

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**“ PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES
DE RIESGO POR GESTANTES EN TRABAJO DE
PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL
CESAR GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A
DICIEMBRE- 2018”**

PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA

AUTOR : BACH. ZONICA ZORAIDA PARDO FLORES

ASESOR : DRA. VELA VALLES, DORIS

IQUITOS – PERÚ

2020

DEDICATORIA.

A DIOS por permitirme cumplir mis sueños y porque siempre está conmigo en los momentos felices y difíciles de mi vida; lo demuestra siempre en todas las obras que él hace por mí y por no abandonarme cuando más lo necesito porque el para mi es mi ángel guardián, mi paz y mi alegría.

Dedico con todo cariño y amor a mis padres LLONER PARDO y ZORAIDA FLORES por incentivarme en todo momento a seguir adelante ante las adversidades que se me presentan en la vida. Y ser el apoyo incondicional para superarme día a día. LOS ADORO

A mí querida hija JHAMILET ARIANA por ser la motivación para mejorar como persona y superarme como profesional, brindarme todo su amor y apoyo incondicional, celebrando siempre mis logros que me propongo.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por permitir cumplir mi sueño. Darte gracias una vez más por tu misericordia, tus promesas y tu amor, porque a pesar de las dificultades que viví siempre me disté fuerzas para seguir adelante y afrontar cada situación.

Es muy satisfactorio expresar mi agradecimiento a todos y cada uno de las personas que colaboraron con la realización del presente trabajo de Investigación en especial a mi Asesora DORIS VELA VALLES por su paciencia, dedicación y conocimientos que fueron fundamentales para mi tesis.

A mis padres porque siempre han estado allí y me han ayudado en todo momento de mi vida, en lo bueno y malo. Por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, porque sobre todo fueron excelentes ejemplos de vida.

PARDÓ FLORES, ZONICA ZORAIDA

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP**

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**"PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR
GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE -
2018".**

De la alumna: **ZONICA ZORAIDA PARDO FLORES**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **8% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 03 de marzo del 2020.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 919-2018-UCP-FCS, del 16 de Noviembre del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

 Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez	Presidente
 Obst. Henry Daza Grández	Miembro
 Obst. Nidia Lourdes Rojas Antonio	Miembro

Como Asesora: **Obst. Doris Vela Valles, Dra.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 17:00 p.m. horas, del día 10 de Setiembre del 2020, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Obstetricia – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA – IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE 2018"**.

Presentado por la sustentante: **ZONICA ZORAIDA PARDO FLORES**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

.....Absueltas.....

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR MAYORIA CON LA NOTA 15 (QUINCE)

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Presidente



Obst. Henry Daza Grández
Miembro



Obst. Nidia Lourdes Rojas Antonio
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

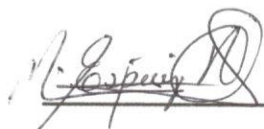
Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnon 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

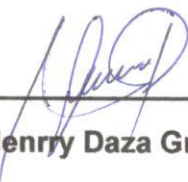
“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

Tesis aprobada en sustentación publica del día 10 de setiembre del año 2020, en el auditorio de la facultad de ciencias de la salud de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ, en la ciudad de Iquitos – Perú, miembro del jurado.



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez

Presidente



Obst. Henry Daza Grández

Miembro



Obst. Nidia Lourdes Rojas Antonio

Miembro



Obst. Doris Vela Valles, Dra.

Asesora

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONSTANCIA DEL ANTIPLAGIO.....	iv
ACTA DE SUSTENTACION.....	v
HOJA DE APROBACIÓN.....	vi
INDICE DE CONTENIDO.....	vii
INDICE DE TABLA.....	ix
INDICE DE GRAFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xv
Capítulo I: MARCO TEÓRICO.....	18
1.1. Antecedente de estudio.....	18
1.2. Bases teóricas.....	26
1.3. Definición de términos básicos.....	32
CAPITULO II: PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	34
2.1. Descripción del problema.....	34
2.2. Formulación del problema.....	36
2.2.1. Problema general.....	36
2.2.2. Problema específico.....	36
2.3. Objetivos.....	37
2.3.1. Objetivo General.....	37
2.3.2. Objetivos Específicos.....	37
2.4. Hipótesis.....	38
2.5. Variables.....	39
2.5.1. Identificación de las variables.....	39

2.5.2. Operacionalización de las variables	41
CAPITULO III. METODOLOGIA	42
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	42
3.1.1. Tipo de Investigación.....	42
3.1.2. Diseño de investigación.....	42
3.2. Población y muestra.....	42
3.2.1. Población:.....	42
3.2.2. Muestra:	42
3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.3.1. Técnica de recolección de datos.....	45
3.3.2. Instrumento de recolección de datos.....	45
3.3.3. Procedimientos de datos.....	46
CAPITULO IV: RESULTADOS	47
4.1. PRESENTACIÓN DE TABLAS.....	47
CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	66
5.1. Discusión	66
5.2. Conclusiones.....	70
5.3. Recomendaciones.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	78
Anexo 1: Consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación	78
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	79
Anexo 3: Matriz de consistencia	82
Anexo 4: Validación del instrumento.....	85
Anexo 5: Autorización del comité de ética.....	88

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Gestantes en trabajo de parto y post parto según la edad que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre A Diciembre-2018.....	47
Tabla 2: Gestantes en trabajo de parto y post parto según grado de instruccion que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia-Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.	49
Tabla 3: Gestantes en trabajo de parto y post parto según procedencia que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia-Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.....	51
Tabla 4: Gestantes en trabajo de parto y post parto según paridad que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia Iquitos, Octubre A Diciembre-2018.....	53
Tabla 5: Gestantes en trabajo de parto y post parto según edad gestacional que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia Iquitos, Octubre A Diciembre-2018.....	55
Tabla 6: Gestantes en trabajo de parto y post parto según etapas del puerperio que acudieron al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, Octubre Noviembre 2018.....	57
Tabla 7: Prevalencia de anemia al inicio y al final del embarazo por las gestantes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García.	59
Tabla 8: Edades con relación al peso al inicio y al final del embarazo en las gestantes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, Octubre A Diciembre 2018.	60

Tabla 9: Factores de riesgo con relación a los valores de hemoglobina anteparto en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital cesar Garayar García Iquitos octubre, a diciembre 2018.	61
tabla 10: Factores de riesgos con relación a los valores de hemoglobina intraparto y post parto en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Cesar Garay García, Iquitos Octubre, a Diciembre 2018.....	62
Tabla 11: Administración de vitaminas con relación a la edad por las gestantes del trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García Octubre – 2018.....	63
Tabla 12: Procedencia con relación a la hemoglobina de las gestantes en trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García – Iquitos, Octubre A Diciembre -2018.	64
Tabla 13: Grado de instrucción con relación a la hemoglobina de las gestantes en trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García –Iquitos, Octubre A Diciembre -2018.....	65

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: Gestantes en trabajo de parto y post parto según la edad que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre A Diciembre-2018.....	48
Grafico 2: Gestantes en trabajo de parto y post parto según grado de instrucción que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre , A Diciembre-2018.	50
Grafico 3: Gestantes en trabajo de parto y post parto según procedencia que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre , A Diciembre-2018.....	52
Grafico 4: Gestantes en trabajo de parto y post parto según paridad que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.....	54
Grafico 5: Gestantes en trabajo de parto y post parto según edad gestacional que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre, A Diciembre 2018.....	56
Grafico 6: Gestantes en trabajo de parto y post parto según etapas del puerperio que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.	58

RESUMEN

La anemia es una condición médica en la que no hay suficientes glóbulos rojos sanos para llevar oxígeno a los tejidos del cuerpo y cuando los tejidos no reciben una cantidad adecuada de oxígeno, muchos órganos y funciones son afectados. En su mayoría las mujeres gestantes presentan anemia durante esta etapa lo cual genera consecuencias en el niño presentando patologías evidentes como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, incluso puede generar la muerte materna.

La adecuada información que se brinde a la mujer en edad fértil mediante la consejería preconcepcional, y durante el proceso del embarazo, durante su control, juega un papel muy importante para prevenir consecuencias graves evitando que se produzca la disminución de los valores de la hemoglobina y por ende evitar la anemia durante el embarazo, y traer un producto saludable.

Es por ello que se ha considerado importante investigar la “Prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post parto”, considerándose este un problema teniendo presente que las gestantes en su mayoría presentan anemia, de esta manera a partir de estos resultados podremos tomar medidas necesarias para disminuir la anemia en la gestante.

Métodos: Se desarrolló un estudio de tipo no experimental, prospectivo, transversal, correlacional, con Diseño cuantitativo y analítico, con la finalidad de determinar la prevalencia de anemia asociados a factores de riesgo por las gestantes en trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre- 2018.

Resultados:

En el presente estudio participaron 149, gestantes en trabajo de parto y Post-Parto que acudieron al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018. La edad de las gestantes: 26(17,4%) fueron de 30 años, grado de Instrucción 82(55,0%)Secundaria. El lugar de Procedencia: 97(65,1%) fueron Urbana, 32(21, 5%).En el momento de la aplicación del Instrumento fueron Primigestas 68(45.6%), 49(32.9%) multigestas y 32(21.5%) gran multigestas. La edad gestacional ,132(88,6%) tuvieron edad gestacional a término, 106(71.1%)fueron puérperas inmediatas, a su ingreso la gestante tuvieron 10 de hemoglobina y estuvieron entre las edades de 22, 26, 28 y 30 años y 9,9 de hemoglobina entre las edades 26 años, al término del embarazo, pudiéndose observar que la mayoría ingresaron con cuadro de anemia. Respecto al peso con relación a la edad al inicio del embarazo fue de 35 Kg. con 22 años, y al final del embarazo fue de 46,0 en las edades de 27 años, demostrándose que el peso no se ve afectado por la deficiencia de la hemoglobina. Las pacientes con periodo intergenésico menor de 2 años tuvieron hemoglobinas mínimas de 10 al inicio del embarazo y 9,0 de hemoglobina al final del embarazo y las que no recibieron consejería Preconcepcional con 10 de hemoglobina al inicio del embarazo y 9,8 al final del embarazo, dándonos a entender que el periodo intergenésico corto no fue uno de los factores que no permitieron a que la madre pueda proporcionar la hemoglobina necesaria para su mantenimiento durante el embarazo. Los factores de riesgo en intraparto para presentar anemia fueron: preclamsia leve, hemoglobina de 6,0, episiotomía 8,9, laceraciones y desgarros de II grado 9,00, y presentaron sangrado mayor de 500 cc.. Las puérperas en el Post-Parto que tuvieron Preclamsia severa tuvieron 8,9 de hemoglobina, preclamsia leve, dehiscencia de episiorrafia, hematomas por macrosomía fetal con 10,3 de hemoglobina. La administración de vitaminas durante la etapa del embarazo y su registro en el ante parto tenemos que 26

gestantes que acudieron para la atención de su parto están entre las edades de 30 años de las cuales 9 recibieron micronutrientes y 15 no recibieron ninguna administración de vitamina, seguido de 18 gestantes entre las edades de 27 años, 8 recibieron micronutrientes y 8 no recibieron ninguna vitamina, teniendo como resultado que solo 65 gestantes recibieron administración de micronutrientes. 97 gestantes fueron de zona urbana, 32 de zona rural, y 20 marginal quienes presentaron 10.0 de hemoglobinas al inicio del embarazo, mientras que 20 fueron de zona marginal presentaron 9.0 de hemoglobina, 97 fueron de zona urbana con 9.8 de hemoglobina y 32 gestantes fueron de zona rural con 10.6 de hemoglobina al final del embarazo., demostrándose que las gestantes según la procedencia, tanto al inicio como al final del embarazo antes del trabajo de parto presentaron valores de hemoglobina baja y factores de riesgo que al final también disminuye la hemoglobina generando más aun la anemia, 82 gestantes tuvieron grado de Instrucción Secundaria , 27 primaria y presentaron 10.0 de hemoglobina al inicio del embarazo, superior no universitaria con 10.9 de hemoglobina, 82 secundaria tuvieron 9.0 de hemoglobina , 18 Superior no universitaria, con 10.0 de hemoglobina y 27 Primaria con 10,2 de hemoglobina , al final del embarazo. Los resultados que el grado de instrucción de la gestante no influyo para que la paciente sea consciente para la administración de micronutrientes.

Conclusión:

Existen factores de riesgo que intervinieron para que la gestante presente valores de hemoglobina baja. En el ante parto, intraparto y Post parto.

Palabras Claves: Prevalencia, factor de Riesgo, anemia, hematocrito, gestantes, puerpera, complicación materna, deficiencia de hierro, ácido fólico.

ABSTRACT

Anemia is a medical condition in which there are not enough healthy red blood cells to carry oxygen to the body's tissues and when tissues do not receive an adequate amount of oxygen, many organs and functions are affected. The majority of pregnant women present anemia during this stage, which generates consequences in the child, presenting evident pathologies such as low weight at birth, premature birth, and can even generate maternal death.

