



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS
RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ

2025



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS
RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA CLÍNICA P09



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1357 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 12 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12643 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del bachiller: **CALLA PARICAHUA ANTONIN** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : LUNES 15 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 270 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 06 de mayo del 2025

VISTOS:

El Informe N° 021 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 05 de mayo de la E.P. de Medicina Humana a folio 000080;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CALLA PARICAHUA ANTONIN** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

* Presidente :	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
* 1er. Miembro :	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
* 2do. Miembro :	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 629-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO - APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CALLA PARICAHUA ANTONIN**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado : **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
DECANATO
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (a)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP. Medicina Humana a Secretaría Académica, Archivo.

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 10124 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 13 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 11438-2025 de fecha 11 de noviembre del 2025, presentado por la Bachiller: **CALLA PARICAHUA ANTONIN** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

- * **Asesor (a)** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**., presentado por el (la) bachiller : **CALLA PARICAHUA ANTONIN** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA CLINICA P09**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la :
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

- * **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

Distribución: interesado Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN N°1390-2025--FCS-UANCV

Juliaca, 10 de noviembre del 2025

VISTOS: Exp. 2025 -6169 presentado por el (la) egresado (a) **CALLA PARICAHUA ANTONIN** quién ha solicitado cambio del asesor del Proyecto de *Investigación* conducente a optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO:

Que, según **Resolución Decanal N°2702025-D-FCS-UANCV**, se aprueba la Propuesta de Tesis titulado: **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** para lo cual se asignó.

* Asesor (a) : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N° 02972025-UI-FCS-UANCV-J la emisión de la resolución de cambio del asesor, por motivos que ya no tienen vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del ASESOR (A) designados a la (egresada) **CALLA PARICAHUA ANTONIN** para la revisión del proyecto de investigación titulado **CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha.

* Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



DISTRIBUCIÓN

Jurados,
EP. Obstetricia



TESIS UANCV

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 19%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

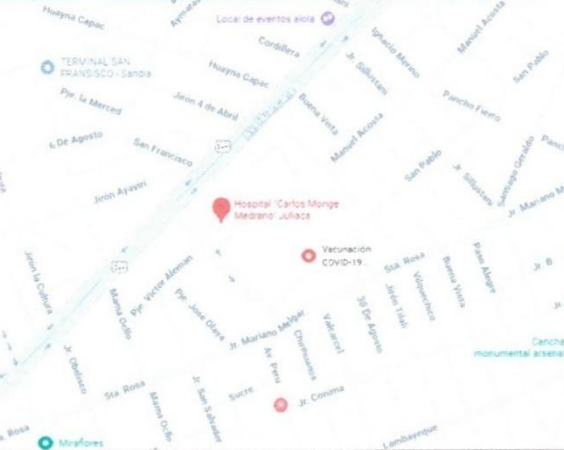
Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	ANTONIN CALLA PARICAHUA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73460421
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-0164-5533
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA CLÍNICA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: -15.48185 Longitud: -70.12078 https://maps.app.goo.gl/3rAvAsSNeoSp9pJD8 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2025 - Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE	https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00



UNIVERSIDAD ANDINA VESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Mary Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **ANTONIN CALLA PARICAHUA**, identificado con DNI Nro. **73460421**, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico denominada:

CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca __24__ de diciembre del 2025

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios salvador, por ser el faro que con su luz alumbra la tempestad a lo largo de este arduo proyecto, también quiero dar mención a mi apreciado padre quien me blindo con una capa de buenos valores y un sentido de la responsabilidad inquebrantable para las situaciones difíciles. A mi maravillosa familia, quien me dio un respaldo inigualable. Y a todas aquellas personas que creyeron en mí y me alentaron a culminar esta etapa con perseverancia y convicción.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por la formación académica y profesional recibida a lo largo de mi carrera. Extiendo mi infinita gratitud dirigida hacia al centro hospitalario Carlos Monge Medrano por facilitar el de la extracción informativa para la ejecución de la reciente pesquisa. A mis educadores quienes forjaron mi carácter y con una mención de alto sentimiento de aprecio a mi magnifica asesora.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	XV

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Exposición de la situación problemática a nivel internacional, nacional y local	1
1.1.2. Formulación del planteamiento del problema	4
1.2. JUSTIFICACIÓN	5
1.2.1. Justificación teórica	5
1.2.2. Justificación practica	6
1.2.3. Justificación metodológica.....	6
1.3. OBJETIVOS	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7



