UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADAS CON ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA- SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2016

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORAS:

Bach. BUSTINZA RAMÍREZ, María del Rosario

Bach. QUISPE DE LA CRUZ, Yessenia Isabel

ASESOR:

Dr. Allyn Zavaleta Pesantes

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios.

A mi padre, por su apoyo y enseñanza para persistir ante los obstáculos.

A mi madre, por ser mi amiga y consejera.

A mis hermanos, que aún pequeños son motivo para no rendirme y ser su ejemplo.

Maria B.

A Dios, por ser mi guía y sostén de mi vida.

A mi madre, por ser incondicional conmigo.

A mi amado padre, por cuidarme y protegerme.

A mi hijo, por ser motor y motivo para seguir adelante; y, a mi hermanita, por inspirar mi vida.

A mi amado esposo, por darme mucho amor, paciencia y dedicación.

Yessenia Q.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por hacer realidad este sueño anhelado.

Al Dr. Allyn Zavaleta Pesantes, nuestro asesor de tesis, por sus valiosas críticas en las correcciones del trabajo y en la concreción de la tesis.

Al ginecólogo Álvaro Novoa Villanueva, por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a sus enseñanzas y apoyo.

A todas aquellas personas, que nos acompañaron en este largo camino; y, a las que fueron uniéndose al mismo, para hacer realidad uno de nuestros sueños.

Muy agradecidas.

Las autoras

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Nosotras: Maria Bustinza Ramirez con DNI 71446377 y Yessenia Quispe De la Cruz con DNI 72936028, estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza; con tesis titulada “Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016”. Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas Vancouver de citas y referencias. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido publicada, ni presentada anteriormente para obtener algún título profesional o grado académico previo.
4. Los datos mostrados en los resultados son reales, no son falseados, ni duplicados, ni copiados; y constituirán aportes a la realidad investigada.

De incumplir el juramento, asumimos los efectos y sanciones, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Lima, 15 de noviembre del 2018.

---	---
Maria Bustinza Ramirez	Yessenia Quispe De la Cruz
DNI 71446377	DNI 72936028

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Habiendo efectuado el Reglamento de Grados y Títulos presentes en el Título IV y Capítulo III de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, exhibimos el trabajo de investigación llamado: “Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2016”.

Línea de investigación (Clasificación OCDE):

Área : Ciencias médicas y de la salud

Sub área : Ciencias clínicas

Disciplina : Ginecología y obstetricia

Tema : Complicaciones por anemia en el embarazo y puerperio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA ii

Agradecimientos iv

Declaración de autenticidad v

Presentación vi

Índice de contenido vii

Índice de tablas xi

Introducción xii

Resumen xiv

SUMMARY xvi

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción del problema 2

1.2.Formulación del problema 5

1.2.1.Problema general 5

1.2.2.Problemas específicos 5

1.3.Objetivos 6

1.3.1.Objetivo general 6

1.3.2.Objetivos específicos 6

1.4.Justificación 7

1.5.Limitaciones 8

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1.Antecedentes del problema 10

2.1.1.Internacionales 10

2.1.2. Nacionales 11

2.1.3 Locales 13

2.2. Bases teóricas: 15

2.2.1. Anemia Ferropénica. 15

2.2.2. Complicaciones obstétricas 20

2.3.Definición de términos básicos 30

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1.Formulación de hipótesis 33

3.1.1. General 33

3.1.2. Específicas 33

3.2.Variables 33

3.2.1. Definición conceptual 34

3.2.2. Definición operacional 34

3.2.3. Operacionalización de variables 36

3.3.Tipo de estudio 37

3.4.Diseño de estudio 36

3.5.Población, muestra y muestreo 37

3.5.1. Población 37

3.5.2. Criterios de selección 38

3.5.3. Muestra 40

3.6.Técnicas e instrumentos de recolección de datos 41

3.6.1. Técnica de recolección de datos 41

3.6.2. Instrumento de recolección de datos 41

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos 41

3.7.Procedimiento de recolección de datos 42

3.8.Técnicas para el procesamiento y análisis de datos 43

3.9.Consideraciones éticas 43

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1.Análisis descriptivo 45

4.2.Prueba de hipótesis 52

4.3.Discusión de resultados 54

CONCLUSIONES 56

SUGERENCIAS 58

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Anexo 3 :Certificado de Validez de Instrumento

Anexo 4: Permiso para recoleccion de datos

Anexo 5: Autorización para recolección de datos

Anexo 6. Base de datos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Comportamientos de algunos parámetros eritrocitarios en la anemia ferropénica.	17
Tabla 2	Operacionalización de la variable “complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.	34
Tabla 3	Opinión de los jueces expertos sobre la aplicabilidad del instrumento.	40
Tabla 4	Características de las pacientes participantes en el estudio.	43
Tabla 5	Distribución de los casos y controles según complicaciones del trabajo de parto en la fase de dilatación.	45
Tabla 6	Distribución de los casos y controles según complicaciones del trabajo de parto en la fase expulsiva.	47
Tabla 7	Distribución de los casos y controles según complicaciones del trabajo de parto en la fase de alumbramiento.	48
Tabla 8	Distribución de los casos y controles según complicaciones del puerperio inmediato	49
Tabla 9	Complicaciones del trabajo de parto y puerperio inmediato.	50

INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica es descrita como la insuficiencia de hierro en el líquido sanguíneo, esto se debe a la disminución de hemoglobina llegando a valores de < 11 gr/dl o hematocrito < 33% y alteraciones de las constantes corpusculares en el frotis sanguíneo.(1). (2)

Las complicaciones obstétricas son aquellas dificultades que se muestran en la gestación y son propias de la mujer grávida poniendo en peligro la vida del binomio madre - feto requiriendo atención inmediata.(3)

Las complicaciones del puerperio inmediato se darán en las primeras 24 horas post parto, siendo la hemorragia un motivo principal del deceso materno.(4) Al interior del Hospital Nacional María Auxiliadora, se presentaron diversos episodios de complicaciones dentro de los periodos del parto y altas cifras de pacientes anémicas, motivo de indagación sobre este asunto: complicaciones obstétricas asociadas a anemia ferropénica.

La actual investigación es interesante ya que nos permite reconocer pacientes vulnerables a estas complicaciones obstétricas relacionadas a la anemia ferropénica durante las etapas del parto, asimismo porque contribuye a: detectar, planear y mejorar estrategias que puedan precaver el aumento de gestantes anémicas.

La investigación está distribuida en IV capítulos:

El primero: explica el planteamiento del problema, donde se manifiesta lo que está aconteciendo en relación al asunto de investigación: anemia ferropénica y complicaciones obstétricas; por otra parte, señala la intención del estudio, la formulación del problema, objetivos, justificación y las limitaciones.

El segundo: muestra el marco teórico de la investigación, donde se da a conocer los antecedentes de la investigación internacional, nacional y locales; además, el marco conceptual de las variables: anemia ferropénica y complicaciones obstétricas.

El tercero: da a conocer el marco metodológico dónde se forma la hipótesis y se conceptualiza cada variable para ser definida operacionalmente; se detalla el tipo y diseño de estudio para definir la población y muestra. Los criterios de selección presentan las características de las pacientes que cumplían los criterios y de las pacientes que no; las técnicas e instrumentos de recolección, se utiliza para recopilar datos, procesarlos y luego analizarlos; para finalizar se encuentran los sistemas estadísticos que pertenece al tipo y nivel de medición de las variables para luego hacer mención de algunas consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo: se muestran los resultados, el análisis descriptivo, inferencial y la discusión. Finalmente, se muestra: conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

RESUMEN

Objetivo. Identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes con anemia ferropénica atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016. **Tipo y diseño.** Investigación observacional, retrospectiva, transversal analítica, con diseño de casos y controles; la muestra estuvo conformado por 124 gestantes: 62 con anemia ferropénica (casos) y 62 sin anemia (controles), atendidas en el Hospital María Auxiliadora, aplicándose como instrumento una ficha de recolección de datos. Los datos fueron procesados con el programa IBM SPSS versión 22. **Resultados.** La edad media en los casos fue de 23 ±5,4 años y de los controles 25 ± 6,4 años. La media en el número de gestaciones y número de partos en ambos grupos fue 2. Ser amas de casa, convivir con la pareja y tener secundaria completa predominó en los dos grupos de estudio. En procedencia, el distrito de Villa María del Triunfo tuvo más porcentaje en los casos (30,6%), mientras que en los controles la mayoría vivían en el distrito de San Juan Miraflores con (29,0%). En el grupo de los casos la concentración media de hemoglobina fue de 9.7 g/dl, mientras que en los controles fue de 12.1 g/dl. Las complicaciones con mayor frecuencia del trabajo de parto fueron: rotura precoz de membranas (40,3%) y desgarro vulvoperineal (25,8%); por otro lado, durante el puerperio inmediato, la complicación con mayor frecuencia fue: retención de restos placentarios (6,5%). En **Conclusión,** las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en las pacientes

fueron: la rotura precoz de membranas p= (0,019) y retención de restos placentarios p= (0,042).

Palabras Claves: Anemia ferropénica, trabajo de parto, complicaciones del embarazo.

SUMMARY

Objective. To identify the obstetric complications of labor and immediate puerperium in patients with iron deficiency anemia treated at the María Auxiliadora Hospital, 2016. **Type and design**. Observational, retrospective, cross-sectional investigation, with case and control design; the sample consisted of 124 pregnant women: 62 with iron-deficiency anemia (cases) and 62 without anemia (controls), attended at the María Auxiliadora Hospital, applying a data collection form as an instrument. The data was processed with the IBM SPSS program, version 22. **Results.** The mean age in the cases was 23 ± 5.4 years and the controls 25 ± 6.4 years. The average in the number of patients and in the number of births in both groups was 2. Being housewives, living with the couple and having full secondary school predominated in the two study groups. In origin, the district of Villa María del Triunfo had more percentage in cases (30.6%), while in controls the majority lived in the district of San Juan Miraflores with (29.0%). In the case group, the mean concentration of hemoglobin was 9.7 g / dl, while in the controls it was 12.1 g / dl. The complications with greater frequency of labor were: early rupture of membranes (40.3%) and vulvoperineal tear (25.8%); On the other hand, during the immediate puerperium, the complication with more frequency was: Retention of placental remains (6.5%). In **conclusion,** the obstetric complications associated with iron deficiency anemia in patients during labor and immediate puerperium were: early membrane rupture p = (0.019) and retention of placental remains p = (0.042).