The adequate information provided to women of childbearing age through pre-conceptional counseling, and during the process of pregnancy, during its control, plays a very important role in preventing serious consequences by avoiding the decrease of hemoglobin values and therefore avoiding anemia during pregnancy, and bringing in a healthy product.

That is why it has been considered important to investigate the "Prevalence of anemia associated with risk factors for pregnant women in labor and postpartum," considering this a problem, bearing in mind that most pregnant women present anemia, so from these results we can take the necessary steps to reduce anemia in the pregnant woman.

Methods: A non-experimental, prospective, transversal, correlational study was developed, with a quantitative and analytical design, with the purpose of determining the prevalence of anemia associated to risk factors by pregnant women in labor and postpartum who attended the Cesar Garayar Garcia-Iquitos Hospital, October, to December- 2018.

Results: This study involved 149 pregnant women in labor and Post. Labor and delivery attended at Hospital Cesar Garayar Garcia-Iquitos, October, to December 2018. The age of the pregnant women: 26 (17.4%) were 30 years old, with a grade of 82 (55.0%) in secondary school. The place of origin:

97(65.1%) were urban, 32(21, 5%). 68(45.6%) were primigravida, 49(32.9%) multigestation and 32(21.5%) great multigestation. The gestational age, 132(88.6%) had gestational age at term, 106(71.1%) were immediate puerperal, at their admission the pregnant woman had 10 of hemoglobin and were between the ages of 22, 26, 28 and 30 years and 9.9 of hemoglobin between the ages 26 years, at the end of pregnancy, being able to observe that most of them were admitted with anemia. The weight in relation to age at the beginning of the pregnancy was 35 kg at 22 years of age, and at the end of the pregnancy it was 46.0 at 27 years of age, showing that the weight is not affected by hemoglobin deficiency. Patients with an intergenital period of less than 2 years had a minimum hemoglobin of 10 at the beginning of the pregnancy and 9.0 hemoglobin at the end of the pregnancy, and those who did not receive Preconceptional Counseling with 10 hemoglobin at the beginning of the pregnancy and 9.8 at the end of the pregnancy, giving us to understand that the short intergenital period was not one of the factors that did not allow the mother to provide the necessary hemoglobin for maintenance during pregnancy. The risk factors in intrapartum for anemia were: mild preeclampsia, hemoglobin 6.0, episiotomy 8.9, lacerations and tears of II degree 9.00, and presented bleeding greater than 500 cc. Postpartum women who had severe pre-eclampsia had 8.9 hemoglobin, mild pre-eclampsia, episiotomy dehiscence, hematomas from fetal macrosomia with 10.3 hemoglobin. The administration of vitamins during the pregnancy stage and their recording in the antepartum we have that 26 pregnant women who came for delivery care are between the ages of 30 years of which 9 received micronutrients and 15 received no administration of vitamins, followed by 18 pregnant women between the ages of 27 years, 8 received micronutrients and 8 received no vitamins, resulting in only 65 pregnant women receiving administration of micronutrients. 97 pregnant women were from urban areas, 32 were from rural areas, and 20 were from marginal areas who presented 10.0 hemoglobin at the beginning of the pregnancy, while 20 were from

marginal areas who presented 9.0 hemoglobin, 97 were from urban areas with 9.8 hemoglobin, and 32 pregnant women were from rural areas with 10.6 hemoglobin at the end of the pregnancy. It was demonstrated that pregnant women, according to their origin, both at the beginning and at the end of the pregnancy before labor, presented low hemoglobin values and risk factors that in the end also decreased hemoglobin, generating even more anemia. 82 pregnant women had a secondary school education, 27 primary school, and presented 10.0 of hemoglobin at the beginning of the pregnancy, non university superior with 10.9 of hemoglobin, 82 secondary had 9.0 of hemoglobin, 18 non university superior with 10.0 of hemoglobin and 27 primary with 10.2 of hemoglobin, at the end of the pregnancy. The results that the degree of education of the pregnant woman did not influence for the patient to be conscious for the administration of micronutrients.

Conclusion: There are risk factors that intervened for the pregnant woman to present low hemoglobin values. In antepartum, intrapartum and postpartum.

Keywords: Prevalence, risk factor, anemia, hematocrit, pregnant women, puerperal, maternal complication, iron deficiency, folic acid.

Capítulo I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedente de estudio

CALDERON VELEZ, JUAN CAMILO M.D (2007)⁽¹⁾, artículo: La suplementación con hierro y el aumento del estrés oxidativo en el embarazo: Una paradoja poco discutida. **Objetivo:** determinar la suplementación con hierro y el aumento del estrés oxidativo, **Resultados:** la suplementación con hierro contribuye a disminuir el riesgo de anemia y otras complicaciones en el embarazo, pero puede aumentar el estrés oxidativo y a su vez, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras complicaciones. Dicha suplementación con hierro merece más estudio y discusión en el medio académico que se deben responder preguntas clave para generar guías de manejo de las pacientes con preeclampsia o diabetes gestacional y grados leves o severos de deficiencia de hierro mediante las cuales se obtenga la relación costo/beneficio para la unidad materno fetal.

IGLESIAS JOSE, etal, (2009)⁽²⁾, artículo original: anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. **Objetivo:** Estudiar la incidencia de anemia en pacientes embarazadas en el tercer trimestre y las complicaciones maternas y perinatales asociadas, **Metodología:** Se estudiaron en 600 mujeres internadas para atención obstétrica. Se diagnosticó anemia cuando la hemoglobina fue menor de 11 g/dL y un hematocrito < 33%. Se usó la prueba de Chi cuadrada y determinación del valor de p. **Resultados:** Encontramos anemia en 35% de las pacientes, predominando la ferropénica en 94.2%. En las mujeres anémicas se demostró una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto, infección urinaria, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, estado

hipertensivo del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, hemotransfusión, infección de herida, recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas, así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. **Conclusiones:** La anemia es una enfermedad frecuente que se asocia con graves complicaciones durante el embarazo. Es importante una detección y manejo tempranos con suplementos de hierro y vigilancia médica que incluya estudios de biometría hemática seriados.

ESPITIA DE LA HOZ FRANKLIN, OROZCO SANTIAGO LILIAN (2019)⁽³⁾, artículo: anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. **Objetivo:** conocer la fisiopatología y establecer los criterios de diagnóstico y tratamiento de las eventuales complicaciones de la anemia en las mujeres embarazadas, así como la evidencia que existe sobre la importancia de su tratamiento durante el control prenatal. **Metodología:** se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas. **Resultados:** se revisaron series de casos o descriptivos, todos los que mostraran un número estadísticamente significativo de pacientes. **Conclusiones:** la anemia en el embarazo es un síndrome frecuente, que con un adecuado control prenatal puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse antes de que muestre complicaciones. Se hace necesario aumentar la cobertura de la atención prenatal en todas las embarazadas; y es obligatorio que el personal sanitario haga un adecuado control y una óptima prescripción del hierro profiláctico en este grupo poblacional.

MUCHAGALO TITE, FABIAN JEOFRE (2012)⁽⁴⁾, en su estudio: factores asociados a anemia post parto en pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo, durante el periodo enero – junio 2012. **Objetivo:** objetivo; Identificar

los factores asociados a anemia posparto en pacientes atendidas de parto en el Hospital Básico Pelileo (HBP) durante el periodo enero – junio 2012. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo transversal, con las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En total se investigó a 75 pacientes, siendo los Resultados: todas las pacientes fueron atendidas del parto en el hospital. El 68% presento algún grado de anemia posparto. Sin embargo, a pesar de este resultado solo al 21 % se prescribió hierro en el posparto. Sobre la presentación de anemia según la procedencia se observa que es más frecuente la anemia en pacientes procedentes del área rural con Odds ratio de 1.7, ahora bien, a pesar de que el 73% de las pacientes investigadas recibió hierro y vitaminas durante el embarazo la presentación de anemia no cambio (Odds ratio 0.14). Por lo cual se propone una guía de información alimentaria durante el embarazo.

SAN GIL SUAREZ, CL, et al. (2013)⁽⁵⁾, artículo: Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Como **Objetivo:** Caracteriza la anemia durante la gestación y su relación con posibles factores asociados.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 68 gestantes entre 28 y 32 semanas. Siendo los siguientes resultados. **Resultados:** se observó una disminución de los valores de medios de hemoglobina entre el primer trimestre (112 g/L) y el tercero 108 g/L). También se constató una alta frecuencia de anemia tanto en el primer trimestre (35,3%) como en el tercer trimestre del embarazo (56,0%), con una anemia moderada más alta. La anemia al inicio del embarazo resulto un factor de riesgo de la existencia de anemia al tercer trimestre.

FERNANDEZ JANETE, etal (2015 – 2016)⁽⁶⁾, artículo: Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016). **Objetivo:** describir los resultados perinatales en pacientes con diagnóstico de anemia en el momento de la captación del embarazo. **Metodología:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 543 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Ginecobstetricia “Eusebio Hernández Pérez” de La Habana, Cuba, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico, las investigaciones diagnósticas realizadas y las historias clínicas. **Resultados:** casi la mitad de las pacientes estuvieron representadas por las adolescentes y las mayores de 35 años (45,4 %). Las multíparas iniciaron la gestación con anemia para un 36,6 %. Las nulíparas presentaron infecciones durante el embarazo para un 59,2 %. El 83,9% de las pacientes con partos anteriores tenían un periodo intergenésico corto. El parto antes del término y el recién nacido con bajo peso al nacer estuvo presente en 15,4 %. No hubo mortalidad materno-fetal. Hubo tres muertes neonatales precoces.

HUANCO D, etal (2010)⁽⁷⁾, artículo original: incidencia y factores de riesgo de la anemia en el embarazo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2001 – 2010. **objetivo:** Conocer incidencia y factores de riesgo de la anemia durante el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Metodología:** Estudio retrospectivo, epidemiológico, de casos y controles. Se analizó 8. 645 gestantes con hemoglobina menor de 11 g/dl, de embarazo único, cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2001 a 2010, comparados con 22 851 gestantes con Hb entre 11 y 14,5 g/dl. Se realizó análisis bivariado, utilizando OR con intervalos de confianza al 95%. Se utilizó base de datos del Sistema Informático Perinatal. **Resultados:** La tasa de incidencia de anemia durante el embarazo fue 27,1 x 100

nacimientos, con tendencia descendente en el decenio. Los factores de riesgo fueron: adolescencia (OR=1,3), soltería (OR=1,2), analfabetismo o primaria (OR=1,1), peso pre gestacional menor de 45 Kg. (OR=1,4), talla materna menor de 1,45 metros (OR=1,2), desnutrición materna (OR=1,2), gran multiparidad (OR=1,5), ausencia o inadecuado control prenatal (OR=1,5) e infección urinaria (OR=1,1). Conclusión: La incidencia de anemia durante el embarazo en el hospital Hipólito Unanue de Tacna desciende en la última década y se asocia a malas condiciones socioeconómicas, biológicas y obstétricas.

DIAZ TINOCO C, (2012)⁽⁸⁾, en su artículo: factores asociados a la reducción de la hemoglobina en puérperas atendidas en el instituto nacional materno perinatal 2012. **Objetivo.** Analizar los factores que se asocian a la reducción de los niveles de hemoglobina en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2012. **Metodología:** Estudio de casos y controles donde se asignó a 274 pacientes puérperas divididas en 137 con diferencia de hemoglobina $\geq 1,3$ g/dl (casos) y 137 con diferencia de hemoglobina $< 1,3$ g/dl (controles). Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales, medidas de tendencia central y de dispersión en las variables cuantitativas, distribución de frecuencias para las variables cualitativas, para las inferencias estadísticas se aplicó Chi cuadrado, OR IC al 95% y regresión logística binaria para el análisis multivariado. **Resultado:** Podemos determinar que se presentaron diferencias significativas para el estado civil, siendo de estado civil soltera en 19.7% de los casos y de 8% para los controles. El 2,2% de los casos presentó multiparidad, comparado con el 10,2% de los controles. El 59,1% de los casos presentó episiotomía, comparado con el 35,8% de los controles, existiendo 2,6 veces mayor probabilidad de tener una reducción marcada de la hemoglobina cuando se tiene episiotomía (OR: 2,6 IC95% 1,6:4,2). No se encontró asociación con

factores nutricionales, patológicos, factores posparto. El análisis multivariado encontró riesgo para administración de sulfato de magnesio, retención de restos placentarios, episiotomía, soltera, menarquia (8 a 13 años) y multiparidad.

CASTILLA MARCHENA M, et al. (2014)⁽⁹⁾, en su artículo: ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el postparto? Como **objetivo:** del estudio, es identificar los factores asociados al padecimiento de bajos niveles de hemoglobina en el post parto, en una cohorte de pacientes atendidas por proceso parto en el servicio de obstetricia del Complejo Hospitalario de Jaén, Siendo como **Metodología:** Se ha realizado un estudio de corte transversal en una muestra aleatoria y representativa de las pacientes atendidas por proceso de parto, siendo los siguientes **Resultados:** Fueron aplicados a un modelo asociativo del que se concluye que las púérperas de los partos instrumentados presentan niveles de hemoglobina menores que los partos eutócicos, que la ferropénica durante el embarazo consigue mayores niveles de hemoglobina es el puerperio y que las hemorragias severas o moderadas también disminuyen los niveles hemoglobina.