1.4.	HIPÓTESIS	7
1.5.	VARIABLES	8
1.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1.1.	A nivel internacional	10
2.1.2.	A nivel nacional	15
2.1.3.	A nivel regional	21
2.2.	MARCO TEÓRICO	10
2.2.1.	Características de puérperas inmediatas	25
2.2.2.	Anemia posparto y complicaciones	28
2.2.3.	Importancia de la atención prenatal.....	28
2.2.4.	Placenta previa.....	32
2.2.5.	Desprendimiento de placenta normoinsera	33
2.2.6.	Atonía uterina	34
2.2.7.	Retención de placenta y restos	35
2.2.8.	Laceración del tracto genital.....	35
2.2.9.	Trastornos de la coagulación	36
2.2.10.	Anemia	36
2.2.11.	Factores de riesgo	36
2.2.12.	Grado de severidad	37



2.3.	MARCO CONCEPTUAL.....	41
2.3.1.	Anemia	41
2.3.2.	Características.....	42
2.3.3.	Puérperas inmediatas.....	42
2.3.4.	Relacionadas.....	42
2.3.5.	Severidad	42

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	43
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN:	44
3.3.	ENFOQUE:	44
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.4.1.	Población:.....	44
3.4.2.	Muestra:	44
3.5.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.5.1.	Técnica:.....	45
3.5.2.	Instrumentos.....	46
3.5.3.	Procesamiento de la información:	46
3.6.	VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD	46
3.6.1.	Validación	46
3.6.2.	Confiabilidad.....	46



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN . ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CONCLUSIONES 96

RECOMENDACIONES 98

BIBLIOGRAFÍA 100

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS 110

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA..... 115

ANEXO 3: INSTRUMENTOS..... 117

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... 118

ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ
LA INVESTIGACIÓN 120



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación entre la edad materna y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	41
Tabla 2. Relación entre el estado civil y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	44
Tabla 3. Relación entre la procedencia y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	47
Tabla 4. Relación entre el grado de instrucción y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	50
Tabla 5. Relación entre el número de controles prenatales y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	53
Tabla 6. Relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	56
Tabla 7. Relación entre el número de gestaciones y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	60



Tabla 8.	Relación entre el número de partos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	63
Tabla 9.	Relación entre placenta previa y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	66
Tabla 10.	Relación entre desprendimiento de placenta y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	69
Tabla 11.	Relación entre atonía uterina y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	72
Tabla 12.	Relación entre retención de placenta y membranas y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	75
Tabla 13.	Relación entre laceración del tracto genital y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	78
Tabla 14.	Relación entre trastornos de la coagulación y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	81
Tabla 15.	Distribución de grados de severidad de anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	85



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Relación entre la edad materna y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	42
Figura 2. Relación entre el estado civil y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	45
Figura 3. Relación entre la procedencia y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	47
Figura 4. Relación entre el grado de instrucción y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	52
Figura 5. Relación entre el número de controles prenatales y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	54
Figura 6. Relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	57
Figura 7. Relación entre el número de gestaciones y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	61



Figura 8.	Relación entre el número de partos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	64
Figura 9.	Relación entre placenta previa y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	67
Figura 10.	Relación entre desprendimiento de placenta y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	70
Figura 11.	Relación entre atonía uterina y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	73
Figura 12.	Relación entre retención de placenta y membranas y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	79
Figura 13.	Relación entre laceración del tracto genital y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	78
Figura 14.	Relación entre trastornos de la coagulación y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	82
Figura 15.	Distribución de grados de severidad de anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.	85



RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de puérperas inmediatas relacionadas a la anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Metodología: Diseño no experimental, tipo básico, nivel correlacional, transversal, enfoque cuantitativo, técnica de análisis documental, instrumento ficha de recolección de datos. Se trabajó con una muestra de 100 pacientes

diagnosticadas con anemia en el puerperio inmediato. **Resultados:** La anemia moderada fue la más prevalente con 82,0%, seguida de la leve con 16,0% y la severa con 2,0%. Entre las características personales, solo el estado civil mostró asociación significativa con la severidad de la anemia ($p=0,024$). En cuanto a las características obstétricas, se hallaron asociaciones significativas con número de controles prenatales ($p=0,033$), periodo intergenésico ($p=0,013$), número de gestaciones ($p=0,007$), número de partos ($p=0,001$), desprendimiento de placenta normoinsera ($p=0,000$), atonía uterina ($p=0,006$), laceraciones del tracto genital ($p=0,045$) y trastornos de la coagulación ($p=0,003$). No se encontraron asociaciones significativas con edad, procedencia, grado de instrucción, placenta previa ni retención de restos placentarios. **Conclusión:** La anemia en el puerperio inmediato se presenta mayoritariamente en su forma moderada, asociada principalmente a factores obstétricos y a un control prenatal insuficiente, lo que resalta la necesidad de reforzar la atención prenatal y el manejo oportuno de complicaciones obstétricas para reducir la severidad de esta condición.