Key words: Iron deficiency anemia, labor, complications of pregnancy.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La anemia ferropénica perjudica a 1620 millones de personas a nivel mundial, esta cifra corresponde al 24,8% siendo sus poblaciones vulnerables niños en etapas preescolares y embarazadas. (5)

Estudios en distintas partes del Perú han puesto al descubierto que la anemia por baja ingesta de hierro muestra mayor predominio sobre gestantes. (6)

La anemia ferropénica se considera un inconveniente de salud pública en varios sectores de América Latina y el Caribe, especialmente en poblaciones con grandes necesidades fisiológicas de hierro como en el caso de las gestantes y lactantes; por ejemplo, en Venezuela el 57.9% de las embarazadas mostraban concentraciones de hemoglobina inferiores a 12 g por 100 ml, mientras que en la isla de Trinidad y en Saltillo, México, se observaron concentraciones de hemoglobina inferiores a 10 g por 100 ml en dichas mujeres. (7)

En un ranking de países acerca de la prevalencia de anemia entre embarazadas (%), el país de Senegal ocupaba el primer puesto con 63.50 a partir del 2011, mientras que en el puesto 178 (el último) estaba Estados Unidos con 16,60; por otro lado, el Perú ocupaba el puesto 168 con un porcentaje de 23.00 al igual que el país de Etiopía. (8)

El Hospital María auxiliadora, subordinación del MINSA, es un establecimiento asistencial del nivel III, que proporciona atención integral de salud a alrededor de 1´903,527 personas; la misión que tiene es de anticipar los riesgos, cuidar del daño, readquirir la salud y rehabilitar las capacidades. (9)

Durante los dos últimos años, el 14,25% de las gestantes atendidas dentro del hospital fueron diagnosticadas con anemia ferropénica; por otro lado, el 14,05% de estas pacientes anémicas presentaron complicaciones obstétricas, según los datos obtenidos por la Unidad de Cómputo y Apoyo a la Investigación Médica (UCAIM) del Hospital Nacional María Auxiliadora.

La anemia es un trastorno nutricional que se acentúa en el embarazo, ya que hay una mayor necesidad de hierro formando un grave riesgo en la etapa gestacional. (10)

En la madre gestante, las exigencias de hierro se elevan como resultado de las pérdidas basales del incremento de eritrocitos, del crecimiento fetal, la placenta y epitelios de la madre triplicándose la demanda de hierro. (11)

La reducción de hierro se puede producir por una ingesta inadecuada, una mala absorción, por pérdidas crónicas de sangre, paso de hierro a la eritropoyesis del feto y por la disminución de hemoglobina. (12)

El control apropiado durante la gestación permite prevenir, diagnosticar y tratar la anemia antes de presentar complicaciones. (10) Es

fundamental adecuar el control prenatal vigente en los servicios ambulatorios para lograr disminuir la prevalencia de anemia. (11)

La anemia durante la gestación aún sigue teniendo predominio en los centros de primer nivel, formando parte de unos de los retos en la salud materna. (13) Las madres que toman suplementos todos los días mejoran sus niveles de hemoglobina y ferritina ante las pacientes que no lo ingieren; también existen prevalencias de anemia en las pacientes relacionadas con la no adherencia de hierro. (14)

El objetivo de la alimentación en las gestantes es proteger el buen estado de salud de la madre, incrementar las capacidades de mejorar la calidad de vida para el nuevo ser humano y disminuir las probabilidades de morbi- mortalidad materna y perinatal. (15)

La atención nutricional es muy importante ya que nos va a permitir orientar a la madre en mejorar la selección de sus alimentos para su dieta, la correcta suplementación y la alimentación balanceada prevendrán la anemia ferropénica. (16)

La toma de sulfato ferroso para prevenir la anemia en la gestación es gratuito y obligatorio para las poblaciones vulnerables; sin embargo, para una buena adherencia se debe mejorar la vinculación médico u obstetra-paciente y describir sus beneficios explicando lo que podría ocurrir secundariamente después de su ingesta de acuerdo con el nivel de instrucción de la gestante. (17)

El motivo para realizar este estudio fue que en el hospital donde realizamos nuestro internado apreciamos que durante el proceso normal del trabajo de parto y puerperio inmediato hubo dificultades como: la ruptura precoz de membranas, la hipo actividad uterina, el parto prematuro y entre otras complicaciones que en su mayoría la presentaban gestantes con resultados alterados en su hemograma, mostrando preocupación a los profesionales de la salud. Con este estudio intentamos determinar que muchas de las complicaciones maternas mencionadas se deberían a la anemia ferropénica y que este problema dificulta el bienestar humano y el desarrollo social.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

1) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en los casos durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes con anemia ferropénica atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?

2) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del trabajo de parto que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?

3) ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1) Identificar las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en los casos durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

2) Identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

3) Identificar las complicaciones obstétricas del puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

1.4. Justificación

El motivo para realizar este estudio fue que en el hospital María Auxiliadora durante el año 2016, apreciamos que durante el proceso normal del trabajo de parto y puerperio inmediato hubo dificultades en las pacientes que presentaban resultados hemáticos alterados registrados en su control prenatal y en el hemograma actualizado mostrando preocupación a los profesionales de la salud. Con este estudio intentamos determinar que algunas de las complicaciones obstétricas se deberían a la anemia ferropénica.

Los resultados se pondrán a disposición del director y de los encargados del área de gÍneco- obstetricia del Hospital Nacional María Auxiliadora planeando conjuntamente decisiones convenientes para realizar acciones preventivo – promocionales, primordialmente en las gestantes con anemia. Ante este diagnóstico se podrán ejecutar tácticas educacionales, sanitarias y nutricionales con la finalidad de reducir las cifras de los afectados. El aporte de esta investigación será de crear más equipos multidisciplinarios en todo el Perú, para que puedan ampliar sus conocimientos concientizando y educando a la población en mejorar la alimentación, logrando así elevar los niveles de hemoglobina y disminuir las complicaciones.

El aporte al hospital será para prevenir los riesgos y para cuando se presente una gestante anémica tengan una expectativa de las complicaciones que se puedan presentar, permitiendo al personal de salud realizar un adecuado manejo.

1.5. Limitaciones

Si encontramos relación entre las variables no implica causalidad.Por ser un estudio de tipo retrospectivo, podría presentar sesgo de información.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Internacionales

Iglesias J, Tamez L y Reyes L. En México (2015), con la investigación "Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales en pacientes de Monterrey". El objetivo fue identificar la incidencia de anemia en gestantes de tercer trimestre y su asociación con las complicaciones. El resultado fue que la anemia predominó en un 94.2%, mostrando una mayor incidencia de parto prematuro 65 (31.2%), ruptura prematura de membranas 63 (30.7%) y hemorragia obstétrica 13 (6.1%). En conclusión, la anemia es una enfermedad relacionada a graves complicaciones en la embarazada.(18)

Sánchez J. En Ecuador (2014), con la investigación "Anemia como generador de complicaciones del embarazo en gestantes de 18 a 24 años en el Hospital Enrique C. Sotomayor- Guayaquil" El objetivo establece si existe o no relación y de qué forma dañaría al recién nacido. Los resultados fueron que la anemia se manifestó en embarazadas de 18-19 años con un 33% y su prevalencia de bajo peso al nacer fue de 33%, mientras que el 12,3% pertenece a prematuros con peso normal. (19)

Izquierdo D. Ecuador (2015), con la investigación "Anemia ferropénica en el embarazo y sus complicaciones obstétricas en el Hospital Enrique C. Sotomayor". El objetivo fue dar conocimiento de las complicaciones con mayor frecuencia en gestantes anémicas y evaluar su estado nutricional. Los criterios de inclusión fueron gestantes con parámetros

específicos de laboratorio alterados (hemograma). En los resultados, el 10% tenían anemia ferropénica y cursaban las 30 a 40 semanas de gestación, el 42% tenían edades entre 10-20 años y la complicación con mayor significancia fue la prematuridad con un 68,42%. En conclusión los embarazos en la etapa de adolescencia tienen mayor frecuencia de tener anemia y parto prematuro causando alarmas de riesgo en el país. (20)

Riffat A. En Pakistán (2011), con la investigación "Anemia grave y resultados adversos en el embarazo". Su objetivo fue determinar la asociación entre anemia severa y las complicaciones maternas y perinatales. Se encontró que la anemia fue de 69,9% y la hemorragia postparto ocurrió en el 9,8% de los casos; el nacimiento antes del término se ha visto en el 23,5% de los casos. Se concluye que la anemia grave tiene un riesgo importante de hemorragia, parto prematuro y mortalidad perinatal. (21)

2.1.2. Nacionales

Ticona L. En Tacna (2011), "Incidencia de anemia y complicaciones materno-perinatales asociadas a las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue" Tuvo como fin identificar la incidencia de anemia gestacional en adolescentes y su asociación con las complicaciones materno-fetales. Se estudió a 1889 adolescentes hospitalizadas y con ayuda de sus controles perinatales se compararon las gestantes con y sin anemia. La anemia se manifestó en 36,3% de adolescentes y las complicaciones maternas en estas gestantes fueron: infección urinaria y

parto por cesárea, mientras que en los recién nacidos se presentaron casos de prematuridad y bajo peso al nacer (6.5%). En conclusión, se mostró mayores complicaciones materno-perinatales en las adolescentes anémicas, a pesar de la gravedad de la anemia no se encontró asociación con las complicaciones de la madre, pero si con las del bebé.(22)

Apaza E. En Ica (2016), con la investigación "Anemia asociada a complicaciones durante el embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital San José -Perú". Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la anemia y las complicaciones durante el embarazo. Se diseñó una ficha epidemiológica para la recopilación de datos. Las gestantes anémicas tuvieron mayor prevalencia de padecer complicaciones durante su periodo gestacional, entre ellas se presentó: infecciones urinarias, ruptura prematura de membrana (18.75%) y parto prematuro (1.56%). (23)

Pérez I. En Tarapoto (2016), con la investigación "Anemia en el embarazo y su relación con las complicaciones maternas perinatales, en puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2". La edad media que presentaron las puérperas fue de 20 a 25 años, 79,9% vivían con la pareja, 32,3% no culminaron la secundaria y 93,7% se dedicaban al hogar. Las complicaciones maternas que acontecieron las pacientes fueron: 33,3% ruptura prematura de membranas, entre otras y perinatales como: 16,1% parto pre término. En conclusión: Hay asociación significativa entre la anemia y las complicaciones maternas

por ejemplo: rotura prematura de membranas, p = 0,024 e infección de las vías urinarias, p = 0,011. (24)

Hanampa C. En Cusco (2014), con la investigación “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes del tercer trimestre con anemia ferropénica en dos hospitales MINSA- Cusco” La investigación tuvo como objetivo, determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes del tercer trimestre con anemia ferropénica. Se demostró que la prevalencia de anemia en el tercer trimestre fue del 46,4% y las complicaciones que presentaron en este trimestre fueron: hemorragia postparto (21,3%), trabajo de parto pre término (20,0%), rotura prematura de membranas (8,8%), recién nacido prematuros (21,5%). En conclusión, la hemorragia post parto, la labor de parto pre término y la prematuridad fueron las complicaciones más frecuentes que mostraban las embarazadas anémicas de tercer trimestre. (25)