VÁSQUEZ, ETAL (2015)⁽¹⁰⁾, en su artículo original: “Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015” tuvo como **Objetivos.** Establecer las prevalencias regionales e identificar conglomerados distritales con altas prevalencias de anemia en gestantes atendidas en los establecimientos de salud públicos del Perú en el 2015. **Métodos.** Se realizó un estudio ecológico de datos de gestantes con anemia, registrados en el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), que fueron atendidas en 7703 establecimientos públicos de salud durante el 2015. Se calcularon prevalencias de anemia gestacional regionales y distritales. Mediante el

índice de Moran se identificaron conglomerados distritales con alta prevalencia de anemia gestacional. **Resultados.** Se recolectó información de 311 521 gestantes, distribuidas en 1638 distritos del Perú. La prevalencia nacional de anemia fue de 24,2% (IC 95%: 24,0-24,3) y 30,5% en el área rural vs. 22,0% en el área urbana. Las regiones de Huancavelica (45,5%; IC 95%: 44,2-46,7), Puno (42,8%; IC 95%: 41,9-43,7), Pasco (38,5%; IC 95%: 36,9-40,0), Cusco (36,0%; IC 95%: 35,3-36,8) y Apurímac (32,0%; IC 95%: 30,8-33,1) tuvieron las mayores prevalencias de anemia. El índice local de Moran identificó 202 distritos (12,3%) (44 urbanos y 158 rurales) de alta prioridad (alto-alto o hot spots) situados en Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lima, Pasco y Puno, que muestran conglomerados distritales con altas prevalencias. Conclusiones. La anemia gestacional en Perú concentra sus mayores prevalencias en las áreas rural y sur de la sierra. Los conglomerados distritales con altas prevalencias de anemia gestacional coinciden con las zonas de alta prevalencia regional.

SOTO RAMIREZ J, (2016)⁽¹¹⁾ En su estudio: Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el Servicio de gineco obstetricia del Hospital “San José “Callao- Lima, **Objetivo:** Identificar si los factores en estudio están asociados a la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José” callao-Lima. Siendo como **Metodologia:** estudio observacional, analítico observacional, transversal, con recolección de datos en forma retrospectiva. **Resultados:** de las gestantes en estudio el 21.1% no presentaron anemia y el 78.9% si presentaron anemia, Del total de las gestantes anémicas se encontró que las gestantes que cursaban el 1er trimestre tuvieron mayor porcentaje de anemia (38,6%), por lo que se encontró asociación estadística como un factor de riesgo que las gestantes presentaron mayor anemia (36,3%), las gestantes

con IMC de 25 a 29.9 fueron las que presentaron mayor porcentaje anemia así como las gestantes multíparas fueron las que presentaron mayor porcentaje anemia, así como las gestantes que no tiene CPN, las gestantes que no presentaron pre-eclampsia y eclampsia, obtuvieron un mayor porcentaje anemia en 59,1% y 71.4%, respectivamente, así como las gestantes que tuvieron periodo intergenesico.

OREJON PAUCARPURA FDM, (2015)⁽¹²⁾, en su estudio: Factores Obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el instituto Nacional Materno Perinatal septiembre- noviembre 2015. **Objetivo:** Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia postparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Perinatal septiembre noviembre 2015. Siendo la **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. la muestra estudiada fue conformada por 110 primíparas con anemia posparto inmediata, con una frecuencia relativa y absoluta para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, se utilizó la prueba de Chi cuadrado para hallar la relación de las variables cualitativas. **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 en un 34% de puérperas, la práctica de episiotomía con 83%, de puérperas, y los desgarros en partes blandas en donde el 31 % de puérperas presento este factor.

1.2. Bases teóricas

a) Definición

Anemia

Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina, La anemia es a menudo con secuencia de una alimentación deficiente, siendo la deficiencia de hierro es la falla nutricional más conocida⁽¹³⁾.

La anemia tiene una alta prevalencia en mujeres en edad reproductiva, particularmente en gestantes, grupo en el que se encuentra incrementado el riesgo de desarrollar alteraciones maternas y fetales. siendo la más frecuente ocasionada por deprivación de hierro, conocida como anemia ferropénica.⁽¹³⁾

En los países en vía de desarrollo la incidencia de anemia es alta, la cantidad de hierro y ácido fólico disponible de la dieta podría para la mayoría de los grupos socioeconómicos requerir de suplementación adicional para incrementar las reservas que requiere cada mujer y su hijo durante la gestación; ambos compuestos son importantes para generar un efecto adecuado tanto en el crecimiento fetal y placentario como en la condición materna de ganancia y pérdida sanguínea a la cual se verá sometida.⁽¹⁴⁾

Durante el embarazo la mujer tiene más cantidad de sangre. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos se diluya denominándose anemia en el embarazo convirtiéndose:

- Anemia ferropénica. - Cuando el bebé usa los glóbulos rojos de la madre, las mujeres que no tengan las reservas adecuadas de hierro pueden desarrollar anemia ferropénica.

- Deficiencia de vitamina B12.- La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de proteínas, las mujeres que no comen alimentos de origen vegetal son más propensas a tener deficiencia de vitamina B12.
- Deficiencia de folato. - El folato denominado ácido fólico es una vitamina B que colabora con el hierro en el crecimiento celular.

b) Síntomas de la anemia durante el embarazo:

Los signos y síntomas de la anemia varían según la causa de la afección.

Algunos de ellos son:

- Fatiga
- Falta de energía
- Debilidad
- Dificultad para respirar
- Mareos o aturdimiento
- Palpitaciones
- Palidez

Síntomas de la anemia severa:

- Dolor de pecho.
- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.

Signos que pueden indicar que la paciente tiene anemia:

- Cambios en el color de la piel.
- Presión arterial baja.
- Respiración acelerada.

- Piel fría y pálida.
- Si la anemia se debe a una disminución de los glóbulos rojos: ictericia (hace que la piel y las partes blancas se pongan amarillas).
- Soplo cardíaco.

c) Causas de la anemia durante el embarazo:

Las causas más comunes de anemia en el embarazo incluyen:

- Deficiencia de hierro (anemia ferropénica)
- Deficiencia de ácido fólico o vitamina B12 (anemia megaloblástica).
- Enfermedades hemolíticas (como la incompatibilidad sanguínea materna fetal, problemas de Rh)
- Supresión de la médula ósea (desaparición del tejido que produce los glóbulos rojos).
- Pérdida crónica de sangre.
- Cáncer.

En el embarazo aumenta la posibilidad de tener anemia, hasta un 25% en el tercer trimestre. El volumen sanguíneo aumenta un 45% y además es necesaria la formación de la placenta. Esto, más el consumo del feto, aumenta las necesidades de glóbulos rojos y, por tanto, de hierro.

d) Factores de riesgo para que la gestante presente anemia:

- **Ante parto:**
Peso
Ingesta de vitaminas
- **Intraparto.**
Episiotomía
Laceraciones
Desgarro

Retención de placenta

Duración del periodo expulsivo

Macrosomia fetal

Pre eclampsia

- **Post parto (puerperio inmediato)**

Loquios

Dehiscencia de episiorrafia

Hematomas Macrosomia fetal

Pre eclampsia

e) Complicaciones de la anemia en el embarazo:

Cuando la anemia no se trata, puede ocasionar muchos problemas de salud, tales como:

- Cansancio intenso. - Cuando la anemia es grave, puedes sentir tanto cansancio que no puedes realizar las actividades cotidianas.
- Complicaciones en el embarazo. - Las mujeres embarazadas con anemia por déficit de ácido fólico son más propensas a experimentar complicaciones, como un parto prematuro.
- Problemas cardíacos. - La anemia puede provocar latidos acelerados o irregulares (arritmia). Cuando tienes anemia, el corazón debe bombear más sangre para compensar la falta de oxígeno en la sangre. Esto puede conducir a un agrandamiento del corazón o a una falla cardíaca.
- Muerte. - Algunas anemias hereditarias, como la anemia drepanocítica, pueden ser graves y ocasionar complicaciones potencialmente mortales. La pérdida de gran cantidad de sangre rápidamente conduce a una anemia aguda grave y puede ser mortal.⁽¹⁵⁾

f) Diagnóstico de la anemia en el embarazo:

La anemia generalmente se descubre durante el control prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocritos.

Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia pueden incluir análisis de sangre adicionales y otros procedimientos de evaluación.

g) Pruebas para anemia en el embarazo:

Durante su primera cita prenatal, recibirá una prueba de sangre para que su médico pueda verificar si tiene anemia. Los análisis de sangre típicamente incluyen:

- Prueba de hemoglobina. - Mide la cantidad de hemoglobina, una proteína rica en hierro en los glóbulos rojos que transporta el oxígeno de los pulmones a los tejidos del cuerpo.
- Prueba de hematocrito. - Mide el porcentaje de glóbulos rojos en una muestra de sangre.

Si tiene niveles inferiores a los normales de hemoglobina o hematocrito, puede tener anemia por deficiencia de hierro. Su médico puede revisar otros análisis de sangre para determinar si tiene deficiencia de hierro u otra causa de anemia.

Incluso si usted no tiene anemia al comienzo de su embarazo, es muy probable que su médico le recomiende que haga otro análisis de sangre para detectar anemia en su segundo o tercer trimestre.

h) Tratamiento de la anemia en la gestante:

El tratamiento para la anemia con base en:

- Su embarazo.

- Su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan enferma está.
- Qué tan bien puede manejar determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Por cuánto tiempo se espera que la condición dure.
- Su opinión o preferencia.

i) Prevención de la anemia en la gestante durante el embarazo:

- Sigue una dieta rica en vitaminas
- Hay muchos tipos de anemia que no pueden evitarse. No obstante, la anemia ferropénica y las anemias por deficiencia de vitaminas pueden evitarse mediante una dieta que incluya una variedad de vitaminas y nutrientes, entre ellos:
 - ✓ Hierro. - Entre los alimentos ricos en hierro se incluyen carne de res y otras carnes, frijoles, lentejas, cereales fortificados con hierro, vegetales de hojas verdes oscuras y frutas secas.
 - ✓ Folato. - Este nutriente y su forma sintética (ácido fólico) se encuentran en frutas, jugos de frutas, vegetales de hojas verdes oscuras, guisantes verdes, frijoles, maníes y productos integrales, como pan, cereal, pasta y arroz.
 - ✓ Vitamina B-12.- Entre los alimentos ricos en vitamina B-12 se incluyen carne, productos lácteos y productos de soja y cereales fortificados.
 - ✓ Vitamina C.- Entre los alimentos ricos en vitamina C se incluyen frutas y jugos cítricos, pimientos, brócolis, tomates, melones y frutillas. Estos alimentos ayudan a aumentar la absorción de hierro.
- Considera la posibilidad de tomar un complemento multivitamínico.
- Si te preocupa no saber si obtienes una cantidad suficiente de vitaminas de los alimentos que comes, pregunta al médico si un complemento multivitamínico podría ser la mejor opción para ti.

- Considera la posibilidad de solicitar asesoramiento nutricional.
- Si tienes antecedentes familiares de anemia congénita, como anemia drepanocítica o talasemia, consulta a un médico y, posiblemente, también a un asesor en genética sobre tu propio riesgo y los riesgos que podrías transmitir a tus hijos.

Otros datos:

Posibles complicaciones

En casos de anemias graves, los pacientes tendrán problemas para que su organismo transporte la cantidad de oxígeno necesaria para que todos los procesos se realicen de forma habitual y, por tanto, el paciente puede llegar a sufrir un infarto.

En el caso de las mujeres embarazadas, si la anemia ha estado presente durante la gestación, en algunos casos los niños pueden nacer con peso bajo y más pequeños.

Por último, si se producen hemorragias muy fuertes que no están controladas, el paciente puede llegar a morir.