Palabras clave: Anemia, características obstétricas, factores de riesgo, puerperio inmediato, salud materna.



ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of immediate postpartum women related to anemia at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

Methodology: Non-experimental design, basic type, correlational level, cross-sectional, quantitative approach, documentary analysis technique, data collection sheet instrument. The sample included 100 patients diagnosed with anemia in the immediate postpartum period.

Results: Moderate anemia was the most prevalent with 82.0%, followed by mild with 16.0% and severe with 2.0%. Among personal characteristics, only marital status showed a significant association with anemia severity ($p=0.024$). Regarding obstetric characteristics, significant associations were found with number of prenatal check-ups ($p=0.033$), interpregnancy interval ($p=0.013$), number of pregnancies ($p=0.007$), number of deliveries ($p=0.001$), placental abruption ($p=0.000$), uterine atony ($p=0.006$), genital tract lacerations ($p=0.045$), and coagulation disorders ($p=0.003$). No significant associations were found with age, place of origin, educational level, placenta previa, or retained placental tissue. **Conclusion:** Anemia in the immediate postpartum period is predominantly moderate and mainly associated with obstetric factors and insufficient prenatal care, highlighting the need to strengthen prenatal follow-up and the timely management of obstetric complications to reduce its severity.

Keywords: Anemia, immediate postpartum, maternal health, obstetric characteristics, risk factors.



INTRODUCCIÓN

La anemia en el puerperio inmediato es un desafío de salud materna con graves consecuencias clínicas y sociales. Según la OMS, hasta el 50 % de las mujeres posparto presenta algún grado de anemia, resultado de hemorragias periparto y depleción de reservas de hierro. En las regiones altoandinas del Perú, la incidencia anémica sobrepasa el 60 %, atribuida principalmente a deficiencias nutricionales, escasa adherencia a la ferropilaxis y un control prenatal irregular o discontinuo. En el contexto específico de Puno, las limitaciones geográficas, económicas y socioculturales constituyen obstáculos que restringen el acceso oportuno a los servicios de salud. En el Hospital Carlos Monge Medrano, pese a los esfuerzos implementados en el fortalecimiento del seguimiento prenatal, aún persisten deficiencias en los procedimientos de tamizaje obstétrico, lo que propicia la manifestación de cuadros anémicos en grados moderados y severos dentro de la población materna atendida

Las evidencias clínicas sugieren que la multiparidad, el desprendimiento prematuro de placenta y las alteraciones en la coagulación sanguínea intensifican el grado de severidad de la anemia, aunque aún no se dispone de información empírica local que sustente tales asociaciones.

La tesis se organiza en cuatro capítulos claramente diferenciados: el primero desarrolla el planteamiento del problema, así como los objetivos, las hipótesis y la definición de variables; el segundo aborda el marco teórico y conceptual que sustenta la investigación; el tercero describe el diseño metodológico, la población de estudio y las técnicas e instrumentos empleados; y el cuarto presenta los resultados obtenidos, su correspondiente análisis estadístico, además de las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Exposición de la situación problemática a nivel internacional, nacional y local

A nivel internacional

Tomando la conceptualización que realizó la OMS, que da un valor alrededor del 37% de las féminas que atravesaron por una situación de gestante y cerca del 30% de muchas féminas que pasan por una en un estado de fertilidad, comprendida entre los grupos etarios de 15 a 49 años, presentan cuadros anémicos. (1)

Esta disfunción hematológica, especialmente evidenciada durante la fase puerperal inmediata, los cuales fueron caracterizados por las disminuciones notoria entre los niveles de la hemoglobina o en el conteo de eritrocitos posterior al proceso de alumbramiento. Tal condición representa una contingencia sanitaria de considerable magnitud, cuya incidencia alcanza proporciones alarmantes, afectando con base fundamental de los reportes epidemiológicos internacionales a entre el 50% y el 80% de la población femenina en dicho intervalo fisiológico (1)



Entre los factores etiológicos más relevantes se identifican la ingesta insuficiente de hierro durante la gestación y el periodo previo a esta, la hemorragia obstétrica acontecida en el proceso del alumbramiento y la presencia de anemia prenatal no tratada. En cuanto a la sintomatología, suelen manifestarse signos como astenia persistente, disnea ante esfuerzos mínimos y una mayor susceptibilidad a infecciones debido a la disminución de la capacidad inmunológica. Se ha constatado que la proporción de déficit hemático durante la etapa puerperal inmediata ronda el 49.7% representando sus condicionantes de peligro más sustanciales los ligados con el tipo de parto efectuado y las posibles complicaciones hemáticas o tisulares derivadas del mismo. (1)

A nivel nacional

Diversas investigaciones científicas efectuadas en el ámbito peruano evidencian que la incidencia de anemia en mujeres puérperas presenta mayor prevalencia que abarcan el ámbito rural y las áreas que están alejadas del sur del país, donde las situaciones nutricionales y el poder ser tratados en las áreas de sanidad que resultan más limitados. Entre los factores obstétricos que exacerban esta condición, la intervención por cesárea se reconoce como un elemento coadyuvante relevante en la aparición de anemia posparto.

