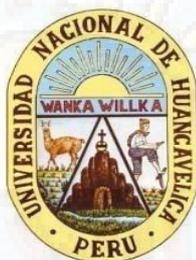


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**

(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

**CARACTERISTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS  
CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN  
JUAN DE KIMBIRI 2020**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**

**OBSTA. SILVIA MENDOZA ROMERO**

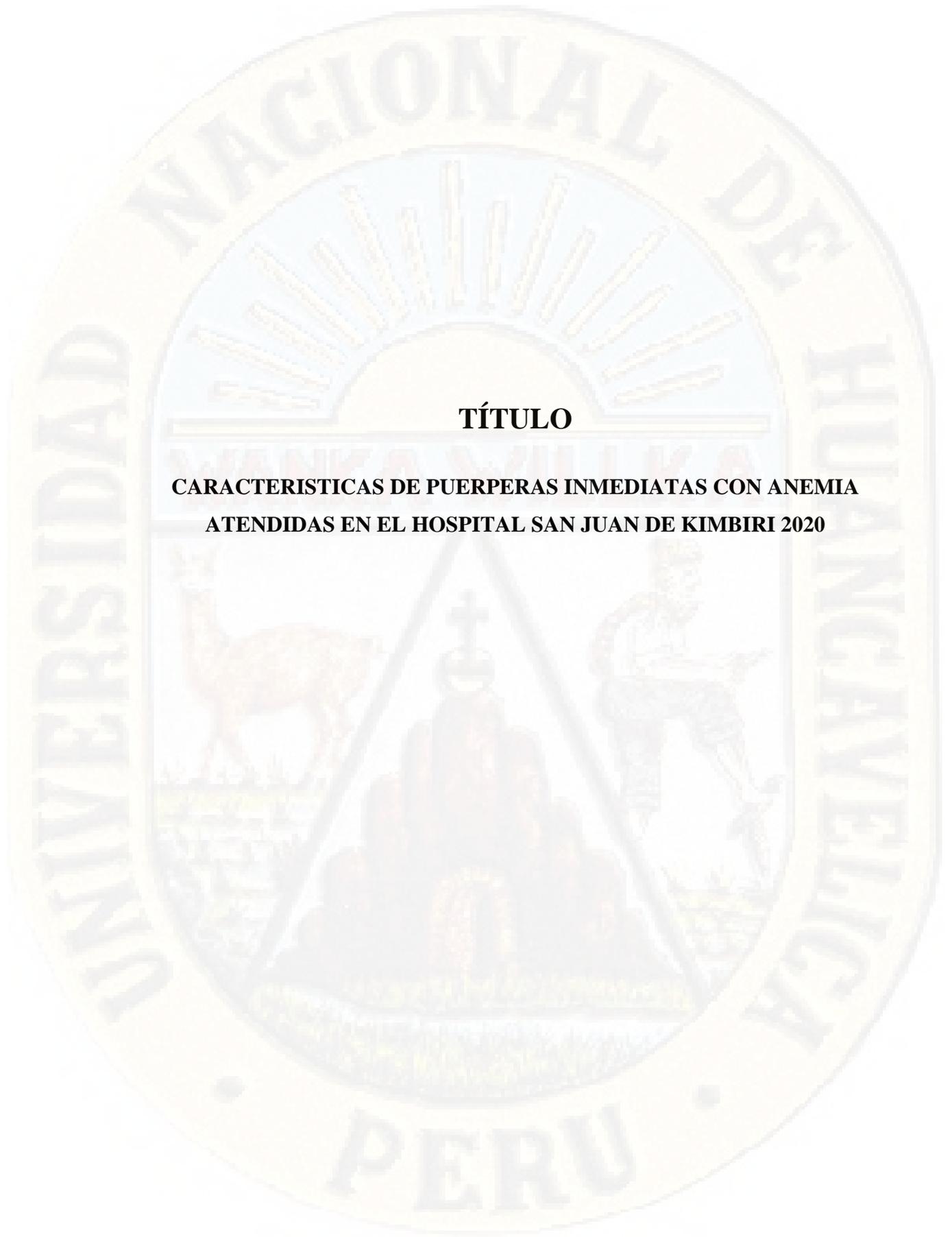
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA:**

**EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**HUANCAVELICA, PERÚ**

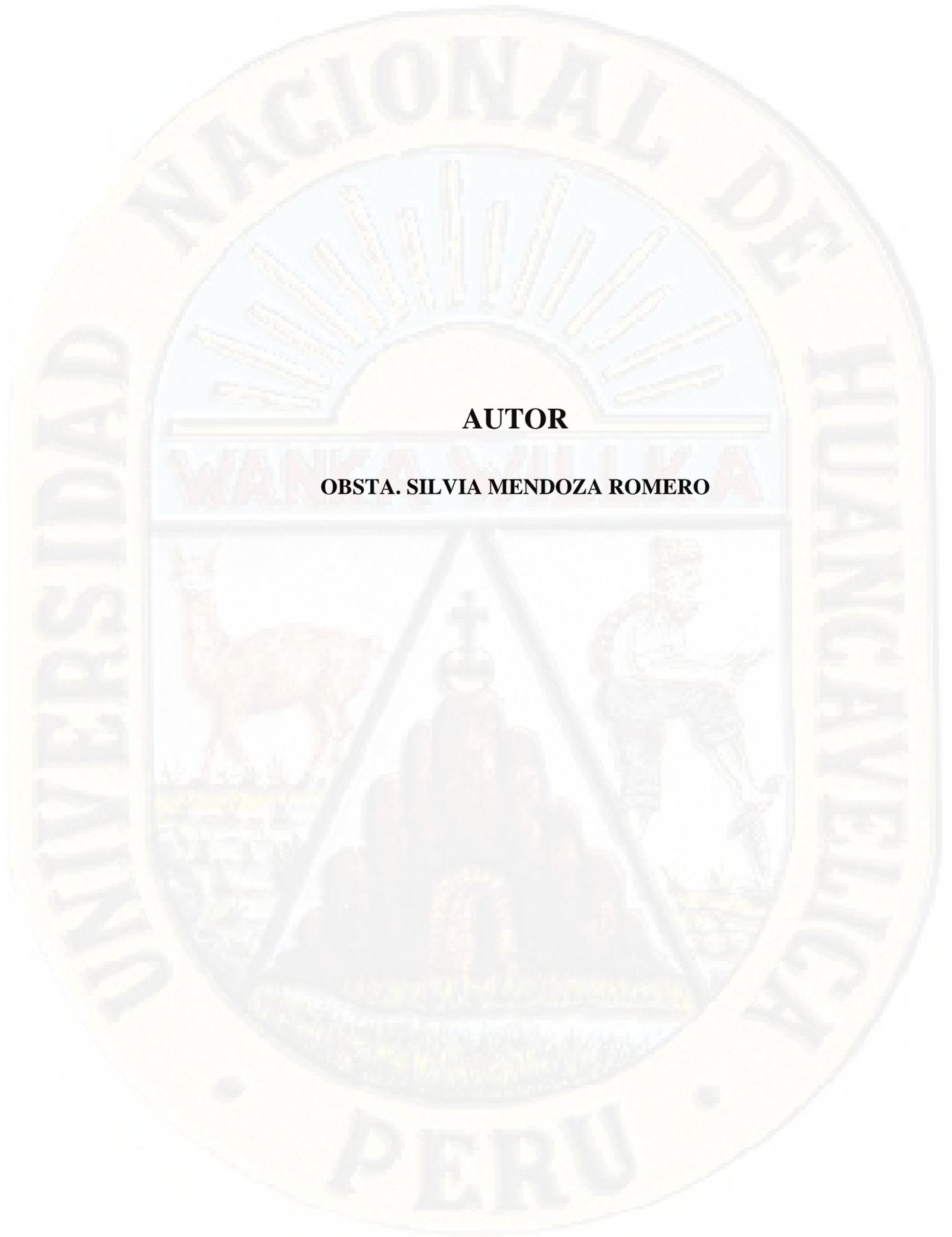
**2021**





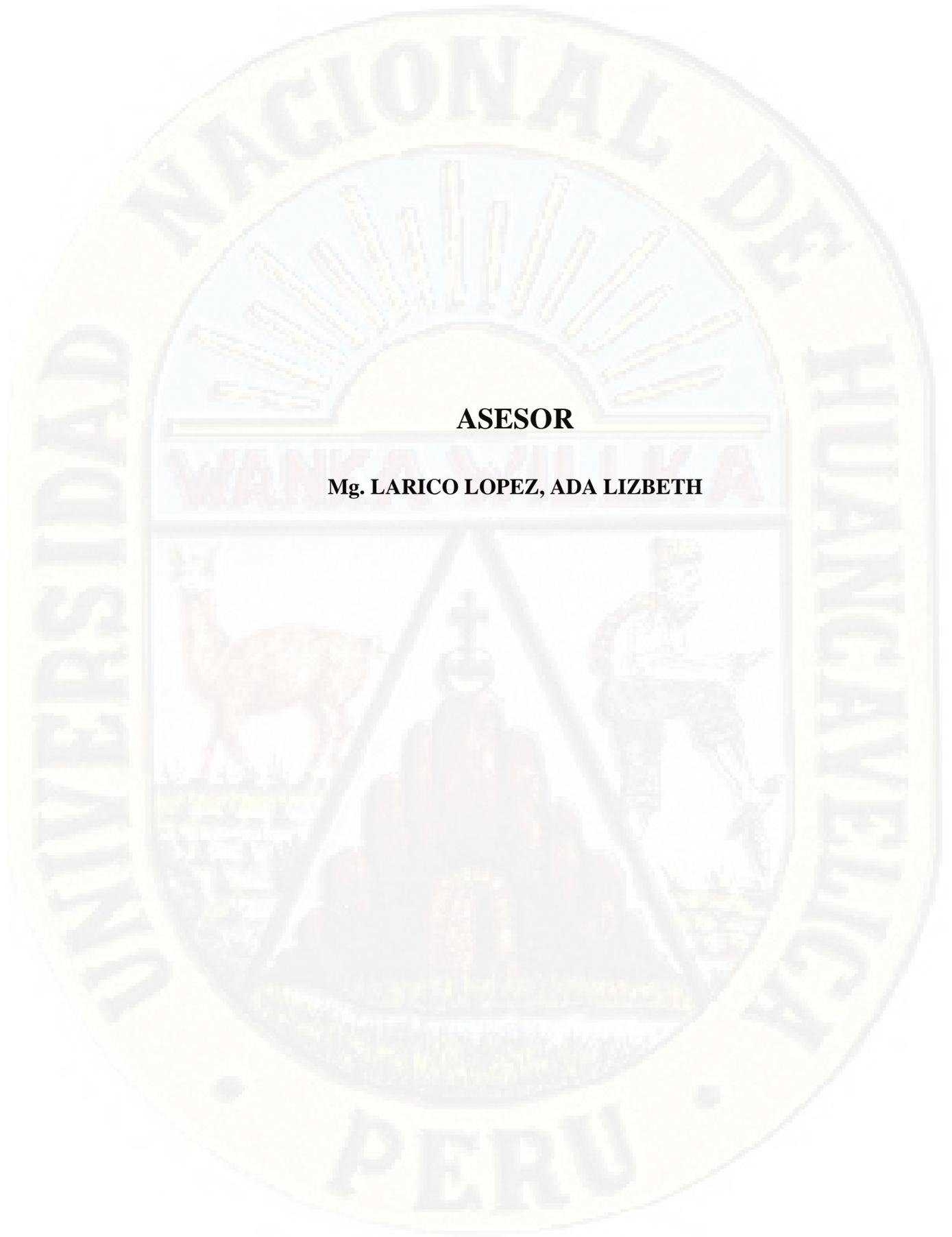
## **TÍTULO**

**CARACTERISTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS CON ANEMIA  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI 2020**



