 18:	Relación entre expulsivo precipitado y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	82
Tabla 19:	Relación entre desgarro perinatal y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	84
Tabla 20:	Relación entre alumbramiento incompleto y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	86
Tabla 21:	Relación entre desgarro de cuello uterino y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según la edad de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	49
Gráfico 2: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según estado civil de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	51
Gráfico 3: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según ocupación de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	53
Gráfico 4: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según grado de instrucción	55

de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.

- Gráfico 5: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato Según pre eclampsia de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016. 57
- Gráfico 6: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según macrosomía fetal de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016. 59
- Gráfico 7: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según trabajo de parto prolongado de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016. 61
- Gráfico 8: Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según episiotomía 63

primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa –
Puerto Maldonado 2016.

Gráfico 9: Factores obstétricos asociados a la anemia 65
postparto inmediato según expulsivo precipitado
primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa –
Puerto Maldonado 2016.

Gráfico 10: Factores obstétricos asociados a la anemia 67
postparto inmediato según desgarro perineal de
las primíparas atendidas en el Hospital Santa
Rosa – Puerto Maldonado 2016. Según desgarro
perineal.

Gráfico 11: Factores obstétricos asociados a la anemia 69
postparto inmediato según alumbramiento
incompleto de las primíparas atendidas en el
Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.

Gráfico 12:	Factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato según desgarro de cuello uterino de las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	71
Gráfico 13:	Grado de Anemia de las primíparas durante el postparto inmediato atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016	73
Gráfico 14:	Relación entre preeclamsia y la anemia postparto en primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado	75
Gráfico 15:	Relación entre macrosomía fetal y la anemia postparto en primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	77
Gráfico 16:	Relación entre trabajo de parto prolongado y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	79

Gráfico 17:	Relación entre episiotomía y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	81
Gráfico 18:	Relación entre expulsivo precipitado y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	83
Gráfico 19:	Relación entre desgarro perinatal y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	84
Gráfico 20:	Relación entre alumbramiento incompleto y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	85
Gráfico 21:	Relación entre desgarro de cuello uterino y la anemia a pacientes primíparas atendida en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016.	87

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar los factores obstétricos asociados a la anemia post parto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016; se realizó una investigación no experimental, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

La muestra estuvo constituida por 280 primíparas que presentaron anemia en el post parto inmediato atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016. **Resultados:** Los principales factores obstétricos en primíparas con anemia en el post parto inmediato encontrados en este estudio fueron: episiotomía (86.8%), siendo la complicación obstétrica más frecuente, macrosomía fetal (6,4%), desgarro perineal (6,1%), pre eclampsia (5,7%), trabajo de parto prolongado (5,4%), expulsivo precipitado (4,3%), alumbramiento incompleto (3,6%) ;La anemia no se relacionó con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con los factores obstétricos que fueron: macrosomía fetal y desgarro de cuello uterino encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$).

Palabras clave: anemia, primípara, factores obstétricos.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the obstetric factors associated with immediate postpartum anemia in primiparous women at Santa Rosa Hospital in Puerto Maldonado, 2016; a non-experimental, descriptive, retrospective and cross-sectional investigation was carried out.

The sample consisted of 280 primiparous women who presented anemia in the immediate postpartum attended at the Santa Rosa hospital in Puerto Maldonado, 2016. **Results:** The main obstetric factors in primiparous women with immediate postpartum anemia found in this study were: episiotomy (86.8%), being the most frequent obstetric complication, fetal macrosomia (6.4%), perineal tear (6.1%), preeclampsia (5.7%), prolonged labor (5.4%), expulsive precipitate (4.3%), incomplete delivery (3.6%); anemia was not associated with any of the sociodemographic characteristics. ($P > 0.05$); but there is a relationship with the obstetric factors that were: fetal macrosomía and tearing of the cervix, finding a significant difference ($P = 0.000$).

Keywords: anemia, primiparous, obstetric factor.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se estudió los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2016, con el cual se espera determinar cuáles son los factores obstétricos más frecuentes en este grupo de estudio, en general la salud de la mujer en el posparto ha sido poco estudiada y se le ha prestado poca atención, tanto por parte del personal de salud capacitado y las mujeres. La anemia posparto ha sido tan olvidada como el resto de las complicaciones posparto, la sociedad española de obstetricia también reconoce que la anemia en el periodo posparto es una situación frecuente y probablemente mal atendida en muchos casos. ¹

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define anemia como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl ⁴

Según VMNIS la anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población., el grupo de

población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas ³

En el Perú las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos ². Los departamentos de Moquegua, Tacna y Madre de Dios son los departamentos que presentan números de casos menores de muerte materna a nivel nacional ².

Es necesaria esta investigación para poder realizar estrategias de intervención en la atención de la mujer y así disminuir la morbi-mortalidad perinatal - materna.

El presente estudio pretende dar a conocer los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas para mejor comprensión se detalla a continuación los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se describe el problema, la formulación de la misma, se conoce las preguntas de investigación, la tesis tiene por objetivo determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto

inmediato en primíparas en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016.

En el Capítulo II se aborda los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados con los factores obstétricos, donde se encuentra además la definición de términos.

En el Capítulo III se aborda la metodología de la investigación, la investigación planteada es de tipo descriptiva, relacional, diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 245 puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión.

En el Capítulo IV se ofrece los resultados y discusión, por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema:

La anemia es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, la tasa de prevalencia en países desarrollados es de 23% y 52% en países en vías de desarrollo, es una de las patologías más frecuentes que pueden presentarse con el embarazo o ser producida por éste, y producir complicaciones tanto para la madre como para su hijo. ⁵

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo y de presentación frecuente en el posparto, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, unido a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común

es la ferropenia, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.⁶

En los países pobres, la anemia posparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna.⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento del parto están entre 500.000 – 600.000 muertes anuales. La mayoría de estas muertes (80%) son el resultado de las patologías en el tercer período del parto (puerperio inmediato) en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas posparto y el (20%) se encuentran agravadas por enfermedades que complican la gestación.⁸

Estudios recientes realizados en Perú, aseguran que la carencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 no solo afecta al peso

del bebé al nacer y al estado inmunológico materno, sino que aumenta el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto.^{9,10}

Según el Ministerio de Salud (MINSA), el 28% de las mujeres gestantes en el Perú tiene problemas de anemia, encontrándose la mayor incidencia en las regiones de la zona central, debido a los bajos niveles de hemoglobina por la deficiencia en el consumo de hierro. Asimismo, se observa un leve incremento de los niveles promedio de hemoglobina conforme aumenta el rango de edad materna y un menor nivel del promedio de acuerdo a los trimestres de gestación, y los niveles en gestantes que viven a menos de 1000 m de altitud es mayor que aquellas que residen a más de 3500 m de altitud.⁸

En el Perú la prevalencia de anemia durante el embarazo fue para anemia leve 40,5%; moderada 11,7% y grave 1,2%. En donde los departamentos de la sierra son los que tienen mayor prevalencia de anemia, ocupando Huancavelica el primer lugar con 53,6% a nivel general, seguido por Puno con el 51,0%, luego Ayacucho con 46,2% y Apurímac, 40,8%.

La anemia posparto está asociada a los siguientes factores obstétricos: la anemia prenatal, hemorragia posparto, desgarros, episiotomía, retención de membranas.

Lo expuesto, me ha motivado para realizar la presente investigación, ya que los resultados nos permitirán desarrollar una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes primíparas en el hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016?

- b) ¿Cuáles son los factores obstétricos anteparto más frecuentes asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016?

- c) ¿Cuáles son los factores obstétricos intraparto más frecuentes asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016?

- d) ¿Cuál es el grado de anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar las características sociodemográficas de las gestantes primíparas en el hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016

- b) Identificar los factores obstétricos anteparto más frecuentes asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016

- c) Identificar los factores obstétricos intraparto más frecuentes asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016

- d) Determinar el grado de anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016

1.4. Importancia del problema y justificación de la investigación

La anemia es uno de los problemas de deficiencia nutricional más frecuente que afecta a las puérperas ya que su presencia afecta tanto a la madre como al recién nacido. Es original ya que en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado no se tienen estudios actualizados acerca de los factores obstétricos asociados a la anemia en las puérperas inmediatas durante 2016.

Los resultados que se obtengan de dicha investigación, nos permitirán tener datos más actualizados esto servirá para posteriores investigaciones las cuales deberán ser más profundas. Así contribuiremos a que las mujeres comiencen su embarazo con condiciones nutricionales óptimas ya que se reduce el riesgo de presentar anemia durante el puerperio y sus complicaciones.

1.5. Hipótesis:

Existen factores obstétricos asociados significativamente a la anemia posparto inmediato en las primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

- **A NIVEL INTERNACIONAL:**

URQUIZO X. (2016)

En su estudio titulado **Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Realizado** Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España (2015).

Es un estudio prospectivo, observacional y longitudinal que incluyó a 1.426 mujeres. La prevalencia de anemia en el posparto inmediato fue del 49,7%. Los factores de riesgo más importantes fueron la anemia preparto y el tipo de parto. Con el fórceps hubo un 82,3% de anemia posparto, con el vacuum un 67%, con la cesárea un 58,2% y con el parto eutócico un 37,2%. En el estudio multivariado se encontraron como factores de riesgo independientes más importantes: la hemoglobina el día del parto y el parto instrumentado.

ÁLVAREZ E. (2015)

En su estudio titulado **Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles.**

Realizado en el Complejo Hospitalario de Ourense – España, entre el 1 enero de 2004 y el 30 de junio de 2014, (2015). Trabajo epidemiológico, observacional, analítico, de casos y controles, en donde seleccionaron 150 pacientes con diagnóstico de hemorragia posparto, encontrando que la incidencia de hemorragia posparto severa fue de 3.3% que alcanzo 36 % del total de hemorragias puerperales. Más del 79 % de las hemorragias posparto severas se inician en las primeras 24 horas posparto. ¹²

TITE M. (2013)

En el estudio de tesis titulado **Factores asociados a anemia posparto en pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo,** realizado en la ciudad de Ambato – Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2012 (2013) Trabajo retrospectivo, descriptivo, transversal, encontró que el 68 % de las mujeres estudiadas presentó algún grado de anemia posparto. Sin embargo, a pesar de

este resultado solo el 21% de mujeres con anemia posparto recibió prescripción de hierro en el posparto. Acerca de los antecedentes durante el embarazo, solo el 4% presentó infecciones urinarias o genitales durante el embarazo, sobre la paridad de las pacientes el 45 % fueron primíparas, sobre la presión arterial al ingreso más del 90% presentó presión arterial sistólica y diastólicas adecuadas, sobre el índice de masa corporal más del 50% de las pacientes presentaron sobrepeso u obesidad.¹³

CASA J. (2012)

En el estudio **índice de anemia posparto, en pacientes de 16 a 35 años atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital provincial docente ambato**, en el período de 01 de enero al 31 de marzo del 2012. Ecuador (2012).

En el período de enero a marzo del 2012, en el cual fue realizada la investigación el total de partos fue de 650 de los cuales 200 casos presentaron anemia posparto. El 67% desarrollaron anemia leve, que fue producida en el 50% por atonía uterina, La anemia posparto se presentó en mayor porcentaje en edades

comprendidas entre 16 a 21, primíparas, mestizas, agricultoras, con un nivel socio económico medio, y con una instrucción primaria.¹⁴

CASTILLA Y ASOCIADOS (2014)

En el estudio titulado **¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto?** realizado en Jaén – España 2014, Trabajo de estudio descriptivo, de corte transversal, donde los resultados fueron aplicados a un modelo asociativo del que se concluye que las cesáreas y los partos instrumentales presentan niveles de hemoglobina menores que los partos eutócicos; la ferroterapia durante el embarazo consigue mayores niveles de hemoglobina en el posparto y las hemorragias severas o moderadas también disminuyen los niveles de hemoglobina. Las principales medidas profilácticas del descenso anormal de hemoglobina en el posparto son el adecuado tratamiento y profilaxis (mediante ferroterapia) de la anemia en el tercer trimestre de embarazo, y la prevención y terapia de los sangrados durante el parto y el puerperio inmediato.¹⁸

- **A NIVEL NACIONAL:**

PAUCARPURA O. (2015),

En la tesis titulada **Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal** septiembre - noviembre LIMA. 2015 trabajo de 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. 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 puérperas (OR 2,10, IC 95% 1,58, 3.56), la práctica de episiotomía ($p=0.033$) con 83% de puérperas (OR 1,75, IC 95% 1,06, 1.89) y los desgarros en partes blandas ($p=0.003$) en donde el 31% de puérperas presento este factor. ¹⁵

TORRES P, CAHUANA D. (2013)

Tesis titulada **“incidencia y factores asociados a la anemia durante el puerperio inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”** julio-diciembre 2013 (Arequipa) Se realizó la revisión de 222 historias clínicas de puérperas atendidas de parto eutócico en el servicio de Obstetricia, RESULTADOS. - La anemia se presentó en un 72.52% de las puérperas inmediatas atendidas. Se observó que, de este total el 49.7% fue anemia moderada, seguido del 44.7% anemia leve. Las puérperas inmediatas con anemia moderada (49.7%). El 36.0% fueron puérperas inmediatas con anemia entre 18 y 35 años la diferencia no fue significativa entre la edad y el tipo de anemia. El 52.8% de las puérperas provienen del área urbana presentando una anemia moderada. El 39.1% de las puérperas fueron primíparas y tuvieron una anemia moderada mientras que el 2.5% de las gran multíparas tuvieron anemia leve, El 10.6% de las puérperas inmediatas con anemia tuvieron retención de membranas ovulares, de las cuales el 4.3% de puérperas desarrollaron una anemia severa, observándose una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre la retención de membranas ovulares y la anemia.¹⁶ CONCLUSION.-La incidencia de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza-Arequipa julio-diciembre del año 2013 fue el 72%, prevaleciendo la anemia moderada en un 50%. Los factores asociados con la anemia durante el puerperio inmediato, fueron la paridad y la retención de membranas ovulares. Se observó que el 39% de las puérperas inmediatas con anemia fueron primíparas de las cuales el 24% desarrollaron una anemia moderada. La retención de membranas ovulares fue del 10% del total de las puérperas inmediatas con anemia de las cuales el 4% desarrolló anemia severa y el 89% de las puérperas no tuvieron retención de membranas ovulares.¹⁶

- **NIVEL LOCAL**

No se encontraron trabajos de investigación realizados respecto a anemia en el post parto.