En su génesis etiopatológica sobresalen fenómenos tales como la hemorragia puerperal, la inercia miometrial, la insuficiencia férrica y otras carencias de micronutrientes imprescindibles para la homeostasis hematopoyética. Esta disfunción eritrocitaria se caracteriza por una merma sustancial en los valores hemoglobínicos, elemento bioquímico cardinal para garantizar la oxigenación adecuada de las estructuras celulares sistémicas, cuya alteración compromete los mecanismos de transporte gaseoso y el equilibrio metabólico general. (2)



Cuando la anemia no recibe un manejo terapéutico oportuno, evoluciona hacia una complicación sanitaria de considerable trascendencia entre las mujeres en etapa reproductiva. La forma severa o desatendida de esta afección durante la gestación puede desencadenar consecuencias obstétricas críticas, tales como la inducción de parto pretérmino, incremento del volumen hemático en el alumbramiento y de que el bebé manifieste déficit de peso al momento del alumbramiento, comprometiendo tanto la condición materna como la del neonato. (2)

En el contexto peruano, la incidencia de anemia posparto mantiene valores elevados, aunque los registros estadísticos actualizados sobre esta problemática son aún limitados. No obstante, la revisión de investigaciones científicas recientes revela datos alarmantes: un estudio reportó una prevalencia del 69,7% mientras que otro evidenció una tasa de 71,59% de la cual el 40,69% correspondía a cuadros de anemia de grado moderado y el 2,41% a anemia de grado severo. (2)

A nivel local

La DIRESA que toma el ámbito en Puno donde se documenta que el incremento de anemia en las pacientes en su periodo gestacional asciende a un 42,8%, evidenciando una problemática hematológica de considerable trascendencia epidemiológica dentro del contexto regional, que demanda estrategias preventivas y de control más eficaces en el ámbito conforme a la sanidad de cuidado de las progenitoras. (3)

Esta condición hematológica, tanto en el periodo de gestación como en el puerperio, presenta una incidencia que se podría decir que es relevante con un gran alcance si se habla de las áreas rurales y conjuntamente a las múltiples



comunidades, donde las limitaciones nutricionales, las deficiencias en el acceso a servicios médicos y las condiciones socioeconómicas adversas contribuyen a su persistencia y agravamiento. (3)

Entre los agentes etiológicos preponderantes se destacan el aporte deficitario de hierro, la considerable incidencia de procesos patológicos con repercusión multisistémica, las semanas de evolución del embarazo, el estado nutricional preconcepcional expresado en IMC y la paridad, variables que colectivamente condicionan la predisposición materna hacia la instauración de estados anémicos. (3)

En síntesis, estos elementos evidencian la imperiosa exigencia de establecer estrategias de capacitación y orientación alimentaria, orientadas a proporcionar un entendimiento completo acerca de los componentes nutritivos indispensables. Tales acciones, destinadas particularmente a las progenitoras que abarcan el ámbito puneño, pretenden evitar el desarrollo y reducir la continuidad de cuadros de deficiencia hemoglobínica, resguardando de esta manera a este segmento poblacional particularmente vulnerable a alteraciones sanguíneas. (3)

1.1.2. Formulación del planteamiento del problema

Problema general

PG.- ¿Cuáles serán las características de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?

Problemas específicos:

PE1.- ¿Cuáles serán las características personales de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?



PE2.- ¿Cuáles serán las características obstétricas de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

PE3.- ¿Cómo se presenta la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación teórica

La pesquisa mostrada posee la finalidad de buscar todos los medios necesarios para evitar que se produzca la anemia después del parto, y creemos que la anemia puerperal debe evitarse porque podría acarrear repercusiones severas tanto para la progenitora como para el neonato. En el caso materno, se asocia con una mayor predisposición a trastornos afectivos posparto, incremento en la probabilidad de infecciones sistémicas y dificultades en los procesos de regeneración y reparación tisular, aumenta el riesgo de abandono precoz de la lactancia, puede causar fatiga y sensación de falta de aliento, puede aumentar la probabilidad de transfusión sanguínea.