2.1.3. Locales

Meza E. (2015), con la investigación “Relación entre anemia y las complicaciones obstétricas en gestantes del Hospital María Auxiliadora Lima- Perú”. Como objetivo tuvo que determinar la relación entre anemia y las complicaciones en gestantes. En los resultados se obtiene que la edad varía entre los 18 y 29 años y el estado civil fue que convivían con la pareja (70.2%). Las complicaciones maternas presentadas fueron: rotura prematura de membranas (8.9%), atonía uterina (2.4%) y prematuridad (1.6%). Conclusión: Se encontró asociación entre las complicaciones obstétricas y la anemia, demostrándose que hay más

riesgo de morbimortalidad en la madre en comparación al feto. Las gestantes anémicas presentaron mayor asociación con las complicaciones obstétricas, presentando un considerable riesgo de morbimortalidad materna. (26)

Parodi J. (2015), con la investigación “Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Materno Perinatal, Lima”. La investigación tiene como fin identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en las embarazadas con anemia. La muestra fue de 259 pacientes que cumplían con los criterios del estudio. En la fase de dilatación se presentó: rotura prematura de membranas (20.5%), en el expulsivo: desgarros vulvo-perineales y expulsivo prolongado; además, en el alumbramiento se manifestaron complicaciones como: atonía uterina (1.2%) y hemorragias (0.4%). Para concluir las embarazadas anémicas presentaron complicaciones durante el trabajo de parto y puerperio siendo estos: ruptura prematura de membranas y atonía uterina. (27)

Arroyo N. (2011)**,** con la investigación “Prevalencia de anemia moderada y anemia severa en la mujer gestante y sus repercusiones materno -perinatales en el Hospital Hipólito Unánue Lima- Perú". El objetivo fue determinar la prevalencia de anemia moderada y severa en las gestantes y su repercusión materna perinatal. Se recolectaron los datos de 160 pacientes anémicas, encontrándose que la hemorragia post parto (46,6%), prematuridad (10.6%) y la muerte del bebé son más usuales en la anemia ferropénica severa. (28)

Milman N. (2012), con la investigación “Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y recién nacidos”. En el Perú, la recurrencia de anemia en las gestantes es de 27% y su prevalencia en el tercer trimestre puede variar favorablemente en las mujeres que ingieren suplementos de hierro frente a las que no. El déficit de hierro causa en las pacientes menor capacidad para laborar, cansancio y hasta presentar una amenaza de parto o el parto en sí. La anemia también ocasiona problemas serios en el desarrollo cerebral del feto y en sus funciones cerebrales normales. Posteriormente los sistemas de protección a la salud deberán mejorar sus programas preventivas promocionales y esforzarse para acabar con este problema tan importante. (29)

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Anemia Ferropénica.

Concepto de la anemia ferropénica

Desequilibrio de la sangre que causa el descenso de la concentración de hemoglobina menor a 11 gr/dl; esta deficiencia de hemoglobina da origen a la anemia ferropénica y esto se puede deber a una mala permeabilidad en el sistema digestivo, sangrados difusos o al aumento de las necesidades de hierro, como en la niñez o en la gestación.(30)

Funciones del hierro en el organismo

Durante todo el embarazo se necesita un promedio de 700 a 1400 mg de hierro, dividiéndose de la siguiente manera: 350 mg para el feto y placenta, 250 mg para el gasto sanguíneo en el parto, 240 mg para las pérdidas basales y 450 mg para la distención de eritrocitos circulantes, etc.(1)

El hierro tiene como función : (2)

- Participa en la elaboración del contenido sanguíneo, por ejemplo: la hemoglobina.
- Interviene en el transporte de oxígeno y dióxido de carbono en sangre.
- Participa en el proceso de respiración celular y almacén de oxígeno en los músculos.
- Interviene en reacciones enzimáticas de óxido- reducción formando parte de los citocromos, oxidasas y catalasas.
- Lleva oxígeno al feto para suplir sus necesidades y a la placenta para cumplir con su función.

Manifestaciones clínicas de la anemia ferropénica:

Es un trastorno hematológico recurrente y la mayoría de las gestantes están propensas a tener anemia en el embarazo. (10)

En una paciente con anemia, el diagnostico depende del grado de rapidez e instauración, en muchos casos la paciente no presenta

ninguna característica ni sintomatología hasta que el valor de la hemoglobina es bastante bajo. (16)

La sintomatología relacionada sería: agotamiento, disnea, cefalea, acufenos, mareos, palpitaciones, taquicardia, fragilidad del cabello, mucosas inflamadas y pequeñas fisuras con enrojecimiento al nivel de los labios ; la pica o apetencia por sustancias poco comunes (almidón, hielo o arcilla) serían otros síntomas cardinales. (17)

Diagnóstico de la anemia ferropénica

Una buena historia clínica y una exploración física exhaustiva, junto con el estudio correspondiente de laboratorio como: hemograma completo (hemoglobina, hematocrito e índices eritrocitarios) y el frotis de sangre periférica (microcítica, hipocrómica) nos dará el diagnóstico diferencial inicial de la anemia en base a criterios morfológicos y de tinción. (31)

Los índices eritrocitarios son definidos como una serie de parámetros que expresan distintas características de los eritrocitos, denominados índices corpusculares. Los principales son: (12)

a) **Volumen Corpuscular Medio (VCM):** da a conocer el valor promedio del tamaño del eritrocito.

b) **Hemoglobina Corpuscular Media (HCM):** indica la capacidad individual de la hemoglobina

c) **Concentración Corpuscular Media de la Hemoglobina (CHCM):** indica la aglutinación de hemoglobina en un volumen determinado de eritrocitos.

Clasificación de la anemia ferropénica

Durante la gestación la concentración de hemoglobina cambian de manera notoria para poder adaptarse al incremento de volemia en la madre y a los requerimientos de hierro en el feto. (31)

Las concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia son: (16)

- **a.** Leve: 10- 10.9 gr/dl
- **b.** Moderada: 7- 9.9 gr/dl
- **c.** Severa**:** <7gr/dl

Tabla 1. Comportamiento de algunos parámetros eritrocitarios en la anemia ferropénica

Parámetros	Anemia Ferropénica
VCM	Disminuido
CHCM	Disminuido
HCM	Disminuido
MICR	Aumentado
HIPO	Aumentado

Fuente Verona y Sáenz. (12) **VCM:** volumen corpuscular medio; **CHCM:** concentración hemoglobínica corpuscular media; **HCM:** hemoglobina corpuscular media; **MICR:** porcentaje de hematíes microcíticos; **HIPO**: porcentaje de hematíes hipocrómicos. (12)

Microcitosis

Eritrocitos con tamaños menores de 6 mm. Esta alteración de tamaño se aprecia cuando hay un descenso de la concentración de hemoglobina siendo una de sus causas la disminución de hierro. (12)

Hipocromía

Reducción de intensidad de la tinción, observándose palidez central en el eritrocito, asociada a la falta de hemoglobina; se origina por una anemia hereditaria y a la falta de hierro. (12)

Efecto de la anemia ferropénica en el embarazo.

La anemia por deficiencia de hierro se encuentra asociada al bajo peso por nacimientos antes del término. (32)

La concentración disminuida de hemoglobina en el primer trimestre aumenta los riesgos de un parto pre término y morbilidad perinatal. (1)

Una de las causas para la infección de las membranas (corioamnionitis), es la disminución de las actividades antimicrobianas de las aguas amnióticas debido a la anemia y al bajo nivel de zinc. (6)

Recomendación y prevención de la anemia ferropénica

Uno de los fines para minimizar las cifras de pacientes con anemia ferropénica consiste en incrementar las cifras de la hemoglobina, de las

constantes corpusculares y restablecer los depósitos de hierro. (2) Se recomienda programar charlas preventivas y estrategias promocionales cada cierto tiempo con el fin de concientizar a la población frente a la problemática, contribuyendo a la reducción de gestantes y niños con anemia. (33)

Sería beneficioso que al ofrecer la suplementación con sulfato ferroso, se les explique los beneficios y los efectos colaterales que podría conllevar la ingesta diaria. (1)

Es muy importante detectar a tiempo y manejarlo tempranamente con la suplementación de hierro haciendo seguimientos con estudios de biometría hemática. (18)

2.2.2. Complicaciones obstétricas

Definición de las complicaciones maternas

La emergencia obstétrica es cuando aparece una complicación poniendo en riesgo la vida de la paciente durante el embarazo, parto o puerperio requiriendo una atención rápida y oportuna. (34) La prevención de complicaciones y de las emergencias obstétricas se realizarán en las redes de salud, para luego referirlas a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva brindando la atención precoz y oportuna. (3)

El trabajo de parto excesivamente prolongado contribuye a la morbi-mortalidad de la madre y el niño. (1) El trabajo de parto obstruido o detenido presenta una duración mayor de 12 horas y cuando en el partograma la gráfica está a la derecha de la curva de alerta. (35)

Existen muchas anomalías del trabajo de parto que dificulta el avance normal de un parto espontáneo, un trabajo de parto difícil es caracterizado por una progresión lenta y anormal. (36)

La hemorragia es la pérdida hemática superior a 500ml o un descenso mayor o igual del 10% del hematocrito en una puérpera dentro de las primeras horas. (6)

Etiología de la hemorragia durante el parto: (4)

- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Rotura uterina
- Laceración o desgarro del canal del parto
- Retención placentaria

Etiología de la hemorragia durante el puerperio temprano: (4)

- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Laceración del canal del parto
- Hematoma pélvico
- Inversión uterina

La mayoría de muertes maternas ocurre en el periodo después del parto por causas obstétricas directas, entre ellas están: la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. (3)

Clasificación

- Trabajo de parto
- Puerperio inmediato

Complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto

Hipoactividad uterina

El trabajo de parto distócico se origina a veces cuando las fuerzas de expulsión no son normales; por ejemplo, las contracciones uterinas presentan una intensidad insuficiente (hipoactividad uterina) como para realizar cambios en el cuello uterino. (1) Se manifiesta con la presencia de actividad uterina de 1 a 2 contracciones en 10 minutos, con duración menor de 40 segundos (hipodinámia) alargando la duración del trabajo de parto; esto no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación, si en el partograma la gráfica se inclina hacia la línea de alerta se deberá descartar disfunción uterina, sufrimiento fetal, desproporción céfalo pélvica y mala presentación fetal. (35)

Hiperactividad uterina

Las contracciones uterinas aumentan más de lo deseable, su intensidad o frecuencia están también aumentadas (más de 5 contracciones en 10 minutos). Se deberá descartar problemas con la hiperestimulación oxitócica o desprendimiento de la placenta. (37)

Una hiperdinamia espontánea es mucho más rara y conduce al parto precipitado, esto en si no es causa de distocia y el tratamiento consiste en los uteroespasmolíticos y uteroparalizantes; la mala asistencia suele ser fuente de complicaciones obstétricas. (38)

Fase latente prolongada

La manifestación de esta fase se desarrolla en forma muy lenta y en ocasiones no progresa; si su duración es mayor de 12 horas se deberá monitorizar al feto para vigilar si hay presencia de sufrimiento fetal, desproporción de la cabeza en la pelvis materna, mala presentación del feto y un falso trabajo de parto. (3)

Fase activa prolongada/ estacionaria

En la fase activa prolongada, no se desarrolla el borramiento ni la dilatación, no hay descenso de la presentación y se prolonga el tiempo de trabajo de parto. La fase activa estacionaria se confirma cunado la dilatación mayor a cuatro centímetros se detiene durante cuatro horas. (37)