2.2. Marco Teórico:

2.2.1. Anemia:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia durante el embarazo como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y bajo 10,5 g/dl en el segundo trimestre.¹⁷

Durante el embarazo, hay un aumento del 40–50% en el volumen plasmático, el cual alcanza su máximo en la semana 32 de la gestación. Esto se acompaña de un aumento similar en el gasto cardiaco. También se produce un aumento en el suministro de oxígeno al útero, aumentan la capacidad excretora de los riñones, ayudan a disipar el calor producido por el índice metabólico elevado durante el embarazo, protegen al feto frente a una mala perfusión placentaria, debido a una compresión Aorto-Cava por el útero grávido. La masa de glóbulos rojos de la madre aumenta en un 18–25% durante el embarazo. Esto ocurre más lentamente que el aumento en el volumen plasmático. La discrepancia entre la tasa de aumento del volumen plasmático y la masa de glóbulos rojos resulta en

una reducción fisiológica de la concentración de hemoglobina durante el embarazo. Una hemoglobina normal o elevada durante el embarazo puede ser un signo de pre eclampsia en la cual el volumen plasmático está reducido.²³

2.2.2. Etiología:

La anemia es una disminución de la cantidad de eritrocitos, del Hto o del contenido de Hb.

La masa eritrocítica representa el equilibrio entre su producción y destrucción o pérdida de eritrocitos. Por consiguiente, la anemia puede deberse a 1 o más de 3 mecanismos básicos:

- Pérdida de sangre
- Eritropoyesis deficiente
- Hemólisis excesiva (destrucción de los eritrocitos)

La hemorragia puede ser aguda o crónica. La anemia no aparece sino hasta varias horas después de la hemorragia aguda intensa, cuando el líquido intersticial difunde hacia el espacio intravascular y diluye la masa eritrocítica restante. Sin embargo, durante las primeras horas, pueden aumentar los

niveles de granulocitos polimorfonucleares, plaquetas, y en la hemorragia profusa, pueden aparecer leucocitos inmaduros y normoblastos. La hemorragia crónica provoca anemia si la pérdida es más rápida que la reposición o, con mayor frecuencia, si la eritropoyesis acelerada agota los depósitos de hierro del cuerpo.

La eritropoyesis deficiente reconoce innumerables causas. La suspensión completa de la eritropoyesis determina una declinación de eritrocitos de alrededor del 7-10%/semana (1%/día). La alteración de la eritropoyesis, aunque no sea suficiente para reducir la cantidad de eritrocitos, suele causar alteraciones de su tamaño y forma.²¹

2.2.3. Fisiología:

Se denomina anemia cuando la masa de eritrocitos circulantes es insuficiente para mantener el adecuado transporte de oxígeno a los tejidos, causando hipoxia tisular; sin embargo, clínicamente se define como disminución de la hemoglobina útil por debajo de los niveles fisiológicos determinados para la edad, género, embarazo y residencia¹⁹

2.2.4. Valores de anemia:

a) Anemia leve:

Hemoglobina 10.1 a 10.9 g/dl, Hematocrito 33 – 27%

b) Anemia moderada:

Hemoglobina 7.1 a 10g/ dl. Hematocrito 26 – 21%

c) Anemia severa:

Hemoglobina < 7g/dl, Hematocrito

2.2.5. Factores predisponentes:

- Ingesta baja de hierro en la dieta.
- Deficiencia de ácido fólico.
- Pérdida de sangre por hemorragia por hemorroides o gastrointestinal.
- El embarazo agrava o desencadena la mayoría de estas causas generales de anemia:
- Altera los procesos digestivos.
- Aumenta la cantidad de sangre circulante en el organismo (de unos cinco litros en el adulto normal a siete en la

embarazada, con lo que los glóbulos rojos se diluyen en ella).

- El feto consume parte del ácido fólico y el hierro de la madre.²⁰

2.2.6. Detección de anemia:

Es posible que tenga que hacerse varias pruebas de sangre y otros análisis o procedimientos para averiguar qué tipo de anemia tiene y qué tan grave es.

Hemograma completo

Por lo general, la primera prueba que se usa para diagnosticar la anemia es un hemograma completo, en el que se examinan diferentes partes de la sangre.

En el hemograma se determinan los niveles de la hemoglobina y el hematocrito. La hemoglobina es la proteína rica en hierro que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y que transporta el oxígeno por el cuerpo. El hematocrito es una medida del porcentaje de la sangre representado por los

glóbulos rojos. Un valor bajo de hemoglobina o de hematocrito es un signo de anemia.

El intervalo normal de estos valores podría ser más bajo en ciertas poblaciones raciales y étnicas. El médico puede explicarle los resultados de sus pruebas.

En el hemograma también se determina la cantidad de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas de la sangre. Los resultados anormales pueden ser un signo de anemia, de otro trastorno de la sangre, de una infección o de otra enfermedad.

Por último, en el hemograma se determina el volumen corpuscular medio (VCM). El VCM es una medida del tamaño promedio de los glóbulos rojos y constituye una pista de la causa de la anemia. Por ejemplo, en la anemia por deficiencia de hierro los glóbulos rojos por lo general son más pequeños de lo normal.²²

2.2.7. Requerimiento de hierro:

Los requerimientos de hierro de la madre están aumentados durante los dos últimos trimestres del embarazo debido a las demandas del feto y el aumento de la masa de glóbulos rojos materna. Hasta un 80% del requerimiento aumentado se produce en el último trimestre. El requerimiento total de hierro durante todo el embarazo es aproximadamente 1300 mg, distribuido por 300 mg para el feto, 50 mg para la placenta, 450 mg para el aumento de la masa de glóbulos rojos materna, 250 mg para las pérdidas de hierro basales de la madre, 250 mg para pérdida de sangre durante un parto vaginal normal (500 ml).

Aunque la absorción intestinal de hierro aumenta durante el embarazo, la ingesta de hierro de la dieta es incapaz de satisfacer los requerimientos de hierro aumentados. Por consiguiente, estas se satisfacen con las reservas de hierro del cuerpo. Si estas son inadecuadas, la madre desarrollará anemia si no se administran suplementos de hierro.²⁴

En el transcurso del último trimestre del embarazo, el aumento en el volumen plasmático llega a una meseta, pero

los glóbulos rojos continúan aumentando, lo que mejora el balance y aumenta ligeramente el resultado del hematocrito.

Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres inician el embarazo sin tener los suficientes depósitos de hierro que puedan cubrir el aumento en la demanda, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Si la embarazada no cuenta con una reserva natural de hierro, puede desarrollar anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropenia que es la más común de las anemias que se presentan durante el embarazo.²⁵

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

de sangre excesivas, deficiencia de hierro o combinación de ambas.²⁶

2.2.8. Factores asociados:

Para poder realizar un enfoque adecuado y ordenado respecto al estudio, detallaremos los factores asociados a la anemia en gestantes de forma más precisa.

Son las posibles causas que se atribuyen a determinada patología y de esta forma llegar a establecer una relación más directa con tal entidad

2.2.8.1. Factores sociodemográficos:

- a) **Edad:** tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.²⁷

b) Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.²⁷

c) Grado de instrucción: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.²⁸

d) Ocupación: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.²⁹

2.2.8.2 Factores obstétricos:

a) Pre eclampsia: Llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa

que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial.

Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson.

La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24

hora indica un cuadro de preeclampsia severa³⁰,

³¹.

b) Macrosomía fetal: Fetos con peso ponderado > 4,000 gr cuando sobrepasan el percentil 90. Gigantismo fetal → sobrepasa a 5,000 gr (1 por cada 250 partos)

El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto norma I en una pelvis estrecha.

En los fetos de peso excesivo no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades, sino que el mayor problema está en el parto de los hombros.³⁶

c) Trabajo de parto prolongado: Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de

alerta del partograma se desvía hacia la derecha.³⁵

Detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de dichas proteínas y/o calorías.³⁵

d) Episiotomía: Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).³⁷

Hay tres tipos de cortes:

- **Medial o vertical:** Consiste en practicar la incisión en línea recta desde la vagina hacia el ano. Este corte debe ser muy pequeño y se debe evitar llegar al ano. No suele

realizarse ya que, aunque la cicatrización y el posparto es mejor, hay más riesgo de infección y de complicaciones en el ano como desgarro del esfínter anal y del recto.

- **Lateral:** Consiste en practicar la incisión perpendicular a la dirección del ano, en horizontal. Apenas se utiliza en la actualidad.
- **Medio-lateral:** Consiste en practicar la incisión con un ángulo en la dirección del ano, pero alejado de éste. La incisión parte en dirección oblicua (45°) desde la horquilla vulvar. Interesando vagina, piel y músculo, incluida en su totalidad la fascia pubo-rectal del elevador del ano. Puede prolongarse en caso necesario. La tasa de desgarros es menor al 1%, y la cicatrización es buena aunque pueden quedar retracciones del vestíbulo y dispareunia durante unos meses.³⁸

e) Expulsivo precipitado: Es aquel que dura menos de tres horas, desde la primera contracción del parto verdadero hasta el nacimiento del niño. Como es rápido, pueden surgir complicaciones para la madre y el feto.

Complicaciones para la madre y para el feto:

1. Hipoxia fetal- si el útero no se relaja adecuadamente, el flujo sanguíneo intervilloso podría deteriorarse y causar deficiencia de oxigenación.

2. Hemorragia intracraneal- ocasionada por el paso rápido del cabeza del feto por el conducto de parto.

3. Laceraciones cervicales, vaginales y rectales en la madre³⁹

f) Desgarro perineal: Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de

estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando y se clasifica como:

- ✓ **Primer Grado:** Afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.
- ✓ **Segundo Grado:** Afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.
- ✓ **Tercer Grado:** Piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.
- ✓ **Cuarto Grado:** Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber cómo tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender,

edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo.^{32,33,34}

g) Alumbramiento incompleto: en el que existen trastornos en el desprendimiento y/o expulsión de la placenta, alteraciones en la contractilidad y/o retracción uterina, o bien, se asocian las causas citadas.⁴⁰

CLASIFICACION:

Distocias: Hipodinamia o inercia uterina, espasmo uterino, adherencia anormal de la placenta

Accidentes: Hemorragia, retención de anexos ovulares, inversión uterina, muerte materna

h) Desgarro de cuello uterino: La ruptura o rotura uterina es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre

de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas.

2.3. Marco conceptual:

a) Puerperio:

Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 45 días

b) Episiotomía:

Es la incisión que se practica en el periné, partiendo de la comisura posterior de la vulva para facilitar la expulsión del feto.

c) Primípara:

Termino para designar a la mujer que tuvo su primer parto vaginal.

d) Anemia postparto inmediato:

Es el descenso de la hemoglobina < 12 g/dl, dentro de las primeras 12 horas del puerperio

e) Paridad:

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.

f) Hematocrito postparto:

Es un examen de sangre después del parto, que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño, su valor normal es entre 33 y 44%.

g) Anemia:

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. (11) La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%.

h) Alumbramiento dirigido:

Es una medida efectiva para prevenir la hemorragia posparto, consiste en 3 componentes: administración de un agente

uterotónico en el transcurso del minuto después de la salida del neonato, contra tracción controlada del cordón umbilical y masaje del fondo uterino después de la liberación de la placenta.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

El presente trabajo es no experimental, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, según la clasificación de Canales F. Alvarado E. y Pineda E.⁴³

Descriptivo: Porque determina y describe Los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas.

Retrospectivo: porque se acudirá a historias clínicas archivadas en las cuales se registraron los datos ocurridos en el pasado.

Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.

Es no experimental, porque se obtienen datos directamente de la realidad objeto estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo.

3.2. Población y ámbito de estudio:

- **Población de estudio:** Estará conformada por todas las primíparas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016.