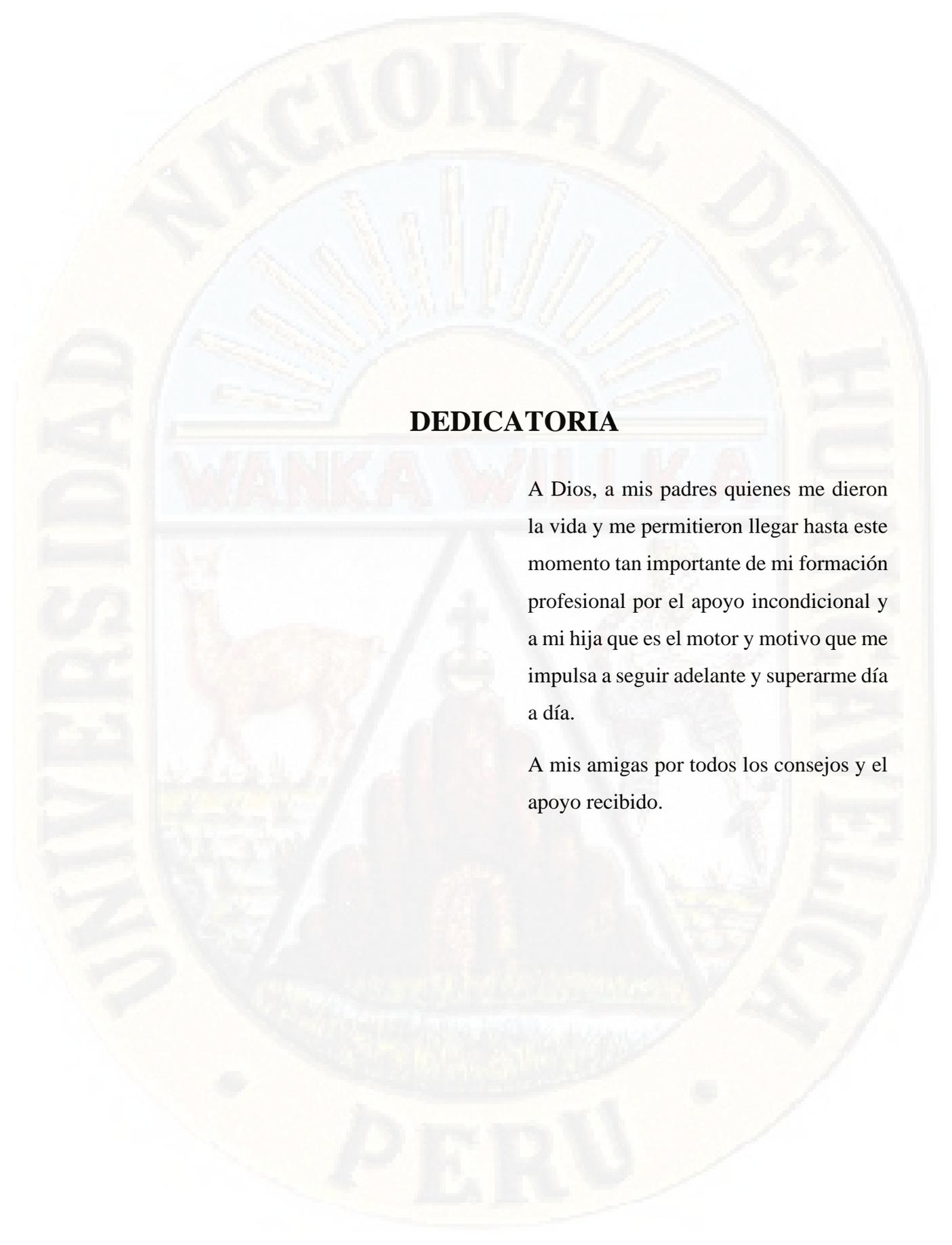
**AUTOR**

**OBSTA. SILVIA MENDOZA ROMERO**



**ASESOR**

**Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH**



## **DEDICATORIA**

A Dios, a mis padres quienes me dieron la vida y me permitieron llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional por el apoyo incondicional y a mi hija que es el motor y motivo que me impulsa a seguir adelante y superarme día a día.

A mis amigas por todos los consejos y el apoyo recibido.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Huancavelica y Facultad de ciencias de la salud por haberme aceptado y abierto las puertas para poder realizar mi estudio de especialidad.

A los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante.

A mi asesora Obsta. Ada Lizbeth Larico López por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su experiencia y conocimiento, por haberme tenido toda la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo y a todas las personas que me apoyaron para el logro del cumplimiento de esta meta.

A todos ¡muchas gracias!

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b> .....	<b>i</b>
<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TÍTULO</b> .....	<b>iii</b>
<b>AUTOR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ASESOR</b> .....	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>x</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRAT</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>14</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	17
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL .....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	17
1.5. LIMITACIONES .....	18
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	19
2.2. BASES TEÓRICAS .....	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	29
2.4. HIPÓTESIS .....	30
2.5. VARIABLE.....	30
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	31
<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>33</b>
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL.....	33
3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN .....	34

3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	34
3.4.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	34
3.5.	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	35
3.6.	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	35
3.7.	TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	36
<b>CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>		<b>37</b>
4.1.	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN .....	37
4.2.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>45</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>46</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>		<b>47</b>
<b>APÉNDICE.....</b>		<b>52</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Nivel de anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri	37
Tabla 2	Características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.	38
Tabla 3	Características obstétricas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.	39

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de kimbiri 2020. **Método.** El estudio fue un nivel de observación transversal y descriptivo. Método inductivo, diseño descriptivo simple. La población estuvo constituida por las puérperas inmediatas con anemia con un total de 120. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental y el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados:** El 80% (96) presento anemia moderado, 15,8% (19) leve y 4,2% (5) severo. Según edad 57.5% (69) fue joven, 30% (36) adulto y 12.5% (15) adolescente; 54.2% (65) curso secundario, 23.3% (28) superior no universitario, 19.2% (23) primaria y el 1.7% (2) superior universitario y analfabeta respectivamente; 86.7% (104) fue conviviente, 6,7% (8) soltera y casada respectivamente. Según antecedente de anemia gestacional 60% (72) presento anemia y 40% (48) no presento anemia; 78.3% (94) tuvo más de 6APN y 21.7% (26) menos de 6APN; 60.8% (73) fue parto vaginal y 39.2% (47) cesárea; 100% (120) no presento hemorragia en el III trimestre; 99.2% (119) no tuvo hemorragia postparto y 0.8% (1) si tuvo hemorragia; 60.8% (73) la perdida sanguínea fue <500ml y 39.2% (47) fue entre 500 y 999ml; 73.3% (88) no se le practico episiotomía y 26.7% (32) medía lateral derecha; 79.2% (95) no presento desgarro, 16.7% (20) I grado, 3.3% (4) II grado y 0.8% (1) III grado; 100% (120) alumbramiento completo y 61.7% (74) multípara, 36.7% (44) primípara y 1.7% (2) gran multípara. **Conclusiones:** Las puérperas inmediatas con anemia son jóvenes, con estudios de nivel secundaria y convivientes. Cuentan con el antecedente de anemia gestacional, con más de 6 APN, de parto vaginal, con perdida sanguínea <500ml y multíparas.

**Palabras clave:** Puérpera inmediata, anemia, nivel de anemia, características obstétricas y sociodemográficas.

## ABSTRAT

**Aim.** To determine the characteristics of immediate puerperal women with anemia treated at the San Juan de Kimbiri Hospital 2020. **Method.** The research was cross-sectional, observational at a descriptive level; inductive method, simple descriptive design. The population was made up of immediate puerperal women with anemia; that were a total of 120. The sample was census. The technique was the documentary analysis and the instrument was the data collection sheet. **Results:** 80% (96) presented moderate anemia, 15.8% (19) mild and 4.2% (5) severe. According to age 57.5% (69) were young, 30% (36) were adults and 12.5% (15) were adolescents; 54.2% (65) secondary course, 23.3% (28) non-university superior, 19.2% (23) primary and 1.7% (2) university superior and illiterate respectively; 86.7% (104) were cohabiting, 6.7% (8) single and married respectively. According to a history of gestational anemia, 60% (72) presented anemia and 40% (48) did not present anemia; 78.3% (94) had more than 6APN and 21.7% (26) less than 6APN; 60.8% (73) was vaginal delivery and 39.2% (47) caesarean section; 100% (120) did not present hemorrhage in the III trimester; 99.2% (119) did not have postpartum hemorrhage and 0.8% (1) did have hemorrhage; 60.8% (73) blood loss was <500ml and 39.2% (47) was between 500 and 999ml; 73.3% (88) did not undergo an episiotomy and 26.7% (32) had a right lateral median; 79.2% (95) did not present tear, 16.7% (20) I grade, 3.3% (4) II grade and 0.8% (1) III grade; 100% (120) complete delivery and 61.7% (74) multiparous, 36.7% (44) primiparous and 1.7% (2) great multiparous. **Conclusions:** the immediate puerperal women with anemia are young, with secondary school and cohabiting; with a history of gestational anemia, with more than 6 APN, vaginal delivery, with blood loss <500ml and multiparous are more characteristic aspects.

**Keywords:** immediate puerperal, anemia, level of anemia, obstetric and sociodemographic characteristics.

## INTRODUCCIÓN

La anemia es un cambio en la sangre que hace imposible que una mujer satisfaga las necesidades de su cuerpo durante el período posparto. La anemia posparto se define como niveles de hemoglobina  $<110$  g/l en la primera semana después del nacimiento y  $<120$  g/l a las 8 semanas después del nacimiento. Los niveles de anemia posparto oscilan entre anemia grave  $<8,0$  g/dl, anemia moderada: 8,0 a 0,9 g/dl y anemia leve: 11,0 a 11,9 g/dl. La Hb y el hematocrito vuelven a los niveles anteriores aproximadamente 6 semanas después del parto (1,2,3,4).

La deficiencia de hierro es la causa más común de anemia. Aproximadamente del 50% al 80% de todas las mujeres que participan en el parto en todo el mundo se vuelven anémicas dentro de las 48 horas posteriores al parto.

Los factores asociados con el desarrollo de anemia posparto fueron la edad temprana de la madre, la suplementación inadecuada de hierro, la pérdida de sangre durante el trabajo de parto y las complicaciones del trabajo de parto. La anemia posparto afecta la salud física, causa fatiga y letargo, afecta el rendimiento y se limita el cuidado del recién nacido.

Las reducciones exitosas en la prevalencia de anemia en mujeres posparto no solo mejoran la calidad de la atención para ella, su familia y su productividad laboral, sino que también planifican futuros embarazos en mejores condiciones que con lleva beneficios para la madre y el recién nacido. Es así que la presente investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe presentación de los resultados.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La anemia es un cambio en la sangre que se caracteriza por una disminución de la hemoglobina (Hb), el hematocrito (Ht) o el número total de glóbulos rojos (1). Este trastorno impide que las mujeres satisfagan sus necesidades físicas en diversas etapas, prenatal y posnatal (2). La anemia posparto se define como niveles de hemoglobina <110 g/l en la primera semana posparto y <120 g/l a las 8 semanas posparto (3). Los niveles de anemia posparto oscilan entre anemia grave <8,0 g/dl, anemia moderada: 8,0 a 0,9 g/dl y anemia leve: 11,0 a 11,9 g/dl (4). Aproximadamente 6 semanas después del parto, la hemoglobina y el hematocrito vuelven a sus niveles anteriores, siempre que haya suficiente almacenamiento de hierro y no haya una pérdida excesiva de sangre durante el trabajo de parto o el puerperio (1).

La Organización Mundial de la Salud en el 2020 informa que la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia, afectando al 33% de las mujeres no embarazadas y al 40% de las embarazadas (2,5). Se estima que alrededor del 50% al 80% de todas las mujeres que dan a luz en todo el mundo sufren de anemia dentro de las 48 horas posteriores al parto. En los países en desarrollo, hay más implicaciones debido a su asociación con otras

condiciones patológicas (6). Castilla et al; describe que la prevalencia de anemia posnatal es del 50% dentro de las 48 horas inmediatamente posteriores al parto, 14% en mujeres que recibieron terapia con hierro una semana después del parto y 24% en mujeres no tratadas. En España fue del 59% de anemia postparto (8,9). En Bolivia 60,35% (10,11). En Ecuador 23,6% (12,13). En México se puede llegar entre 4 a 27% y este problema se agudiza más si el parto es por cesárea (14). En el Perú el 23.3% de mujeres que están dando de lactar también tienen anemia (15).

Los factores asociados con el desarrollo de anemia posparto fueron la edad de las madres menores de 21 años, la suplementación inadecuada de hierro después de las 36 semanas, la pérdida de sangre que sienten las madres durante el trabajo de parto y las complicaciones durante el trabajo de parto (8, 9). Parto instrumentado, anemia preparto, cesárea, episiotomía y laceración perineal (10,11). Primiparidad y multiparidad (12,13). También se asocia con mala calidad de vida, deterioro cognitivo, inestabilidad emocional y depresión (16). Esto puede ser el resultado de deficiencias dietéticas previas, infecciones, placenta previa, cesárea, embarazos múltiples y un nivel socioeconómico deficiente (5).

La mayoría de las mujeres embarazadas pueden dar a luz con anemia no detectada, lo que predispone a una alta tasa de anemia posnatal (17) y puede requerir una transfusión de 3,5% si se asocia con factores de riesgo (14). Los estudios han demostrado que la disminución promedio de los niveles de Hb después del parto fue de  $1,12 \pm 1,12$  g/dl para el parto vaginal y de  $1,34 \pm 0,21$  g/dl para el parto por cesárea en mujeres no transfundidas (18).