Rotura precoz de membranas

Este tipo de ruptura aparece en la primera fase del parto (dilatación); un parto que evoluciona espontáneamente menos del 40% llega al expulsivo con bolsas íntegras, pero es muy probable que durante la fase de dilatación se realice una rotura artificial para acelerar el parto. (39)

Corioamnionitis

Es una infección inespecífica de la cavidad amniótica (bolsas o membranas amnióticas) y de sus anexos; se manifiesta a partir de las 22 semanas de embarazo o durante la labor de parto, llegando en muchas ocasiones a dañar al feto. (6)

Desprendimiento precoz de la placenta normo inserta

Separación de la placenta parcial o total desde su sitio de implantación antes de comenzar el parto; se manifiesta con dolor intenso en el abdomen, pérdida sanguínea y endurecimiento abdominal (hipertonía). (35) El parto vaginal se pretenderá realizar en pacientes multíparas con buenas condiciones del cérvix y sin signos de sufrimiento fetal, en caso contrario se optará por una cesárea. (1)

Embolia por líquido amniótico

Es una de las complicaciones con mayor riesgo en el trabajo de parto (80 % de los casos) y en el puerperio inmediato (20 %).(40) Se produce por la entrada de líquido amniótico (LA) en la circulación materna, ocasionando una oclusión extensa de la micro circulación pulmonar con defectos en los factores de coagulación y en el proceso fibrinolítico, esto provoca la falla respiratoria materna, colapso circulatorio, shock y coagulación intravascular diseminada (CID). (1)

Mala actitud de presentación

Esta complicación causa una progresión anormal del trabajo de parto por falta de encajamiento; se presenta en las modalidades de bregma, frente y cara perdiendo la actitud normal de flexión de la cabeza fetal, altera los diámetros cefálicos que pasarán por la pelvis materna e impide el parto por vía vaginal finalizándolo en una cesárea. (41)

Parto precipitado

El trabajo de parto no solo se presentaría muy lento sino también muy rápido; puede deberse a una resistencia anormal de las partes blandas (vía vaginal), contracciones uterinas exageradamente fuertes o en muy raras veces por la ausencia del dolor ante las contracciones ocasionando su falta de percepción para un trabajo de parto vigoroso.(42)

Expulsivo prolongado

El cérvix se presenta borrado y dilatado completamente, los esfuerzos de pujos son incapaces de provocar el descenso de la presentación fetal y su expulsión; se deberá valorar un cordón umbilical corto, anomalías de la presentación y obstrucciones en el canal del parto. (4)

La duración de la segunda fase del parto tiene relación con consecuencias tanto maternas como neonatales, manifestando traumatismos perineales, hemorragia posparto, rotura precoz de membranas y corioamnionitis. (3)

Rotura uterina

Iinterrupción de la integridad de las capas uterinas teniendo graves consecuencias feto- maternas. (35) Las partes fetales se logran palpar muy fácilmente ya que la ruptura uterina incluye todo el espesor de sus paredes. (2) El segmento uterino inferior generalmente, se desgarra y estalla al ser estirado o distendida por el feto. (43)

El útero puede romperse de dos formas: (2)

- De forma activa por trauma directo: accidente, manipulaciones sobre el cuello, fórceps, versión, tracciones forzadas, liberación de los hombros, fuertes maniobras de Kristeller, etcétera.
- De forma pasiva por hiperdistensión desigual o brusca.

Falla de descenso fetal

La detención del labor de parto espontáneo se ha vuelto una descripción cada vez de mayor uso del trabajo de parto ineficaz, a esto se le incluye la incapacidad para que el cuello del útero se dilate progresivamente, la falla del descenso fetal y anomalías de la proporción feto pélvica. (1)

La detención durante el descenso fetal se debe a la falta de progresión con dilatación avanzada aún no completa, a la carencia de avance (por uso de la epidural), desproporción céfalo pélvica, anomalías de posición y asinclitismo. (35)

Parto pretérmino

Culminación de la gestación antes de las 37 semanas siendo una causa principal de morbi-mortalidad perinatal; ésta complicación puede estar asociado a una infección, sobredistensión uterina, estrés materno, alteraciones hormonales u otro proceso patológico aún no descrito. (30)

La anemia se ha asociado en varios estudios con la prematuridad y bajo peso neonatal. (44)

Desgarro cervical

Los desgarros pueden ser únicos, bilaterales o radiados, cuya ubicación se describe según las horas del reloj y pueden extenderse hacia la zona supra vaginal afectando los fondos de saco vaginal o incluso al cuerpo uterino. (45)

Sus complicaciones son las infecciones, dispareunia, dehiscencia, incompetencia cervical, fistulas e incontinencia anal. (46)

Desgarro vulvoperineal

Las lesiones varían desde desgarros sencillos de la mucosa hasta desgarros que ocasionan hemorragia o hematomas letales. (1)

Un desgarro vulvoperineal se diagnostica por el sangrado continuo con útero contraído y se originan a partir de: (6)

- Parto precipitado
- Salida de feto macrosómico
- Parto instrumentado
- Extracción podálica de un feto
- Periné corto y fibroso
- Mala técnica de atención del expulsivo

Los desgarros se clasifican en cuatro grados: (34)

- 1° grado: Lesión de piel
- 2° grado: Lesión de músculos perineales sin llegar al esfínter anal.
- 3° grado: Lesión del esfínter anal.

- 4° grado: Lesión del esfínter anal y la mucosa del recto.

Retención placentaria

Se considera retención de la placenta cuando pasado 30 minutos después de producirse el parto, la placenta no se desprende de forma espontánea; también se denomina así, cuando la placenta sigue adherida al útero por más de 15 minutos luego de realizarse el manejo activo del alumbramiento. (46)

Inversión uterina

La palpación del útero sobre el abdomen materno no es perceptible, observándose la salida del útero por canal vaginal y que protruye hacia el exterior; su sintomatología se manifiesta con: dolor hipogástrico agudo y su manejo debe ser inmediato en sala de operaciones. (6)

La inversión uterina en el puerperio se considera una de las catástrofes hemorrágicas clásicas y sus factores de riesgo son: (31)

- Placenta implantada en el fondo del útero
- Contractilidad uterina tardía posterior a la salida del bebé (atonía uterina)
- Tracción del cordón umbilical aplicada antes de la separación de la placenta
- Placentación con adherencia anormal, como el caso de placenta acreta.

Complicaciones durante el puerperio inmediato

Atonía uterina

Es una de las principales causas de muerte materna, definida como hemorragia puerperal precoz por la falta de dinámica uterina sucediendo en el 5% de los partos eutócicos o cesáreas; en el proceso normal del parto el útero se contrae muy fuerte después del alumbramiento, la contracción junto a un sistema de coagulación previene la hemorragia y si uno de estos dos mecanismos se alteran anormalmente causarían perdidas sanguíneas alarmantes. (47)

Retención de restos placentarios

Es la falta de separación total de la placenta quedando restos adheridos a la pared interna del útero, al principio la hemorragia no es demasiada evidente, la aparición de fiebre acompañada de signos y síntomas de endometritis debe hacer sospechar esta complicación; para evitar la retención de restos placentarios se debe observar cuidadosamente las membranas y cotiledones posterior al alumbramiento, en caso contrario, se debe realizar una revisión y limpieza de cavidad uterina. (48)

Hematoma vulvoperineal

Los hematomas presentan algunas manifestaciones anatómicas después del parto y son consecuencias de un desgarro, una episiotomía o por la rotura de un vaso sin desgarros coexistentes. (1) El hematoma surge rápidamente en una zona tensa, hipersensible con un tamaño variable cubierta al final por una piel violácea originando dolor muy intenso o incapacidad para orinar. (49)

2.3. Definición de términos básicos

- **Anemia**: descenso del número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre. (50)
- **Complicaciones:** dificultad, inconveniente, confusión y enredo. (51)
- **Ferropénica:** reducción de la dotación total del organismo en hierro. (52)
- **Hemodilución:** disminución del incremento de la viscosidad sanguínea que reduce el trabajo mecánico de la circulación. (53)
- **Hemoglobina:** proteína ubicada al centro de los hematíes. (54)
- **Parametrio:** tejido conjuntivo adyacentes al útero dentro del ligamento ancho. (1)
- **Prevalencia**: la prevalencia describe la proporción de la población que manifiesta la enfermedad en un tiempo determinado. (55)
- **Pródromos del parto:** espacio de tiempo en donde las contracciones uterinas van adquiriendo fuerza para dilatar el cérvix. (4)
- **Puerperio inmediato:** periodo que va desde la salida de la placenta hasta las siguientes 24 horas post parto. (6)
- **Volumen corpuscular medio**: marcador sanguíneo que permite calcular el tamaño aproximado de eritrocitos. (12)
- **Trabajo de parto:** sensación de dinámica uterina con más de dos contracciones, de intensidad moderada o fuerte en 10 minutos, dilatación mayor de 2 cm, cérvix semiborrado y semicentrado. (35)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. General

H1. Existen complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

3.1.2. Específicas

H1. Existen complicaciones obstétricas del trabajo de parto asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016

H1. Existen complicaciones obstétricas del puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016

3.2. Variables

Para el actual estudio se tomaron en cuenta las subsiguientes variables:

Variable 1. Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

Variable 2. Anemia ferropénica en la gestación.

3.2.1. Definición conceptual

Variable 1. Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

Las complicaciones obstétricas del trabajo del parto son dificultades que desarrollan las pacientes durante el periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento que pone en riesgo el embarazo, parto y puerperio requiriendo atención rápida y oportuna. En el puerperio inmediato las complicaciones se presentan durante las primeras 24 horas después de la salida del feto. (6)

Variable 2. Anemia ferropénica en las pacientes

Son pacientes a quienes se les diagnosticaron anemia ferropénica. Este tipo de anemia significa deficiencia de hemoglobina en la sangre por deficiencia de hierro. (1) Se considera anemia cuándo hay valores de hemoglobina <11gr/dl y hematocrito <33%, con alteraciones de los valores normales de algunos parámetros eritrocitarios (constantes corpusculares y frotis sanguíneo). (2)

3.2.2. Definición operacional

Variable 1. Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

Para identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio se acudió a las historias clínicas de las pacientes atendidas durante el año 2016, donde se usó una ficha de recolección de datos.

Variable 2. Anemia ferropénica en las pacientes.

Para el estudio se considerarán dos grupos. El grupo de los casos constituido por pacientes con anemia ferropénica (hemoglobina < 11 gr/dL) y el grupo control conformado por pacientes sin anemia (hemoglobina >11 gr/dL).