N=2070 pacientes

- **Muestra:** Está constituida por todas las primíparas de parto vaginal que presentaron anemia durante el post parto inmediato atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2016 que corresponde a: 324 primíparas.

El tamaño de muestra se obtiene aplicando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\epsilon^2 N + z^2 PQ}$$

Dónde:

N= Es el tamaño de la población.

n= Es el tamaño de muestra que deberá ser tomada de la población.

E= Es el limite Deseado de error.

Z= Nivel de confianza.

P= Es la proporción verdadera, en la población de unidades en esa clase.

Q= Es la proporción, en la población, de unidades que no pertenecen a esa clase.

Los valores que tomaran las variables es de la siguiente manera:

N= 346 (Total de primíparas).

E= 5% (0,05) Mientras menor sea el error, mayor exactitud habrá en los resultados.

z= 95%, (de acuerdo a la campana de Gauss, la probabilidad es a: **z=** 1,96).

P= 0,5 Probabilidad de Éxito.

Q= 0,5 Probabilidad de fracaso.

n=?

$$n = \frac{(1,96)^2 * 2070 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * 2070 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n1= 324 pacientes

Reajustando la muestra se obtenida es

$$n = \frac{n1}{1 + \frac{n1}{N}}$$

Se tiene una muestra de: n=280 pacientes

Criterios de inclusión:

- Primíparas de parto vaginal con feto único vivo, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado
- Primíparas que presentaron anemia en el posparto inmediato (≤ 2 horas)
- Primíparas entre la edad de 18 y 35 años

Criterios de exclusión:

- Primíparas menores de 18 años o mayores de 35 años.
 - Primíparas que presentan poli hidramnios.
 - Primíparas sin diagnóstico de anemia posparto.
 - Primíparas con historia clínica con datos incompletos.
-
- **Unidad de Análisis:** puérperas inmediatas

3.3. Variables de estudio:

3.3.1. Variable independiente: Anemia

3.3.2. Variable dependiente: Factores obstétricos

3.3.3. Operacionalización de variables:

Variables	Definición operacional	Indicadores	Unidad/categoría	Escala
Variable independiente Anemia	La OMS considera anemia en el post parto cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%	Hemoglobina	Anemia leve: 10 – 10.9 g/dL Anemia moderada: 7 – 9.9 g/dL Anemia severa: < 7 g/dL	Nominal
Variable dependiente FACTORES OBSTETRICOS	Son condiciones sociodemográficas y biológicas que presentan las primíparas de parto vaginal. Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que se presentan anteparto, trabajo de parto y posparto que agravan la condición de salud de la madre.	Registro de los factores obstétricos en la historia clínica ✓Pre eclampsia ✓Macrosomía fetal ✓Trabajo de parto prolongado ✓Episiotomía ✓Expulsivo precipitado ✓Desgarro perineal ✓Alumbramiento o incompleto ✓Desgarro de cuello uterino	SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO SI /NO	Nominal
Características sociodemográficas				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Años de vida cronológica	Número de años de vida	Razón

Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición conyugal o marital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Casada ✓ Conviviente 	Nominal
Grado de instrucción	último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usara el dato registrado en la historia clínica	Estudios concluidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeta ✓ Primaria completa ✓ Primaria incompleta ✓ Secundaria completa ✓ Secundaria incompleta ✓ Superior 	Ordinal
Ocupación	el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Su casa ✓ Independiente ✓ dependiente 	Nominal

3.4. Procedimientos de recolección de datos:

El presente estudio obedece a un método científico y utiliza el razonamiento deductivo, para llegar a sus conclusiones.

3.4.1. Instrumentos:

La técnica que se usará es la revisión de la historia clínica. Y el instrumento es una ficha de recolección de datos previamente elaborada de acuerdo con los objetivos de estudio, que incluirá: datos de filiación que se han registrado en las historias clínicas de las gestantes, entre ellas están la edad, residencia, grado de instrucción, estado civil y las complicaciones obstétricas ya mencionadas.

3.4.2. Técnicas y métodos de recolección de datos:

Se utilizará la técnica de observación, se transcribirá los datos del SIP y se usó la revisión de la historia clínica, cuyos datos fueron extraídos a una ficha de recolección de datos

previamente elaborada de acuerdo con los objetivos de estudio, que incluye: datos de filiación que se han registrado en las historias clínicas.

Se coordinó con la dirección del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para la recolección de la información requerida, con la autorización obtenida se tuvo acceso al SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA (libro de partos) y ADMISION (revisión de historias clínicas).

3.4.3. Procesamiento de datos:

El proceso de recolección de datos siguió los siguientes pasos:

El estudio se realizará en un período de seis (06) meses, partiendo de su planificación hasta su informe de resultados. Se contará con un instrumento de recolección de datos a la muestra. Se solicitará al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado objeto de estudio autorización para aplicar el instrumento de recolección de datos.

Se procederá a recolectar la información de los datos, mediante la recopilación de la información en los formularios previamente diseñados y validados de las historias clínicas de las primíparas de parto vaginal, que fueron atendidas en el hospital santa rosa de Puerto Maldonado.

Se contará con los recursos humanos, materiales y financieros para la recolección de datos y su posterior tabulación y análisis.

- **Aspectos éticos**

A fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se considerará el nombre de las primíparas de parto vaginal que participaran del estudio, sino que se optará por utilizar el número de historia clínica, el cual sólo será de conocimiento del investigador a cargo de la investigación.

- **Análisis estadístico**

Se utilizará estadística no paramétrica para el análisis univariado, tablas de contingencia para el análisis bivariado y para la prueba de hipótesis el estadístico de Chi cuadrado.

- Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel versión 2010 en español y el programa SPSS versión 22.0 en español para Windows formando la data completa de la muestra.
- Para los resultados se utilizó tablas y gráficos que responden a los objetivos planteados, así mismo la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación de la anemia con las características sociodemográficas y factores obstétricos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN LA EDAD DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

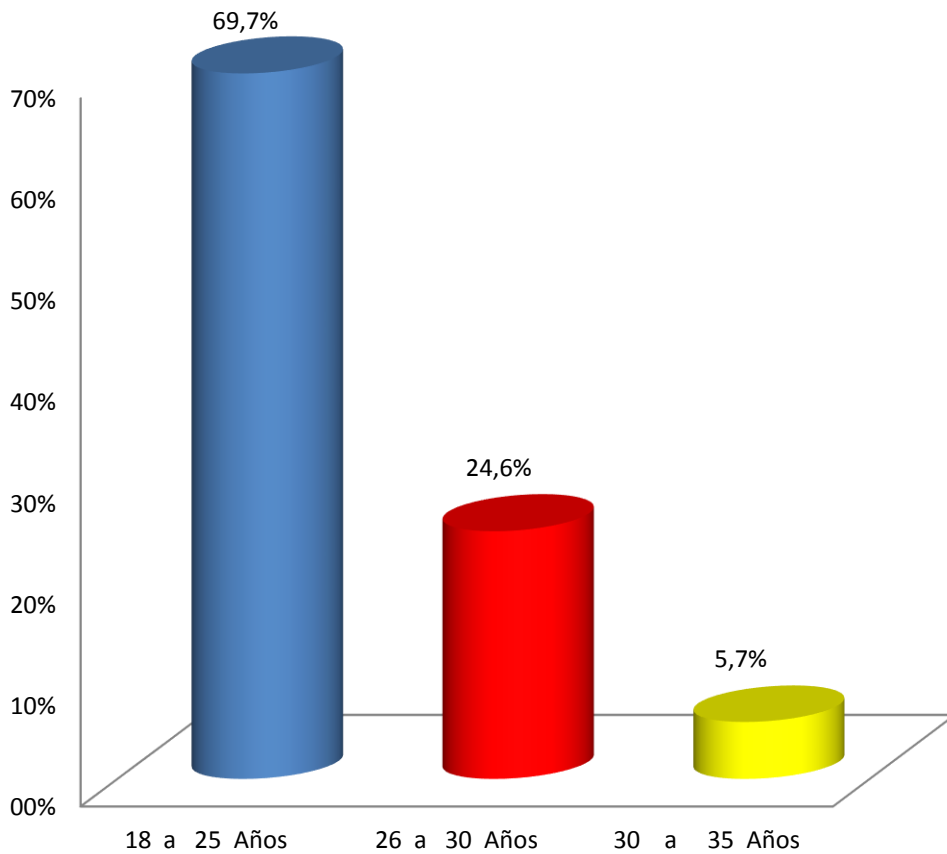
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 25 Años	195	69,7%
26 a 30 Años	69	24,6%
31 a 35 Años	16	5,7%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 1 y el gráfico 1, reúnen los indicadores según edad, donde se puede apreciar que el 69,7% están entre las edades de 18 a 25 años, el 24,6 % tienen edades de 26 a 30 años, y finalmente que 5,7 % tienen edades de 31 a 35 años.

GRÁFICO 1

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN LA EDAD DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

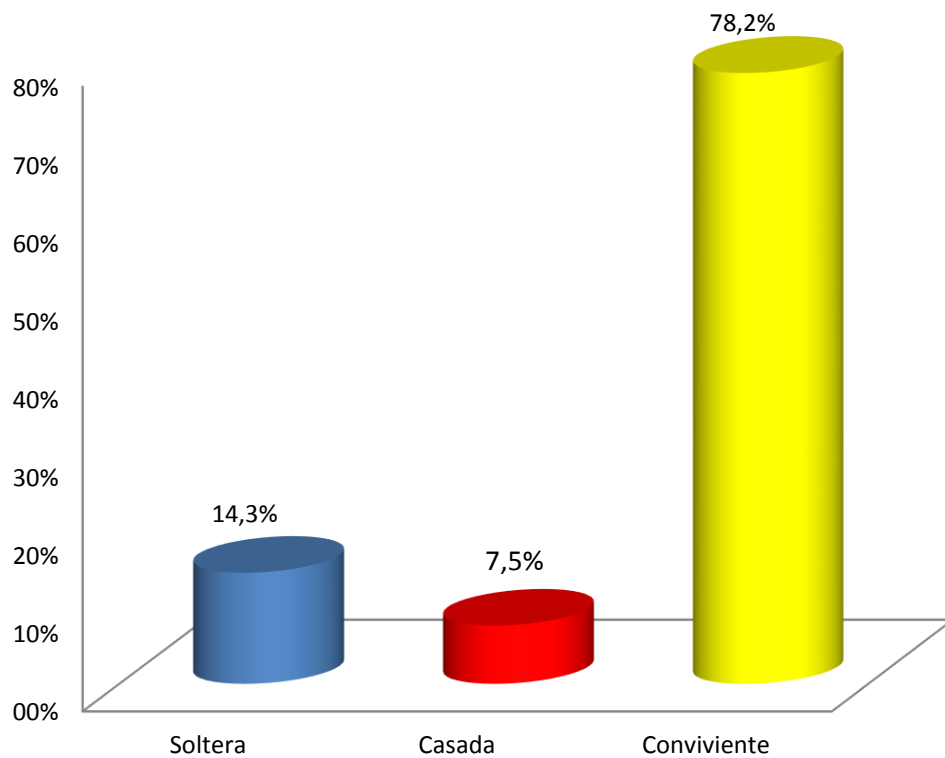
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	40	14,3%
Casada	21	7,5%
Conviviente	219	78,2%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 2 y el gráfico 2, donde se puede apreciar que el 78,2 % son convivientes, el 14,3% son solteras y finalmente el 7,5% son casadas.

GRÁFICO 2

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

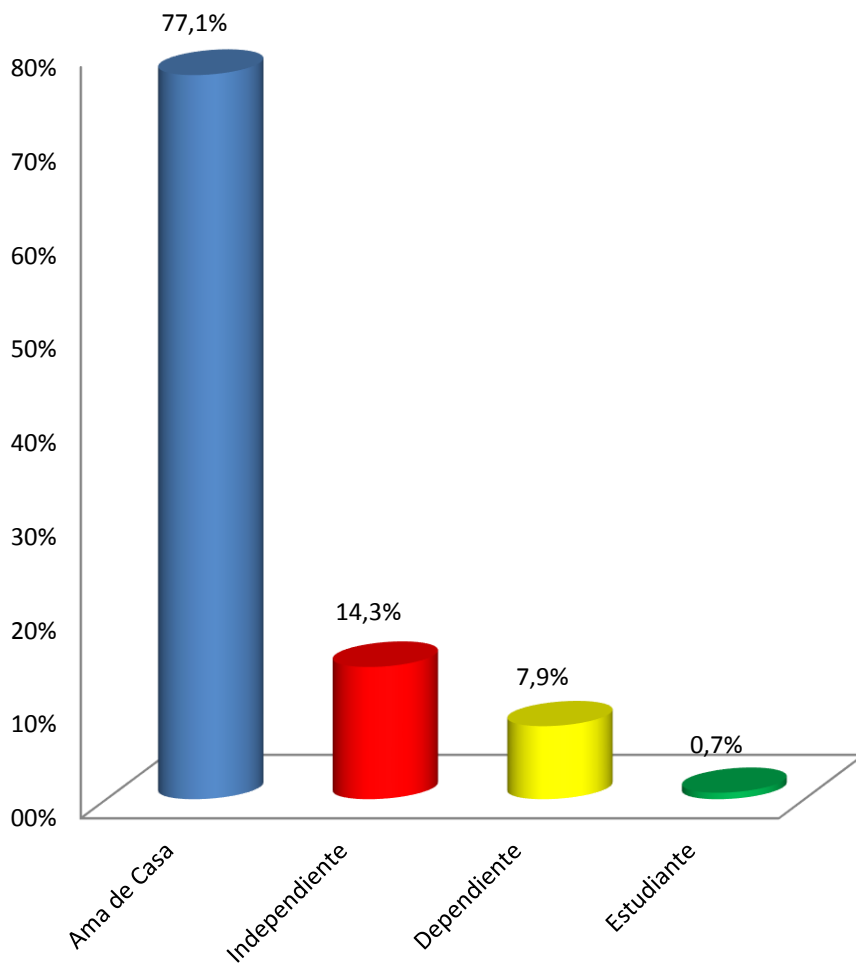
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	
Ama de Casa	216	77,1%	
Independiente	40	14,3%	
Dependiente	22	7,9%	
Estudiante	2	0,7%	
Total	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 3 y el gráfico 3, reúnen los indicadores según ocupación, donde se puede apreciar que el 77,1 % son ama de casa, 14,3 % es independiente, el 7,9 % es dependiente y finalmente el 0,7 % es estudiante.