1.3. Definición de términos básicos

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población, que presenta una característica o evento determinado en un momento o en periodo determinado. ⁽¹⁶⁾

Anemia: Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos, que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina, “la anemia es a consecuencia de una alimentación deficiente”. ⁽¹⁷⁾

Gestante: Que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto. ⁽¹⁸⁾

Puérpera: Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado al estado previo a

la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico. ⁽¹⁴⁾

Hematocrito: Volumen de glóbulos rojos con relación al total de la sangre, se expresa de manera porcentual, “el valor normal de hematocritos esta normalmente entre el 40 y el 50 %”. ⁽¹⁹⁾

Complicación materna: Son problemas de salud que se dan durante el periodo de gestación, pueden afectar la salud de la madre, del bebe o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. ⁽⁷⁾

Deficiencia de hierro: Cuando eso sucede, el cuerpo produce menos glóbulos rojos. Además, los glóbulos que se producen contienen menos hemoglobina de lo normal. La anemia por deficiencia de hierro puede causar cansancio, sensación de falta de aliento. Dolor en el pecho y otros síntomas. ⁽¹⁴⁾

Deficiencia de ácido fólico: Es una condición en la que el cuerpo carece de reservas adecuadas de la vitamina B ácido fólico. Las faltas de ácido fólico generan un tipo de trastorno de la sangre llamado anemia megaloblastica. ⁽¹⁶⁾

CAPITULO II: PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia como una disminución en la concentración de la hemoglobina en la sangre, estableciendo los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo. De acuerdo a estos criterios la anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13g/L en los hombres o 12g/L en las mujeres. En la gestante el valor normal de hemoglobina está considerado de 11 mg x dl. a 14 mg x dl siendo el hematocrito de 33 a 44 %, al presentarse estos valores se transforma en un problema patológico. ⁽²⁰⁾

La anemia es una condición médica en la que no hay suficientes glóbulos rojos sanos para llevar oxígeno a los tejidos del cuerpo y cuando los tejidos no reciben una cantidad adecuada de oxígeno, muchos órganos y funciones son afectados. En su mayoría las mujeres gestantes presentan anemia durante esta etapa lo cual genera consecuencias en el niño presentando patologías evidentes como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, incluso puede generar la muerte materna. La anemia durante el embarazo puede ser una afección leve y fácil de tratar si se detecta tempranamente. ^{(21) (22)}

En el Perú se reporta el 28% de casos de anemia, siendo las más vulnerables las gestantes, los niños menores de 2 años y las mujeres en edad fértil. ^{(23) (24)}

En Loreto se reporta el segundo lugar de casos de anemia, presentándose un 20.5 % en gestantes, siendo un resultado muy alarmante que va tomado de la mano con la desnutrición generando secuelas muy preocupantes en la salud patológica en la mujer y en el niño. ⁽²⁴⁾

Las gestantes que acuden al Hospital Cesar Garayar García en su mayoría llegan presentando cuadro de anemia, manejando muchas veces el trabajo

de parto en conducta expectante y enfocando a un riesgo al que se lo somete a

la gestante, que le puede afectar tanto a la madre y el niño, obstaculizando que el parto progrese en forma fisiológica, asimismo al realizar la prueba de hematocrito, post parto encontramos que los valores de este están aún más bajos que en el momento de su ingreso para la atención del parto, observándose que la perdida sanguínea es intraparto, postparto, originado por muchas causas.

Por ser este un problema de salud que puede generar en forma inmediata a corto o largo plazo tanto en la madre y el niño, es por eso el interés de realizar el presente estudio para identificar la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes durante el intraparto y postparto.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la prevalencia de anemia asociadas a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018.

2.2.2. Problema específico

- ¿Cuál es la prevalencia de anemia por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre a Diciembre 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo Asociadas a la anemia por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la anemia y los factores de riesgo en las gestantes en trabajo de parto y post-Parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia de anemia asociados a factores de riesgo por las gestantes en trabajo de parto y post parto que acude al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre- 2018.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de anemia por las gestantes en trabajo de parto y post parto que acude al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre- 2018.
- Determinar los factores de riesgo que generan la anemia en las gestantes en trabajo de parto y post parto que acude al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre a Diciembre- 2018.
- Determinar la prevalencia de anemia asociados a factores de riesgo en las gestantes en trabajo de parto y post parto que acude al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre- 2018.

2.4. Hipótesis

H1. de la investigación

Existe prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por las gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García.

H0 Nula

No existe la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por las gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García.

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE (Y)

- Prevalencia de la anemia
- Hematocrito durante el embarazo
- Hematocrito durante el parto
- Hematocrito después del parto

VARIABLE INDEPENDIENTE (X)

Factores de riesgo para la anemia:

1. Ante parto:

- Bajo Peso
- Falta de Ingesta de vitaminas
- Mal Nutrición

2. Intraparto:

- Episiotomía
- Laceraciones
- Desgarros
- Retención de placenta
- Duración del periodo expulsivo
- Macrosomia fetal
- Pre eclampsia
- Hematomas macrosomia fetal

3. Post parto (puerperio inmediato):

- Loquios
- Dehiscencia de episiorrafia
- Hematomas Macrosomia fetal
- Pre eclampsia

VARIABLE INTERVINIENTES

• Características Sociodemográficas:

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia.
- ✓ Grado de instrucción.

• Características obstétricas:

- ✓ Paridad.
- ✓ Periodo Intergenesico
- ✓ Embarazo Múltiple
- ✓ Multiparidad
- ✓ Consejería Preconcepción
- ✓ Edad Gestacional.
- ✓ Puerperio Inmediata- Mediata

• Otras variables:

- ✓ Gestante
- ✓ Puérpera,
- ✓ Historia clínica
- ✓ Resultado de hematocrito

2.5.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE Prevalencia de la anemia	Número de personas afectadas y su gravedad a escala poblacional, y su alteración en el hematocrito	Cuestionario sobre los valores de Hematocrito	Es la información adquirida a través de la HCL del paciente.(Hematocrito) durante el embarazo , parto y puerperio)	Ordinal	Valores de Hematocrito durante el embarazo, parto y puerperio Embarazo 10.5 gr. Puerperio
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo para la anemia	Circunstancia o situaciones que aumentan la probabilidad de que la gestante y puérpera sufra las consecuencias de la disminución de la hemoglobina, por algún factor causal.	Cuestionario sobre los factores de Riesgo, durante el embarazo, parto y puerperio	Si durante el embarazo, parto, y puerperio, existió factor de riesgo para la disminución de la hemoglobina	Nominal	1.-si 2.-no

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

3.1.1. Tipo de Investigación

- ✓ No experimental
- ✓ Prospectivo, transversal, correlacional

3.1.2. Diseño de investigación

- ✓ Cuantitativo
- ✓ Analítico.
- ✓ Prospectivo

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población:

- ✓ Universo
- ✓ Todas las gestantes de Gineco Obstetricia que acudieron al Hospital Cesar Garayar García, para su atención de parto de octubre a diciembre 2018.

3.2.2. Muestra:

- ✓ Unidad de análisis
- ✓ Gestante y puérperas

UNIDAD DE MUESTREO:

No probabilística por conveniencia

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomo en cuenta a las gestantes y puérperas de parto eutócico durante tres meses del año, con una confianza del 95% y con un margen de error 0.04%, se obtiene una muestra de 173 gestantes.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Población Cantidad: 500 gestantes que ingresaron para ser atendidas en el Trabajo de parto y puerperio Cuya fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N O^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + (O^2 Z^2)}$$

Dónde:

N = Población = 500

O² = Desviación estandar² (0.5)

Z = Nivel de confianza² (1.96)

e = error aceptable de la muestra al² (0.04)

Reemplazando en la formula, se obtuvo para el estudio:

$$n = \frac{(500) (0.5^2) (1.96^2)}{[(500 - 1) (0.04^2)] + [(0.5)^2 (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{(500) (0.25) (3.84)}{[(499) (0.0016)] + [(0.25) (3.84)]}$$

$$n = \frac{480}{0.7984 + 0.96} = \mathbf{272}$$

Ajustando la muestra para una población de 500 pacientes, que fueron atendidas su parto eutócico se utilizó la siguiente formula:

Dónde:

$$Nf = \frac{\frac{N}{1 + N}}{\text{poblacion}}$$

$$Nf = 272 (1 + 272 / 500)$$

$Nf = 272/1.83$ entonces tenemos que:

$Nf = \mathbf{149}$ muestras.

Fueron 149 gestantes previamente seleccionadas con criterio de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre las edades de 12 a 45 años.
- Mujeres que hayan tenido atención prenatal en el primer nivel
- Mujeres con buen estado de salud mental
- Gestantes a término
- Parto en Hospital Cesar Garayar García
- Gestantes a término con más de 6 controles prenatal y que tengan resultado de hematocrito actual.
- Puérpera inmediata y mediata que tengan resultado de hematocrito.

Criterios de exclusión

- Mujeres con problemas mentales
- Mujeres con psicosis puerperal
- Mujeres que no tienen atención prenatal.
- Mujeres que han tenido parto distócico

3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica de recolección de datos

Se aplicó una encuesta a las usuarias seleccionadas

3.3.2. Instrumento de recolección de datos

Se empleo una ficha de recolección de datos elaborados por el investigador y con apoyo del asesor.

3.3.3. Procedimientos de datos

El procesamiento de la información se realizó mediante el Programa estadístico SPSS Versión 21.0. Para el análisis univariado, se empleó frecuencias absolutas y porcentajes, para el análisis bivariado se aplicó la prueba estadística inferencial Chi cuadrada lo que permitió la relación de las variables de estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

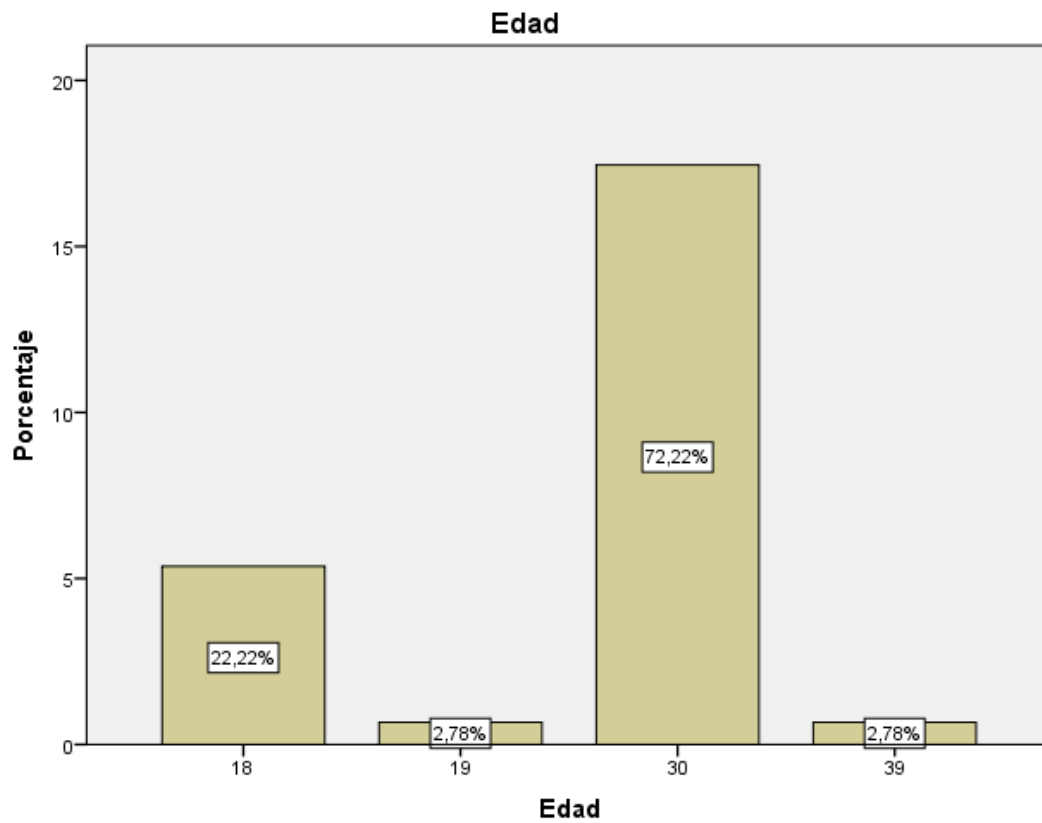
4.1 PRESENTACIÓN DE TABLAS

Tabla 1: Gestantes en trabajo de parto y post parto según la edad que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre A Diciembre- 2018.

EDAD	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
16	3	2,0
17	2	1,3
18	8	5,4
19	1	7
22	7	4,7
24	7	4,7
25	8	5,4
26	15	10,1
27	18	12,1
28	16	10,7
29	7	4,7
30	26	17,4
32	3	2,0
33	5	3,4
34	6	4,0
35	14	9,4
39	1	,7
42	2	1,3
TOTAL	149	100,0

Interpretación: En la tabla No. 1 podemos observar que 26(17,4%)gestantes que fueron atendidas, tuvieron las edades de 30 años, seguidas las de 27 años 18 (12,1%) mientras que 1 (7%) gestantes estuvieron entre las edades de 19 y 39 años.