3.2.3. Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de la variable complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

Variable	Dimensiones		Indicadores	Ítems	Valores finales	Escala de Medición	Instrumento
Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato	Del trabajo de parto	Durante la dilatación	Hiperactividad uterina	1	Si No	Nominal dicotómica	Ficha de recolección de datos
			Hipoactividad uterina	2			
			Fase latente prolongada	3			
			Fase activa estacionaria/prolongada	4			
			Ruptura precoz de membranas	5			
			Corioamnionitis	6			
			Desprendimiento prematuro de la placenta	7			
			Embolia por líquido amniótico	8			
			Mala actitud de presentación	9			
			Parto precipitado	10			
		Durante el expulsivo	Expulsivo prolongado	11			
			Rotura uterina	12			
			Falla del descenso fetal	13			
			Parto prematuro	14			
			Desgarro vulvoperineal	15			
		Durante el Alumbramiento	Retención placentaria	16			
			Inversion uterina	17			
	Del puerperio	Durante el puerperio inmediato	Atonía uterina	18			
			Retención de restos placentarios	19			
			Hematoma vulvoperineal	20			

FUENTE: Elaborada para el estudio.

3.3. Tipo de estudio

En el proceso de tipificar el estudio se usan los siguientes criterios. Según la intervención de las investigadoras fue observacional, porque no hubo intervención de las investigadoras para cambiar las variables. Según la planificación de la toma de datos fue retrospectivo, porque los datos necesarios fueron datos ya registrados en las historias clínicas. Según el número de ocasiones en que se identificó la variable de estudio fue transversal, porque estas se identificaron en una sola ocasión. Según el número de variables analíticas fue bivariado, de nivel relacional.(56)

3.4. Diseño de estudio

La tipificación del estudio, fue observacional, retrospectivo, transversal y analítico bivariado comparativo. El diseño del estudio fue de casos y controles, el cual está en el grupo de los diseños epidemiológicos, porque buscó determinar y comparar la prevalencia de complicaciones maternas del trabajo de parto y puerperio inmediato de pacientes con anemia ferropénica, finalmente se planteó y resolvió las hipótesis representado en el siguiente esquema:

O_1 ← ← n1

O_2 ← ← n2

n1= pacientes con anemia ferropénica (casos)

n2= pacientes sin anemia ferropénica (controles).

O_1= Identificación de complicaciones en el trabajo de parto y puerperio inmediato en los casos.

O_2= Identificación de complicaciones en el trabajo de parto y puerperio inmediato en los controles.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Todas las pacientes con anemia ferropénica atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2016; según la oficina de estadística del hospital fueron 850 gestantes.

3.5.2. Criterios de selección

A. Casos

Inclusión

- Gestante con hemoglobina <11mg/dl, hematocrito <33%, constantes corpusculares disminuidos y con historia clínica completa de 15 a 35 años.
- Paciente atendida en el Hospital María Auxiliadora con indicación de parto vaginal.
- Paciente cesareada anterior con indicación de parto vaginal.

Exclusión

- Gestante con una hemoglobina >11mg/dl, hematocrito >33% y constantes corpusculares con valores normales.
- Paciente con anemia megaloblástica, falciforme o que presente alguna otra patología.
- Paciente con embarazo múltiple.
- Paciente cesareada anterior con indicación de parto cesárea.
- Paciente con indicación de parto actual por cesárea.

A. Controles

Inclusión

- Gestante con hemoglobina >11mg/dl, hematocrito >33% y constante corpusculares con valores normales.
- Gestante de 15 a 35 años
- Paciente con historia clínica completa.
- Paciente atendida dentro del nosocomio con indicación de parto vaginal.
- Paciente cesareada anterior con indicación de parto vaginal.

Exclusión

- Gestante con una hemoglobina <11mg/dl y hematocrito <33%, constantes corpusculares con valores disminuidos y con historia clínica incompleta.
- Paciente con anemia megaloblástica y falciforme.

- Paciente que puedan presentar alguna otra patología.
- Paciente con embarazo múltiple.
- Gestante cesareda anterior con indicación de parto cesárea.

3.5.3. Muestra

a) Cálculo de la muestra

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula para hallar el tamaño de la muestra y comparar frecuencias en dos grupos.

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- α = Alfa (Máximo error tipo I) : 0.05
- 1- α/2 = Nivel de Confianza a dos colas : 0.975
- $Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado : 1.96
- β =Beta (Máximo error tipo II) : 0.20
- 1- β = Poder estadístico : 0.80
- $Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado : 0.842
- p_1 =Prevalencia en el primer grupo : 0.30
- p_2 =Prevalencia en el segundo grupo : 0.10
- p =Promedio de la prevalencia : 0.20

$$n = \frac{[1.96*\sqrt{0.1(1-0.2)} + 0.842 *\sqrt{0.3(1-0.3)+0.1}(1-0.1)]^2}{(0.3-0.1)^2}$$

$$n = 61.6 = 62$$

b) **Selección de la muestra o muestreo**

Cada grupo (casos y controles) estuvo constituido por 62 pacientes. Para la selección se realizó un muestreo aleatorio simple de las unidades de información (historias clínicas de las pacientes).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnica de recolección de datos

Se utilizó como técnica la documentación, consistió en revisar historias clínicas de pacientes incluidas en el estudio.

3.6.2. Instrumento de recolección de datos

Se empleó como instrumento una ficha de recolección de datos elaborada a propósito del estudio. La cual está conformada de dos partes. La primera parte sobre datos socio demográfico de las pacientes. La segunda parte buscó identificar las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes durante el trabajo de parto y puerperio inmediato.

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

La validez del instrumento se realizó mediante la opinión de jueces expertos en el tema de estudio (tres). Los cuales dieron su opinión sobre

la aplicabilidad del instrumento: según pertinencia, relevancia y claridad de los ítems; los resultados se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Opinión de los jueces expertos sobre la aplicabilidad del instrumento

No.	Juez experto	Grado / especialidad	Opinión
1	Novoa Villanueva, Álvaro	Médico/ Ginecología y Obstetricia	Aplicable
2	Guzmán Cruz, Óscar	Médico/ Ginecología y Obstetricia	Aplicable
3	Vásquez Chuquillauqui, Catherine	Licenciada/ Obstetricia	Aplicable

Fuente: Certificado de validación

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Los pasos que se siguió en la recolección de los datos fueron:

a) Aprobación del proyecto de tesis
b) Optimización del instrumento de recolección de datos
c) Gestión para la autorización por parte del Hospital María Auxiliadora
d) Trabajo de campo
e) Control de calidad, codificación, y elaboración de la matriz de datos en Excel.

3.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Teniendo la matriz de datos en Excel se pasó al programa IBM SPSS versión 22, para el proceso de los datos que nos brindó frecuencias absolutas y relativas en forma de tablas; las cuales se presentaran en los resultados.

Teniendo la información es descrita, interpretada y analizada; se resolvió las hipótesis planteadas mediante una prueba. Finalmente se hizo la discusión y análisis de los resultados.

3.9. Consideraciones éticas

Por cuestiones éticas no se mencionarán los nombres de las pacientes que constituirán las unidades de análisis del presente estudio, menos aún del coordinador responsable del Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, dicha información es de privacidad las investigadoras. Además, el uso de los datos que se proporcionen, difundirán los resultados y serán solo con fines científicos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Luego de haber recopila s en una matriz, se procesó en el programa estadístico IBM S ersión 22, dando lugar a los resultados que se presentan y describ ontinuación.

Tabla 4. Características de las pacientes que participaron en el estudio

	Casos		**Controles**	
	M (Min – Max)	**DE**	**M (Min – Max)**	**DE**
Edad (años)	23 (15-35)	5	25 (15-35)	6
Número de gestaciones	2. (1-5)	1	2 (1-5)	1
Número de partos	2 (1-5)	1	2 (1-5)	1
Hb (g/dl)	9,7 (5-10.9)	1,3	12,1 (11-15,5)	0,9
	n=62	**%**	**n=62**	**%**
Ocupación				
Ama de casa	60	96,8	58	93,5
Estudiante	1	1,6	2	3,2
Comerciante	1	1,6	0	0,0
Obrera	0	0,0	2	3,2
Estado civil				
Conviviente	49	79,0	48	77,4
Soltera	10	16,1	12	19,4
Casada	3	4,8	2	3,2
Distrito de procedencia				
Villa María del Triunfo	19	30,6	16	25,8
Villa el Salvador	13	21,0	13	21,0
San Juan de Miraflores	8	12,9	18	29,0
Chorrillos	6	9,7	2	3,2
Lurín	6	9,7	2	3,2
Otros	10	16,1	11	17,8
Grado de instrucción				
Primaria incomplete	1	1,6	5	8,1
Primaria complete	4	6,5	1	1,6
Secundaria incompleta	22	35,5	14	22,6

Secundaria complete	27	43,5	32	51,6
Superior técnica	5	8,1	9	14,5
Superior universitaria	3	4,8	1	1,6

Fuente. Ficha de recolección de datos. M = media; DE = desviación estándar

En la tabla 4, se muestra las características sociodemográficas de las pacientes que participaron en el estudio. Los casos tuvieron una edad media de 23±5 años y los controles 25±6. Respecto al número de gestaciones y número de partos en ambos grupos fueron 2±1. En relación con la concentración de hemoglobina en los casos fue 9.7±1.3 y en los controles 12.1 ±0.9. Referente a ocupación: ambos grupos en su mayoría fueron amas de casa, en los casos, 60 (96.8%) y en los controles 58 (93.5%). En relación con el estado civil: en ambos grupos de estudio predominó la convivencia, en los casos 49 (79.0%) y en los controles 48 (77.4). Respecto al distrito de procedencia: 19 (30.6%) eran de Villa María del Triunfo mientras que los controles 18 (29%) eran de San Juan Miraflores. Para finalizar, en los dos grupos predominó secundaria completa, para los casos fue 27(43.5%) y para los controles 32 (51.6%).

Tabla 5. Distribución de los casos y controles (grupos de pacientes) según las complicaciones en la fase de dilatación.

	Anemia ferropénica en la gestación			
	Con		**Sin**	
Complicación	***n=62***	***%***	***n=62***	***%***
Hiperactividad uterine				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Hipoactividad uterine				
Si	4	6,5	2	3,2
No	58	93,5	60	96,8
Fase latente prolongada				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Fase activa estacionaria / prolongada				
Si	0	0.0	1	1.6
No	62	100.0	61	98.4
Ruptura precoz de membranas				
Si	25	40,3	13	21,0
No	37	59,7	49	79,0
Corioamnionitis				
Si	3	4,8	0	0.0
No	59	95,2	62	100.0
Desprendimiento prematuro de la placenta				
Si	1	1,6	0	0.0
No	61	98,4	62	100.0
Embolia por líquido amniótico				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Mala actitud de presentación				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Parto precipitado				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

En la tabla 5, se aprecia la distribución de los casos y controles según las complicaciones en el trabajo de parto fase de dilatación. En relación a hiperactividad uterina, no se presentó en los casos ni controles. Referente a hipoactividad uterina, en los casos sólo hubo 4 (6.5%); en los controles 2(3.2%) la presentaron. Respecto a fase latente prolongada: no se presentó en los casos ni en los controles. En la fase activa estacionaria/prolongada, de igual forma los casos y controles no la presentaron. Respecto a la ruptura precoz de membranas, en los casos 25(40.3%) la presentaron y en los controles sólo 13(21%). Referente a corioamnionitis, en los casos 3(4.8%) la presentaron y en los controles no la presentaron. En el desprendimiento prematuro de placenta, en los casos 1(1.6%) la presentaron y ninguna en los controles. Por último, la embolia por líquido amniótico, la mala actitud de presentación y el parto precipitado no se presentaron en ambos grupos.