GRÁFICO 3

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

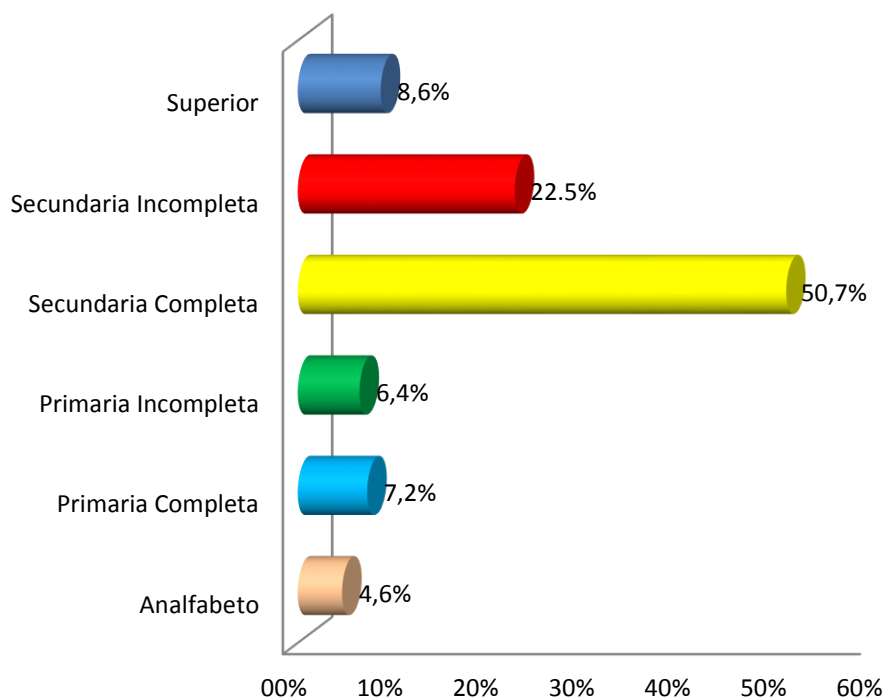
Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	13	4,6%
Primaria Completa	20	7,2%
Primaria Incompleta	18	6,4%
Secundaria Completa	142	50,7%
Secundaria Incompleta	63	22,5%
Superior	24	8,6%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 4 y el gráfico 4, reúnen los indicadores según grado de instrucción, se puede apreciar el 50,7 % tienen secundaria completa, el 22,5% tienen secundaria incompleta, el 8,6 % tiene superior universitario, el 7,2% primaria completa, el 6,4% primaria incompleta, y finalmente 4,6% analfabeta.

GRÁFICO 4

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN PRE ECLAMPSIA DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

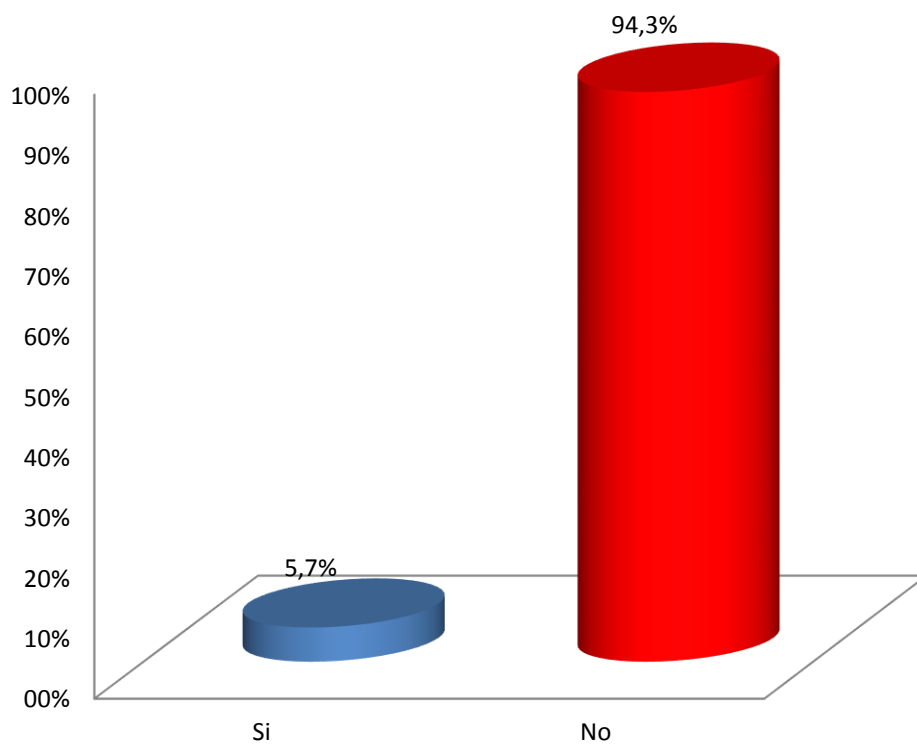
Pre Eclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	5,7%
No	264	94,3%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 5 y el gráfico 5, reúnen los indicadores según Pre Eclampsia, se puede apreciar que el 94,3 % no presentaron Pre Eclampsia, el 5,7% si presentó Pre Eclampsia en primíparas con anemia post parto.

GRÁFICO 5

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN PRE ECLAMPSIA DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN MACROSOMÍA FETAL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

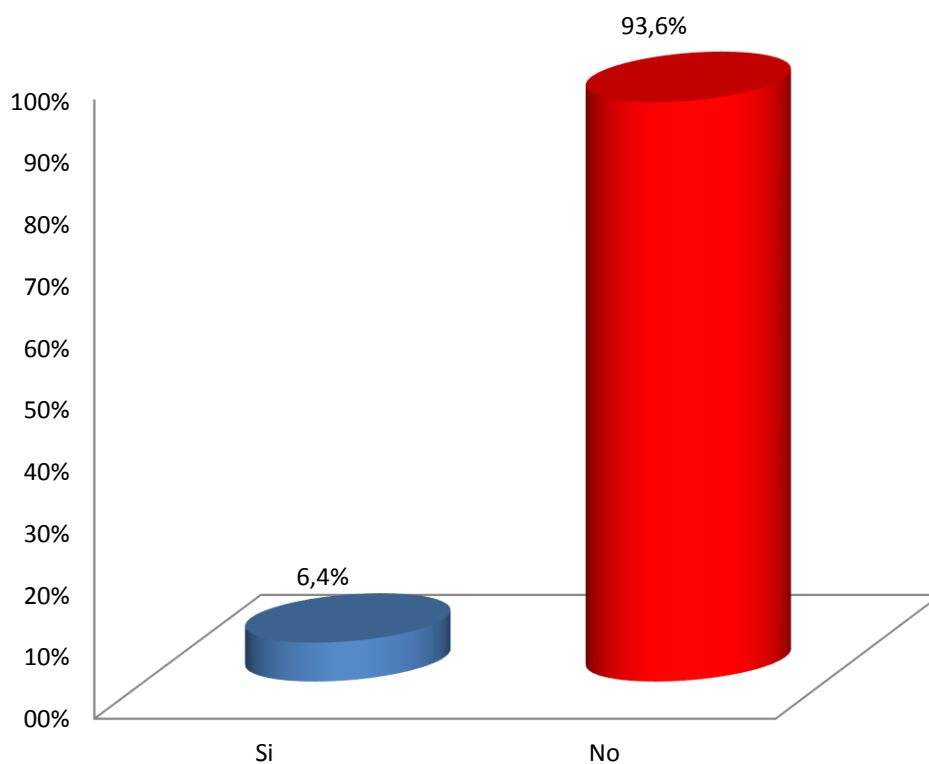
Macrosomía Fetal	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	6,4%
No	262	93,6%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 6 y el gráfico 6, reúnen los indicadores según Macrosomía Fetal, donde se puede apreciar en que el 93,6% que no tuvieron Macrosomía fetal, el 6,4% que sí tuvieron Macrosomía fetal.

GRÁFICO 6:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN MACROSOMÍA FETAL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 6.

TABLA 7

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN TRABAJO DE PARTO PROLONGADO. EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

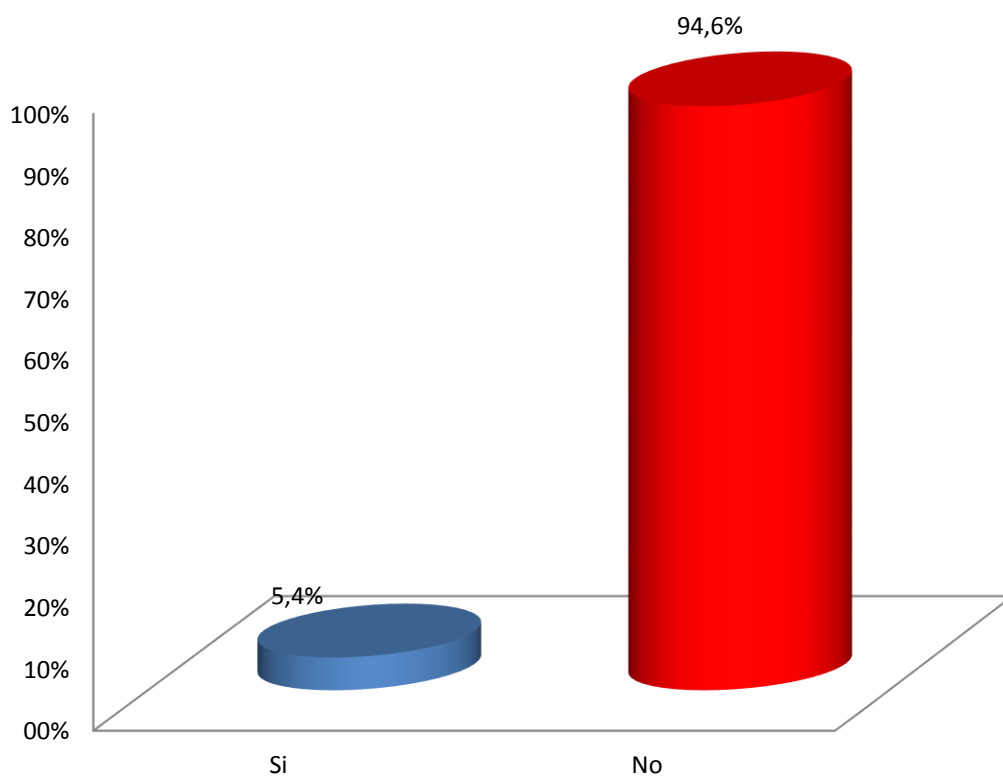
Trabajo de Parto Prolongado	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	5,4%
No	265	94,6%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 7 y el gráfico 7, reúnen los indicadores según Trabajo de Parto Prolongado, donde se puede apreciar, el 94,6% no tuvieron trabajo de parto prolongado, el 5,4 % sí tuvieron un trabajo de parto prolongado.