El feto podría derivar con masa corporal inferior a la esperada, precipitar el inicio anticipado del trabajo de parto, propiciar pérdidas hemáticas excesivas tras el alumbramiento y elevar de forma significativa los índices de mortalidad tanto materna como perinatal, puede predisponer al feto/recién nacido a la enfermedad hemolítica entre otros. Es por esta razón que deseamos sugerir los descubrimientos a la administración del Establecimiento Carlos Monge Medrano, específicamente al encargado del servicio obstétrico, a fin de que refuercen el seguimiento gestacional de las pacientes embarazadas, y apliquen las sugerencias que se les alcance en el beneficio del binomio madre e hijo.



1.2.2. Justificación practica

La anemia es uno de los signos en la etapa puerperal, constituye una condición hematológica identificada por valores de glóbulos rojos por debajo de 10 g/dL subsecuente al parto. Las etiologías primordiales comprenden la hemorragia periparto y el déficit de reservas hemáticas previo y durante la gravidez en esta investigación planteamos que el trastorno anémico puerperal inicial es evitable identificando el agente causal; garantizando de este modo el óptimo estado de salud materno-neonatal, evitando que la puérpera sufra los síntomas como la fatiga, palpitaciones, dificultad para respirar, depresión, piel pálida, etc. Para evitar la anemia puerperal inmediata, en las pacientes, es recomendable que el equipo de profesionales de los cuidados en los servicios de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, tal vez puedan orientar, educar con charlas o con sugerencias las maneras correctas de alimentarse de manera variada, a las gestantes que acudan a solicitar control prenatal, de esa manera prepararlas para su parto y su post parto.

1.2.3. Justificación metodológica

La indagación presentada pretende alcanzar los hallazgos mediante el transcurso de ejecución y posterior conforme al procedimiento de informar al director del establecimiento hospitalario Carlos Monge Medrano, de manera especial hacia el encargado del área de especialidad de ginecología y obstetricia; a quienes se les sugiere formular planes de trabajo con temas de actualización en el cumplimiento de protocolos de atención del parto, dependiendo si es parto vaginal o quirúrgico; la capacitación deberá ser permanente hasta conseguir que el equipo de profesionales atiendan los partos cumpliendo a cabalidad estos protocolos, evitando en lo posible los desgarros,



ausencia de tono en el miometrio, retardo en la salida de la placenta y permanencia de detritos ovulares y todo lo que conlleve a hemorragia post parto, de esta manera evitar pérdida de sangre en la paciente y por ende evitarían la anemia en las puérperas.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

OG. – Determinar las características de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1.- Identificar las características personales de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE2.- Distinguir las características obstétricas de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE3.- Indicar como se presenta la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS

HG.- Las características obstétricas de puérperas inmediatas están relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.

Hipótesis específicas

HE1.- La edad, estado civil, lugar de procedencia y grado de instrucción son las características personales de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

HE2.- La atención prenatal, periodo intergenésico, número de gestaciones, número de partos, placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera,



atonía uterina, retención de placenta y restos, laceración del tracto genital y trastornos de la coagulación, son las características obstétricas de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

HE3.- La anemia se presenta de manera severa en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

1.5. VARIABLES

VARIABLE 1: Características de puérperas inmediatas.

VARIABLE 2: Anemia.



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
1.- Características de puérperas inmediatas.	1.1 Características personales	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 35 años c.- > de 35 años
		1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda
		1.1.3 Lugar de procedencia	a.- Urbano b.- Rural
		1.1.4 Grado de instrucción	a.- Ninguna b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior
	1.2 Características obstétricas	1.2.1 Atención prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual de 6 controles
		1.2.2 Periodo intergenésico	a.- Corto b.- Largo c.- No aplica
		1.2.3 Número de gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta
		1.2.4 Número de partos	a.- Primípara b.- Multípara c.- Gran multípara
		1.2.5 Placenta previa	a.- Si b.- No
		1.2.6 Desprendimiento de placenta normoinsera	a.- Si b.- No
		1.2.7 Atonía uterina	a.- Si b.- No
		1.2.8 Retención de placenta y restos	a.- Si b.- No
		1.2.9 Laceración del tracto genital	a.- Si b.- No
		1.2.10 Trastornos de la coagulación	a.- Si b.- No
2.- Anemia.		2.1 Grados de severidad	2.1.1 Leve
			2.1.2 Moderada
			2.1.3 Severa