Las pacientes con anemia ferropénica durante el trabajo de parto (casos), la complicación que se presentó con mayor frecuencia durante la fase de dilatación fue: ruptura precoz de membranas.

Tabla 6. Distribución de los casos y controles según las complicaciones en la fase expulsiva.

	Anemia ferropénica en la gestación			
	Con		**Sin**	
Complicación	***n=62***	***%***	***n=62***	***%***
Expulsivo prolongado				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Rotura uterine				
Si	0	0.0	1	1.6
No	62	100.0	61	98.4
Falla del descenso fetal				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Parto premature				
Si	2	3,2	1	1.6
No	60	96,8	61	98.4
Desgarro vulvoperineal				
Si	16	25,8	13	21.0
No	46	74,2	49	79.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

En la tabla 6, se muestra la distribución de los casos y controles según las complicaciones del periodo expulsivo. En relación con el expulsivo prolongado no se encontró esta complicación en ninguno de los grupos, al igual que la falla del descenso fetal. Rotura uterina, no se presentó en los casos, sin embargo en los controles sólo se presentó 1 (1.6%). Referente al parto prematuro, 2 (3.2%) de los casos lo presentaron y en los controles sólo se presentó 1 (1.6%). Por último, los desgarros

vulvoperineales, 16 (25.8%) se presentó en los casos y en los controles 13 (21.0%).

En gestantes con anemia ferropénica (casos), la complicación que se presentó con mayor frecuencia durante la fase expulsiva fue: desgarro vulvoperineal (25,8%) y en los controles (21%).

Tabla 7. Distribución de los casos y controles según las complicaciones en la fase del alumbramiento.

	Anemia ferropénica en la gestación			
	Con		**Sin**	
Complicaciones	***n=62***	***%***	***n=62***	***%***
Retención placentaria				
Si	2	3,2	0	0.
No	60	96,8	62	100.0
Inversión uterine				
Si	0	0.	0	0.
No	62	100.0	62	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

En la tabla 7, se percibe la distribución de los casos y controles según las complicaciones en el periodo del alumbramiento. Respecto a la retención placentaria, en los casos 2 (3.2%) la presentaron, mientras que en los controles no se encontró esta complicación. En relación con la inversión uterina, no se presentó esta complicación en ambos grupos.

En las pacientes con anemia ferropénica (casos), las complicaciones estudiadas en la fase del alumbramiento, su frecuencia fue mínima o ausente.

Tabla 8. Distribución de los casos y controles según las complicaciones del puerperio inmediato.

	Anemia ferropénica en la gestación			
	Con		**Sin**	
Complicación	***n=62***	***%***	***n=62***	***%***
Atonía uterine				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0
Retención de restos placentarios				
Si	4	6,5	0	0.0
No	58	95,5	62	100.0
Hematoma vulvoperineal				
Si	0	0.0	0	0.0
No	62	100.0	62	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

En la tabla 8, se muestra la distribución de los casos y controles según las complicaciones del puerperio inmediato. En relación con la retención de restos placentarios, en los casos 4 (6,5%) la presentaron, mientras que en los controles no presentaron esta complicación. Por último, la atonía uterina y el hematoma vulvoperineal no se presentó en ninguno de ambos grupos.

En pacientes con anemia ferropénica durante el trabajo de parto (casos), la complicación que se presentó con mayor frecuencia en el puerperio inmediato fue: retención de restos placentarios (6,5%), mientras que en los controles no se presentó.

4.2. Prueba de hipótesis

Tabla 9. Complicaciones del trabajo de parto y puerperio inmediato

	Complicaciones	X^2	*P*
C2	Hipoactividad uterine	0,701	0,403
C5	Ruptura precoz de membranas	5,464	0,019
C6	Corioamnionitis	3,074	0,080
C7	Desprendimiento prematuro de la placenta	1,008	0,315
C12	Rotura uterine	1,008	0,315
C14	Parto premature	0,342	0,559
C15	Desgarro vulvoperineal	0,405	0,524
C16	Retención placentaria	2,033	0,154
C18	Retención de restos placentarios	4,133	0,042

Fuente. Ficha de recolección de datos

1. Planteamiento de las hipótesis.

H0: No existen complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

H1: Existen complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

2. Establecimiento de un nivel de significancia.

Nivel de significancia (alfa) α= 0.05 = 5%

3. Selección del estadístico de prueba.

Para demostrar las hipótesis se usó la prueba Chi cuadrado de homogeneidad. Los resultados de X^2 y p-valor correspondiente se presentan en la Tabla 9.

4. Lectura del p-valor.

Valorando las probabilidades de error (los p-valor): se plantea, que (HI) las complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto: ruptura precoz de membranas (C5) y retención placentaria (C18); cuyos p-valores son inferiores a el nivel de significancia (α=0.05), están asociadas con anemia ferropénica. Mientras que: C2, C6, C7, C12, C14, C15, C16 cuyos p-valores son superiores al nivel de significancia (α=0.05), no están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el año 2016. Como se muestra en la Tabla 9.

5. Toma de decisión.

Entonces, se acepta que las complicaciones: rotura precoz de membranas (C5) y retención de restos placentarios (C18), en forma significativa están asociados con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.

4.2.Discusión de resultados

El diseño del presente estudio fue de casos y controles con una muestra de 162 pacientes, de la misma manera que del diseño de Riffat A.(21), pero diferenciándose en el número de muestra que en su estudio fue de 1072.

De acuerdo con las características de la población considerada para el estudio realizado, se pudo determinar qué: según la edad que mayor predominó, fueron las gestantes con 23 ± 5.4 años (casos). Resultado que se relaciona con estudios realizados por Pérez I. (24), donde dio a conocer que la edad media, estuvo en los rangos de 20-25 años.

En cuanto a educación, las pacientes que han sido parte de la investigación, el 43.5% tiene secundaria completa; a diferencia del estudio realizado por Pérez I. (24), indicando que el 93.7% de mujeres tenían primaria incompleta. La educación es un factor indirecto en la incidencia de la anemia, pues se considera que al tener primaria completa la mayoría comprende la importancia de la alimentación, los controles prenatales y su preparación. (24)

Con respecto al estado civil, en nuestro estudio predominó con el 79,1% las mujeres que conviven con la pareja; de igual forma lo encontró en su investigación Meza E. (26) con un 70.2%.

Para nuestro estudio, la complicación obstétrica que se manifestó durante la fase de dilatación fue la ruptura precoz de membranas con el 40,3%, de forma similar lo encontró Parodi J. (28) 20,5% en su investigación. Por otro lado las gestantes estudiadas de los autores Iglesias J, Tamez L, Reyes L. (18) y Pérez I. (24) rompieron membranas espontáneamente antes de empezar su trabajo de parto, dando lugar a otro tipo de rotura, siendo esta: la rotura prematura de membranas.

El parto prematuro, no mostró una asociación con la anemia en nuestro estudio; sin embargo, una tesis publicada por Izquierdo D. (20), si relaciona la anemia con esta complicación.

Hanampa J. (25) y Arroyo N. (28), concluyen que la hemorragia postparto (21.3%), (46,6%) fue frecuente en las mujeres anémicas. En el presente estudio una de las causas de hemorragia después del parto que mostró asociación fue la retención de restos placentarios (6.5%); sin embargo, el estudio de Parodi J. (27) y Meza E. (26) indican que otra causa de hemorragia fue la atonía uterina (1.2%), (2.4%).

La “Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de capacidad resolutiva”.(6), sostiene que la anemia produce una disminución de las actividades antimicrobianas del líquido amniótico provocando una infección de la cavidad amniótica

(corioamnionitis), mientras en que nuestro estudio solo tuvo significancia la rotura precoz de membranas.

Algunas de las complicaciones mencionadas en la tabla de operacionalización de variables, no han sido parte de los resultados de nuestro estudio, ya que en el criterio de inclusión se establece que solo se obtendrán datos de las pacientes que hayan culminado su parto por vía vaginal y varias de las complicaciones registradas terminaron por cesárea para proteger la salud del binomio (madre-recién nacido).

Se debería realizar otros estudios para corroborar si la anemia es un factor asociado o determinar de la ruptura precoz de membrana o de la retención de restos placentarios.

CONCLUSIONES

Primera. Las complicaciones del trabajo de parto y puerperio inmediato: rotura precoz de membranas (p= 0,019) y retención de restos placentarios (p=0.042), en forma significativa están asociadas con la anemia ferropénica en la gestación.

Segunda. Las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en pacientes con anemia ferropénica (casos) del trabajo de parto y puerperio inmediato fueron: rotura precoz de membranas 25 (40,3%), desgarro vulvoperineal 16 (25,8%) y retención de restos placentarios en los casos 4 (6,5%).

Tercera. La complicación obstétrica del trabajo de parto asociada con anemia ferropénica en pacientes fue: rotura precoz de membranas (p=0,019)

Cuarta. La complicación obstétrica del puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes fue: retención de restos placentarios (p=0,042)

SUGERENCIAS

Primera. Al Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, educar a la población para mejorar su alimentación, logrando así mejorar los niveles de hemoglobina y minimizar las complicaciones asociadas con anemia

Segunda. A los investigadores, en la misma línea de investigación, para que diseñen investigaciones acerca de la anemia en el embarazo y determinar si la anemia está asociada a las complicaciones obtenidas en el resultado.

Tercera. Al profesional especialista, ante una paciente anémica tener en expectativa las complicaciones que se puedan presentar, permitiéndole realizar un adecuado manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham G, Leveno K, Bloom S y Hauth J. Williams obstetricia. 24va ed. México: MC Graw- Hill Interamericana; 2015. 1356 p.

2. De paz R, Canales M y Hernández F. Anemia ferropénica. Revista médica [Internet]. 2006 [citado 17 de noviembre de 2017]; 3:127–30. Disponible en: https://bit.ly/2HAHdZo

3. De mucio B y Ortíz J. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. [Internet]. Paraguay; 2012 [citado 17 de noviembre de 2017]. 76 p. Disponible en: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/782/CLAP1594.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. MINSA. Salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas [Internet]. Lima - Perú: 1era; 2015 [citado 9 de noviembre de 2017]. 25 p. Disponible en: https://bit.ly/2Tzp71h

5. OMS. Base de datos mundial sobre la anemia. [Citado 23 de febrero de 2018]; Disponible en: https://bit.ly/18Uts3h

6. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. [Internet]. 1era ed. Lima-Perú; 2007 [citado 9 de noviembre de 2017]. 171 p. Disponible en: https://bit.ly/2XT6KTC

7. Yaro G. La anemia ferropénica en la población de América Latina y el Caribe. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana [Internet]. 1970 [citado 4 de enero de 2018]; 1–13. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/14495/v68n5p375.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Index M. Prevalencia de anemia. 2011 [citado 23 de marzo de 2018]; Disponible en: https://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/SH.PRG.ANEM/rankings

9. Hospital María auxiliadora. Información institucional. 1986 [citado 25 de marzo de 2018]; Disponible en: http://www.hma.gob.pe/

10. Espitia F y Orozco L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Médica UIS [Internet]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2017]; 26(3):50–5. Disponible en: https://bit.ly/2F7fY77

11. Ayari A, García L, Gómez M, Villanueva N, et al. Factores clínicos y socio-sanitarios relacionados a la anemia en gestantes: estudio de prevalencia en Municipio Mara, Venezuela, 2013. Medwave [Internet]. 2014 [citado 28 de junio de 2017]; 14(6):135–9. Disponible en: https://bit.ly/2XSHcWA

12. Verona M y Sáenz I. Hematología: atlas de morfología celular. 15ava ed. Colombia: Universidad del valle.; 2015. 292 p.