GRÁFICO 7:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN TRABAJO DE PARTO PROLONGADO. EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN EPISIOTOMÍA DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

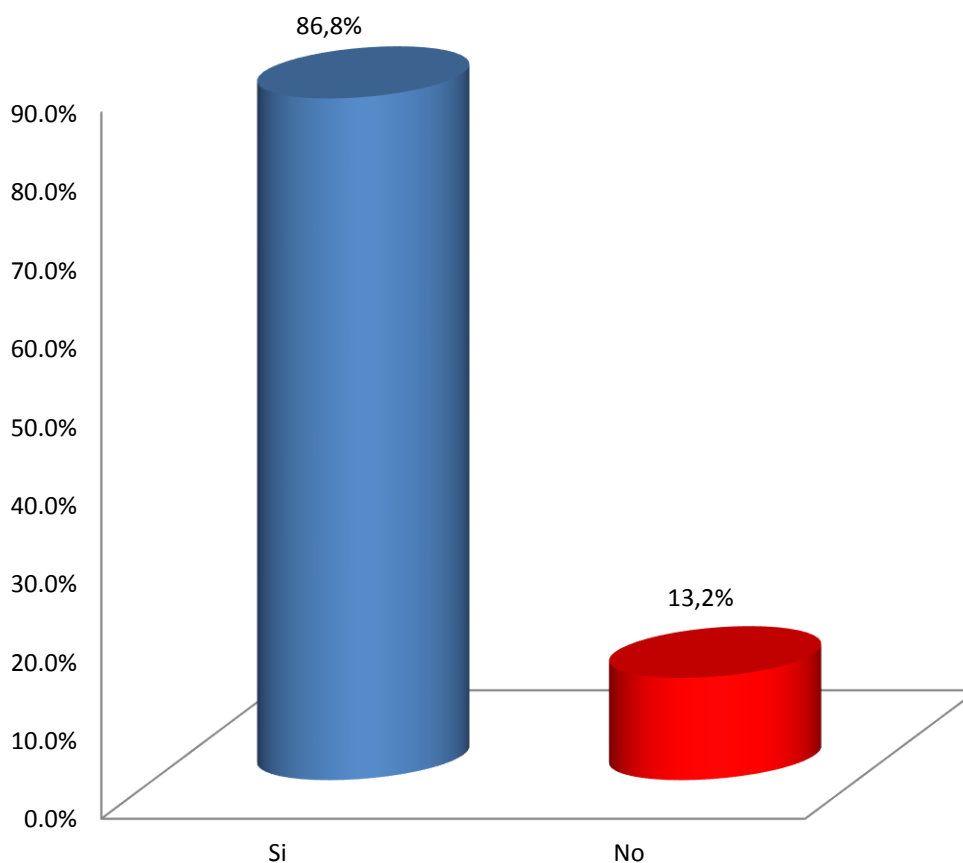
Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Si	243	86,8%
No	37	13,2%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 8 y el gráfico 8, reúnen los indicadores según Episiotomía, donde se puede apreciar el 86,8% que sí tuvieron episiotomía y finalmente el 13,2 % que no tuvieron episiotomía.

GRÁFICO 8:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN EPISIOTOMÍA DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN EXPULSIVO PRECIPITADO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

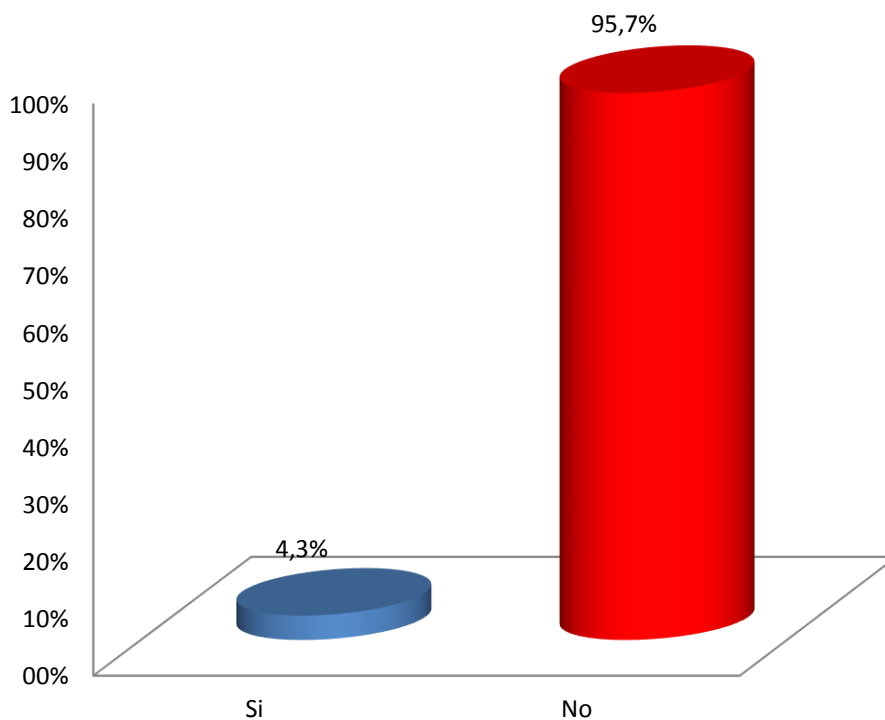
Expulsivo Precipitado	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	4,3%
No	268	95,7%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 9 y el gráfico 9, reúnen los indicadores según expulsivo precipitado, donde se puede apreciar, que el 95,7% no tuvieron expulsivo precipitado y el 4,3 % sí tuvieron expulsivo precipitado.

GRÁFICO 9:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN EXPULSIVO PRECIPITADO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN DESGARRO PERINEAL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

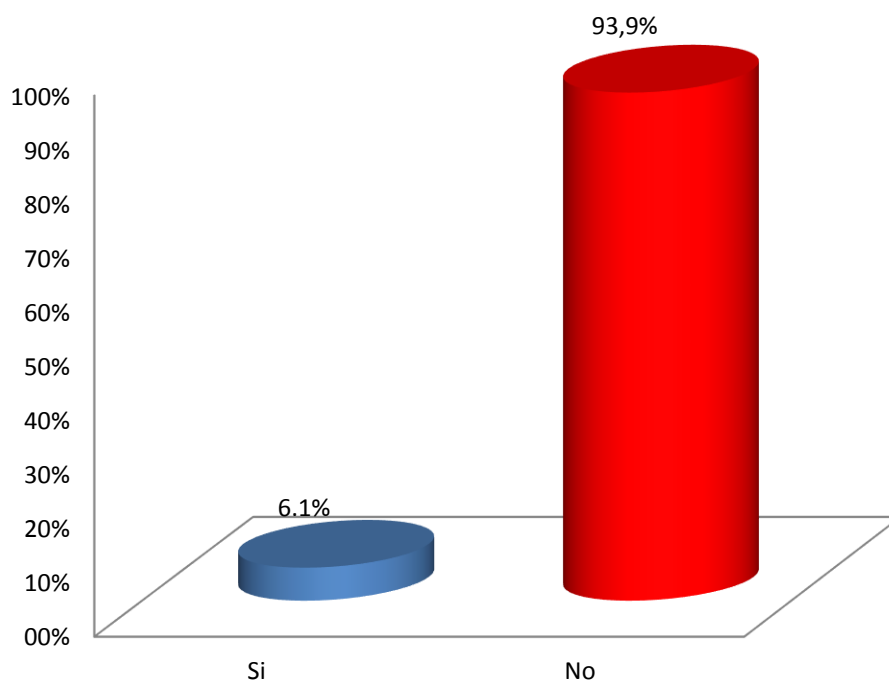
Desgarro Perinatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	6,1%
No	263	93,9%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 10 y el gráfico 10, reúnen los indicadores, según edad desgarro perineal, donde se puede apreciar el 93,9 no tuvieron desgarro perineal, y el 6,1 % que sí tuvieron desgarro perineal.

GRÁFICO 10:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN DESGARRO PERINEAL DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

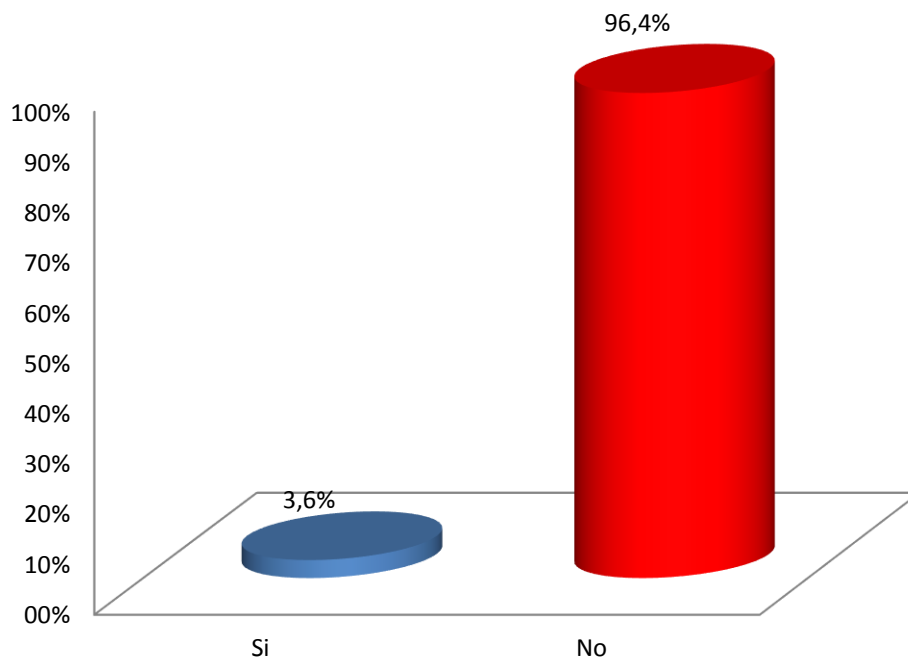
Alumbramiento Incompleto	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	3,6%
No	270	96,4%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 11 y el gráfico 11, reúnen los indicadores, según alumbramiento incompleto, donde se puede apreciar el 96,4% que no tuvieron alumbramiento incompleto y finalmente el 3,6 % que sí tuvieron alumbramiento incompleto.

GRÁFICO 11

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla11

TABLA 12

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN DESGARRO DE CUELLO UTERINO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

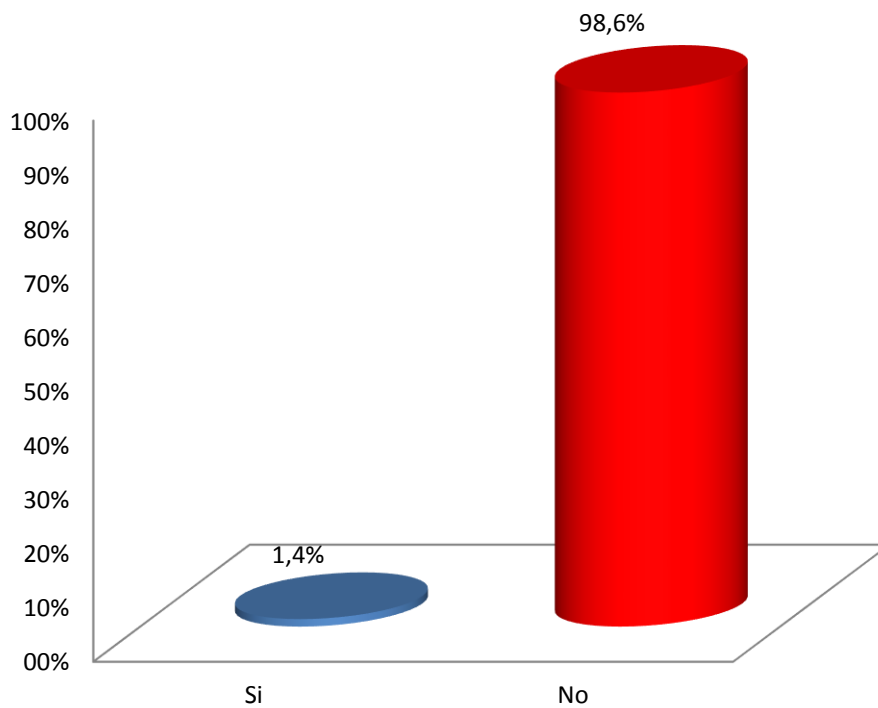
Desgarro de Cuello Uterino	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	1,4%
No	276	98,6%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 12 y el gráfico 12, reúnen los indicadores, según desgarro de cuello uterino, donde se puede apreciar el 98,6% que no tuvieron desgarro de cuello uterino y finalmente, el 1,4 % que sí tuvieron desgarro de cuello uterino.