En Pakistán, la anemia posparto  $<10$  g/dl es menos común en mujeres que sangran entre 500-999 ml [31%] y [54%], respectivamente, con pérdida de sangre de 1000 ml o más [71%] y [75%] respectivamente (19). Sangrar más allá de la pérdida de sangre normal de unos 300 ml puede provocar un agotamiento rápido de las reservas de hierro del cuerpo y, a menos que se

trate, puede provocar una deficiencia de hierro a largo plazo durante el período posparto (3).

La anemia posparto afecta la salud física, causa fatiga y letargo, afecta el rendimiento y se limita el rendimiento al cuidado del recién nacido (20). Tienen un alto riesgo de complicaciones infecciosas, especialmente del tracto urinario, heridas quirúrgicas y depresión posparto (21).

En respuesta a este creciente problema de salud pública en cada país, el Ministerio de Salud peruano ha recomendado tomar hierro desde el período de gestacional hasta los 14 a 30 días posteriores al parto y ha tomado medidas preventivas para la anemia posnatal. Durante la lactancia, es importante incorporar la ingesta de alimentos ricos en hierro de origen animal como sangre, hígado, bazo, bofe, menudencias y pescado, así como frutas y verduras (15). Durante el puerperio, la suplementación con hierro durante al menos 3 meses, solo o en combinación con ácido fólico, puede reducir el riesgo de anemia al mejorar los niveles maternos de hierro. Se recomienda enriquecer con otros productos como el arroz, el trigo y maíz (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el período posparto como la etapa más importante pero más olvidada de la vida de la madre y el bebé. Las reducciones exitosas en la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva no solo mejoran la calidad de la atención para ella, su familia y su productividad laboral, sino también para las madres y los recién nacidos.

Según un informe de la Oficina de Estadísticas del Hospital San Juan de Kimbiri 2020, entre el 37% y el 40% de las púerperas presentan anemia, y esa proporción preocupa en la salud materna y neonatal, por lo que ha surgido la necesidad del estudio. Mejorar la identificación oportuna de las características de las mujeres posparto con anemia, permite abordar aquellas que son posibles de ser modificadas o controladas, así como proponer actividades facilitadoras para comprender mejor la anemia de las mujeres y sus

complicaciones, tratamiento y seguimiento. Intervenir en el seguimiento continuo de estas mujeres y su medio ambiente es una clave importante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de kimbiri 2020?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de kimbiri 2020.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de anemia de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.
- Identificar las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.
- Identificar las características obstétricas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El aumento de la anemia posparto es un problema mundial, nacional y regional, una preocupación para el sector de la salud dado su impacto en la calidad de vida de las mujeres a corto y largo plazo. Puedes ver que la productividad se reduce y la calidad de atención a las personas que te rodean se pierde debido al cansancio y letargo. Este período, conocido como puerperio, a menudo significa mala calidad del sueño, dolor y malestar y, a medida que aumenta la afeción, los síntomas son más alarmantes para la salud de la mujer.

Este estudio aporta conocimientos científicos y, en base a los resultados, puede sugerir mejoras en las actividades de prevención de la anemia en

mujeres desde la gestación. La identificación de estas posibles características posibles de intervención contribuirá a la reducción de las mujeres posparto con anemia que creen que las manifestaciones clínicas de esta afección perjudican su capacidad para el bienestar físico y emocional.

Identificar la edad permitirá reforzar las actividades de promoción de la salud para trabajar de manera continua y en diferentes espacios temas como hábitos saludables en la alimentación rica en hierro y lavado de manos que contribuyen a la disminución de casos de infecciones.

Proporciona una base para el establecimiento de una red integrada de cooperación entre actores estatales y no estatales para lograr el compromiso económico y medidas nutricionales integrales que promuevan la prevención y el manejo de la anemia en mujeres en edad reproductiva.

La intervención temprana en las adolescentes para prevenir la anemia por deficiencia de hierro es muy importante, especialmente en áreas con altas tasas de embarazo adolescente, parto prematuro y anemia gestacional.

Un enfoque de higiene básico reduce el riesgo de infección. Esto permite que los gobiernos locales y las autoridades se integren en las intervenciones relacionadas con el agua y el saneamiento para reducir las pérdidas nutricionales asociadas con las infecciones parasitarias.

La educación sobre cuestiones de planificación familiar puede ayudar a promover intervalos adecuados entre los nacimientos. La educación ayuda a promover la igualdad de género y ayuda a las mujeres a mejorar su salud.

## **1.5. LIMITACIONES**

Las principales fuentes de información fueron las historias clínicas de las púérperas inmediatas que padecían anemia y el libro de partos del hospital. Por tanto, las limitaciones del estudio por ser retrospectivo fueron la calidad del contenido de la información requerida, la claridad de la descripción de las historias clínicas, la documentación y el diagnóstico certero.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Rubio, Molina, Hernandez (22); en su estudio titulado “Incidencia de anemia posparto y factores de riesgo relacionados con el parto vaginal”. Presento como resultados que el 45% de las mujeres tienen niveles de Hb posparto  $<11$  g/dL, el 7.1% encontró que la Hb era menor de 9 g/dL. Los factores de riesgo más fuertemente asociados con una anemia más grave (Hb  $<9$ g / dL) fueron la episiotomía, la primera etapa del trabajo de parto  $> 9$  horas, el primer parto y la cesárea previa. Otros factores de riesgo independientes fueron la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto, el parto instrumental, el desgarro  $> 1$  grado, la falta de práctica del manejo activo y el aumento de peso neonatal al nacer.

Medina, León, Vidal (23), en un estudio titulado "Anemia materna posparto: prevalencia y factores de riesgo". Obtienen como resultado, el 29% de las madres estaban anémicas y las laceraciones del canal de parto, la cesárea, la episiotomía se identificaron como los principales factores de riesgo para esta afección.

Wagner et al (24); en su artículo titulado de mujeres que experimentan sangrado obstétrico tienen un mayor riesgo de anemia tanto en países ricos como pobres. Concluimos que las mujeres que tenían sangrado tenían un riesgo 5,68 veces mayor de anemia posparto que las mujeres que no lo tenían.

Abebaw et al (25); En su tesis titulado “Factores relacionados con la tasa de anemia posparto en madres posparto en el noroeste de Etiopía”, fue un estudio transversal. Se encontró que la tasa de anemia inmediatamente después del parto era del 24,3%. Fueron predictores una frecuencia de visitas de atención prenatal <4 veces, sangrado preparto, sangrado posparto, parto instrumental, mala adherencia al hierro y ácido fólico, y una circunferencia del parte medio superior del brazo <23 cm.

Infante et al (26) en su estudio titulado “Relación entre la segunda etapa del parto y la anemia posnatal”; como resultado obtuvieron que, la incidencia de anemia posnatal fue del 42.0%. La segunda fase del parto, que supera las 4 horas, es segura para la anemia posparto en mujeres nulíparas. Sin embargo, dado el alto riesgo de anemia posparto, las mujeres multíparas deben tener más control si la segunda etapa del trabajo de parto excede las 3 horas.

Zamora Diego (27) es un trabajo titulado “La relación entre la incidencia y la gravedad de la anemia en el posparto y el tipo de atención prenatal durante el período septiembre-diciembre de 2016”, en las Esmeraldas del Hospital Delfina Torres de Concha. Obtuvo como resultado, que la cesárea aumenta la incidencia y gravedad de la anemia puerperal en relación al parto vaginal, y la falta de acceso al manejo prenatal aumenta la incidencia de anemia posparto. Es un factor de riesgo grave para anemia puerperal severa (hemoglobina <7 g / dl).

Marchan Lourdes (28); en su trabajo titulado Características obstétricas relacionadas con la anemia posnatal tratadas por los servicios de obstetricia y ginecología del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" entre 2016 y 2019; se encontró que los resultados tuvieron una asociación

entre anemia posparto y tener una cesárea, anemia del tercer trimestre, laceración vaginal, episiotomía, comorbilidad obstétrica o paridad mayor a 2 partos. Siendo de las comorbilidades, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas las más frecuentes.

Pineda Soledad (29); en su tesis titulada Niveles de anemia en mujeres de postparto en el hospital Luis moscoso zambrano de enero hasta diciembre 2012; obtiene como resultados que el 57% de mujeres si presentaron hemorragia pos parto, el 41% de mujeres presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 32% de mujeres han presentado un embarazo, la edad, relacionada con la presentación de anemia señala que el 47% de mujeres que presentaron anemia leve el 14% tenían más de 30 años el 13% de 15-18 años de edad, el 37% de mujeres con anemia moderada el 15% tenían más de 30 años mientras que el 10% de 15 a 18 años, y según la presentación de anemia grave el 6% tenían de 19-22 años de edad, siendo así la relación de anemia con la edad con mayor riesgo en las extremas. el 57% de mujeres que si presentaron hemorragia pos parto el 30% tenían una hemoglobina de 11 a 10 mg/ dl con una clasificación de anemia leve durante el puerperio, el 19% una hemoglobina de 10 a 9 mg/dl con una anemia moderada y el 7% de 9-8 mg/ dl con anemia grave, mientras que el 43% de mujeres que no presentaron hemorragia post parta el 17% tenían una anemia leve, el 18% moderada y el 9% grave, denotando así la relación de anemia en el puerperio con las perdidas sanguíneas.

Chumbes N y Fernández J (30) en un trabajo titulado Factores maternos y obstétricos en mujeres obstétricas inmediatas con anemia tratadas en el Centro de Salud Huancasancos Ayacucho 2018-2019; 47% por factores maternos adecuados a la edad Son jóvenes, 35% son adultos y el 18% son adolescentes. Según la situación matrimonial, el 45% son solteros, el 40% están casados y el 15% viven juntos. Según el nivel de instrucción, 54% son secundarios, 30% primarios, 13% no universitarios, 2% universitarios y 1% no estudiados. Según la religión, el 97% son católicos, el 2% son testigos de Jehová y el 1% son cristianos. Según la diabetes gestacional, en cuanto a los

factores obstétricos, el 69% se encontró sin anemia y el 31% con anemia. Según la ruta de finalización del parto, el 100% fue la vagina. Según Parity, el 47% son nacimientos, el 33% son primeros nacimientos y el 20% son partos mayores. Según la episiotomía, el 61% sin episiotomía, el 27% en la medial y lateral derecha y el 12% en la medial y lateral izquierda. De acuerdo con las laceraciones perineales, 83% no se desgarró, 12% grado I, 4% grado II, 1% grado IV y el sangrado posparto mostró 97% sin sangrado y 3% mostró sangrado.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Puerperio**

Es el período desde la excreción de la placenta y su membrana hasta la regresión completa de los cambios inducidos por el embarazo. Este período dura alrededor de 6 semanas y los órganos reproductores experimentan un proceso de retorno al estado normal que existía antes del parto (31). Es el período desde el final del trabajo de parto hasta la aparición de la primera menstruación, período aproximado de 6-8 semanas (32).

### **2.2.2. Clasificación del puerperio**

- Puerperio inmediato: Está dado en las primeras 24 horas.
- Puerperio mediato: Transcurre desde 1 hasta los 10 días.
- Puerperio tardío: Desde el oncenno hasta los 42 días posteriores al parto (32).

### **2.2.3. Cambios locales**

Después del alumbramiento, la cavidad uterina se ubica a dos dedos sobre el ombligo, formando un globo de seguridad y evitando la pérdida de sangre en condiciones normales, con una consistencia firme por la contracción de la ligadura del pinard. Al día siguiente, atraviesa dos dedos debajo del ombligo, al segundo día atraviesa tres dedos y luego a

diario a un través de un dedo. Se vuelve debajo de la sínfisis púbica aproximadamente 10-12 días después del parto. La parte inferior del útero, que mide 8-10 cm al nacer, es imposible distinguirlo al tercer día, lo que explica que el tamaño del útero retrocedió rápidamente el primer día. Después del parto, la cavidad uterina se cubre con decidua, a excepción del área donde estaba la placenta (herida placentaria). Se producen cambios en la decidua, la hiperplasia endometrial comienza el décimo día del puerperio y toda la cavidad uterina se reviste el día 25. Antes de que se complete la regeneración, ya se ha formado una barrera de glóbulos blancos a partir del 4º día después del parto, cuya función básica es evitar el paso de bacterias que han invadido el útero desde las heridas placentarias. La reparación del lecho placentario es excelente cuando la puérpera está bien nutrida y la hemoglobina se encuentra dentro de los límites normales. Después del parto, el cuello uterino desciende (a menudo hacia los órganos internos), edematoso y permeable en dos o tres dedos. A los 3 días se reconstruye, permeable a los loquios, se cierra al décimo día y tiene un aspecto normal (33).