13. Cabezas D, Balderrama L y Borda V. Prevalencia de anemia nutricional en el embarazo. Revista ciencia med. [Internet]. 2010 [citado 11 de octubre de 2017]; 15(1):11–3. Disponible en: https://bit.ly/2u6pXUc

14. Escudero L, Parra B y Herrera J. Estado nutricional de hierro en gestantes adolescentes. Revista ProQ [Internet]. 2014 [citado 28 de mayo de 2017]; 32(1):79–86. Disponible en: https://bit.ly/2F92qbl

15. Cereceda P, Quintana R. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Revista peruana ginecología y obstetricia [Internet]. 2014 [citado 22 de junio de 2017]; 60(2):8–13. Disponible en: https://bit.ly/2zXlaZt

16. Sánchez F, Trelles D, Terán M y Pedroso P. Nutrición, suplementación, anemia y embarazo. Revista cubana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2001 [citado 25 de junio de 2017]; 27(2):22–9. Disponible en: https://bit.ly/2Hjbddf

17. Merino V, Lozano D y Torrico F. Factores que influyen en la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. Revista boliviana med. [Internet]. 2010 [citado 27 de junio de 2017]; 33(2):21–5. Disponible en: https://bit.ly/2XU3SG2

18. Iglesias J, Tamez L y Reyes L. Anemia y embarazo, relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina universitaria [Internet]. 2009 [citado 13 de octubre de 2017]; 11(43):95–8. Disponible en: https://bit.ly/2F87BIC

19. Sánchez J. Anemia como generador de complicaciones del embarazo en gestantes de 18 a 24 años en el Hospital G.O Enrique C. Sotomayor. [Internet] [Tesis de Lic. en obstetricia]. [México]: Universidad Católica de Guayaquil; 2014 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10952

20. Izquierdo D. Anemia ferropénica en el embarazo y sus complicaciones obstétricas en el Hospital G.O Enrique C. [Internet] [Tesis de Lic. en obstetricia]. [México]: [Universidad Católica de Guayaquil]; 2015 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2O0bUZk

21. Riffat A. Anemia grave y resultados adversos en el embarazo. Rev. Journal and Surgery; Pakistán [Internet]. 2011 [citado 15 de noviembre de 2017]; 4(13). Disponible en: https://bit.ly/2TyoftL

22. Ticona L. Incidencia de anemia y complicaciones maternas perinatales asociadas a las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unánue de Tacna. [Internet] [Tesis de licenciatura de enfermería]. [Tacna]: Universidad

nacional Jorge Basadre Grohman; 2011 [citado 24 de abril de 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2u1Lz42

23. Apaza E. Anemia asociada a complicaciones durante el embarazo en las gestantes atendidas en el hospital San José de Chincha. [Internet] [Tesis para el título de médico cirujano]. [Lima-Perú]: [Universidad Alas Peruanas]; 2016 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2T66NrH

24. Peréz I. Anemia en el embarazo y su relación con las complicaciones maternas perinatales en puérperas atendidas en el Hospital MINSA Ii-2 Tarapoto. [Internet] [Tesis de licenciatura en obstetricia]. [Lima-Perú]: [Universidad nacional mayor de San Marcos]; 2016 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2318

25. Hanampa C. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes del tercer trimestre con anemia ferropénica en dos hospitales MINSA-Cusco. [Internet] [Tesis para el título de médico cirujano]. [Perú]: [Universidad nacional de San Antonio Abad del Cusco]; 2014 [citado 17 de octubre de 2017]. Disponible en: http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1644

26. Meza E. Relación entre anemia y las complicaciones obstétricas en gestantes en el hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a marzo en el 2015 [Internet] [Tesis de licenciatura en obstetricia]. [Lima-Perú] Universidad Alas Peruanas; 2015 [citado 20 de diciembre de 2009]. Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5061

27. Parodi J. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Materno Perinatal. [Internet] [Tesis de maestría]. [Lima]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015 [citado 1 de octubre de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4829/1/Parodi_qj.pdf

28. Arroyo N. Prevalencia de anemia moderada y anemia severa en la mujer embarazada y sus repercusiones materno -perinatales en el hospital Hipólito Unánue. [Internet] [Tesis de licenciatura en obstetricia]. [Lima-Perú]: [Universidad Sergio Bernáles]; 2011 [citado 10 de marzo de 2017]. Disponible en: http://200.37.105.196:8080/handle/unjbg/225

29. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y recién nacidos. Revista peruana de G.O [Internet]. 2012 [citado 11 de febrero de 2017]; 4 (58). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322012000400009&script=sci_arttext

30. Farrill F y Fragoso L. Evaluación del tratamiento a mujeres embarazadas con anemia ferropénica. Ginecología y obstetricia mexicana [Internet]. 2013 [citado 25 de mayo de 2017]; 81(7):12–7. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom137e.pdf

31. Garcia A, Salinas V y Cabañas M. Protocolo Diagnóstico diferencial del síndrome anémico. Rev. Ciencia [Internet]. 2016; 9 (26):1713–5. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5693891

32. Ren A. bajo nivel de hemoglobina en el primer trimestre y bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y neonatos pequeños para la edad gestacional. J Gynaecol. 2007; 2 (98):124–8.

33. Morales A y Fernández R. Relación del estado nutricional y la anemia ferropénica de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de noviembre del 2013 a enero del 2014. Revista científica Alas peruanas [Internet]. 2014; 1 (2):1–10. Disponible en: http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/892

34. Lugo M. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Revista cubana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2014 [citado 16 de diciembre de 2017]; 40 (2):78–83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002

35. SEGO. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología [Internet]. España; 2008 [citado 16 de diciembre de 2017]. 177 p. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf

36. Tomairo C y Atunca D. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Hospital Hermilio Valdizan [Internet] [Tesis de licenciatura de enfermería] [Lima]: Universidad de Huánuco; 2010 [citado 15 de abril de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2960/1/Atunca_sd.pdf

37. Saldívar D, Cabero L y Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno- fetal [Internet]. 1era ed. España-Madrid: Panamerica; 2010 [citado 12 de diciembre de 2017]. 1390 p. Disponible en: https://bit.ly/2EVrIIT

38. Botella J y Clavero J. Tratado de Ginecología [Internet]. 14va ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993 [citado 11 de diciembre de 2017]. 435 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=CYdfAhqjG1IC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

39. López A y Ordóñez S. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista colombiana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2006 [citado 11 de diciembre de 2017]; 57: 279–90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf

40. Lindo M y Torrejón N. Embolia de líquido amniótico. Revista peruana de G.O [Citado 13 de noviembre de 2017]; Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1409

41. Mercado E. Distocia [Internet]. 1era ed. Bogotá; 2010 [citado 11 de diciembre de 2017]. 276- 300 p. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf

42. Macías J y Cuevas A. Matronas. 1era ed. España S.L; 2005. 615 p.

43. Bonilla F y Pellicer J. Obstetricia, reproducción y ginecología básica. 1era ed. España: Panamericana; 2007. 949 p.

44. Rivero I, Avanza, J, Alegre C, et al. Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento [Internet]. [Argentina]: Universidad nacional del Noreste; 2005 [citado 29 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf

45. Pabón J. Consulta práctica clínica médicas. 2da ed. Venezuela; 2014. 258 p.

46. Cabero R. Parto prematuro. 12va ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004. 300 p.

47. Rodríguez E. Atonía uterina: estudio descriptivo y estudios asociados. [Internet] [Tesis para licenciatura de obstetricia]. [Lima-Perú]: UNMSM; 2003 [citado 15 de mayo de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/rodriguez_se/contenido.htm

48. Fernández A y Bailón C. Ginecología y obstetricia aplicadas [Internet]. 2da ed. México: El manual moderno; 2003 [citado 17 de noviembre de 2017]. 665 p. Disponible en: https://bit.ly/2TKmmJH

49. Altamirano P. Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el hospital María Auxiliadora. [Internet] [Tesis de Maestría]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2011 [citado 16 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/232

50. Clínica de la universidad de Navarra. Diccionario de términos médicos. La unión [Internet]. 2015 [citado 9 de diciembre de 2017]; Disponible en: http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia

51. Rengifo B. Diccionario Norma. 1era ed. Lima-Perú: Norma; 2015.

52. Arribas J y Vallina E. Hematología clínica: temas de patología médica [Internet]. 4ta ed. Asturias: Universitarios Ediuno; 2005 [citado 13 de septiembre de 2017]. 158 p. Disponible en: https://books.google.es/books?id=ynhds19dbq8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

53. Hernández M, Pusajó J y Egurrola S. Medicina crítica y terapia intensiva. 9na ed. México; 2007. 961 p.

54. MINSA. Guías prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimiento de salud del primer nivel de atención. [Internet]. Perú; 2015 [citado 9 de diciembre de 2017]. 31 p. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_anemia_por_deficiencia_de_hierro.pdf

55. Ibáñez C. Incidencia y la prevalencia de una enfermedad. Madrid [Internet]. 2012; 1. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136

56. Supo J. Taxonomía de la investigación. 1era ed. Perú-Arequipa: BIOESTADISTICO EIRL; 2015. 60p. p.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título. Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
General	**General**	**General**	**Variable**	**Nivel**
¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?	Identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.	Existen complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes con anemia ferropénica atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.	Complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.	Relacional
Específicos	**Específicos**	**Específicos**	**Variable**	**Tipo**
¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en los casos durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016? ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del trabajo de parto que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016? ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas del puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016?	Identificar las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en los casos durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016. Identificar las complicaciones obstétricas del trabajo de parto que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016. Identificar las complicaciones obstétricas del puerperio inmediato que están asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016.	Existen complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato asociadas con anemia ferropénica en pacientes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016 Existen complicaciones obstétricas del puerperio inmediato en pacientes con anemia ferropénica atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, 2016	Anemia ferropénica en las pacientes	Observacional, retrospectivo Y transversal. **Diseño** Caso control **Población y Muestra** N=850 n=62 **Técnica e Instrumento** Documentación Ficha de recolección de datos **Procesamiento y Análisis de Datos** Procesamiento con Excel y SPSS Análisis Descriptivo e Inferencial

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de datos para complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

ID: ……..