GRÁFICO 12

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSTPARTO INMEDIATO SEGÚN DESGARRO DE CUELLO UTERINO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

**GRADO DE ANEMIA DE LAS PRIMÍPARAS DURANTE EL POSPARTO
INMEDIATO ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO
MALDONADO 2016**

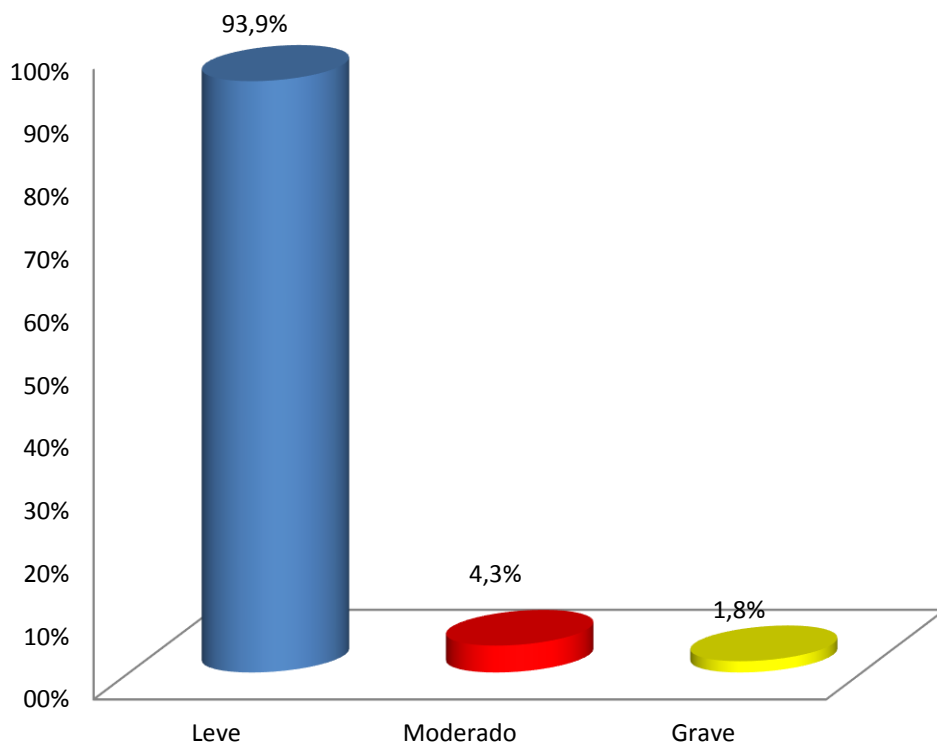
Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	263	93,9%
Moderado	12	4,3%
Grave	5	1,8%
Total	280	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 13 y el gráfico 13, reúnen los indicadores, según anemia, donde se puede apreciar el 93,9 % de las primíparas presentaron una anemia leve en el post parto, el 4,3 % tuvieron una anemia moderada y finalmente el 1,8 % tuvieron una anemia grave.

GRÁFICO 13

GRADO DE ANEMIA DE LAS PRIMÍPARAS DURANTE EL POSPARTO INMEDIATO ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016



Fuente: Tabla 12

TABLA 14

RELACION ENTRE PREECLAMPSIA Y LA ANEMIA POSTPARTO EN PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016

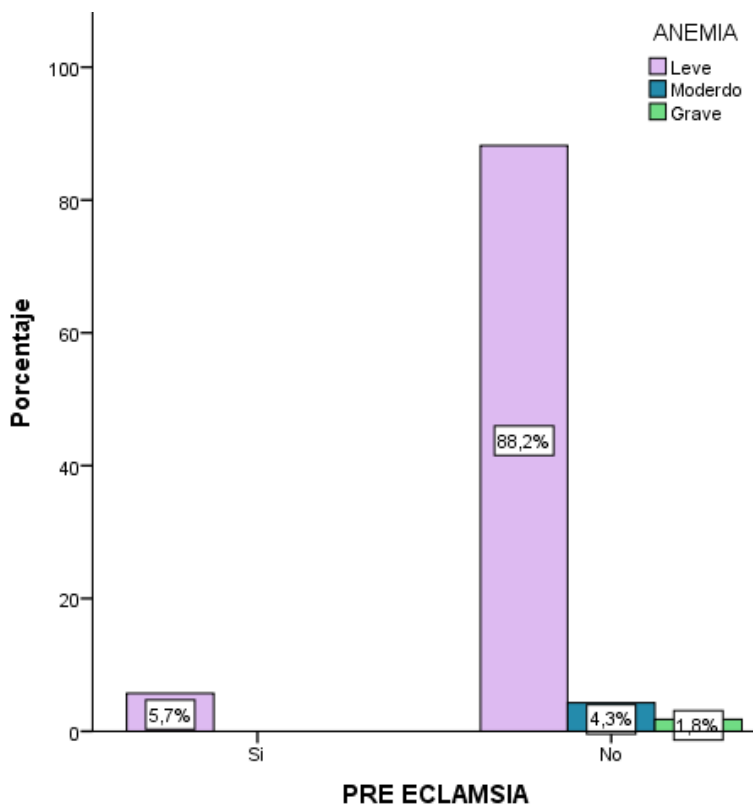
Pre eclampsia	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	16	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	16	5,7%	1,097 0,578
No	247	88,2%	12	4,3%	5	1,8%	264	94,3%	
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación; En la tabla 14 y grafico 14 se observa que las primíparas con preeclampsia presentaron un 5,7% anemia leve, no se encontraron primíparas con anemia moderada ni grave por tanto se acepta la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, que quiere decir que la pre eclampsia no se asocia a la anemia en primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 14

RELACIÓN ENTRE PREECLAMPSIA Y LA ANEMIA POSTPARTO EN PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

RELACIÓN ENTRE MACROSOMÍA FETAL Y LA ANEMIA POSTPARTO EN PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

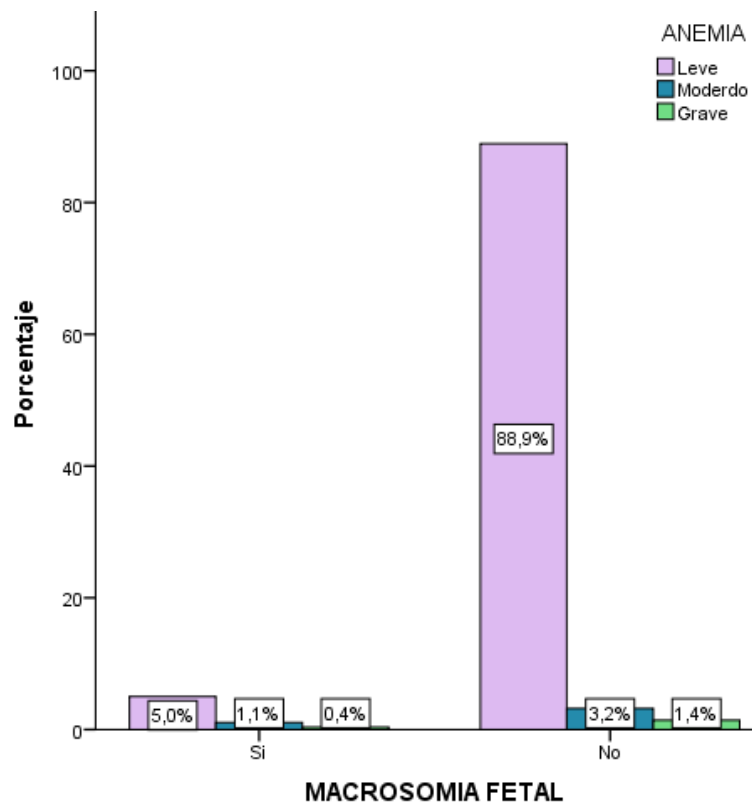
Macrosomía Fetal	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	14	5,0%	3	1,1%	1	0,4%	18	6,4%	8,946 0,011
No	249	88,9%	9	3,2%	4	1,4%	262	93,6%	
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 15 y grafico 15 se puede apreciar que el 5% de las primíparas que presentaron macrosomía fetal terminaron con anemia leve, seguido del 0,4% de primíparas con anemia grave, y finalmente el 1,1% con anemia moderada. Se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo aceptar la hipótesis alternativa, quiere decir que se asocia entre macrosomía fetal y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 15

RELACIÓN ENTRE MACROSOMÍA FETAL Y LA ANEMIA POST PARTO EN PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

RELACIÓN ENTRE TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

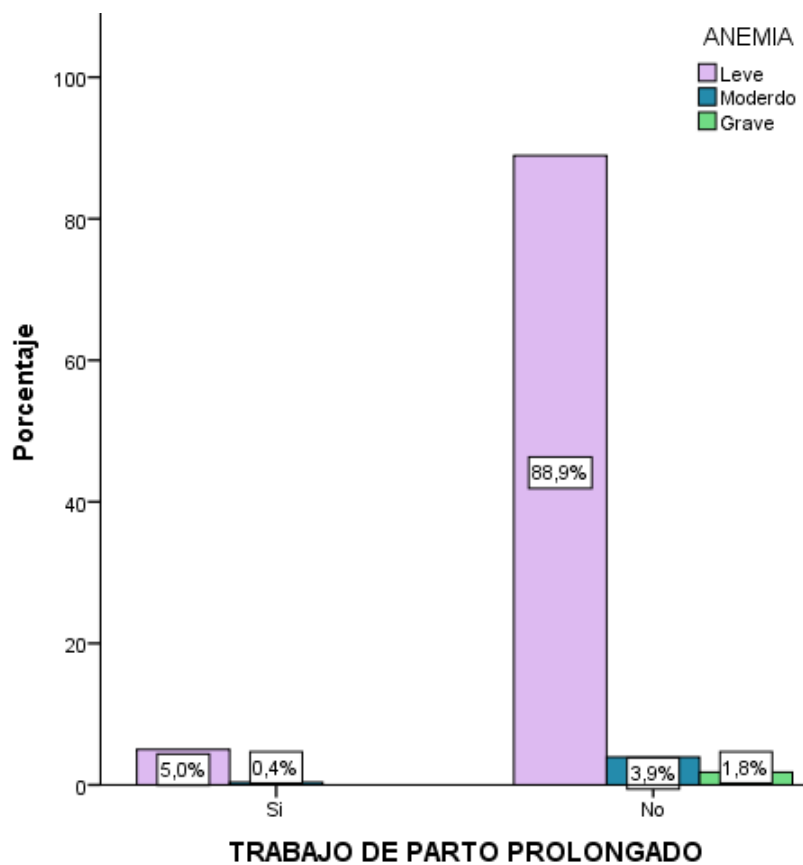
Trabajo de Parto Prolongado	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	14	5,0%	1	0,4%	0	0,0%	15	5,4%	0,493
No	249	88,9%	11	3,9%	5	1,8%	265	94,6%	0,781
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 16 y grafico 16 se aprecia que el 5% de las primíparas con trabajo de parto prolongado presentaron anemia leve, seguido del 0,4% con anemia moderada y finalmente no se presentaron casos con anemia grave. Se aceptar la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia entre Trabajo de Parto Prolongado y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 16

RELACIÓN ENTRE TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 16

TABLA 17

RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

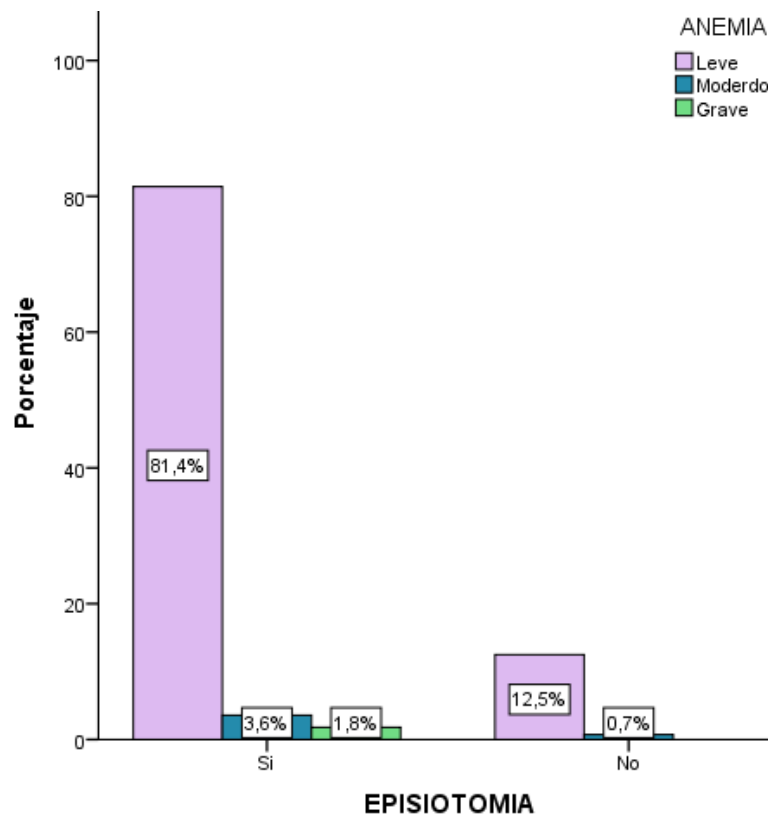
Episiotomía	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	228	81,4%	10	3,6%	5	1,8%	243	86,8%	0,888 0,641
No	35	12,5%	2	0,7%	0	0,0%	37	13,2%	
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 17 y grafico 17 se aprecia que el 81,4% de las primíparas con episiotomía presentaron anemia leve. Seguido el 3,6% con anemia moderada y por último un 1,8% con anemia grave. Se acepta la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia entre Episiotomía y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 17

RELACIÓN ENTRE EPISIOTOMÍA Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 17

TABLA 18

RELACIÓN ENTRE EXPULSIVO PRECIPITADO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO 2016.