#### **2.2.4. Cambios generales**

##### ***Pulso***

Después de que sale el feto, el corazón se enlentece y, en condiciones normales, el pulso se convierte en bradicardia (60-70 latidos / minuto). Por tanto, ante un paciente con taquicardia, se considera un componente patológico y se deben considerar las entidades que pueden provocar taquicardia, como infecciones, anemias y cardiopatías (33).

##### ***Temperatura***

Hasta 96 horas (cuarto día) después del parto, se puede observar un aumento de la temperatura fisiológica de hasta 1 ° C. Este fenómeno se da por dos razones:

- a) Una pequeña cantidad (mínima) de vérnix, un fragmento microscópico de la membrana o una cantidad mínima de líquido amniótico que atraviesa el torrente sanguíneo se mueve a través del lecho placentario hacia el torrente sanguíneo.
- b) Por la presencia de toxinas que son liberadas por bacterias que se encuentran en el útero y que se transfieren a la sangre durante la regresión.

En el puerperio también hay una reducción de la citemia provocada por la pérdida de hasta 500 ml de sangre, lo que se considera fisiológico. A esto se suma el paso de líquido desde el espacio extravascular al torrente sanguíneo, provocando una anemia real como consecuencia de ambos fenómenos. Puede haber entre 12.000 y 13.000 leucocitosis provocando una leucocitosis fisiológica (33).

#### ***Peso***

En este período el peso materno se reduce en aproximadamente 8 kg, lo cual es debido a la salida del feto, placenta, líquido amniótico y membranas ovulares; reabsorción de líquidos e involución de los segmentos de órganos: útero, hígado y corazón (33).

#### ***Sistema digestivo***

La distensión intestinal rápida se produce tras una disminución del volumen uterino a favor de la aparición de estreñimiento y espasmos cólicos, por la excitación del sistema nervioso parasimpático. Las hemorroides que se forman durante el embarazo aumentan y a menudo son dolorosas (32).

#### ***Sistema respiratorio***

Se reestablece la respiración abdomino-costal y desaparece la tendencia a la alcalosis respiratoria (32).

### ***Metabolismo***

Propio de los cambios regresivos de todos los órganos en el puerperio, se añade un aumento del metabolismo, lo que puede originar un incremento de la glicemia (hiperglicemia  $> 6,2$  mmol/mL) (33).

### ***Cambios endocrinos***

Durante la lactancia, se da amenorrea primero por la inhibición de la prolactina de la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH), seguida de la estimulación de la succión del pezón con la ayuda de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y la hormona tiroestimulante (TSH) (33).

### ***Equilibrio hidromineral***

Se presentan cambios en el equilibrio ácido-básico, con tendencia a la acidosis y cetosis en ayuno. La diuresis puede incrementar hasta unos 2000 ml las 24 primeras horas y disminuir en días posteriores (33).

### ***Lactancia materna***

Durante el embarazo, el estrógeno, la progesterona y la prolactina actúan sobre el tejido mamario (acino y conducto) para estimular la maduración morfológica y bioquímica necesaria para el tejido mamario. La progesterona, en cambio, interviene en la lactogénesis y la reducción posparto favorece su aparición. Las hormonas enumeradas anteriormente actúan sobre el hipotálamo (liberación e inhibidor) y activan los inhibidores de prolactina (PIF o FIP). Cuando el recién nacido succiona el pezón, la glándula pituitaria secreta oxitocina. La deficiencia hormonal de estrógeno y progesterona y la eliminación de la inhibición de la FIP aumentan la prolactina e inician la lactancia (33).

## **2.2.5. Complicaciones en el puerperio**

### ***Hemorragia postparto***

Por definición, se considera que el sangrado puerperal o posparto tiene una pérdida de más de 500 ml en el trabajo de parto normal. Sin embargo, con una cesárea, la pérdida es superior a 1000 ml. Una reducción del 10% en el hematocrito y la inestabilidad hemodinámica es un criterio objetivo para evaluar la presencia de pérdida de más de 1 litro de sangre. Los factores predisponentes para el sangrado posparto incluyen edad materna avanzada, multiparidad, antecedentes de sangrado posparto en embarazos previos, distensión uterina, cambios en la contractilidad uterina, trabajo de parto rápido o prolongado y hemorragias ante parto como placenta previa (34).

### ***Infecciones postparto***

La fiebre posparto es una complicación que puede afectar tanto los tejidos blandos como distantes de la pelvis. La frecuencia es de aproximadamente el 5-10% de los partos vaginales y del 85% de los partos por cesárea. Los factores de riesgo de infección de la herida laparotómica incluyen desgarro fascial y endometritis puerperal son la obesidad, anemia gestacional causada por desnutrición, diabetes mellitus y trabajo de parto prolongado (34).

## **2.2.6. Anemia**

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hemoglobina (Hb), el hematocrito (Hto) o el número total de eritrocitos (1).

### ***Anemia en el puerperio***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia en púerperas con niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl (2). La anemia posparto se define como una disminución de los niveles de

hemoglobina durante el puerperio. La anemia posparto o puerperio es un problema común en todo el mundo. Sin embargo, es una complicación grave y también puede aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas. En los países en desarrollo, la anemia posparto está condicionada por una mayor morbilidad y es una de las principales causas de mortalidad materna (35).

#### ***Nivel de anemia puerperal***

De acuerdo con las Normas Técnicas para el Tratamiento y Prevención de la Anemia 2017, el Ministerio de Salud del Perú clasifica los niveles normales de hemoglobina en niños, adolescentes, embarazadas y púerperas (hasta 1000 cuadrados) de la siguiente manera (4):

- Mujer púerpera sin anemia según nivel de hemoglobina g/dl:  
 $\geq 12.0$
- Mujer púerpera con anemia según nivel de hemoglobina g/dl:
  - a) Anemia severa:  $< 8.0$
  - b) Anemia moderada:  $8.0 - 10.9$
  - c) Anemia leve:  $11.0 - 11.9$

#### ***Manifestaciones clínicas***

Los síntomas clínicos de la anemia incluyen síntomas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia), bajo rendimiento físico y mental, malestar general, y en las mujeres en posparto, la capacidad de cuidar a los recién nacidos se reduce significativamente. La anemia afecta las actividades de la vida diaria y reduce la calidad de vida (29).

### ***Factores de riesgo***

Los factores asociados a la aparición de la anemia en el postparto fueron:

- La edad materna menor a 21 años, inadecuada suplementación con hierro a partir de las 36 semanas, pérdida de sangre percibida por la madre durante el parto y complicaciones en el parto (8,9).
- El parto instrumentado, anemia preparto, cesáreas, episiotomías y desgarros perineales (10,11).
- La primiparidad y la multiparidad (12,13).
- También se asocia con una calidad de vida deteriorada, capacidades cognitivas reducidas, inestabilidad emocional y depresión (16).
- Puede ser el resultado de insuficiencia dietética previa, infecciones, placenta previa, cesárea, gestación múltiple y bajo nivel socioeconómico (5).
- Según el tipo de parto los estudios demuestran que la disminución media de la concentración de Hb postparto fue de  $1,12 \pm 1,12$  g / dL para partos vaginales y  $1,34 \pm 0,21$  g / dL para partos por cesárea en las mujeres no transfundidas (18).
- Según la cantidad del sangrado estudios en Pakistán, demuestran que la anemia postparto  $<10$  g / dl fue menos frecuente entre las mujeres que sangraron entre 500-999 ml [31%] y [54%], respectivamente y más frecuentes entre las mujeres con pérdida de sangre  $\geq 1000$  ml [71%] y [75%], respectivamente (19).
- El sangrado que excede las pérdidas sanguíneas normales de aproximadamente 300 ml puede conducir a un rápido agotamiento de las reservas corporales de hierro y, a menos que se trate, puede provocar una deficiencia de hierro de larga duración en el período postparto (3).

### ***Manejo o tratamiento***

La indicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 60 mg por día en áreas con una prevalencia de deficiencia de hierro de menos del 20%, y recomienda duplicar la dosis si la prevalencia es alta. Si las condiciones de sangrado crónico durante el embarazo se agregan a la anemia del embarazo: placenta previa, o sangrado más de lo normal durante el parto o puerperio, tiene riesgo de transfusión de sangre a pesar de la adherencia al tratamiento de vía oral de hierro (4).

<b>Condición de anemia</b>	<b>Dosis</b>	<b>Producto</b>	<b>Duración</b>	<b>Control de hemoglobina</b>
<b>Anemia leve</b>	120 de hierro elemental + 800 µg de Ácido Fólico	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro	Durante 6 meses	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11 g/dl o más (valores ajustados a los 1000 msnm).
<b>Anemia moderada</b>	Fólico Diario (2 tabletas diarias)	Polimaltosado + Ácido Fólico		
<b>Anemia severa</b>	Tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)			

**Fuente:** Norma técnica Manejo terapéutico y preventivo de la anemia 2017 del Ministerio de Salud Perú.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Características:** Es una característica o singularidad que identifica a alguien o algo. Contiene todos los aspectos o variables que componen el estado e identidad de una entidad en particular (36).

**Características sociodemográficas:** Los **datos demográficos** son información general sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia, así como características sociales como la ocupación, la situación familiar o los ingresos (37).

**Características obstétricas:** Son cualidades o rasgos que se describe de la mujer en edad reproductiva, cuando su situación destaca aspectos obstétricos propios del embarazo, parto y puerperio entre otros como paridad, edad gestacional, tipo de parto o antecedentes.

**Puérpera:** Periodo que abarca desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de 6-8 semanas (32).

**Puérpera inmediata:** Periodo que abarca desde el final del parto hasta las primeras 24 horas (32).

**Anemia:** La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hemoglobina (Hb), el hematocrito (Hto) o el número total de eritrocitos (1).

**Anemia postparto o puerperal:** La anemia postparto se define como un nivel de hemoglobina de <110 g / la 1 semana postparto y <120 g / la 8<sup>va</sup> semana postparto (3).

**Niveles de anemia:** Mujer puérpera con anemia según nivel de hemoglobina g/dl hasta 1000msnm (4):

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

## 2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere del planteamiento de hipótesis.

## 2.5. VARIABLE

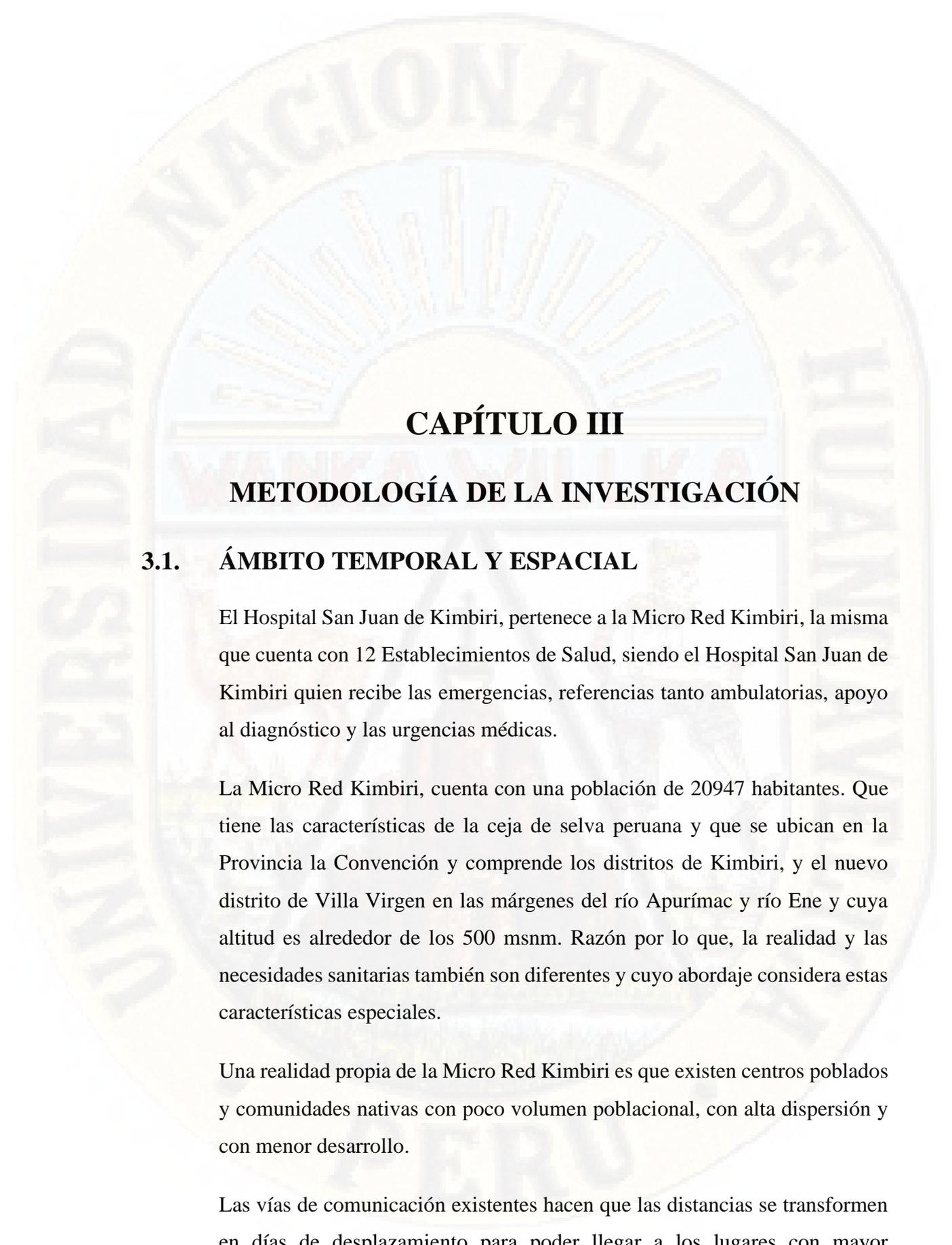
Univariable:

- Características de puérperas inmediatas con anemia.