I. Características socio demográficas

1. Edad (años):
2. Número de embarazos:
3. Número de partos:
4. Procedencia (distrito):
5. Ocupación:
6. Grado de instrucción: primaria inc – primaria com – secundaria inc – secundaria com – superior tec – superior univ.
7. Estado civil: soltera – conviviente – casada – divorciada – viuda.
8. Hemoglobina:

II. Complicaciones durante el trabajo de parto

A- Durante la dilatación

	Si	No
Hiperactividad uterina		
Hipoactividad uterina		
Fase latente prolongada		
Fase activa estacionaria/ prolongada		
Ruptura precoz de membranas		
Corioamnionitis		
Desprendimiento prematuro de la placenta		
Embolia por líquido amniótico		
Mala actitud de presentación		
Parto precipitado		

B- Durante el expulsivo

	Si	No
Expulsivo prolongado		
Ruptura uterina		
Falla del descenso fetal		
Parto prematuro		
Desgarro cervical o vulvoperineal		

C- Durante el alumbramiento

	Si	No
Retención placentaria		

I) Complicaciones durante el puerperio inmediato.

	Si	No
Atonía uterina		
Retención de restos placentarios		
Inversión uterina		
Hematoma vulvoperineal		

Anexo 3. Certificado de Validez de Instrumento

Certificado de validez de contenido del instrumento que identifica las complicaciones obstétricas del trabajo de parto y puerperio inmediato.

Nº	DIMENSIONES / PREGUNTAS	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1 **Complicaciones obstétricas maternas del trabajo de parto.**	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Hipoactividad uterina							
2	Hiperactividad uterina							
3	Fase latente prolongada							
4	Fase activa prolongada/ estacionaria							
5	Rotura precoz de membranas							
6	Corioamnionitis							
7	Desprendimiento prematuro de la placenta							
8	Embolia por líquido amniótico							
9	Parto precipitado							
10	Mala actitud de presentación							
11	Expulsivo prolongado							
12	Rotura uterina							
13	Falla del descenso fetal							
14	Parto prematuro							
15	Retención placentaria							
16	Desgarro cervical o vulvoperineal							
	Dimensión 2 **Complicaciones obstétricas maternas del puerperio inmediato.**	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Atonía uterina							
18	Retención de restos placentarios							
19	Desgarros vulvoperineal							
20	Inversión uterina							
21	Hematoma pélvico							

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg /Lic. **DNI:** 07971446

Especialidad del validador:

Lima,15 de mayo del 2017

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Validador.
Especialidad

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [ ]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg (Lic.) **DNI:** 40337716

Especialidad del validador:

Lima,15 de mayo del 2017

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
CATHERINE G. VASQUEZ CHUQUILLANQUI
OBSTETRA
C.O. 13330

Firma del Experto Validador.
Especialidad

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr / Mg /Lic. **DNI:** 08473783

Especialidad del validador:

Lima,15 de mayo del 2017

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

DR. ALVARO NOVOA VILLANUEVA
GINECO - OBSTETRA
CMP. 18198 RNE. 10000

Firma del Experto Validador.
Especialidad

Anexo 4. Permiso para recoleccion de datos



UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA S.A.C

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 23 de agosto del 2017

OFICIO N° 190-2017-DEPO/R

Señor:
MEDINA VERÁSTEGUI JULIO CÉSAR
Director
HOSPITAL "MARIA AUXILIADORA"-SAN JUAN DE MIRAFLORES

Presente.-

Asunto: **CONCEDA REALIZAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL 2016**

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y en calidad de Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, solicitarle a usted que conceda el permiso de realizar recolección de datos de las historias clínicas del 2016, para nuestras alumna **BUSTINZA RAMIREZ,MARIA DEL ROSARIO** , identificada con D.N.I N° 71446377, con el código universitario Nº 2011224083 y **QUISPE DE LA CRUZ ,YESSENIA ISABEL**, identificada con D.N.I N° 72936028, con el código universitario N° 2011224069, egresadas de la Escuela Profesional de Obstetricia .

Esta información que su Institución pueda brindar es indispensable para el desarrollo de su proyecto de Tesis llamado ***COMPLICACIONES MATERNAS OBSTÉTRICAS DEL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADAS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL MARIA AUXILIADORA-SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2016.*** Que se encuentran realizando, motivo por el cual solicito a usted autorice el acceso a la Institución.

Es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA
OBSTETRICIA

Dra. GIOVANINI MARÍA MARTINEZ ASMAD
Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Privada Arzobispo Loayza

Av. Arequipa 979, Santa Beatriz - Lima 01

Teléfono: 4338746
www.ual.pe

Anexo 5: Autorización para recolección de datos

Perú	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI)	"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú" "Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación** del **Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **23 de agosto del presente; Titulado: "COMPLICACIONES MATERNAS OBSTÉTRICAS DEL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO ASOCIADAS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2016"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/065/17**, presentado por las Investigadoras Principales: **María BUSTINZA RAMIREZ y Yessenia QUISPE DE LA CRUZ;** ha sido **REVISADO.**

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación.** No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo a los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **23 de octubre del 2018.** Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 23 de Octubre de 2017.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
MIC. JORGE POLO CORTEZ
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

JPC/mags.
c.c. Investigadoras Principales.
c.c. Archivo.
1 de 1

www.hma.gob.pe
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax.: (511) (01) 2171828

Anexo 6. Base de dato

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
2	1	26	13.4	3	2	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	21	12.3	1	1	4	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	3	24	11.3	2	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
5	4	15	12,2	1	1	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	5	16	11	2	2	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	6	33	13,6	3	3	5	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
8	7	18	11	1	1	3	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
9	8	28	13	3	3	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	9	33	11	2	2	1	1	5	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
11	10	23	12	3	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	11	23	11	1	1	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
13	12	25	11,7	2	2	5	1	5	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	13	25	12.3	3	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
15	14	23	12	1	1	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
16	15	33	13.6	3	2	5	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
17	16	22	12.5	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	17	21	14.2	1	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	18	30	11.8	1	1	5	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	19	16	11.4	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	20	24	12.7	2	2	5	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	21	33	14.6	3	3	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
23	22	28	11	2	2	6	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	23	18	12.7	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
24	23	18	12.7	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	24	32	11.1	3	2	10	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
26	25	19	11.7	1	1	6	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	26	33	11.1	1	1	8	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
28	27	20	12.5	1	1	6	2	6	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	28	21	11.6	2	2	4	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
30	29	22	12.7	3	1	9	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	30	23	12.7	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	31	30	12.5	5	4	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33	32	18	12.1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
34	33	16	11.7	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35	34	17	11.12	1	1	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	35	23	12.9	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	36	25	11.2	4	3	6	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
38	37	37	11.9	4	4	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	38	31	11.7	5	5	6	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	39	16	12.9	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41	40	18	13.8	2	2	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42	41	22	12.4	1	1	2	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
43	42	39	13.2	2	2	6	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44	43	26	12.4	3	3	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	44	25	11.7	1	1	3	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
46	45	22	12.2	2	1	11	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
45	44	25	11.7	1	1	3	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
46	45	22	13.3	2	1	11	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
47	46	21	12.3	1	1	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
48	47	35	12.7	4	4	3	1	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
49	48	30	11	2	2	6	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
50	49	19	11	2	2	7	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
51	50	21	11	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
52	51	33	13.3	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
53	52	19	11	1	1	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
54	53	24	12	3	3	6	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
55	54	32	12.7	4	3	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
56	55	30	11	2	2	6	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
57	56	28	11.7	4	3	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
58	57	20	11.1	1	1	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
59	58	18	11.6	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
60	59	32	11.7	2	2	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
61	60	30	12.6	1	1	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
62	61	26	12.4	3	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
63	62	35	13.2	5	5	7	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
64	63	16	10	1	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
65	64	20	10.5	4	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
66	65	23	9	3	3	5	4	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
65	64	20	10.5	4	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
66	65	23	9	3	3	5	4	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
67	66	35	10.7	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
68	67	20	8.5	2	2	5	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
69	68	29	8	3	3	3	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
70	69	26	9	3	3	7	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
71	70	28	10.5	2	1	3	1	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
72	71	20	9.4	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
73	72	26	10.1	3	2	12	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	1
74	73	21	10.6	3	2	3	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
75	74	19	9	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
76	75	30	10	4	4	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
77	76	27	9.9	3	2	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
78	77	28	5.9	4	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
79	78	24	10	3	3	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
80	79	24	9	4	4	1	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
81	80	32	9.0	2	1	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
82	81	23	13	2	2	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
83	82	24	11.7	3	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
84	83	21	8.5	1	1	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
85	84	22	10.4	5	4	7	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
86	85	24	10.6	1	1	2	1	5	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
87	86	24	10	2	2	3	1	5	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

Hoja1 Hoja2 Hoja3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AL
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
85	84	22	10.4	5	4	7	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
86	85	24	10.6	1	1	2	1	5	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
87	86	24	10	2	2	3	1	5	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
88	87	20	7.1	3	2	4	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
89	88	21	10.6	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
90	89	30	10.5	2	2	3	1	6	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
91	90	20	8.9	1	1	6	2	6	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
92	91	20	10.8	3	3	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
93	92	16	9.7	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
94	93	25	10.5	3	3	7	1	4	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
95	94	18	10.2	1	1	5	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
96	95	17	10.4	1	1	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
97	96	18	7.5	2	2	3	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
98	97	29	10.5	5	3	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
99	98	18	8.7	2	1	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
100	99	18	9	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
101	100	20	10	2	2	6	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
102	101	24	10.9	3	2	2	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
103	102	27	8.3	2	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
104	103	20	4.6	1	1	10	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
105	104	30	10.2	4	3	6	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
106	105	32	10.8	2	2	3	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	ID	EDAD	HB	GESTA	PARTO	DISTRI	OCUPA	GINS	ECIVIL	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	AF
106	105	32	10.8	2	2	3	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
107	106	19	9.1	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1
108	107	31	9.6	3	2	6	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
109	108	35	10.5	5	4	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
110	109	19	10.9	1	1	3	1	4	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
111	110	23	8.3	2	1	6	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
112	111	18	9.6	1	1	4	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
113	112	30	10.1	1	1	5	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
114	113	19	9.1	1	1	6	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1
115	114	26	9.7	2	2	7	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
116	115	36	10	4	2	3	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
117	116	18	10.7	1	1	7	1	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
118	117	19	9.3	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
119	118	17	9.5	1	1	4	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
120	119	18	10.6	1	1	6	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
121	120	15	10.6	1	1	6	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
122	121	35	10.2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
123	122	20	9.5	1	1	6	1	6	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
124	123	19	10.5	2	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1

Complicaciones de TP y P anemia HNMA

por **Maria Bustinza - Yessenia Quispe**

Fecha de entrega: 08-mar-2019 02:34p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1090133993
Nombre del archivo: tesis_Quispe_Bustinsa_08.03.19.pdf (1.68M)
Total de palabras: 14538
Total de caracteres: 78723