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Ramírez. (4) Características obstétricas de puérperas, con anemia, con finalización de la gestación ya sea por parto vagina

l o cesárea por parto o cesárea en el Hospital de Guayaquil Ecuador, en el año 2020. Objetivo: Exponer y equiparar las condiciones maternas de pacientes en periodo puerperal, con trastorno anémico, al concluir la gravidez. Procedimiento metodológico: La pesquisa ejecutada mostro una naturaleza retrospectiva, empleando una táctica observacional para la extracción de información, mostrando una estructuración de forma descriptiva y la aplicación de conjuntos comparativos donde se ve por necesario la aplicación de fichas empleadas de manera instrumental en la extracción datos. con las unidades de muestra de 90 alumbramientos y 70 cesáreas. Resultados: En el análisis de las características patológicas se evidenció una diferencia de los diferentes conjuntos tratados. Se logro evidencia la presencia de signos anémicos durante el estado de alumbramiento estuvieron presentes en 89 de 90 casos daban un equivalente al 70 % en el grupo posparto y en 25 de 70 casos revelaban un 59 % en el grupo



poscesárea. En relación con los trastornos hipertensivos, se registraron 9 de 90 casos se revela un 3 % en el grupo posparto y 11 de 70 con un 8,4 % en el poscesárea. Asimismo, las hemorragias correspondientes a la segunda mitad del embarazo se presentaron en 4 de 90 casos mostrando un 3 % en el posparto y en 7 de 70 (9 %) en el poscesárea. En cuanto a los índices de un rango alto de síntomas anémicos, también se identificaron diferencias significativas: el grado moderado predominó en ambos grupos, con 70 de 90 casos (60 %) en el posparto y 39 de 76 (73 %) en el poscesárea. Conclusiones: En la prevalencia de déficit hemoglobínico postparto se observó una variación según la modalidad de resolución obstétrica. Los años de vida, nivel educativo, carencia eritrocitaria durante la gestación, patología hipertensiva, sangrado en el tercer trimestre y la inserción placentaria baja se reconocieron como determinantes con disparidades relevantes en el trastorno anémico, de acuerdo a la vía de terminación gestacional.

Retamozo. (5) condicionantes extrínsecos y intrínsecos relacionados a anemia en pacientes post-operadas que asisten en los servicios obstetricia COVID-19 y no COVID-19, del Hospital Nacional de Caracas Venezuela 2020. Objetivo: Reconocer los componentes inherentes y circunstanciales ligados a la alteración hematológica en mujeres posterior a cirugía. Procesos metodológicos: La indagación mostrada empleo una táctica observacional de forma instrumental, con una dirección de carácter retrospectivo y con la aplicación de una formulación descriptiva, con una estructuración cuantitativa, con una naturaleza de estilo explicativa, de modelo caso control de una unidad muestral de 200 puérperas. Resultados: Los determinantes endógenos: dieta monótona, exceso ponderal u obesidad severa, multiparidad de 8 o superior, cantidad de

intervenciones cesáreas de 7 en adelante, y el intervalo entre gestaciones inferior a 12 meses, constituyeron circunstancias que representaron el doble de probabilidad de generar déficit hemoglobínico postparto entre las participantes, respecto a quienes carecieron de tales rasgos. Adicionalmente, el elemento inherente o situación de haber presentado carencia eritrocitaria durante la gravidez, derivó en una posibilidad 7 veces superior de desarrollar alteración hematológica puerperal entre las usuarias analizadas (Razón de Momios 5,956), comparado con aquellas sin este antecedente. El consumo de folatos mostró una probabilidad 4,5 veces reducida (Razón de Momios de 3,478) de manifestar el trastorno anémico frente a las que no lo consumieron, mientras que las adversidades en el postparto temprano (Razón de Momios de 3,497) se vincularon con la insuficiencia hemática en mujeres puérperas. Conclusiones: Los componentes biológicos como el reconocimiento de trastorno anémico prenatal y los elementos que son contextuales, así como carencia con respecto a la administración de ácido fólico junto a las múltiples situaciones de amenaza del puerperio inmediato, se asociaron con el déficit de hemoglobina en usuarias puérperas de los sectores obstétricos COVID-19 y no COVID-19.

Nachio. (6) Prevalencias de la anemia en el post parto inmediato en mujeres del centro histórico de Rosario Argentina, 2020. El objetivo: estimar la frecuencia del déficit hemoglobínico en el puerperio temprano, Hallar cuales son los determinantes de representar una amenaza y establecer el nivel ideal de conforme a los fluidos del torrente sanguíneo previo al alumbramiento un descenso conforme hacia la carencia eritrocitaria. Procedimiento metodológico: Estudio revela una estructuración de un enfoque prospectivo, empleando una táctica observacional y conjuntamente de una medición que es de un estilo