Grafico 1: Gestantes en trabajo de parto y post parto según la edad que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre A Diciembre- 2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

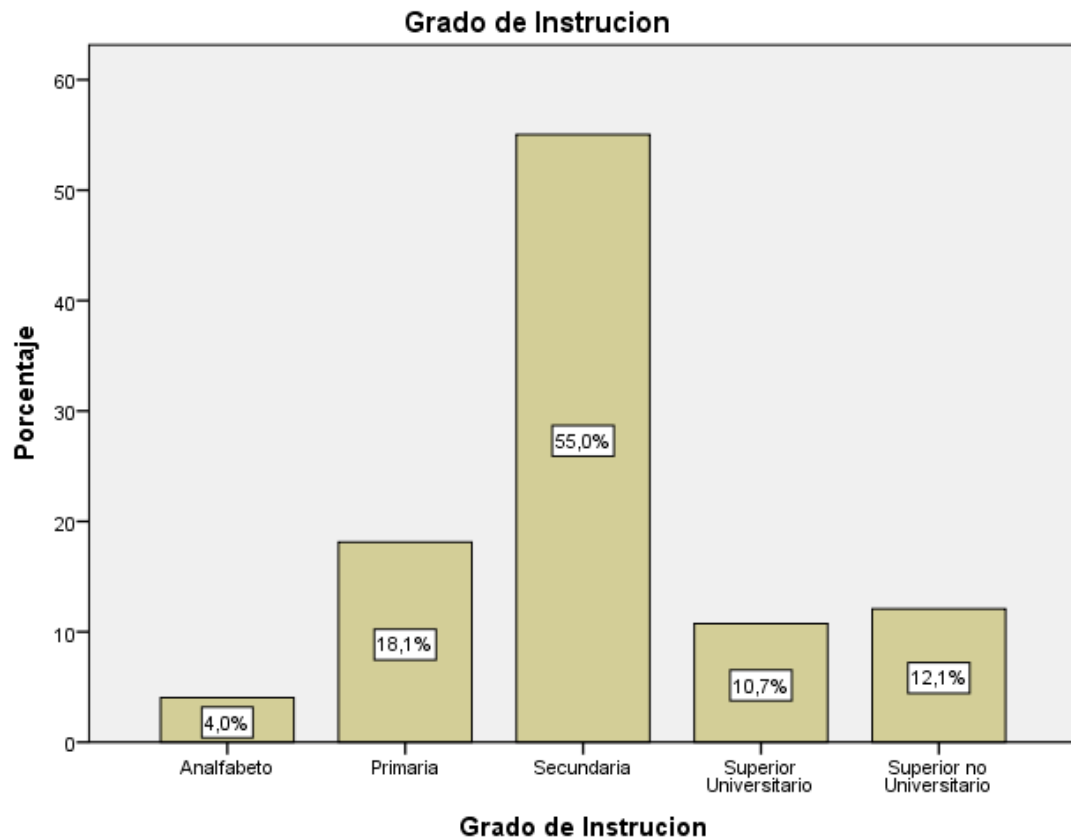
Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Tabla 2: Gestantes en trabajo de parto y post parto según grado de instrucción que acudieron al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.

GRADO INSTRUCCIÓN	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
ANALFABETO	6	4,0
PRIMARIA	27	18,1
SECUNDARIA	82	55,0
SUPERIOR UNIVERSITARIO	16	10,7
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	18	12,1
TOTAL	149	100,0

Interpretación: En la tabla No. 2 podemos observar que: 82 (55,0%) gestantes, tuvieron grado de instrucción Secundaria, seguido de 21(18,1%) tuvieron instrucción Primaria, 18 (12,1%) Superior no Universitario, mientras que 16(10,7%) Superior Universitario, seguido por el de analfabeto con 6(4,0%).)gestantes.

Grafico 2: Gestantes en trabajo de parto y post parto según grado de instrucción que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre , A Diciembre-2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

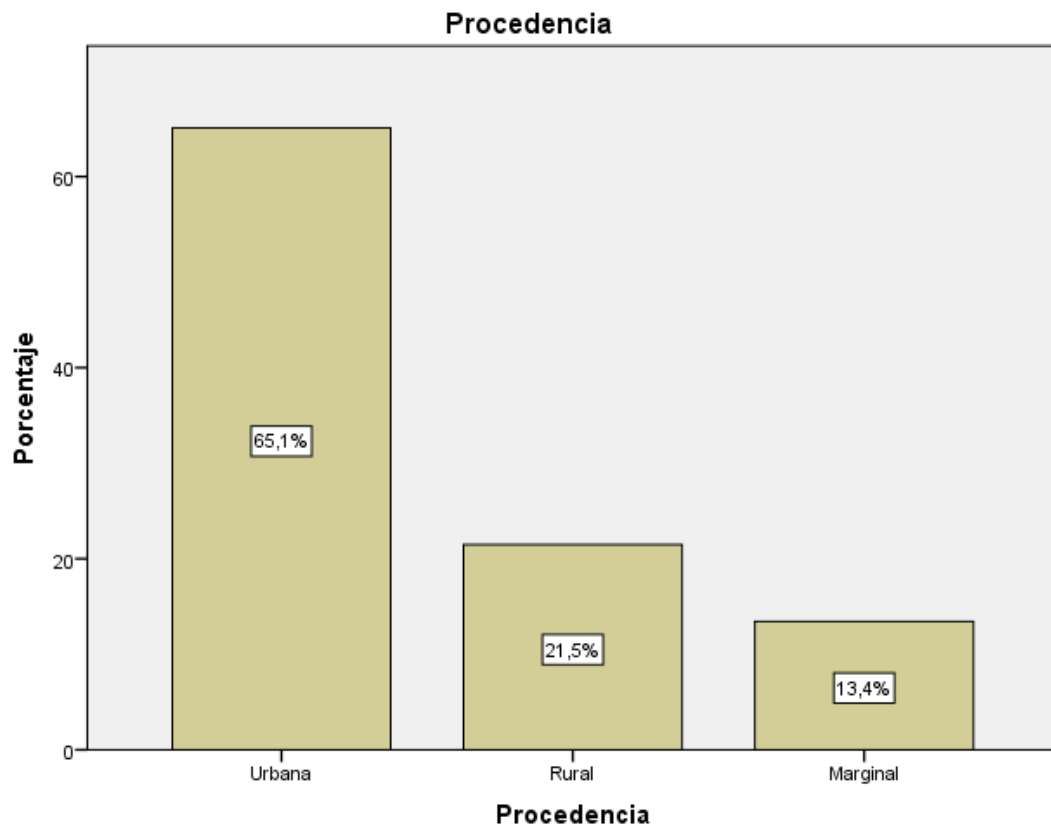
Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Tabla 3: Gestantes en trabajo de parto y post parto según procedencia que acudieron al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.

PROCEDENCIA	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
URBANA	97	65,1
RURAL	32	21,5
MARGINAL	20	13,4
TOTAL	149	100,0

Interpretación: En la tabla No 3 podemos observar: 97(65,1%) fueron de procedencia Urbana, 32 (21,5%) fueron de procedencia rural, mientras que 20 (13,4%) fueron de Procedencia marginal.

Grafico 3: Gestantes en trabajo de parto y post parto según procedencia que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre , A Diciembre- 2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

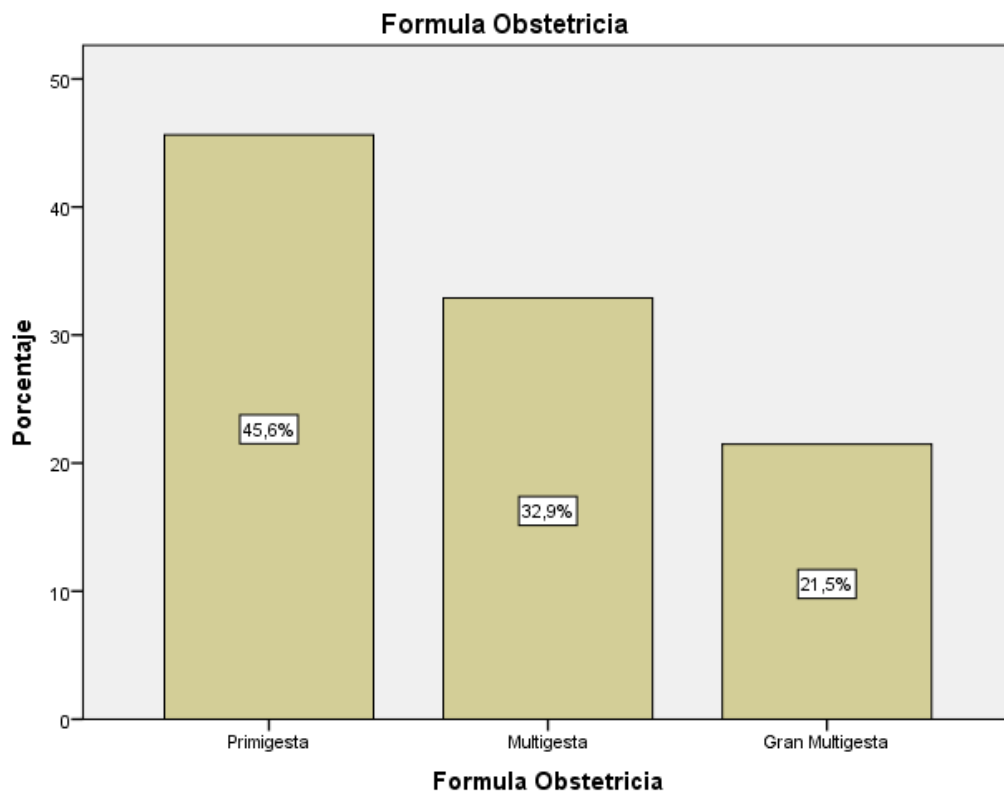
Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Tabla 4: Gestantes en trabajo de parto y post parto según paridad que acudieron al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, Octubre A Diciembre-2018

FORMULA OBSTETRICIA	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
PRIMIGESTA	68	45,6
MULTIGESTA	49	32,9
GRAN MULTIGESTA	32	21,5
TOTAL	149	100,0

Interpretación Tabla No.4: se observa: 68 (45.5%) pacientes atendidas fueron Primigesta, 49(32,9%) fueron Multigesta, mientras que 32 (21,5%) fueron gran Multigesta.

Grafico 4: Gestantes en trabajo de parto y post parto según paridad que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre, A Diciembre- 2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

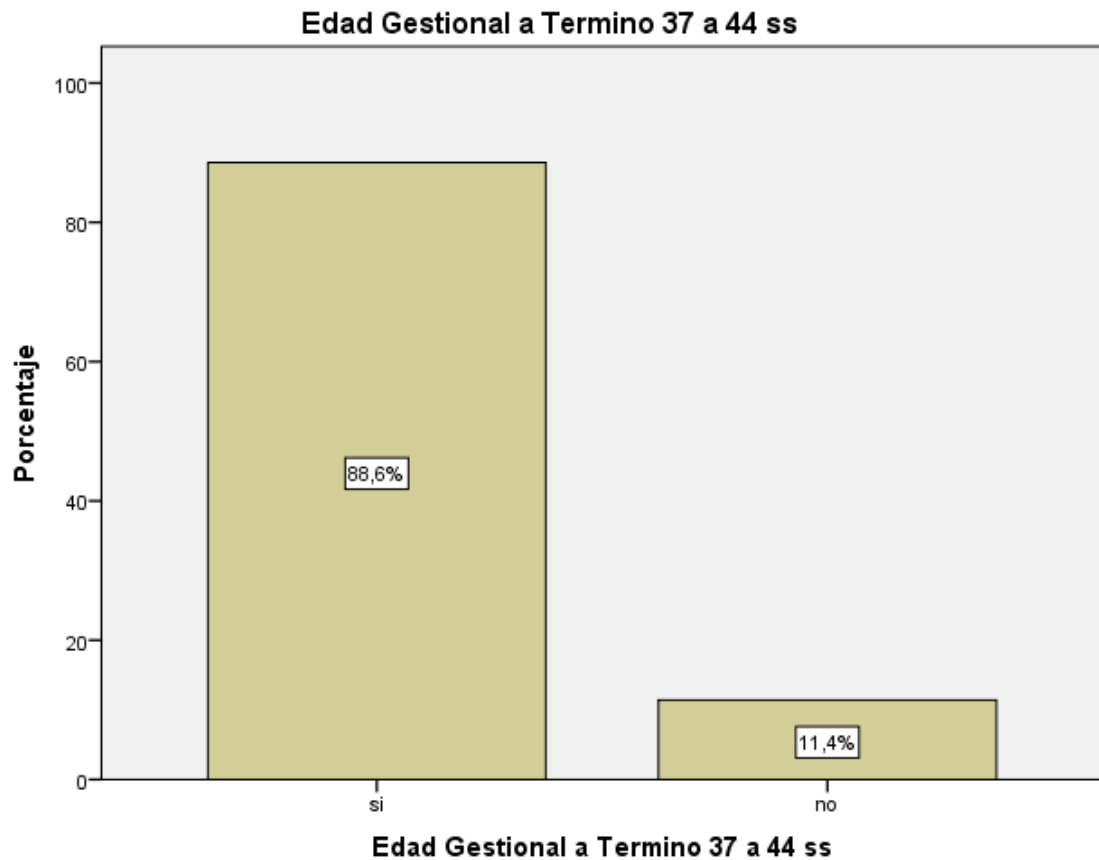
Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Tabla 5: Gestantes en trabajo de parto y post parto según edad gestacional que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia Iquitos, Octubre A Diciembre-2018.