## 2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Univariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	ITEM	Valor
Características de púerperas inmediatas con anemia	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Datos obtenidos a través de la ficha de recolección de datos de las historias clínicas de las púerperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan Kimbiri.	Nivel de anemia en la púerpera inmediata	Nivel de anemia	Leve (11-11.9g/dl)	1
					Moderada (8-10.9g/dl)	2
					Severa (<8g/dl)	3
			Características sociodemográficas de la púerpera inmediata	Edad	Adolescente (12-18 años)	1
					Joven (19-29 años)	2
					Adulto (>30 años)	3
			Características sociodemográficas de la púerpera inmediata	Nivel de instrucción	Analfabeta	1
					Primaria	2
					Secundaria	3
					Técnico	4
			Características sociodemográficas de la púerpera inmediata	Estado civil	Universitario	5
					Soltero	1
Casado	2					
Conviviente	3					
Características obstétricas de la púerpera inmediata	Antecedente de Anemia gestacional	Viudo	4			
		Divorciado	5			
		Con antecedente	1			
		Sin antecedente	2			
Características obstétricas de la púerpera inmediata	Numero de APN	<6APN	1			
		>=6APN	2			
		Vaginal	1			
		Cesárea	2			
Características obstétricas de la púerpera inmediata	Antecedente de Hemorragias del III trimestre	Con hemorragia	1			
		Sin hemorragia	2			

			Hemorragia pos parto	Con hemorragia Sin hemorragia	1 2
			Perdida sanguínea en el parto	<500ml >500ml >1000ml >1500ml	1 2 3 4
			Episiotomía	Sin episiotomía Mediana Medio lateral izquierdo Medio lateral derecho	1 2 3 4
			Desgarro	Sin desgarro I grado II grado III grado IV grado	1 2 3 4 5
			Paridad	Primípara Multípara Gran multípara	1 2 3
			Alumbramiento	Completo Incompleto	1 2



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL**

El Hospital San Juan de Kimbiri, pertenece a la Micro Red Kimbiri, la misma que cuenta con 12 Establecimientos de Salud, siendo el Hospital San Juan de Kimbiri quien recibe las emergencias, referencias tanto ambulatorias, apoyo al diagnóstico y las urgencias médicas.

La Micro Red Kimbiri, cuenta con una población de 20947 habitantes. Que tiene las características de la ceja de selva peruana y que se ubican en la Provincia la Convención y comprende los distritos de Kimbiri, y el nuevo distrito de Villa Virgen en las márgenes del río Apurímac y río Ene y cuya altitud es alrededor de los 500 msnm. Razón por lo que, la realidad y las necesidades sanitarias también son diferentes y cuyo abordaje considera estas características especiales.

Una realidad propia de la Micro Red Kimbiri es que existen centros poblados y comunidades nativas con poco volumen poblacional, con alta dispersión y con menor desarrollo.

Las vías de comunicación existentes hacen que las distancias se transformen en días de desplazamiento para poder llegar a los lugares con mayor

desarrollo en busca de respuesta a sus demandas sociales. La accesibilidad geográfica es crucial, la cual está condicionada a su vez por las vías de comunicación, por las distancias existentes sino principalmente por el tiempo que tarda los desplazamientos de los establecimientos de salud al HOSPITAL SAN JUAN de KIMBIRI y estas a su vez a la ciudad de Ayacucho por las referencias de mayor complejidad para ser resueltas.

### **3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación fue observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Debido a que no hay intervención del investigador, los datos son observacionales porque reflejan la evolución natural del evento, y más allá de la voluntad del investigador, los datos necesarios para el estudio se han recopilado de años posteriores, por ello es retroactivo y la información se recoge en un momento específico (38,39).

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación fue descriptiva porque básicamente consistió en explicar fenómenos y situaciones. Se trata de una investigación que busca recabar información sobre el estado actual del fenómeno. Su propósito era explicar (medir) individualmente el comportamiento de una o más variables (38,39).

### **3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación fue descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma (39):

M      O

M: Púerperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri

O: Características de las púerperas inmediatas

### **3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

#### **3.5.1. Población**

La población estuvo compuesta por todas las puérperas inmediatas con anemia tratadas en el Hospital San Juan de kimbiri durante el 2020, según un informe de la Oficina de Estadísticas son 120 en total.

#### **3.5.2. Muestra**

La muestra fue censal debido a que se incluyó en su totalidad a la población de la investigación, por lo tanto, estuvo conformado por 120 puérperas inmediatas con anemia.

##### **Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de puérperas inmediatas con anemia que se atendieron en el Hospital.
- Historias clínicas con datos completos.

##### **Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas de puérperas inmediatas sin diagnóstico de anemia.
- Historias clínicas incompletas.

### **3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Instrumento: El instrumento de medición será la ficha de recolección de datos.

Técnica: La técnica que se aplicará para la recolección de datos será el análisis documental.

### **3.7. TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

- Primero. Se enviará una solicitud dirigida al director del Hospital con la finalidad de contar con el permiso para el acceso a las historias clínicas.
- Segundo. Se diseñará, validará y aplicará el instrumento de estudio.
- Tercero. Se realizará las gestiones con el jefe de estadística para acceder a los números de HC de las púerperas inmediatas con anemia.
- Cuarto. Se realizará las gestiones con el jefe de la oficina de admisión para acceder a las HC y poder transcribir los datos que requiera la ficha de recolección de datos.
- Quinto: Se realizará la recolección de datos según criterios de inclusión y exclusión.
- Sexto: Para el procesamiento y análisis de los datos se elaborará la base de datos a través del instrumento empleando el programa Excel 2013, luego se exportará la base de datos al paquete estadístico SPSS 23V para la tabulación de los resultados.
- Séptimo: Los datos, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

En el presente estudio, se investigó las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri 2020, la muestra estuvo conformada por 120 puérperas inmediatas.

**Tabla 1 Nivel de anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri**

Nivel de anemia	Frecuencia	Porcentaje %
Leve 11-11.9 g/dl	19	15,8
Moderado 8-10.9 g/dl	96	80,0
Severo <8 g/dl	5	4,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos Características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri 2020.

En la tabla N°1: El 80% (96) de puérperas inmediatas presento un nivel de anemia moderado, el 15,8% (19) leve y el 4,2% (5) severo.

**Tabla 2 Características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Edad de la puérpera</b>		
Adolescente < 18años	15	12,5
Joven 19 a 29 años	69	57,5
Adulto > 30 años	36	30,0
<b>Nivel de instrucción</b>		
Analfabeta	2	1,7
Nivel primario	23	19,2
Nivel secundario	65	54,2
Superior no universitario	28	23,3
Superior universitario	2	1,7
<b>Estado civil</b>		
Soltera	8	6,7
Conviviente	104	86,7
Casada	8	6,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos Características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri 2020.

En la tabla N°2: Para las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas con anemia se encontró: según la edad el 57.5% (69) fue joven, 30% (36) adulto y 12.5% (15) adolescente; según nivel de instrucción el 54.2% (65) curso secundario, 23.3% (28) superior no universitario, 19.2% (23) primaria y el 1.7% (2) superior universitario y analfabeta respectivamente; según estado civil el 86.7% (104) fue conviviente, 6,7% (8) soltera y casada respectivamente.

**Tabla 3 Características obstétricas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri.**

<b>Características obstétricas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Antecedente de Anemia gestacional</b>		
Con antecedente	72	60,0
Sin antecedente	48	40,0
<b>Numero de APN</b>		
< 6 APN	26	21,7
>=6 APN	94	78,3
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	73	60,8
Cesárea	47	39,2
<b>Antec. de Hemorragia en el III trimestre</b>		
Sin hemorragia	120	100,0
<b>Hemorragia postparto</b>		
Con hemorragia	1	,8
Sin hemorragia	119	99,2
<b>Perdida sanguínea en el parto</b>		
<500ml	73	60,8
500 - 999 ml	47	39,2
<b>Episiotomía</b>		
Sin episiotomía	88	73,3
Medio lateral derecha	32	26,7
<b>Desgarro</b>		
Sin desgarro	95	79,2
I grado	20	16,7
II grado	4	3,3
III grado	1	0,8
<b>Alumbramiento</b>		
Completo	120	100,0
<b>Paridad</b>		
Primípara	44	36,7
Múltipara	74	61,7
Gran múltipara	2	1,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos Características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri 2020.

En la tabla N°3: Para las características obstétricas de las puérperas inmediatas con anemia se encontró: según el antecedente de anemia gestacional 60% (72) presento anemia y 40% (48) no presento anemia; según el número de APN 78.3% (94) tuvo más de 6APN y 21.7% (26) menos de 6APN; según el tipo de parto 60.8% (73) vaginal y 39.2% (47) cesárea; según

antecedente de hemorragia en el III trimestre 100% (120) no presento hemorragia; según hemorragia postparto 99.2% (119) no tuvo hemorragia y 0.8% (1) si tuvo hemorragia; según la cantidad de perdida sanguínea en el parto 60.8% (73) fue <500ml y 39.2% (47) fue entre 500 y 999ml; según episiotomía al 73.3% (88) no se le practico y al 26.7% (32) se realizó episiotomía media lateral derecha; según desgarro el 79.2% (95) no presento, 16.7% (20) fue de I grado, 3.3% (4) II grado y 0.8% (1) III grado; según el tipo de alumbramiento 100% (120) fue completo y según la paridad 61.7% (74) multípara, 36.7% (44) primípara y 1.7% (2) gran multípara.

## 4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para el nivel de anemia en puérperas inmediatas se encontró que el 80% presento un nivel de anemia moderado, el 15,8% leve y el 4,2% severo; estos resultados coinciden con lo encontrado por **Rubio, Molina y Hernández (22)** quienes obtuvieron como resultados que el 45% de las mujeres tenían niveles postparto de Hb <11g / dL, y el 7.1% de las mujeres tenían Hb <9g / dL; estos hallazgos se deban probablemente a las realidades geográficas del ámbito de estudio, quedando demostrado que la mayor frecuencia de puérperas desarrollan un nivel de anemia moderado.

Para las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas con anemia se encontró: según la edad el 57.5% fue joven, 30% adulto y 12.5% adolescente; estos resultados coinciden con lo hallado por **Chumbes y Fernández (30)** quienes encontraron para la edad el 47% joven, el 35% adultas y el 18% adolescentes; esto se debe probablemente porque la mayor concentración de mujeres que cursan con un embarazo en mayor proporción se da en el rango de la etapa joven.

Para el estado civil el 86.7% fue conviviente, 6,7% soltera y casada respectivamente; estos resultados difieren de lo hallado por **Chumbes y Fernández (30)** quienes encontraron que el 45% fue soltera, 40% casada y el 15% conviviente; esto se debe probablemente a las diferencias de las realidades culturales del ámbito de estudio por lo que podemos decir que el estado civil puede diferir dependiendo de la geografía.

Para el nivel de instrucción el 54.2% curso secundario, 23.3% superior no universitario, 19.2% primaria y el 1.7% superior universitario y analfabeta respectivamente; estos resultados coinciden con lo hallado por **Chumbes y Fernández (30)** quienes encontraron que el 54% curso secundario, el 30% primario, el 13% no universitario, el 2% universitario y el 1% sin estudios; por lo que podemos decir que loas puérperas con anemia en su mayoría tienen estudios de nivel secundario concluidos.