longitudinal ejecutándose en 500 féminas de manera constante. Resultados: La tasa de alteración hematológica en el post alumbramiento de manera precitados que fue del 49%. Las variantes que son de un alto peligro siendo fundamentales constituyeron la insuficiencia hemática anterior al parto y el tipo de resolución del embarazo. Con el uso de fórceps existió un 83% de trastorno anémico posparto, con ventosa obstétrica un 50%, vía abdominal un 60% y mediante parto vaginal sin instrumentación un 40%. En el estudio de regresión múltiple se hallaron como condicionantes independientes más relevantes con respecto al fluido sanguíneo podría de la etapa tres donde en la jornada del alumbramiento (OR: 6,26; IC: 3,93-10,25) y la finalización con instrumentos donde el OR: 4,67; con un rango IC: 3,44-6,79. Otras variables autónomas incluyeron la hemoglobina del tercer periodo gestacional y traumatismos perineales, la procedencia racial, el peso neonatal, la multiparidad y gravemente dañinas la manifestación de molestias que son y/o postnatale. Conclusión: El déficit hemoglobínico que genera los signos anémicos puerperal constituye una complicación prevalente. Las variables más relacionadas fueron el alumbramiento asistido con instrumentos y la carencia eritrocitaria previa al nacimiento. Si las gestantes alcanzaran el momento del parto con valores de hemoglobina $\geq 13,7$ g/dl y optimizáramos la proporción de finalizaciones instrumentadas y abdominales, limitando las incisiones perineales sin incrementar las laceraciones de periné severas, lograríamos una reducción sustancial de la alteración hematológica en el postparto temprano.

Torres. (7) condicionantes obstétricos intraparto relacionados a la anemia en el puerperio inmediato en adolescentes del nosocomio hospitalario de Alto la Paz, en el periodo de enero- diciembre 2020. Objetivo: Reconocer los condicionantes



obstétricos del momento del parto ligados a la insuficiencia hemática en el puerperio inicial en gestantes menores de edad. Procedimiento metodológico, El trabajo presente es de una orientación de enfoque analítico, utilizando una táctica observacional, con una sola medica de un solo periodo, de naturaleza retrospectiva, aplicando el estudio de evaluación con una unidad muestral de 150 individuos de 2 subconjuntos de 75 como la cantidad muestral. Resultados: Los determinantes obstétricos durante el nacimiento que evidenciaron vinculación estadísticamente relevante con la aparición de déficit hemoglobínico en el postparto temprano fueron la laceración perineal de un p igual a 0.000; OR igual 12.17; con un rango de IC 97 %: 5.1–25.8, la expulsión placentaria parcial de un p igual a 0.004; OR igual a 2.64; con un rango de IC 95 %: 1.3–5.1, la inercia del músculo uterino con un p igual a 0.000; OR igual a 13.22; con rangos de IC 95 %: 5.3–32.5 y el proceso de parto extendido con p igual a 0.000; con un promedio de un OR = 9.06; con rangos de IC 95 %: 4.7–19.0. Conclusión: La carencia eritrocitaria constituye una problemática de trascendencia epidemiológica, cuya prevalencia muestra valores inquietantes entre puérperas de edad temprana, sector demográfico notablemente vulnerable a desórdenes hematológicos. En el estudio de variantes durante el alumbramiento, se establecieron como componentes con correlación significativa en la aparición de la alteración hematológica puerperal precoz la ocurrencia de desgarros de la zona perineal, la permanencia de fragmentos placentarios, la pérdida de contractilidad del útero resultado de la inercia uterina y el alargamiento del periodo de parto, representando todos estos condicionantes que aumentan de forma notable la probabilidad de manifestaciones de déficit hemático en el postparto.



Gonzales. (8) Complicaciones presentadas durante el puerperio inmediato en pacientes con antecedente de anemia durante el embarazo, atendidas en un hospital rural. de Chile, 2020. Objetivo: Establecer las eventualidades del puerperio precoz en las pacientes que cursaron con carencia eritrocitaria en el periodo grávido. Procedimientos metodológicos: en medio de esta ejecución se empleó una táctica observacional, con un carácter descriptivo, aplicando una estructuración de estilo retrospectivo de unas medidas de solo periodo, con una unidad poblacional de 700 individuos. Resultados: Las características sociodemográficas prevalentes estuvieron representadas por usuarias con rangos etarios comprendidos entre 15 y 40 años daban un 70 %, con formación escolar básica conforme al 55 %, bajo modalidad de unión libre de un 70 % y orientadas mayormente a actividades domésticas con un porcentaje de 40 %. Respecto a los rasgos perinatales, se evidenció una proporción superior de embarazos múltiples previos con un 50 %, historial de más de tres nacimientos a término con un 45 % y un tiempo gestacional mayor a 36 semanas en la generalidad de las participantes de un 97 %. Conclusión: De manera global, las usuarias dedicadas a labores domésticas, en unión libre, y con antecedentes de multiparidad o nacimientos completos exhibieron las frecuencias más elevadas de adversidades como la permanencia de fragmentos ovulares, la hipotonía miometrial y las laceraciones del periné.