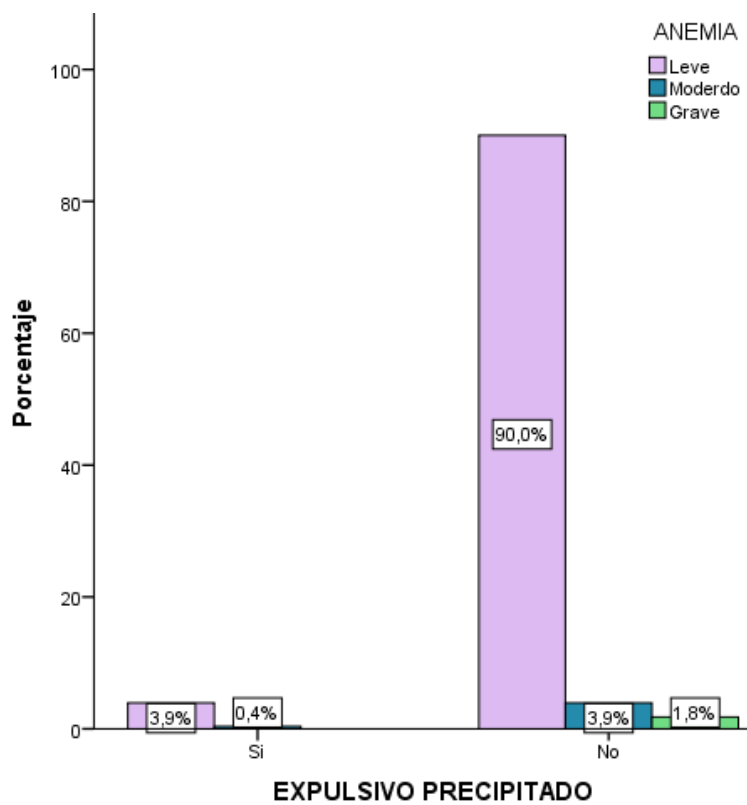
Expulsivo Precipitado	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	11	3,9%	1	0,4%	0	0,0%	12	4,3%	0,710
No	252	90,0%	11	3,9%	5	1,8%	268	95,7%	0,701
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 18 y grafico 18 se puede apreciar que el 3,9% de las primíparas con un expulsivo precipitado presentaron anemia leve, seguido de un 0,4% de anemia moderada. Se acepta la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia el expulsivo precipitado y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 18

RELACIÓN ENTRE EXPULSIVO PRECIPITADO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 18

TABLA 19

RELACIÓN ENTRE DESGARRO PERINATAL Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016

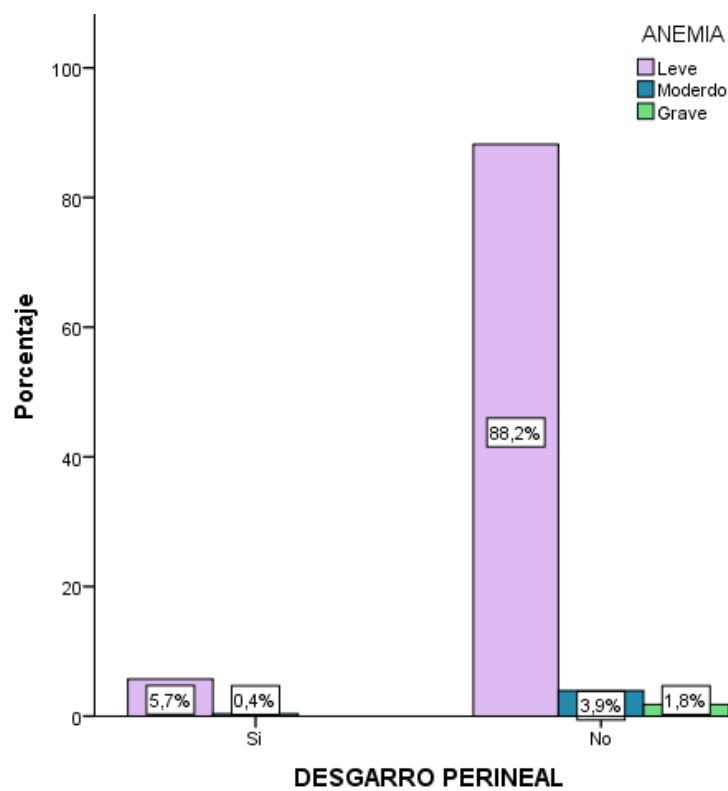
Desgarro Perinatal	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	16	5,7%	1	0,4%	0	0,0%	17	6,1%	0,431
No	247	88,2%	11	3,9%	5	1,8%	263	93,9%	0,806
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 19 y grafico 19 se aprecia que el 5.7% de las primíparas con desgarro perineal presentaron anemia leve y finalmente un 4% presentaron anemia moderada. Se acepta la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia entre desgarro perinatal y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 19

RELACIÓN ENTRE DESGARRO PERINEAL Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016



Fuente: Tabla 19

TABLA 20

RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

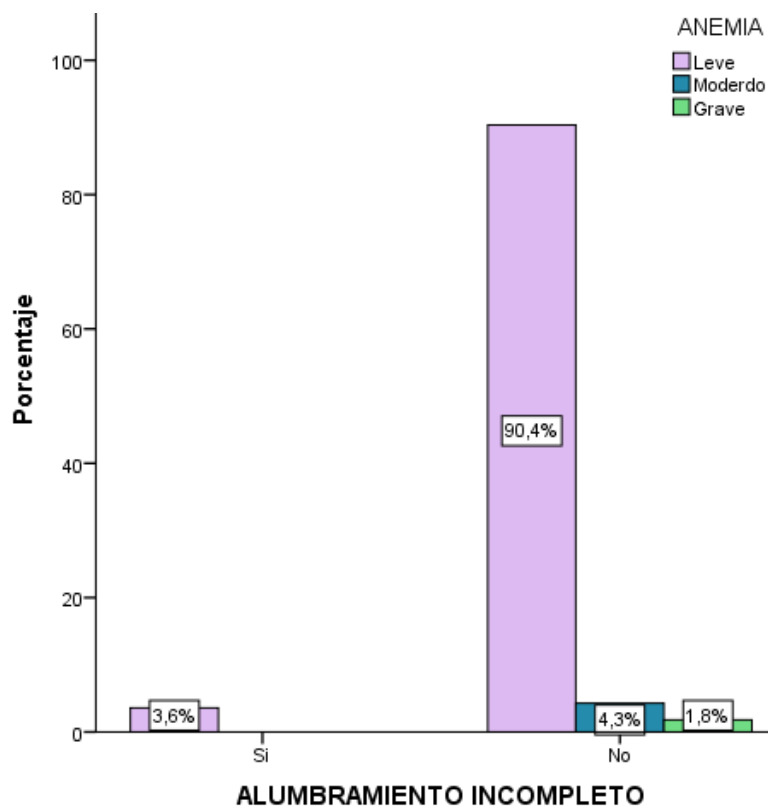
Alumbramiento Incompleto	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	10	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	10	3,6%	0,670
No	253	90,4%	12	4,3%	5	1,8%	270	96,4%	0,715
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: En la tabla 20 y grafico 20 se aprecia que el 3.6% de las primíparas que presentaron alumbramiento incompleto terminaron con anemia leve. Se aceptar la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo rechazar la hipótesis alternativa, quiere decir que no se asocia entre alumbramiento incompleto y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 20

RELACIÓN ENTRE ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 20

CUADRO 21

RELACIÓN ENTRE DESGARRO DE CUELLO UTERINO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.

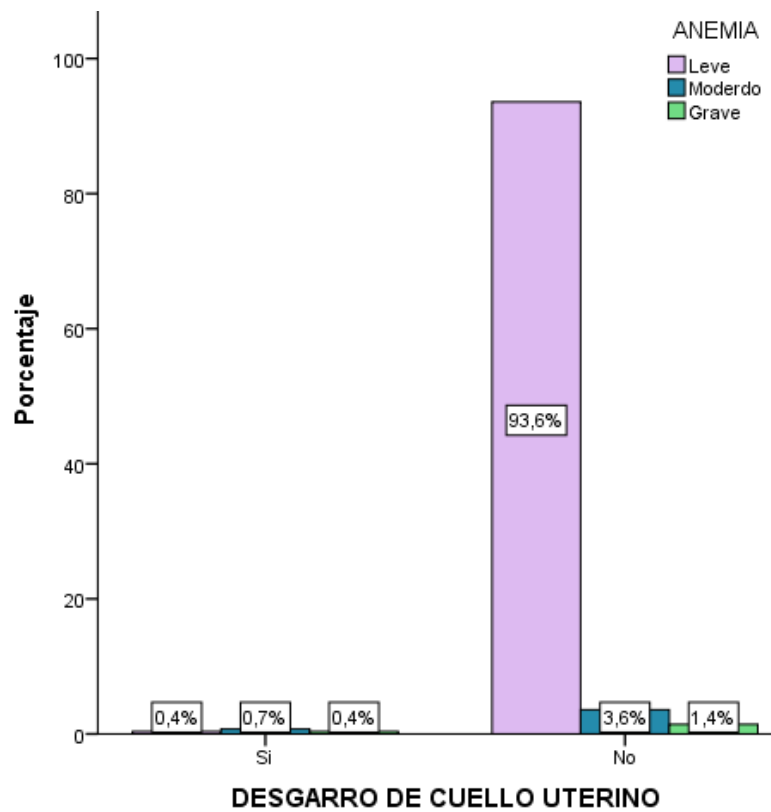
Desgarro de cuello uterino	Anemia						Total		x ² p
	Leve		Moderado		Grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	1	0,4%	2	0,7%	1	0,4%	4	1,4%	34,086 0,000
No	262	93,6%	10	3,6%	4	1,4%	276	98,6%	
Total	263	93,9%	12	4,3%	5	1,8%	280	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación: en la tabla 21 y grafico 21 se observa que un 7% de las primíparas con desgarro de cuello uterino presentaron anemia moderada, seguido con un 4% en anemia leve y grave. Se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia del 5% y debiendo aceptar la hipótesis alternativa, quiere decir que se asocia entre desgarro de cuello uterino y la anemia atendidas a pacientes primíparas en el Hospital Santa Rosa.

GRÁFICO 21

RELACIÓN ENTRE DESGARRO DE CUELLO UTERINO Y LA ANEMIA A PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO 2016.



Fuente: Tabla 21

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS, LOS FACTORES OBSTETRICOS EN PRIMIPARAS CON ANEMIA POST PARTO INMEDIAO SE RELACIONAN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS.

Prueba de Chi – cuadrado de Pearson		FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
EDAD	Chi - cuadrado	10,262
	gl	4
	p-valor	0,036
ESTADO CIVIL	Chi - cuadrado	3,134
	gl	4
	p-valor	0,536
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Chi - cuadrado	15,641
	gl	10
	p-valor	0,110
OCUPACIÓN	Chi - cuadrado	1,647
	gl	6
	p-valor	0,949

Fuente: Elaboración propia

Encontrándose una diferencia significativa mayor a 0,05 en todas las características sociodemográficas a un nivel de confianza del 95 %.

Quedando así demostrada que la anemia no se relaciona con las características sociodemográficas.

Prueba de Chi – cuadrado de Pearson		FACTORES OBSTETRICOS
Pre eclampsia	Chi - cuadrado	1,097
	Gl	2
	p-valor	0,578
Macrosomía fetal	Chi - cuadrado	8,946
	Gl	2
	p-valor	0,011
Trabajo de parto prolongado	Chi - cuadrado	0,493
	Gl	2
	p-valor	0,781
Episiotomía	Chi - cuadrado	0,888
	Gl	2
	p-valor	0,641
Expulsivo precipitado	Chi - cuadrado	0,710
	gl	2
	p-valor	0,701
Desgarro perineal	Chi - cuadrado	0,431
	gl	2
	p-valor	0,806
Alumbramiento incompleto	Chi - cuadrado	0,670
	gl	2
	p-valor	0,715
Desgarro de cuello uterino	Chi - cuadrado	34,086
	gl	2
	p-valor	0,000

Fuente: Elaboración propia

Apreciamos el contraste de la anemia en las primíparas relacionados con las características obstétricas, mediante la prueba estadística Chi – cuadrado. Encontrándose una diferencia significativa con un valor p significativo menor a 0,05. A un nivel de confianza del 95 % en las siguientes características obstétricas: macrosomía fetal con un p valor de 0,011 y desgarro de cuello uterino con un p valor 0,000.

DISCUSION

1. La OMS considera anemia en el post parto inmediato a la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl¹⁷. Considerando a la anemia un problema multifactorial en el post parto cuyos efectos permanecerán en todo el ciclo de vida. ⁴¹ y una de las principales causas de mortalidad materna.
2. En el presente estudio durante el año 2016 las primíparas que presentaron anemia durante el post parto inmediato fueron 280 de las cuales se encontró que el 69,7% (195) de las primíparas tienen entre 18 y 25 años, siendo estas edades las de mayor porcentaje, estos resultados son comparables con el estudio de Paucarpura¹⁵ que encontró el 80% entre 18 y 25 años de edad.
3. En nuestro estudio encontramos que el 50,7% de las primíparas con anemia post parto inmediato tienen secundaria completa lo cual es comparado con el estudio realizado por Paucarpura¹⁵ que encontró un 31,8% de primíparas secundaria completa. De la misma forma Torres y Cahuana¹⁶ muestran en su estudio que el 32,3% culminó la secundaria estos difieren de Casa¹⁴ en su estudio muestra que el 25% son analfabetos.