Para el antecedente de anemia gestacional se encontró que el 60% presentó anemia y 40% no presentó anemia; esto difiere de lo hallado por **Chumbes y Fernández (30)**, quienes encontraron que el 69% no presentó anemia y el 31% sí tenía anemia gestacional y coincide con lo hallado por **Marchan Lourdes (28)**; quien encontró como resultado una asociación entre anemia posparto y anemia en el 3er trimestre. Por lo tanto, faltan estudios que demuestren la asociación o relación entre estas 2 variables para poder determinar que la anemia gestacional está relacionada a la anemia posparto.

Para el número de APN se encontró que el 78.3% tuvo más de 6APN y 21.7% menos de 6APN; difiere de lo hallado por **Abebaw et al (25)**; quien encontró que la frecuencia de visitas de atención prenatal <4 veces está presente en mujeres puérperas con anemia y con el estudio de **Zamora Diego (27)**, quien obtuvo como resultado que la falta de acceso al control prenatal conlleva mayor incidencia de anemia posparto y es un factor de riesgo significativo para anemia severa en el puerperio. Por lo tanto, se sugiere hacer más estudios para determinar la asociación y relación entre el número de APN y el riesgo de padecer anemia posparto.

Para el tipo de parto se encontró que el 60.8% fue vaginal y 39.2% cesárea; esto difiere de lo hallado por **Medina, León y Vidal (23)** quien encontró mayor número de anemia posparto en puérperas con cesárea y por el estudio de **Zamora Diego (27)** quien obtuvo como resultado que en el parto por cesárea se da mayor incidencia y gravedad de anemia en el puerperio en relación al parto vaginal y por **Marchan Lourdes (28)**; quien encontró como resultado una asociación entre anemia posparto y tener una cesárea. Por lo tanto, no se puede determinar si el tipo de parto ocasiona mayor incidencia de anemia posparto.

Según antecedente de hemorragia en el III trimestre 100% no presentó hemorragia esto difiere de lo hallado por **Abebaw et al (25)** quien encontró que la hemorragia anteparto, incrementa el riesgo de padecer anemia posparto. Esto se debe probablemente a las diferencias de estudio que se

realizo en las poblaciones, por lo tanto, hay que estudiar mas la variable de asociación.

Según hemorragia postparto 99.2% no tuvo hemorragia y 0.8% si tuvo hemorragia; esto coincide con lo hallado por **Chumbes N y Fernández J (30)**, quien encontró que el 97% no presento hemorragia y el 3% si presento hemorragia. Esto se puede deber al manejo oportuno que se realiza en el alumbramiento dirigido y al seguimiento de la púérpera inmediata en el control del sangrado uterino.

Según la cantidad de perdida sanguínea en el parto 60.8% fue <500ml y 39.2% fue entre 500 y 999ml; no se encontró estudios para contrarrestar los resultados esto se puede deber a que otros investigadores no consideraron la cantidad de perdida sanguínea como un factor relevante en las púérperas con anemia.

Según episiotomía al 73.3% no se le practico y al 26.7% se realizó episiotomía media lateral derecha; esto difiere de lo hallado por **Rubio, Molina y Hernández (22)** quienes concluyeron que el factor de riesgo para anemia fue la episiotomía y con el estudio de **Medina, León y Vidal (23)** quienes consideraron que la episiotomía fue identificada como principal factor de riesgo para esta condición y coincide con el estudio de **Chumbes N y Fernández J (30)**, quienes encontraron que al 61% no se realizó episiotomía, el 27% fue medio lateral derecho y el 12% medio lateral izquierdo. Por lo tanto, el tipo de episiotomía es importante porque varia la cantidad de perdida sanguínea durante el procedimiento.

Según desgarro el 79.2% no presento, 16.7% fue de I grado, 3.3% II grado y 0.8% III grado;

estos resultados coinciden con lo hallado por **Chumbes N y Fernández J (30)**, quien encontró que el 83% no presento desgarro, el 12% I grado, el 4% II grado y el 1% IV grado y difiere de lo hallado por **Rubio, Molina y Hernández (22)** quien encontró que el desgarro> primer grado es un riesgo

para anemia postparto y por el estudio de **Medina, León y Vidal (23)** quienes identificaron que los desgarros son factores de riesgo para esta condición.

Según el tipo de alumbramiento 100% fue completo; no se tiene estudios para contrarrestar los resultados probablemente porque otros investigadores no consideraron el tipo de alumbramiento como factor de riesgo para el incremento de mayor pérdida sanguínea.

Según la paridad el 61.7% fue multípara, 36.7% primípara y 1.7% gran multípara esto coincide con lo encontrado por **Chumbes N y Fernández J (30)**, según paridad el 47% multípara, el 33% primípara y el 20% gran multípara y con el estudio de **Marchan Lourdes (28)**; quien encontró como resultado una asociación entre anemia posparto y paridad mayor igual a 2 pero sin embargo difiere de lo hallado por **Rubio, Molina y Hernández (22)** quienes encontraron que el factor de riesgo más fuertemente asociado con anemia es la primiparidad. Por lo tanto, podemos determinar que la multípara es un factor de riesgo par anemia postparto.

## CONCLUSIONES

- Las puérperas inmediatas presentaron un nivel de anemia moderado en mayor porcentaje.
- Las características sociodemográficas en puérpera inmediatas con anemia fueron: edad joven, estado civil conviviente y nivel de instrucción secundario.
- Las características obstétricas de las puérperas inmediatas con anemia fueron: tener antecedente de anemia gestacional, más de 6APN, tipo de parto vaginal, la cantidad de pérdida sanguínea en el parto fue <500ml, no se le practico episiotomía, no presento desgarro, el alumbramiento fue completo y en múltiparas.

## RECOMENDACIONES

### Al Gobierno Regional

- Desarrollar políticas públicas que permitan a la población a un mejor acceso a los servicios en educación sanitaria y consejería.
- Impulsar políticas que contribuyan en la mejora económica del ingreso económico familiar para contribuir a un mejor estilo de vida en la población.

### Al establecimiento de salud

- Conociendo las características obstétricas de las puérperas con anemia se deben desarrollar nuevas estrategias sanitarias que permitan la captación temprana y oportuna de las gestantes para diagnosticar la anemia gestacional y tratarla oportunamente.
- Desarrollar las visitas domiciliarias integrales para un seguimiento adecuado de la mujer, familia y comunidad en la gestación para abordar temas de alimentación saludable rica en hierro y hábitos de higiene.
- En los procesos de consejería y atención a la gestante se le debe brindar atención en nutrición para contribuir a la reducción de la anemia gestacional que repercute en mas del 60% en las puérperas.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

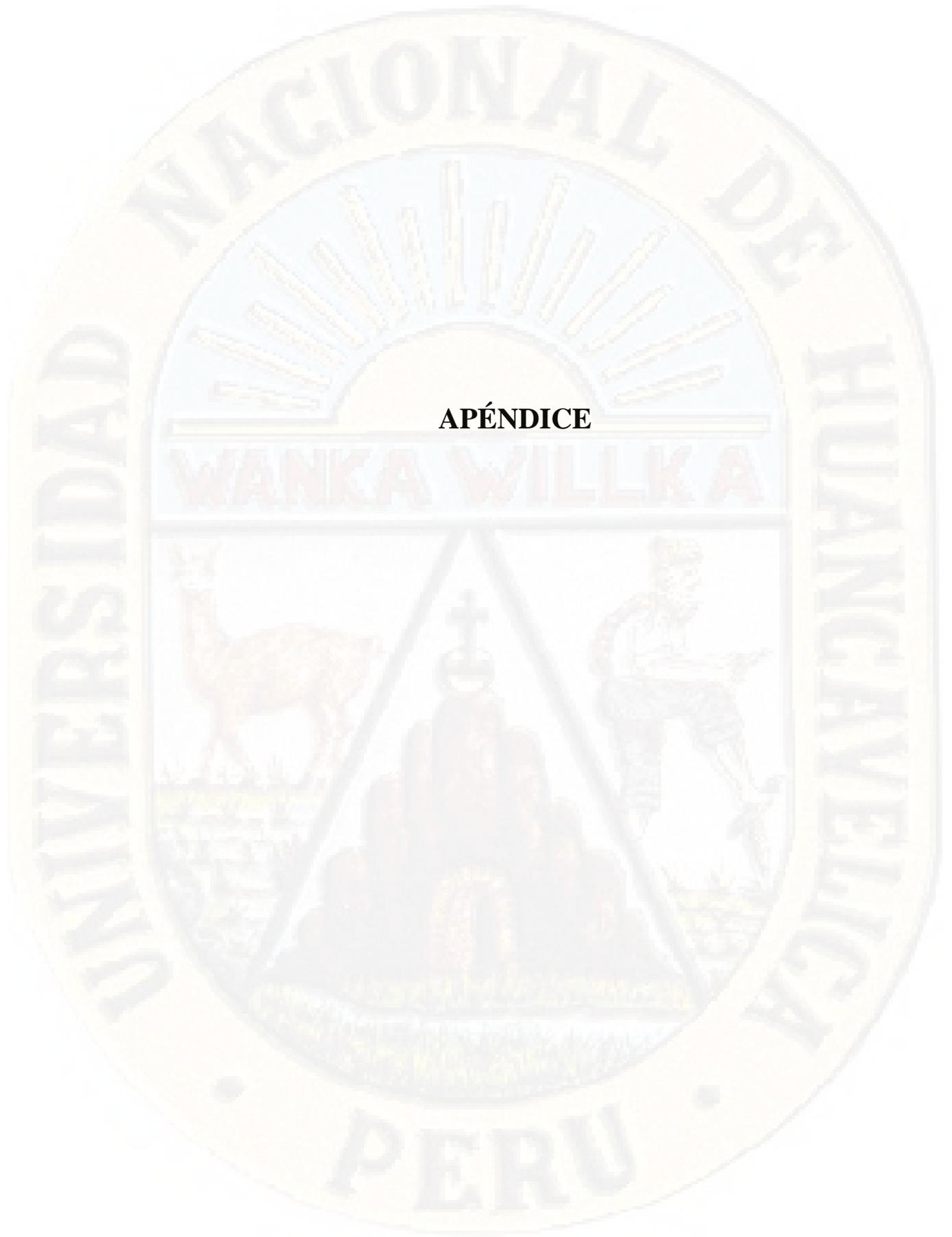
1. Espitia De La Hoz Franklin, Orozco Santiago Lilian. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS* [Internet]. 2013 Dec [cited 2021 Ene 07]; 26(3): 45-50. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=en).
2. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). [http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf), consultado el [07 de diciembre 2020].
3. Milman Nils. Postpartum anemia II: prevention and treatment. *Annals of hematology*. 2012; 91(2), 143–154. <https://doi.org/10.1007/s00277-011-1381-2>.
4. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL MANEJO TERAPEUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES, GESTANTES Y PUERPERAS. NTS N° 134 - MINSAL/2017/DGIESP. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2017.
5. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>, consultado el [07 de enero 2021].
6. Rubio-Álvarez, A, Molina-Alarcón M, Hernández-Martínez A. Incidence of postpartum anaemia and risk factors associated with vaginal birth. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2018;31(3), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.020>
7. Castilla Marchena M, Donado Stefani C, Hijona Elósegui JJ, Jaraíz Cabanillas MVE, Santos Zunino MJ. ¿Conocemos los factores asociados al descenso de

- hemoglobina en el posparto? *Clin. Invest. Gin. Obst.* 2015;42(4):165---170. DOI: 10.1016/j.gine.2014.04.005.
8. Romero-Arias AI, Luján-Prior M, Pernia-Fernández J, HernándezMartínez. Incidencia y factores relacionados con la pérdida hemática intraparto excesiva. *Enferm Clín.* 2011;21: 256–63. 6.
  9. Rakesh PS, Gopichandran V, Jamkhandi D, Manjunath K, George K, Prasad J. Determinants of postpartum anemia among women from a rural population in southern India. *Int J Womens Heal.* 2014;6:395–400.
  10. Urquizu, Rodríguez, García y Pérez. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. *Med Clin (Barc).* 2016;146(10):429–435.
  11. Cayhuara, Ortega y Arteaga. Anemia ferropénica. prevalencia en gestantes y púerperas. centro de salud integral santiago de presto. septiembre 2017 a febrero 2018 vol. 29 | n° 97 | enero - junio 2018 | páginas 100 | issn 0004 – 0525
  12. Naula, Quiñonez, Solano, Méndez, Oviedo, Carpio, Farez y Zarate. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- 2013 *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* Vol. 14 - N° 2, 2019.
  13. Cárdenas Andrea. Incidencia de anemia en pacientes púerperas que ingresaron con valores de hemoglobina dentro de los parámetros normales, al hospital básico machachi en el período comprendido entre octubre 2012 a marzo 2013. universidad central del ecuador facultad de ciencias médicas carrera de obstetricia juana miranda. trabajo de investigación previo a la obtención del título de obstetrix.
  14. Llamas Rivas R, López López E, Gastélum Parra C. Hemorragia en obstetricia. *Rev Mex Med Tran.* 2010;3 Supl 1:14-20
  15. Ministerio de Salud. Tres de cada diez gestantes en el Perú tienen anemia. Lima, Perú 2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/17573-tres-de-cada-diez-gestantes-en-el-peru-tienen-anemia>. Consultado el 09 de diciembre del 2020.