EDAD GESTACIONAL A TERMINO 37 A 42 SS.	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
SI	132	88,6
NO	17	11,4
TOTAL	149	100,0

Interpretación: En la Tabla No. 5 se observa: 132 (88,6%) tuvieron edad gestacional a término, mientras que 17 (11,4%) no tuvieron edad gestacional a término.

Grafico 5: Gestantes en trabajo de parto y post parto según edad gestacional que acudieron al Hospital Cesar Garayar Garcia –Iquitos, Octubre, A Diciembre 2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

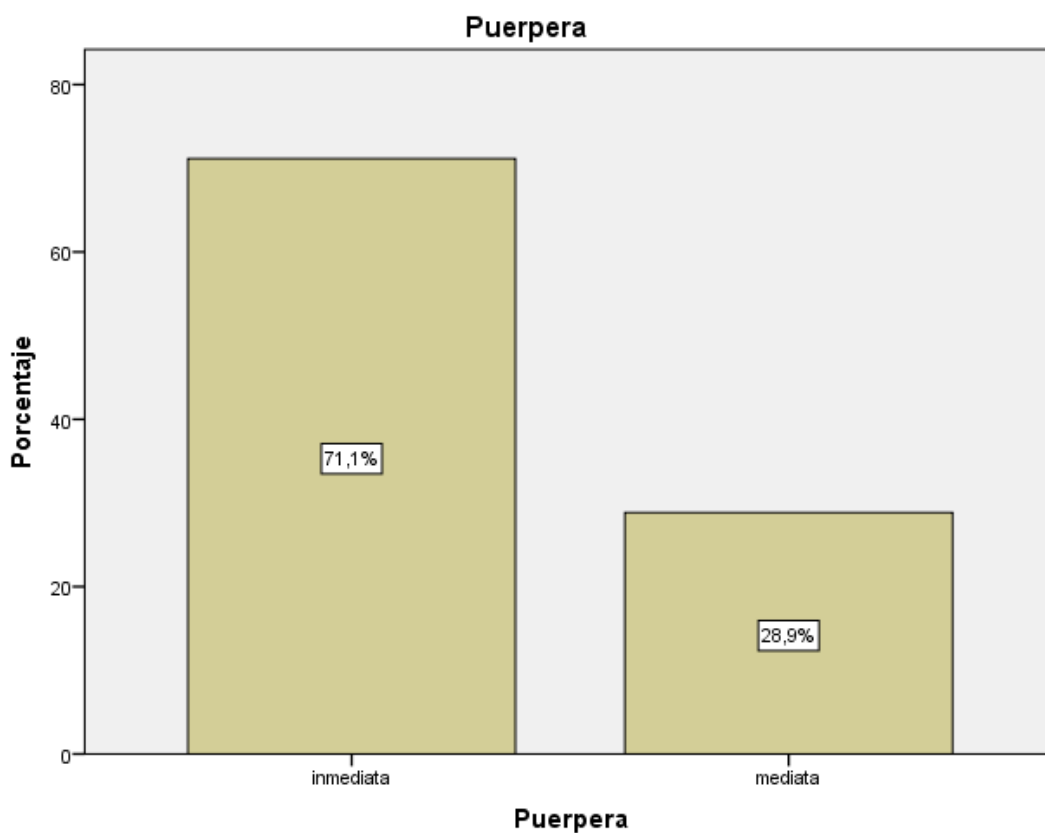
Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Tabla 6: Gestantes en trabajo de parto y post parto según etapas del puerperio que acudieron al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, Octubre Noviembre 2018.

PUÉRPERA	NÚMEROS	PORCENTAJE (%)
INMEDIATA	106	71,1
MEDIATA	43	28,9
TOTAL	149	100,0

Interpretación; En la tabla No.6 se observa: 106(71.1%) fueron inmediatas mientras 43 (28,9%) fueron puérperas mediatas.

Grafico 6: Gestantes en trabajo de parto y post parto según etapas del puerperio que acudieron al Hospital Cesar Garayar García –Iquitos, Octubre, A Diciembre-2018.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Elaboración: Bach. Zonica Zoraida pardo Flores.

Tabla 7: Prevalencia de anemia al inicio y al final del embarazo por las gestantes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García.

Edades	Valor de Hemoglobina al inicio del embarazo	Valor de Hemoglobina al Final del embarazo
16	12,0	9,0
17	12,8	11,2
18	10,6	10,0
19	13,3	12,0
22	10,0	11,2
24	11,7	11,0
25	10,8	9,8
26	10,0	10,6
27	10,5	10,5
28	10,0	10,2
29	11,2	9,9
30	10,0	10,5
32	11,4	11,0
33	11,0	10,8
34	11,6	10,9
35	10,0	10,6
39	11,2	13,6
42	12,0	10,8
Total	10,0	9,0

Interpretación: En la tabla N°7 podemos observar que la prevalencia de anemia en las gestantes que acudieron en trabajo de parto tenemos que al inicio de su embarazo tuvieron hemoglobina mínima de 10 y estuvieron entre las edades de 22, 26, 28 y 30 años, seguida por la de 10,6 en las edades de 27 años, mientras que 9 de hemoglobina en 18 años de edad seguida por lo de 9,8 en 25 y 9,9 en 26 años de edad al término del embarazo.

Tabla 8: Edades con relación al peso al inicio y al final del embarazo en las gestantes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, Octubre A Diciembre 2018.

Edades	Peso Inicial Embarazo	Peso Final Embarazo
16	52,0	57,1
17	50,0	65,4
18	49,0	56,5
19	51,0	59,3
22	35,0	37,2
24	50,2	55,8
25	42,0	59,2
26	50,0	58,0
27	41,8	46,0
28	40,0	48,9
29	42,2	51,0
30	38,2	52,0
32	60,0	72,9
33	47,5	56,1
34	45,0	59,2
35	45,0	52,3
39	64,0	66,0
42	44,1	51,2

Interpretación: En la tabla No.8 podemos observar que el peso con relación a la edad al inicio del embarazo es de 35 Kg. en las edades de 22 años, seguida por la de 38.2 Kg, en las edades de 30 años mientras que al final del embarazo es de 46,0 en las edades de 27 años mientras que 48.9 en las edades de 28 años.

Tabla 9: Factores de riesgo con relación a los valores de hemoglobina ante parto en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital cesar Garayar García Iquitos octubre, a diciembre 2018.

Factor de Riesgos Ante parto		Valor de Hemoglobina al iniciar de Embarazo		Valor de Hemoglobina al Final de Embarazo	
		Mínimo	N total	Mínimo	N total
Periodo Intergenésico	Menor 2 años	10,0	47	9,0	47
	Mayor a 5 años	10,6	51	10,5	51
Embarazo Múltiple	Si	13,0	3	11,2	3
Multiparidad (>5 hijos)	Si	11,5	9	10,8	9
Consejería Preconcepcional	Si	10,0	105	9,8	105

Interpretación: En la tabla No.9 podemos observar que las pacientes con periodo intergenésico menor de 2 años presentaron hemoglobinas mínimas de 10 al inicio del embarazo y 9 de hemoglobina al final del embarazo seguida por las gestantes que no recibieron consejería Preconcepcional con 10.00 de hemoglobina al inicio del embarazo y 9,8 al final del embarazo.

tabla 10: Factores de riesgos con relación a los valores de hemoglobina en intraparto y post parto en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Cesar Garay García, Iquitos Octubre, a Diciembre 2018.

Factores De Riesgos Intra – Parto		Hemoglobina	Hematocrito
Episiotomía	Si	8,9	23,0
Laceraciones	Si	9,0	27,0
Desgarro	I Grado	10,0	30,0
	II Grado	9,0	27,0
	III Grado	10,3	31,0
Retención De Placenta	Si	10,6	32,0
Duración Del Periodo Expulsivo	45 A Más	11,8	36,0
Sangrado Mayor A 500 cc.	Si	9,0	27,0
Macrosomia Fetal:	Si	10,3	31,0
PRE ECLAMPSIA	Leve	6,0	30,0
	Moderada	9,8	30,0
	Severa	11,7	36,5
Factores De Riesgo Postparto Sangrado Mayor A 500cc	Si	Hemoglobina 0	Hematocrito 0
Dehiscencia De Episiorrafia	Si	10,0	30,0
Hematomas Macrosomia Fetal	Si	10,3	31,0
Pre Eclampsia	Leve	10,0	14,0
	Moderada	11,7	36,5
	Severa	8,9	23,0

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Interpretación: En la tabla N° 10 Podemos observar que las gestantes que presentaron preclamsia leve tuvieron hemoglobina de 6,0 seguida por los que tuvieron episiotomía con 8,9, seguida por los que tuvieron laceraciones y desgarros de II grado con 9,00 y presentaron sangrado mayor de 500 cc y Hemoglobina de 9.0 en el intraparto. Asimismo, tenemos que las puérperas en el Post-Parto que tuvieron Preclamsia severa tuvieron 8,9 de hemoglobina, seguida con las puérperas que presentaron preclamsia leve, dehiscencia de episiorrafia y las que tuvieron hematomas por macrosomía fetal con 10,3 de hemoglobina.

Tabla 11: Administración de vitaminas con relación a la edad por las gestantes del trabajo de parto y post parto que acudieron Al Hospital Cesar Garay García Octubre – 2018.

Edades	Sulfato Ferroso	Ácido Fólico	Sulfato Ferroso y Ácido Fólico	Todas las anteriores	Total
16	0	0	0	3	3
17	0	0	1	1	2
18	0	0	6	2	8
19	0	0	1	0	1
22	0	0	3	4	7
24	0	0	2	5	7
25	0	0	4	4	8
26	2	0	4	9	15
27	2	0	8	8	18
28	0	1	10	5	16
29	1	0	4	2	7
30	2	0	9	15	26
32	0	0	1	2	3
33	0	0	2	3	5
34	0	0	4	2	6
35	1	0	6	7	14
39	0	0	0	1	1
42	0	0	0	2	2
Total	8	1	65	75	149

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Interpretación: En la tabla No.11, observamos que, 26 gestantes que acudieron para la atención de su parto estuvieron entre las edades de 30 años de las cuales 9 recibieron Sulfato Ferroso más ácido fólico, y 2 solo sulfato ferroso y 15 no recibieron ninguna administración de vitamina, seguido de 18 gestantes estuvieron entre las edades de 27 años de edad de las cuales 8 recibieron sulfato ferroso más ácido fólico, 2 gestantes sulfato ferroso y 8 no recibieron ninguna vitamina, y solo 02 gestantes de 19 años recibieron sulfato ferroso, teniendo como resultado que solo 65 gestantes recibieron administración de vitaminas de sulfato ferroso más ácido fólico y solo 8 Sulfato ferroso y 1 gestante ácido fólico y 75 gestantes no recibieron ningún a vitamina.

Tabla 12: Procedencia con relación a la hemoglobina de las gestantes en trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García –Iquitos, Octubre A Diciembre -2018.

Valor De Hemoglobina	Procedencia					
	Urbana		Rural		Marginal	
	Hb.	N Total	Hb.	N Total	Hb.	N Total
Valor De Hemoglobina Al Inicial De Embarazo	10,0	97	10,0	32	10,0	20
Valor De Hemoglobina Al Final De Embarazo	9,8	97	10,6	32	9,0	20

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Interpretación: En la tabla No.12 podemos observar que.:97 gestantes fueron de zona urbana, 32 de zona rural, y 20 marginal quienes presentaron 10.0 de hemoglobinas al inicio del embarazo, mientras que 20 fueron de zona marginal y presentaron 9.0 de hemoglobina, 97 fueron de zona urbana con 9.8 de hemoglobina y32 gestantes fueron de zona rural con 10.6 de hemoglobina al final del embarazo.

Tabla 13: Grado de instrucción con relación a la hemoglobina de las gestantes en trabajo de parto y post parto que acudieron al Hospital Cesar Garay García –Iquitos, Octubre A Diciembre -2018.

Grado De Instrucción	Valor De Hemoglobina Al Iniciar De Embarazo		Valor De Hemoglobina Al Final De Embarazo	
	HB.	N° Total	HB.	N° Total
Analfabeto	11,0	6	11,2	6
Primaria	10,0	27	10,2	27
Secundaria	10,0	82	9,0	82
Superior Universitario	11,0	16	10,3	16
Superior No Universitario	10,9	18	10,0	18

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Elaboración: Bach. Zonica Zoraida Pardo Flores.

Interpretación: En la tabla No,13 podemos observar que: 82 gestantes tuvieron grado de Instrucción Secundaria, 27 Grado de instrucción primaria las cuales presentaron 10.0 de hemoglobina al inicio del embarazo seguida por las que tienen superior no universitario con 10.9 de hemoglobina, mientras que 82 gestantes con grado de instrucción secundaria tuvieron 9.0 de hemoglobina, 18 con grado de instrucción Superior no universitaria, con 10.0 de hemoglobina y 27 con grado de instrucción Primaria con 10,2 de hemoglobina, al final del embarazo.

CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Se demostró en el presente estudio que la prevalencia de la anemia según los resultados de la hemoglobina mínima es de 10 y se presento entre las edades de 22, 26, 28 y 30 años, seguida por la de 10,6 en las edades de 27 años, mientras que 9 de hemoglobina en 18 años de edad seguida por lo de 9,8 en 25 y 9,9 en 26 años de edad al término del embarazo., pudiéndose observar que las gestantes en su mayoría ingresaron con cuadro de anemia y siendo este en la etapa muy importante la edad fértil. **ESPITIA DE LA HOZ FRANKLIN, OROZCO SANTIAGO LILIAN (2010)** ⁽³⁾ nos demuestra que la anemia en el embarazo es un síndrome frecuente, que con un adecuado control prenatal puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse antes de que muestre complicaciones. Se hace necesario aumentar la cobertura de la atención prenatal en todas las embarazadas; y es obligatorio que el personal sanitario haga un adecuado control y una óptima prescripción del hierro profiláctico en este grupo poblacional., asimismo **HUANCO D, et al (2010)** ⁽⁷⁾, artículo original, nos refiere que la tasa de incidencia de anemia durante el embarazo fue 27,1 x 100 nacimientos, con tendencia descendente en el decenio. Los factores de riesgo fueron: adolescencia, soltería, analfabetismo o primaria, peso pregestacional menor de 45 Kg., talla materna menor de 1,45 metros, desnutrición materna, gran multiparidad, ausencia o inadecuado control prenatal, e infección urinaria. Mientras que **SAN GIL SUAREZ, CL, et al. (2013)** ⁽⁵⁾, en el artículo, se observó una disminución de los valores de medios de hemoglobina entre el primer trimestre (112 g/L) y el tercero 108 g/L). También se constató una alta frecuencia de anemia tanto en el primer trimestre (35,3%) como en el tercer trimestre del embarazo (56,0%), con una anemia moderada más alta. La anemia al inicio del embarazo resulto un factor de riesgo de la existencia de anemia al tercer trimestre.

Se encontró que el periodo intergenésico que presentaron las gestantes menor de 2 años tuvieron hemoglobinas mínima de 10 al inicio del embarazo y 9,0 de hemoglobina al final del embarazo seguida por las gestantes que no recibieron consejería Preconcepcional con 10.00 de hemoglobina al inicio del embarazo y 9,8 al final del embarazo, dándonos a entender que el periodo intergenésico corto es uno de los factores que no permite a que la madre pueda proporcionar la hemoglobina necesaria para su mantenimiento durante el embarazo, ya que no ha permitido que su organismo se recupere, seguida por el hecho de no haberse preparado anticipadamente mediante la consejería Pre-Concepcional para así enfrentar el embarazo. Y asumirlo con responsabilidad. **FERNÁNDEZ JANETE, etal (2015 – 2016)⁽⁶⁾**, en su artículo, nos demuestra que casi la mitad de las pacientes estuvieron representadas por las adolescentes y las mayores de 35 años (45,4 %). Las multíparas iniciaron la gestación con anemia para un 36,6 %. Las nulíparas presentaron infecciones durante el embarazo para un 59,2 %. El 83,9% de las pacientes con partos anteriores tenían un periodo intergenésico corto. El parto antes del término y el recién nacido con bajo peso al nacer estuvo presente en 15,4 %. No hubo mortalidad materno-fetal. Hubo tres muertes neonatales precoces.

En los resultados del presente estudio tenemos factores de riesgo para que las gestantes presenten valores de hemoglobina baja considerándose anemia en las gestantes que presentaron en el momento del intraparto, como es la preclamsia leve tuvieron hemoglobina de 6,0 seguida por los que tuvieron episiotomía con 8,9, seguida por los que tuvieron laceraciones y desgarros de II grado con 9,00 presentando sangrado mayor de 500 cc y, **IGLESIAS JOSE⁽²⁾**, en su artículo encontró que la anemia en 35% de las pacientes, predominando la ferropénica en 94.2%. En las mujeres anémicas se demostró una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto, infección urinaria, parto prematuro, ruptura

prematura de membranas, estado hipertensivo del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, hemotransfusión, infección de herida, recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas, así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios mientras que **OREJON PAUCARPURA FDM, (2015)**⁽¹²⁾, en su estudio. Los factores que se asocian significativamente a la anemia posparto inmediato fueron el uso de analgesia durante el trabajo de parto en un 34% de puérperas, la práctica de episiotomía con 83%, de puérperas, y los desgarros en partes blandas en donde el 31 % de puérperas presento este factor.

Se demostró que la administración de micronutrientes durante la etapa del embarazo y el ante parto, solo 65 gestantes recibieron administración de micronutrientes , 75 gestantes no recibieron ningún a vitamina, siendo este un factor para que la mujer llegue con hemoglobina baja y afrente a la perdida de sangrado o por cualquier causa termina con hemoglobina baja y por ende llega a presentar anemia **CALDERON VELEZ, JUAN CAMILO M.D (2007)**⁽¹⁾, en su artículo, nos demostró suplementación con hierro contribuye a disminuir el riesgo de anemia y otras complicaciones en el embarazo, pero puede aumentar el estrés oxidativo y a su vez, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras complicaciones. Dicha suplementación con hierro merece más estudio y discusión en el medio académico que se deben responder preguntas clave para generar guías de manejo de las pacientes con preeclampsia o diabetes gestacional y grados leves o severos de deficiencia de hierro mediante las cuales se obtenga la relación costo/beneficio para la unidad materno fetal.

Asimismo en los resultados del presente estudio tenemos que:97 gestantes son de zona urbana, 32 de zona rural, y 20 marginal quienes presentaron 10.0 de hemoglobinas al inicio del embarazo, mientras que 20 son de zona marginal presentaron 9.0 de hemoglobina, 97 son de zona urbana con 9.8 de hemoglobina y32 gestantes son de zona rural con 10.6

de hemoglobina al final del embarazo., demostrándose que las gestantes sean la procedencia de su origen tanto al inicio como al final del embarazo antes del trabajo de parto presentan valores de hemoglobina baja y factores de riesgo que al final le generan anemia mientras que: **AKRAM HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, ETAL (2015)⁽¹⁰⁾**, en su artículo original: nos demuestra que La anemia gestacional en Perú concentra sus mayores prevalencias en las áreas rural y sur de la sierra. Los conglomerados distritales con altas prevalencias de anemia gestacional coinciden con las zonas de alta prevalencia regional

. La edad de la gestante el en presente estudio tenemos que: 26 gestantes que es el 17,4% que fueron atendidas, tuvieron las edades de 30 años, seguidas las de 27 años con 18, 12,1% mientras que 1 gestantes están entre las edades de 19 y 39 años que es el 7%. Mientras que: **OREJON PAUCARPURA FDM, (2015)⁽¹²⁾**, en su estudio, 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

5.2. Conclusiones

En el presente estudio participaron 149, gestantes en trabajo de parto y Post. Parto que acudieron al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018.

Respecto a las Características Sociodemográficas

Respecto a la edad tenemos que: 26(17,4%) de las gestantes atendidas, tuvieron la edad de 30 años, seguidas las de 27 años con 18(12.1%) mientras que 1(7%) estuvieron entre las edades de 19 y 39 años.

En cuanto a su grado de Instrucción 82(55,0%) gestantes, tuvieron grado de instrucción Secundaria, seguido de 27(18,1%) tuvieron instrucción Primaria, 18 (12,1%)Superior no Universitario, mientras que 16 (10,7%)Superior Universitario, seguido por el de analfabeto con 6(4,0%.) gestantes.

Respecto al lugar de Procedencia tenemos que: 97(65,1%) gestantes, fueron de procedencia Urbana, 32 (21,5%) fueron de procedencia rural, mientras que 20 (13,4%) fueron de Procedencia marginal.

Respecto a las Características Obstétricas

Las participantes del presente estudio al momento de la aplicación del Instrumento de la evaluación fueron Primigestas 68(45.6%) participantes, 49 (32.9%)fueron multigestas y 32(21.5%) fueron Gran multigestas.

Respecto a la edad gestacional ,132(88,6%) tuvieron edad gestacional a término, mientras que 17 (11,4%) no tuvieron edad gestacional a término.
-Asimismo, 106(71.1%) fueron puérperas inmediatas mientras 43(28,9%) fueron puérperas mediatas.

En el momento de su ingreso la gestante tuvo 10 de hemoglobina y estuvo entre las edades de 22, 26, 28 y 30 años y 9,9 de hemoglobina entre las edades 26 años, al término del embarazo, pudiéndose observar que la mayoría ingresaron con cuadro de anemia.

Respecto al peso con relación a la edad al inicio del embarazo es de 35 Kg. con 22 años, y al final del embarazo es de 46,0 en las edades de 27 años, demostrándose que el peso no se ve afectado por la deficiencia de la hemoglobina.

-Referente al periodo intergenésico tenemos que las pacientes que presentaron el periodo intergenésico menor de 2 años tuvieron hemoglobinas mínima de 10 al inicio del embarazo y 9,0 de hemoglobina al final del embarazo seguida por las gestantes que no recibieron consejería Preconcepcional con 10.00 de hemoglobina al inicio del embarazo y 9,8 al final del embarazo, dándonos a entender que el periodo intergenésico corto es uno de los factores que no permitió a que la madre pueda proporcionar la hemoglobina necesaria para su mantenimiento durante el embarazo.

También, se observó que los factores de riesgo intraparto y para que las gestantes hayan presentado valores de hemoglobina baja, considerándose anemia, es en la preclamsia leve, hemoglobina de 6,0, episiotomía 8,9, laceraciones y desgarros de II grado 9,00, y presentaron sangrado mayor de 500 cc.

Asimismo, tenemos que las puérperas en el Post-Parto que tuvieron Preclamsia severa tuvieron 8,9 de hemoglobina, seguida con las puérperas que presentaron preclamsia leve, dehiscencia de episiorrafia y las que tuvieron hematomas por macrosomía fetal con 10,3 de hemoglobina, demostrándose que en la etapa del puerperio debemos de

continuar con los cuidados necesarios y poner también, en estado de alerta a la puérpera.

Respecto a la administración de vitaminas durante la etapa del embarazo y su registro en el ante parto tenemos que 26 gestantes que acudieron para la atención de su parto están entre las edades de 30 años de las cuales 9 recibieron micronutrientes y 15 no recibieron ninguna administración de vitamina, seguido de 18 gestantes entre las edades de 27 años, 8 recibieron micronutrientes y 8 no recibieron ninguna vitamina, teniendo como resultado que solo 65 gestantes recibieron administración de micronutrientes.

Demostrándose que un buen grupo de gestante que se encontraron en etapa fértil, que acudieron para su atención del parto no recibieron la administración de vitaminas siendo este un factor que la mujer llegue con hemoglobina baja y afrente a la perdida de sangrado o por cualquier causa termina con hemoglobina baja y por ende llego a presentar anemia.

Se observó: 97 gestantes fueron de zona urbana, 32 de zona rural, y 20 marginal quienes presentaron 10.0 de hemoglobinas al inicio del embarazo, mientras que 20 son de zona marginal presentaron 9.0 de hemoglobina, 97 son de zona urbana con 9.8 de hemoglobina y 32 gestantes fueron de zona rural con 10.6 de hemoglobina al final del embarazo., demostrándose que las gestantes según la procedencia, tanto al inicio como al final del embarazo antes del trabajo de parto presentaron valores de hemoglobina baja y factores de riesgo que al final también disminuyo la hemoglobina generando más aun la anemia.

Asimismo: 82 gestantes tuvieron grado de Instrucción Secundaria, 27 primaria y presentaron 10.0 de hemoglobina al inicio del embarazo seguida por las que tienen superior no universitario con 10.9 de hemoglobina, mientras que 82 gestantes con grado de instrucción

secundaria tuvieron 9.0 de hemoglobina, 18 con grado de instrucción Superior no universitaria, con 10.0 de hemoglobina y 27 con grado de instrucción Primaria con 10,2 de hemoglobina, al final del embarazo. Como podemos observar los resultados que el grado de instrucción de la gestante no influyo para que la paciente sea consciente para la administración de micronutrientes.

5.3. Recomendaciones.

El periodo intergenésico corto menor de dos años es uno de los factores de riesgo para que la gestante tenga el cuadro de anemia, sugerir al Programa de Planificación familiar que refuerce a la mujer en edad fértil sobre el uso de los métodos anticonceptivos y en etapa del puerperio y la importancia del espaciamiento de un hijo con otro.

Con los resultados de los valores de hemoglobina baja a consecuencia de la falta de la consejería Preconcepcional, reforzar temas importantes que van ayudar a la gestante a traer un producto saludable y también cuidado de su salud antes del embarazo implica el compromiso y la responsabilidad de la mujer su pareja y la familia., se sugiere la activación del consultorio de Consejería Preconcepcional en los establecimientos de salud.

Monitorizar adecuadamente a la gestante en todo momento en el ante parto, intraparto y postparto para evitar que se produzcan factores de riesgo que puedan generar la disminución de los valores d la hemoglobina y por ende la anemia.