4. En el presente estudio nos muestra que las primíparas presentan el 93,9% anemia leve, este concuerda con el estudio de Castilla¹⁸, en su investigación realizada en España en donde se encuentran el 48% de las primíparas hizo anemia leve de la misma manera en el estudio de Paucarpura¹⁵ se encuentra al 68% de primíparas con anemia leve, pero difieren con el estudio de Torres y Cahuana¹⁶ que el mayor porcentaje de 49,7% obtiene anemia moderada.
5. Con respecto a los factores obstétricos asociados a la anemia post parto inmediato encontramos como factor más frecuente a la episiotomía, que durante el parto influye de manera especial para la presencia de anemia post parto, en la presente investigación nos muestra que el 81,4% presenta anemia leve, estos resultados concuerdan con el estudio de Iglesias⁴² en donde se muestra que existe una mayor relación entre la disminución de la hemoglobina y la práctica de la episiotomía, de la misma forma Paucarpura¹⁵ coincide y nos muestra en su estudio que presenta el primer lugar con un 51,8% de las primíparas que presentan anemia leve en el post parto inmediato.
6. En segundo lugar tenemos como factor obstétrico a la macrosomía fetal que ocupa un 5% en las primíparas con anemia leve de la

misma forma Paucarpura¹⁵ en su estudio muestra que un 7,2% presenta anemia leve pero difiere con Torres y Cahuana¹⁶ que muestran al 22,4% de su población de estudio presenta anemia moderada, que coincide con el estudio de Casa¹⁴ con un 22% en anemia moderada en el post parto.

7. En tercer lugar tenemos como factor obstétrico al desgarro perineal presentándose con un 5,7% de anemia leve en las primíparas coincidiendo con Torres y Cahuana¹⁶ con un 18,6% con anemia leve haciendo una diferencia no significativa ($p > 0,05$) de dicha investigación. Paucarpura¹⁵ también nos muestra en su estudio un 16,3% de su población muestra anemia leve. Este factor obstétrico ocupa el tercer lugar debido a que las primíparas son pacientes poco colaboradoras y muy ansiosas, impiden una buena progresión del trabajo de parto, comienzan a pujar antes de haber completado la dilatación, lo cual conlleva al desgarro del cuello uterino y una pérdida de sangre.
8. En cuarto lugar tenemos a la pre eclampsia con un 5,7% con anemia leve que difiere con Paucarpura¹⁵ en donde nos muestra que un mayor porcentaje presenta anemia moderada representando un 3,6% de primíparas que culminan el post parto inmediato.

9. En nuestro estudio en quinto lugar tenemos al trabajo de parto prolongado como factor obstétrico 5% de las primíparas culmina el parto con anemia leve y coincide con Paucarpura¹⁵ con un 9% de primíparas.
10. En la presente investigación tenemos como factor obstétrico al expulsivo precipitado ocupando un 3,9% de las primíparas culminan el parto con anemia leve coincide con Paucarpura¹⁵ 4,5%.
11. En el presente estudio el alumbramiento incompleto ocupa un 3,6% de las primíparas que presentan anemia leve coincide con Paucarpura¹⁵ con un 4,5% pero difiere con Torres y Cahuana¹⁶ con un 47,2% presenta anemia moderada de la misma forma Casa¹⁴ muestra en su estudio un 35% culminan con anemia moderada este ocupando el primer lugar.
12. En nuestro estudio los factores obstétricos no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas las cuales son: edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil.
13. Los factores obstétricos sí se relacionaron con las primíparas que presentaron anemia post parto inmediato las cuales fueron

macrosomía fetal y desgarro de cuello uterino en donde se encontró una diferencia significativa ($P= 0,000$), demostrando que los factores obstétricos están relacionados con la presencia de anemia post parto inmediato en las primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2016.

CONCLUSIONES

1. Los principales factores obstétricos en primíparas con anemia en el postparto inmediato encontrados en los estudios fueron: episiotomía (86,8%), macrosomía fetal (6,4%), desgarro perineal (6,1%), pre eclampsia (5,7%), trabajo de parto prolongado (5,7%), expulsivo precipitado (4,3%), alumbramiento incompleto (3,6%), desgarro de cuello uterino (1,4%).
2. Las características sociodemográficas de las gestantes primíparas en el hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado 2016 con mayor frecuencia fueron: 18-25 años (69,7%), convivientes (78,2%), ama de casa (77,1%), secundaria completa (50,7%).
3. El factor obstétrico anteparto más frecuente asociado a la anemia post parto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016 fue la macrosomía fetal ($p=0,011$)
4. El factor obstétrico intraparto más frecuente asociado a la anemia post parto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016 fue desgarro de cuello uterino ($p=0,000$)

5. El grado de anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016 fue anemia leve (93,9%), anemia moderada (4,3%), anemia grave (1,8%)

RECOMENDACIONES

1. Ministerio de salud no solo debe implementar sino también supervisar y ejecutar la nueva norma técnica en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado ejecutada 2017
2. Director del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado debe brindar una actualización de protocolos e implementar con equipos y materiales, con la finalidad de contribuir a una atención de calidad y por ende disminuir la morbilidad materna y perinatal a nivel local y nacional.
3. Profesionales, debido a que los factores de riesgo son poco modificables es necesario mejorar la atención de las estrategias de prevención, tales como la administración con hierro durante el embarazo, el tratamiento con hierro después del parto y el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto en todas las mujeres en edad fértil, durante el embarazo y posparto.

4. El obstetra debe implementar estrategias de prevención y promoción a través de actividades educativas masivas; charlas, talleres, capacitaciones durante el primer control prenatal para mejorar la alimentación nutricional de la gestante y así evitar el desarrollo de la anemia en el embarazo parto y puerperio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. URQUIZO X., RODRIGUEZ M., GARCIA A., PEREZ E., “Anemia en el embarazo y el pos parto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo” 2016.
2. MINISTERIO DE SALUD, “Boletín epidemiológico Lima –Perú 2016” pág. 66 , 74
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas (VMNIS)” 2009
4. CETIN I., CARDELLICHO M., “Fisiología del embarazo: Interacción materno infantil” departamento materno infantil, hospital Luigi Sacco y centro para la investigación fetal, Italia 2010 pág. 15
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad Materna. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2007; pág. 66.
6. ANGELO F, PASCUAL L, SABUSLSKY J. Adult body weight in women in Cordova, Argentina, and exploration of the current trend. Rev Panama Sal Pub 2008; pág. 17-22.

7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Morbimortalidad Materna. Boletín de la Organización Panamericana de Salud. 2005; pág. 34, 1.
8. MINISTERIO DE SALUD (MINSU) Incidencia y prevalencia en anemia en gestantes en los últimos años
9. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, Boletín estadístico 2014.
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad Materna. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2007; 66(1).
11. URQUIZO X. “Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Realizado Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari MútuaTerrassa, Terrassa,” España (2015)
12. ALVARES E., GARCIA S., “Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia post parto a hemorragia post parto severa: estudio de casos y controles” España 2015 pag.417

13. TITE M. "Factores asociados a la anemia post parto en pacientes admitidas en el hospital básico Pelileo, durante el periodo enero – junio 2012"
14. Casa J. "Índice de anemia postparto, en pacientes de 16 a 35 años atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato, en el período de 01 de Enero al 31 de Marzo del 2012"
15. PAUCARPURA F., "Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015" Perú.
16. TORRES A., CAHUANA K., "Incidencia y factores asociados a la anemia durante el puerperio inmediato en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza julio-diciembre 2013" Perú.
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad (VMNIS). 2011.
18. CASTILLA M. DONADO. S. HIJONA E., CABANILLAS J., "Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto" 2014. pág. 165-170

19. CUNNINGHAM F, LEVENO K, BLOOM S, HAUTH J, GILSTRAP L. Obstetricia de Williams. 22º ed. México: McGraw-Hill; 2006. pág. 695-721.
20. VALERA J., GUILLERMO J, RUIZ A., Anemia en el embarazo, parto y puerperio. Disponible: <http://www.salud180.com/salud-z/anemia-en-el-embarazo>
21. LICHTIN Alan., Etiología anemia. Disponible: <http://www.merckmanuals.com/esus/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/abordaje-del-paciente-con-anemia/etiolog%C3%ADa-de-la-anemia>
22. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, Deficiencia de Hierro. 2012
23. SAN ROMAN A. "Aumento de peso y Modificaciones fisiológicas relacionadas con la ganancia de peso y necesidades nutricionales" 2013
24. GONZALES G. Anemia ferropenia y embarazo. Cantabria 2013. Pág 2

25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD “ La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en américa latina y el caribe”
26. RIVAS R. LOPEZ E. Hemorragia en obstetricia México 2010 pág. 514 - 520
27. PEREZ J. GARDEY A. Definicion de edad. Disponible <https://definicion.de/edad/>
28. INSTITUT VASCO DE ESTADISTICA. Nivel de instrucción. Disponible: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
29. MINISTERIO DE EDUCACION. Ocupación. Disponible: <http://www.graduados.edu.co/html/1732/article-145083.html>
30. FURZÁN J, YUBURÍA A, EIZAGA S, GARCÍA- BENAVIDES J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010; 118(2):119-126.

31. NAVAS I., complicaciones en la madre adolescente. Revista de Obstetricia. Cuba. 2012
32. NAQVI MM, NASEEM A. Obstetrical risks in the older primigravida. J Coll Physicians Surg Pak. 2004; pág. 278-281.
33. MENÉNDEZ G, (2012). El embarazo en la madre adolescente. Revista de Obstetricia. Cuba. 2014
34. DE LA GÁLVEZ A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2009. 54(2):100-107.
35. MINISTERIO DE SALUD. Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú 2007 pág. 37
36. PACORA P., Ginecología y obstetricia – macrosomía fetal. Edición 17 – 1994.

37. KILATRICK S, GARRISON E. Normal labor and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017 pag12
38. ALVARADO J., Manual de obstetricia U.N.M.S.M. 2006 pág. 220
39. BURROUGHS A., LEIFER G. (2002). “Parto precipitado” .Obstetricia Materno infantil (8va ed.) México: MacGraw-Hill Interamericana
40. CHACON G. Universidad de los andes “Alumbramiento patológico “ Venezuela pág. 2—17
41. MINISTERIO DE SALUD “Manejo terapéutico y prevención de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”. 2017 pág. 18
42. IGLESIAS S, “Factores perinatales que influyen en el descenso de hemoglobina materna tras el parto y en el pH neonatal”. 2011; pág. 97-103.

43. Canales F. Alvarado E. Pineda E. Metodología de la investigación 2da edición

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS
<p>“Factores obstétricos asociados a la anemia post parto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016”</p>	<p>La anemia es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, la tasa de prevalencia en países desarrollados es de 23% y 52% en países en vías de desarrollo, es una de las patologías más frecuentes que pueden presentarse con el embarazo o ser producida por éste, y producir complicaciones tanto para la madre como para su hijo.</p> <p>En los países pobres, la anemia posparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna.</p> <p>Con respecto a los factores obstétricos relacionados a la anemia posparto está asociado a las siguientes factores obstétricos: la anemia prenatal, hemorragia postparto, desgarros, episiotomía, retención de membranas.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en primíparas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de las gestantes primíparas en el hospital Santa Rosa • Identificar los factores obstétricos anteparto más frecuentes asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa • Identificar los factores obstétricos intraparto más frecuentes asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa • Determinar el grado de anemia posparto inmediato en primíparas en el Hospital Santa Rosa 	<p>Existen factores obstétricos asociados significativamente a la anemia posparto inmediato en las primíparas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016.</p>
VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO
<ul style="list-style-type: none"> • Variable independiente: Anemia • Variable dependiente: Factores obstétricos 	<p>La investigación será de tipo descriptivo, relacional retrospectivo y de corte transversal.</p>	<p>Para el análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta las variables de estudio utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes. • Cuadros estadísticos. • Representaciones gráficas. • Prueba de Chi - cuadrado • Conclusiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Población: Estará conformada por todas las primíparas de parto vaginal atendidas en el Hospital Santa Rosa en el 2016. N=2070 • Muestra: Está constituida por todas las primíparas de parto vaginal que no presentan anemia y fueron atendidas en el servicio de puerperio inmediato en el Hospital Santa Rosa en el 2016 que corresponde a: 324 primíparas.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A LA ANEMIA POSPARTO INMEDIATO EN PRIMIPARAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO 2016”

I. Características sociodemográficas

Formulario N°: _____ Historia Clínica N°: _____

Edad		Ocupación	
Grado de instrucción		Su casa	
Analfabeta		Independiente	
Primaria completa		Dependiente	
Primaria incompleta		Estado civil	
Secundaria completa		Soltera	
Secundaria incompleta		Casada	
Superior		Conviviente	

II. Factores obstétricos

Ante parto	SI	NO
Pre eclampsia		
Macrosomía fetal		
Intraparto	SI	NO
Trabajo de parto prolongado		
Episiotomía		
Expulsivo precipitado		
Desgarro perineal		
Alumbramiento incompleto		
Desgarro de cuello uterino		

III. CONTENIDO

Descripción	Valores obtenidos	Anemia Leve	Anemia moderada	Anemia grave >7
Hemoglobina posparto inmediato				