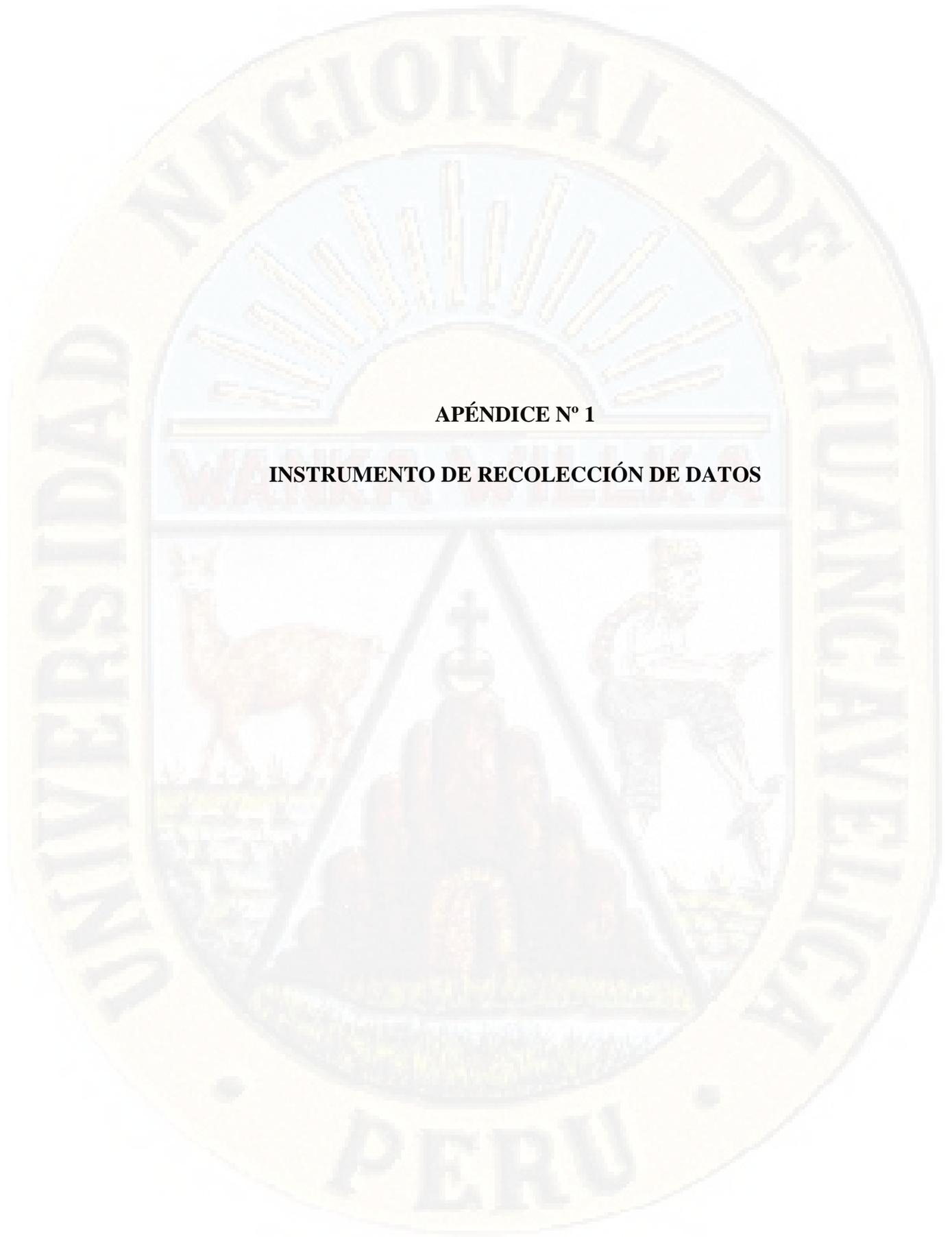
16. Milman Nils. "Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes, and consequences. *Annals of hematology*. 2011; Vol. 90,11: 1247-53. doi:10.1007/s00277-011-1279-z
17. Emegoakor, C. F., Iyoke, C. A., Ezegwui, H. U., Umeora, O. U., Lawani, L. O., Madu, A. J. Rates and determinants of peripartum and puerperal anemia in Enugu, Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*. 2016; 19(6), 709–714. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.178912>
18. Petty K, Waters J H, Sakamoto SB; Yazer MH. Antenatal anemia increases the risk of receiving postpartum red blood cell transfusions although the overall risk of transfusion is low. *Transfusion*. 2018; 58(2), 360–365. <https://doi.org/10.1111/trf.14434>
19. Acebo de Ira, Durocher Jill, Dabash Rasha, Winikoff Beverly. How well do postpartum blood loss and common definitions of postpartum hemorrhage correlate with postpartum anemia and fall in hemoglobin? *PloS one*, 2019; 14(8), e0221216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221216>
20. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre anemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.4). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.4\\_spa.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf?ua=1), consultado el [07 de diciembre 2020].
21. Neira Stegmaier Fernando. Atención integral en el Puerperio. Anemia del posparto. Biblioteca digital. SINTESIS, 2017. <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/programas-ministeriales/atencion-integral-en-el-puerperio/125-programas-ministeriales/2251-5-anemia-del-posparto>, consultado el [07 de enero 2021].
22. Rubio-Álvarez A, Molina-Alarcón M, Hernández-Martínez A. Incidence of postpartum anaemia and risk factors associated with vaginal birth. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2018; 31(3), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.020>
23. Medina Garrido C., León J., Romaní Vidal, A. Maternal anaemia after delivery: prevalence and risk factors. *Journal of obstetrics and gynaecology*:

- the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology. 2018; 38(1), 55–59.  
<https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1328669>
24. Wagner KS., Ronsmans C., Thomas SL., Calvert C., Adler A., Ganaba R., Goufodji S., y Filippi V. Women who experience obstetric haemorrhage are at higher risk of anaemia, in both rich and poor countries. *Tropical medicine & international health: TM & IH.* 2012; 17(1), 9–22.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02883.x>
  25. Abebaw A, Gudayu TW, Kelkay B. Proportion of Immediate Postpartum Anaemia and Associated Factors among Postnatal Mothers in Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Anemia.* 2020 Jun 16;2020:8979740. doi: 10.1155/2020/8979740. PMID: 32607255; PMCID: PMC7315250.
  26. Infante Torres N, Molina Alarcón M, Rubio Álvarez A, Rodríguez Almagro J, Hernández Martínez A. Relation ship between duration of second stage of labour and postpartum anaemia. *Women Birth.* 2018; 31(5): e318-e324. doi: 10.1016/j.wombi.2017.11.009. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29221635.
  27. Zamora Alarcón D. Incidencia y gravedad de anemia en el puerperio y su relación con el tipo de parto y acceso a control prenatal en el periodo de septiembre a diciembre del 2016 en el Hospital Delfina Torres de Concha en la ciudad de Esmeraldas. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina;2018.
  28. Marchan Espinoza L. Características obstétricas asociadas a anemia posparto en puérperas atendidas en el servicio de gineco obstetricia del centro médico naval “Cirujano mayor Santiago Távara” durante el periodo 2016- 2019. [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina humana; 2020.
  29. Pineda Valerazo S. Niveles de anemia en mujeres de postparto en el hospital Luis moscoso zambrano de enero hasta diciembre 2012. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Machala, Facultad de ciencias químicas y de la salud escuela de enfermería;2014.
  30. Chumbes Poma N y Fernández Quispe J. Factores maternos y obstétricos en puérperas inmediatas con anemia atendidas en el centro de salud Huancasancos

- Ayacucho 2018-2019. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la salud; 2020.
31. Aller Juan y Pagues Gustavo. Obstetricia Moderna. 3<sup>ra</sup> Edición: McGraw. Hill Interamericana. Cap14; pag173-180.
  32. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia SEGO. 1 ed. Madrid: Gráficas Marte; 2017. Cap45; pag398.
  33. Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas La Habana;2004. Cap10; pag107-111.
  34. Cañete Palomo ML. Urgencias en ginecología y obstetricia. Infecciones postparto. 1<sup>ra</sup> Ed. La Mancha: FISCAM; 2003. Cap12; pag186-193.
  35. Ekanem A y cols. Cultural practice on puerperal anemia. Artículo periodístico de ginecología y obstetricia. 2013.
  36. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
  37. Ryte. Datos demográficos. Enciclopedia del marketing digital. [Internet]. 2021 [cited 2021 Ene 07]. Available from: [https://es.ryte.com/wiki/Datos\\_Demogr%C3%A1ficos](https://es.ryte.com/wiki/Datos_Demogr%C3%A1ficos)
  38. Hernández R, Fernández C, y Bautista L. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill interamericana; 2014.
  39. Hernández R (Dankhe, 1986). Metodología de la investigación. 5ta edit. México. Editorial sponsor;2010.



**APÉNDICE**



**APÉNDICE N° 1**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI LA CONVENCION 2020**

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

N° de ficha: \_\_\_\_\_ N° de HC: \_\_\_\_\_  
Fecha del llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020 Hora del llenado: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas

**MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE REGISTRA LA HC**

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Edad	Adolescente (menor de 18 años)	
	Joven (de 19 a 29 años)	
	Adulta (mayores de 30 años)	
Nivel de instrucción	Sin estudios	
	Nivel primario	
	Nivel secundario	
	Nivel superior no universitario	
	Nivel superior universitario	
Estado civil	Soltera	
	Conviviente	
	Casada	
	Divorciada	
	Viuda	