Trabajar multidisciplinariamente para lograr que la gestante no llegue a presentar anemia y concientizar a la gestante y a la familia sobre la importancia de la administración del complemento vitamínico ante parto

intraparto y posparto y trabajar y así como durante su consejería preconcepcional y reforzamiento nutricional.

Fortalecer los mecanismos de información en las Instituciones de Salud donde la gestante acuden para su atención y brindarle la información necesaria sobre

la importancia de la administración de vitaminas, y las consecuencias que puede generar al desencadenarse en anemia y las consecuencias que puede producir esta patología como es la muerte materna.

Socializar los resultados del presente estudio a todos los establecimientos de salud involucrados en la atención de la gestante y mujer en edad fértil.

BIBLIOGRAFIA

1. Juan Camilo Calderón Vélez. La suplementación con hierro y el aumento del estrés oxidativo en el embarazo: una paradoja poco discutida | Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
2. José Luis Iglesias-Benavides, Laura Esther Tamez-Garza, Ileana Reyes-Fernández. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Med Univ. junio de 2009; Volumen 11.
3. Franklin Espitia De La Hoz, Lilian Orozco Santiago. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse | Revista Médicas UIS. 2019;26 Núm. 3.
4. Tite Muchagalo, Jeofre Fabian. «Factores asociados a anemia posparto en pacientes admitidas en el hospital básico pelileo, durante el periodo enero – junio 2012». Universidad Tecnica De Ambato; 2019.
5. MSc. Clara Irania San Gil Suárez, MSc. Cristina Villazán Martín, Dra. Yunierka, Ortega San Gil. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2014.
6. Janete Fernández Gómez, María Leslie Rodríguez Pérez,, Giselle González de la Oliva. Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2017;43(2).
7. Diana Huanco Apaz, Manuel Ticona Rendón, Julio Aguilar Vilc, Jose Luis Gomez Molina. Incidencia Y Factores De Riesgo De La anemia En El Embarazo En El Hospital Hipolito Unanue De Tacna 2001 - 2010. Revista Medica Basadrina ; (1): 12-15 de 2012;12.

8. Clara Díaz Tinoco. Factores Asociados A La Reducción De La Hemoglobina En Puérperas Atendidas En El Instituto Nacional Materno Perinatal – 2012. Rev Peru Investig Matern Perinat de 2016;5.
9. M.Castilla Marchena, C.Donado Stefani, J.J.Hijona Elósegui, M.V.E.Jaraíz Cabanillas. Do we know which factors are associated with postpartum anemia? diciembre de 2015;42:165-70.
10. Akram Hernández-Vásquez, Diego Azañedo, Daniel A. Antiporta, Sandra Cortés. Análisis Espacial De La Anemia Gestacional En El Perú, 2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;
11. Jesús Santiago Soto Ramirez. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital «San José» Callao - Lima. 2016. [Lima- Callao]: Universidad de Ricardo Palma; 2018.
12. Flor de Maria Orejon Paucarpura. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primiparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. [Lima]: Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
13. Christine. D Garner,. Nutrition in Pregnancy [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/home>
14. Stanley L Schrier,MD. Treatment of iron deficiency anemia in adults [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/home>
15. Sarah K. Dotters-Katz,. Los efectos de la anemia en el resultado del embarazo en pacientes con pielonefritis. [Internet]. [E.E.U.U]: Duke University; 2015.
16. Norwood Diane. Cáncer Care of Western New York. Deficiencia de Ácido Fólico [Internet]. Disponible en: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=127492>

17. Oxford Diccionario. Reino Unido, Oxford. Definición de Anemia [Internet]. 2018. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/anemia>
18. Diccionario de la lengua española. «gestante», [Internet]. 2001. Disponible en: https://es.wiktionary.org/wiki/gestante#cite_note-drae-1
19. MedlinePlus. «Hematocrito» [Internet]. 2012. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Hematocrito>
20. Benoist B. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
21. Harper Collins Publisher Inc. Guía de la clínica Mayo para un embarazo saludable. 2014.
22. Williams Obstetricia Veinte, Segunda Edición 7. 2014. Disponible en: https://www.redlagrey.com/files/Williams._Ginecologia_2a_ed_booksm edicos.org.pdf
23. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas. 2012.
24. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plan Nacional para la reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú. 2017- 2021. 2017.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación

PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE - 2018

I. Presentación

Sra.: Buenos días soy bachiller en Obstetricia de la Universidad Científica del Perú, me encuentro desarrollando la investigación: **PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE - 2018**. La información que se obtenga solo será utilizada para fines de investigación.

Su participación será anónima, y usted será tratada con mucho respeto y amabilidad, cuidando su integridad física y moral durante toda la ejecución del estudio, esta información será recolectada solo con fines de estudio.

A continuación.

Se le hace la siguiente pregunta:

¿Aceptaría participar libre y voluntariamente en el estudio?

Si ()

No ()

De ser positiva su respuesta, muchas gracias.

DNI

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

I.-TITULO:

**PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO
POR GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA –IQUITOS-
OCTUBRE A DICIEMBRE 2018.**

II. Características Sociodemográficas

- Edad: 12 a 45^a () N.HCL. ()
- Grado de Instrucción:
analfabeta () primaria () Secundaria ()
superior universitario () Superior no universitario ()
- Procedencia:
urbana () rural () Marginal()

III. Características Obstétricas

- Fórmula Obstétrica:
primigesta () multigesta () Gran multigesta ()
- Edad Gestacional: A término 37 a 40 ss. SI () NO ()

Puérpera () inmediata () mediata ()
)

IV.- Prevalencia

Factores de la Anemia:

1. Anteparto:

- Peso: Inicio embarazo () Peso Final embarazo: ()
)
- Ingesta de vitaminas:
Sulfato ferroso () ácido fólico () otros ()
- Periodo intergenesico:
Menor 2 años () Mayor a 5 años ()
- Embarazo múltiple: ()
- Multiparidad (>5 hijos): ()
- Consejería preconcepcional: SI () NO ()
- Valor de hemoglobina al final de embarazo
.....

2. Intraparto.

- Episiotomía: SI () NO ()
- Laceraciones: SI () NO ()

- Desgarro: I grado () II grado () III grado ()
- Retención de placenta: Si () NO ()
- Duración del periodo expulsivo: 45 a más ()
- Sangrado mayor a 500 cc Si () NO ()
- Macrosomia fetal: SI () NO ()
- Pre eclampsia: leve () moderada () Severa ()

3. Post parto (puerperio inmediato)

- Sangrado mayor a 500 cc. SI () NO ()
- Dehiscencia de episiorrafia Si () NO ()
- Hematomas Macrosomia fetal: Si () NO ()
- Pre eclampsia: leve () moderada () Severa ()

Anexo 3: Matriz de consistencia

TITULO: "PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE-2018"

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO METODOLOGICO
¿Cuál es la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre a Diciembre 2018?	Determinar la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al hospital Cesar Garayar García-Iquitos, octubre a diciembre 2018	Existe prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post-parto.	Variable Independiente: Factores de riesgo para anemia: <u>1.Anteparto:</u> • Peso • Ingesta de vitaminas <u>2.Intraparto:</u> • Episiotomía • Laceraciones • Desgarro • Retención de placenta • Duración del periodo expulsivo • Macrosomia fetal • Pre eclampsia	Tipo de estudio Descriptivo - Correlacional Básica y de enfoque cuantitativo prospectivo Diseño: No experimental de corte transversal. Área de estudio: Hospital "Iquitos" Cesar Garayar García
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICA		
¿Cuál es la prevalencia de anemia por gestantes en trabajo de parto y post parto que	Determinar la prevalencia de anemia por gestantes en trabajo de parto y post parto y que	No existe		

acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, Noviembre, Diciembre 2018?	acuden al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, octubre a diciembre 2018.	prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo en las gestantes en trabajo de parto y post parto.	• Hematomas macrostomia fetal 3.Post parto (puerperio inmediato): • Loquios • Dehiscencia de episiorrafia • Hematomas Macrostomia fetal • Pre eclampsia	Población y muestra Población: 500 gestantes Muestra: 148 gestantes Instrumentos: Encuesta Entrevista Valoración estadística Paquete estadístico SSPS 21
¿Cuáles son los factores de riesgo Asociada a la anemia por gestantes en trabajo de parto y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre, a Diciembre 2018?	Determinar los factores de riesgo para anemia por gestantes en trabajo de parto y post-parto, que acuden al Hospital Cesar Garayar García Iquitos, octubre a Diciembre 2018.		Variable Dependiente • Prevalencia de anemia • Hematocrito durante el embarazo • Hematocrito durante	

¿Cuál es la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto y post-Parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García-Iquitos, Octubre a Diciembre 2018?	Determinar la prevalencia de anemia asociada a factores de riesgo por gestantes en trabajo de parto. Y post parto que acuden al Hospital Cesar Garayar García – Iquitos octubre a Diciembre 2018.		el parto • Hematocrito después del parto Variables Intervinientes • Características Sociodemográficas: • Características obstétricas: • Otras variables	
---	---	--	--	--

Anexo 4: Validación del instrumento



UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto:

"PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR GESTANTES
EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR
GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE- 2018".

Nombre del experto: DRA. JUANA VELA VALLES

Instrumento:

Fecha: 10-09-19

Institución a la que pertenece el experto: HOSPITAL REGIONAL LORETO

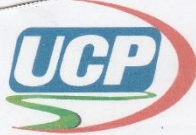
Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjudica:

Marque con una X en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa.	✓		
4. Las preguntas o ítems están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.	✓		
5. Las preguntas o ítems están formuladas con terminología actualizada (conceptos,, constructos, dimensiones, indicadores)	✓		
6. Las preguntas o ítems incluyen todo el dominio del contenido de las variables a medir (no deja ningún indicador a evaluar de cada uno de las variables)	✓		
7. Las preguntas o ítems están orientadas a cada una de las variables a medir.	✓		
8. El total de la pregunta abarca todas las variables a estudiar.	✓		
9. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	✓		

[Firma]
Dra. Juana Vela Valles
DOCTORA EN SALUD COLECTIVA



UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCION DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto:

"PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR GESTANTES
EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR
GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE- 2018".

Nombre del experto: Betty V. Monzón Hancual

Instrumento: 06.09.2019

Fecha: 06.09.2019

Institución a la que pertenece el experto: Hospital Regional de Loreto

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión
sobre el instrumento de recolección de datos que se adjudica:

Marque con una X en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa.	✓		
4. Las preguntas o ítems están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.	✓		
5. Las preguntas o ítems están formuladas con terminología actualizada (conceptos, constructos, dimensiones, indicadores)	✓		
6. Las preguntas o ítems incluyen todo el dominio del contenido de las variables a medir (no deja ningún indicador a evaluar de cada uno de las variables)	✓		
7. Las preguntas o ítems están orientadas a cada una de las variables a medir.	✓		
8. El total de la pregunta abarca todas las variables a estudiar.	✓		
9. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	✓		

Betty V. Monzón de V.
OBSTETRIZ



UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCION DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

Título del proyecto:

"PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO POR GESTANTES
EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO QUE ACUDEN AL HOSPITAL CESAR
GARAYAR GARCIA-IQUITOS OCTUBRE A DICIEMBRE- 2018".

Nombre del experto: SARITA TORRES LIMA

Instrumento:

Fecha: 04-09-18

Institución a la que pertenece el experto: IPRESS. MORONA BOCA

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjudica:

Marque con una X en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. La estructura del instrumento es adecuado.	☒	☐	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	☒	☐	
3. Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa.	☒	☐	
4. Las preguntas o ítems están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar.	☒	☐	
5. Las preguntas o ítems están formuladas con terminología actualizada (conceptos,, constructos, dimensiones, indicadores)	☒	☐	
6. Las preguntas o ítems incluyen todo el dominio del contenido de las variables a medir (no deja ningún indicador a evaluar de cada uno de las variables)	☒	☐	
7. Las preguntas o ítems están orientadas a cada una de las variables a medir.	☒	☐	
8. El total de la pregunta abarca todas las variables a estudiar.	☒	☐	
9. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	☒	☐	


Sarita E. Torres Lima
OBSTETRA
C.O.P. 8000

Anexo 5: Autorización del comité de ética



HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 070-CIEI-HICGG-2018

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación fue APROBADO, para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO BAJO, visto el resumen y los objetivos del anteproyecto, se detalla los siguientes datos

Título del Proyecto: "Prevalencia de Anemia Asociados a Factores de Riesgo en Gestante en Trabajo de Parto y Post Parto que Acuden al Hospital César Garayar García – Iquitos, Octubre a Diciembre 2018"

Código de Inscripción: 070-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2018

Modalidad de Investigación: Extra Institucional

Investigadora: Zonica Zoraida Pardo Flores.

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a las plazos y normas establecidas. Los Investigadores alcanzaran un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 12 de diciembre del 2019.

Iquitos, 12 de diciembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.L. MOISES G. SABORIDA MALDONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteeihicgg@hotmail.com