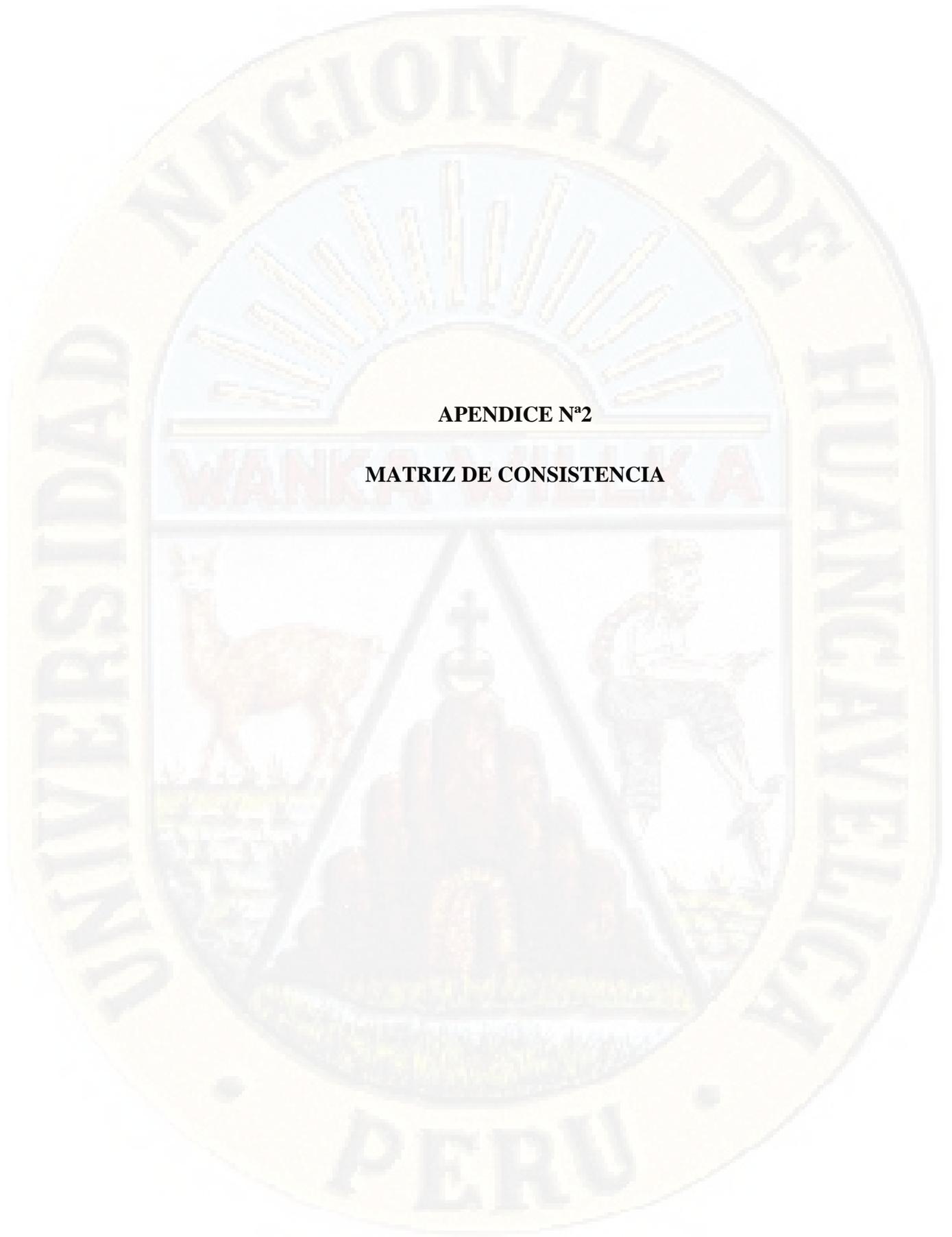
**II. NIVEL DE ANEMIA DE LA PUERPERA**

1.	Leve (Hb 11-11.9 g/dl)	
2.	Moderado (Hb 8-10.9 g/dl)	
3.	Severo (Hb <8 g/dl)	

**III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS**

1.	Antecedente de anemia gestacional	Con antecedente	
		Sin antecedente	
2.	Numero de APN	<6APN	
		>=6APN	
3.	Tipo de parto	Vaginal	
		Cesárea	
4.	Hemorragias del III trimestre	Con hemorragia	
		Sin hemorragia	
5.	Hemorragia post parto	Con hemorragia	
		Sin hemorragia	

6.	Pérdida sanguínea en el parto	<500ml	
		>500ml	
		>1000ml	
		>1500ml	
7.	Episiotomía	Sin episiotomía	
		Medio lateral derecha	
		Medio lateral izquierda	
		Mediana	
8.	Desgarro	Sin desgarro	
		I Grado	
		II Grado	
		III Grado	
		IV Grado	
9.	Alumbramiento	Completo	
		Incompleto	
10.	Paridad	Primípara	
		Múltipara	
		Gran múltipara	

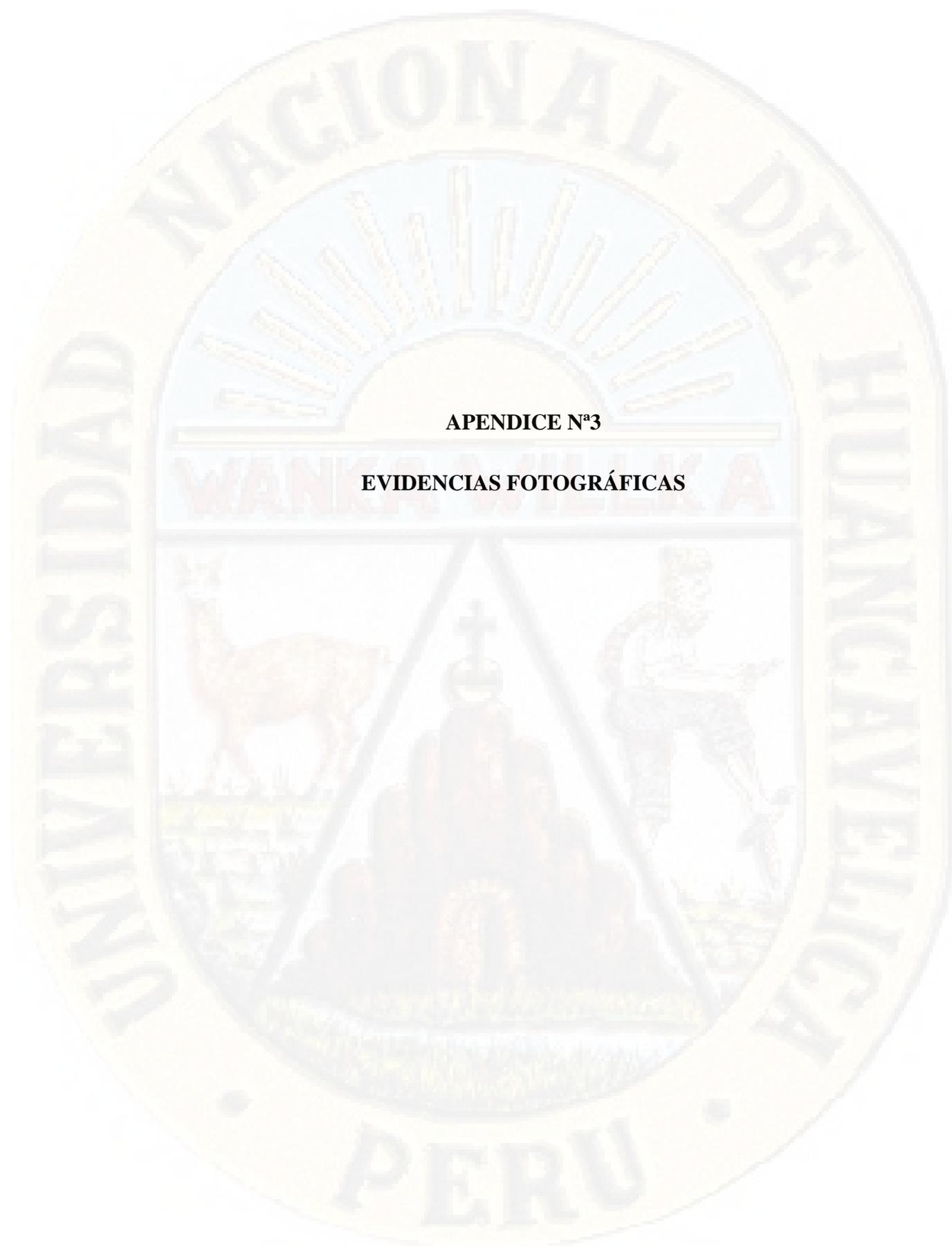


**APENDICE N°2**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI LA CONVENCION 2020**

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>¿Cuáles son las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el hospital San Juan de kimbiri la Convención 2020?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar las características de puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de kimbiri la Convención 2020.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> Identificar el nivel de anemia de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri la Convención. Identificar las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri la Convención. Identificar las características obstétricas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri la Convención.</p>	<p><b>Univariable</b> Características de puérperas inmediatas con anemia.</p>	<p><b>Tipo de Investigación</b> El presente proyecto de investigación es una investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo.</p> <p><b>Nivel de investigación</b> Es de nivel descriptivo.</p> <p><b>Diseño de la investigación</b> El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma (40): M → O M: Puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri O: Características de las puérperas inmediatas</p>	<p><b>Población</b> La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas con anemia atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri, durante el periodo del 2020, siendo según el reporte de la oficina de estadística 120 en total.</p> <p><b>Muestra.</b> La muestra fue censal porque se trabajó con todas las puérperas inmediatas con anemia que son 120.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</b> Técnica: La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue el análisis documental. Instrumento: El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos.</p>



**APENDICE N°3**

**EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**



Hospital San Juan de Kimbiri



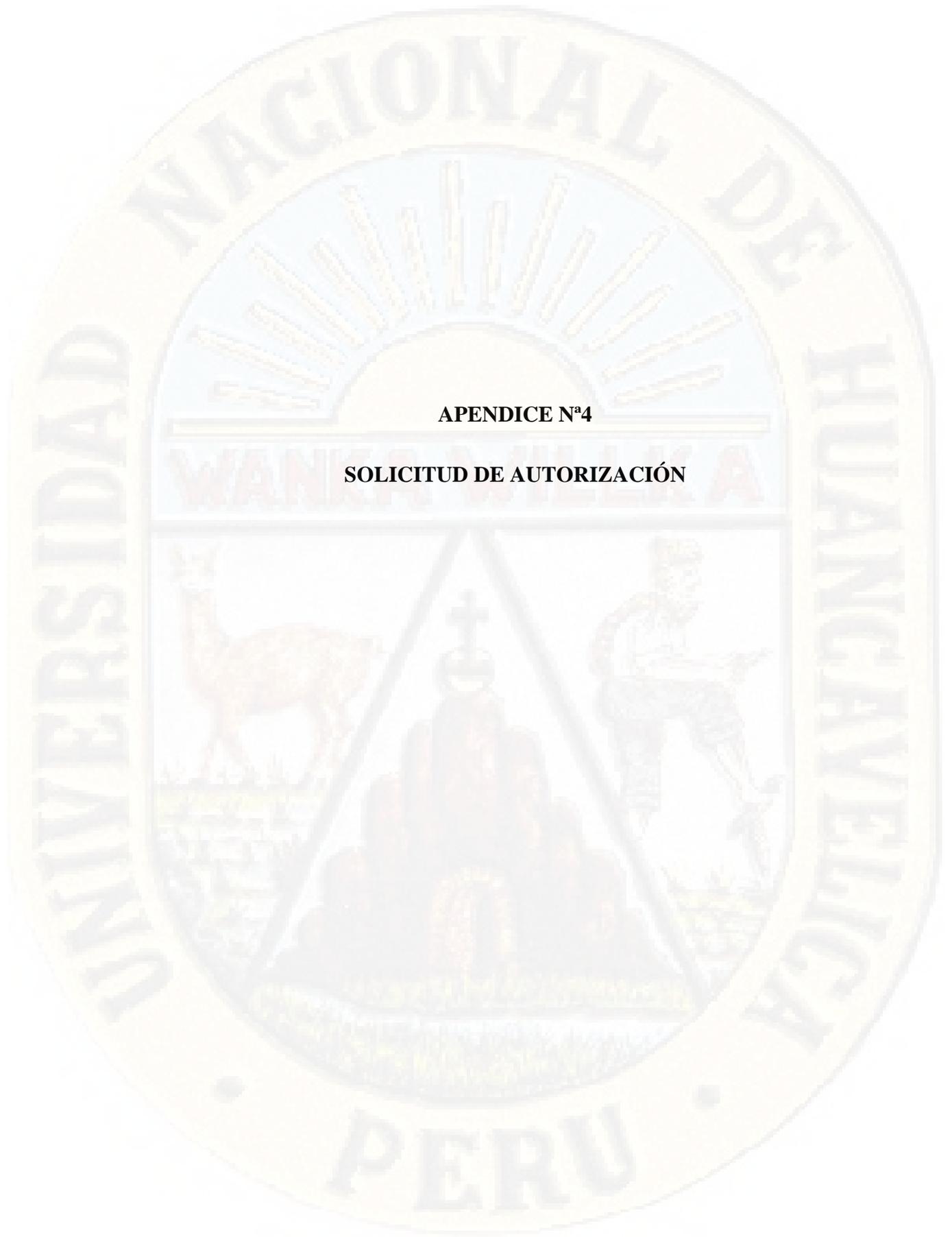
Recolectando datos de las historias clínicas



Búsqueda de las Historias clínicas



Recolección de datos



**APENDICE N°4**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI - PICHARI  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM

**RECIBIDO**

FECHA 02/12/20  
FIRMA *[Firma]* FOLIO 01  
N° REGISTRO 585

**SOLICITO: AUTORIZACION DE HISTORIAS CLINICAS  
PARA REALIZAR MI PROYECTO DE TESIS**

**SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI**

**MED. FAM. IVAN HUACRE ARCE**

Yo, SILVIA MENDOZA ROMERO, identificada con DNI N° 40850052 con domicilio real Túpac Amaru S/N del Distrito de Kimbiri, Provincia la Convención y Departamento de Cusco, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo culminado mi estudio de segunda especialidad en "EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO", en la universidad nacional de Huancavelica, solicito autorización para realizar la ficha de recolección de datos para mi trabajo de investigación "proyecto de tesis", siendo uno de los requisitos para optar el título de especialista, con el TITULO: "CARACTERISTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -2020".

POR LO EXPUESTO:

A usted señor director solicito acceder a mi pedido por ser justo, y expresarle mi consideración y estima personal.

KIMBIRI, 02 DE DICIEMBRE 2020

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
*[Firma]*  
Silvia Mendoza Romero  
OBSTETRA  
COP: 24237

ATENTAMENTE