2.1.2. A nivel nacional

Lozano. (9) Factores asociados al desarrollo de anemia en el posparto inmediato en pacientes atendidas en el Hospital José Agurto Tello de Chosica durante el año de estudio. 2020. Objetivo: Identificar si los elementos evaluados configuran factores predisponentes a la alteración hematológica en el puerperio inmediato.



Procedimiento metodológico: La presente indagación muestra una estructuración de un enfoque de estilo cuantitativo aplicando una táctica de modo observacional como instrumentalización para la extracción de información, poseyendo una orientación de carácter analítico, con la aplicación de una sola medición en un solo periodo con una estructuración de carácter retrospectiva.

Resultados: El 52% de la muestra que manifestó déficit hemoglobínico postparto temprano tenía menos de 30 años. La elevada susceptibilidad al déficit hemoglobínico puerperal (incidencia que supera el 57-71%) impacta primordialmente a féminas de menor edad, en cohabitación y dedicadas a labores domésticas, con múltiples gestaciones previas, incrementándose significativamente posterior al alumbramiento complicado/asistido instrumentalmente y la extracción quirúrgica abdominal (78% y 51% respectivamente), siendo la hipohemoglobinemia de grado intermedio más prevalente en intervenciones cesáreas (71.7%). El determinante fundamental y el predictor más influyente constituye la concentración reducida de hemoglobina el día del nacimiento y, particularmente, un descenso postalumbramiento mayor a 1.5 g/dL (OR > 20), agravado por adversidades como la incisión perineal, la pérdida hemática (350-800 ml), y los incidentes adversos o las complicaciones del puerperio como la permanencia de fragmentos placentarios y la inercia miometrial.

Conclusión: Se evidenció una correlación que es relevante entre los valores hemoglobínicos previos al parto y la disminución de dichos niveles en el puerperio inmediato, lo que confirma que esta relación constituye un determinante de riesgo relevante en la propagación de los signos anémicos post-gestacional.



Manrique. (10) Grado de anemia preparto y posparto en embarazadas que acuden a ser atendidas en el Centro de Salud La Oroya 2020. Objetivo. Precisar la severidad de alteración hematológica anterior y subsecuente al nacimiento en pacientes grávidas. Procedimiento metodológico. El estudio refleja una sola medida en un solo periodo empleando una táctica observacional como instrumentalización con un diseño que muestra un carácter descriptivo utilizando una unidad poblacional de 90 féminas que atraviesan por el proceso de embarazo. Resultados: La evaluación evidencia que las pacientes durante el puerperio precoz generalmente son de corta edad, convivientes y realizan tareas del hogar, con escolaridad primaria o secundaria y registro de multiparidad y gestaciones a término, siendo este perfil el más susceptible a padecer eventualidades como la retención de tejido placentario, la inercia uterina y los traumatismos del periné. Paralelamente, la alteración hematológica predomina en gestantes de edad temprana, con nivel medio educativo y en pareja no formalizada, manifestando un estadio de insuficiencia hemática mayormente leve durante el embarazo, pero que se intensifica a moderado en el 70% de los casos en el postparto temprano, lo cual indica una considerable necesidad de supervisión y abordaje oportuno para impedir la progresión de las complicaciones puerperales ya identificadas. Conclusiones. Las pacientes grávidas que presentaron insuficiencia hemoglobínica en el periodo preparto se distinguieron por integrar principalmente un conjunto de edad joven, sostener una condición de pareja no formalizada, poseer instrucción de nivel medio y profesar creencias cristianas. Se identificaron niveles de déficit eritrocitario leves y moderados durante el primero y tercer periodo gestacional; empero, en la fase



postparto se constató un agravamiento en la intensidad del proceso, con predominancia de anemia de grado moderado a grave.

Carbajal. (11) Prevalencia de la anemia en el posparto inmediato (48-72 h), en pacientes atendidas en el Centro de Salud Alto San Martín Arequipa, 2020. Objetivo: valorar la frecuencia del déficit hemoglobínico en el puerperio temprano (48-72 h), Hallar cuales son los determinantes de amenazas y establecer el grado ideal de hemoglobina previo al alumbramiento para disminuir la carencia eritrocitaria. Procedimiento metodológico: Estudio revela poseer una naturaleza de carácter prospectivo, aplicando una táctica de estilo observacional de manera y con una medida de manera longitudinal con una unidad de muestra compuesta por 50 féminas. Resultados La tasa de casos de signos anémicos en el postparto inmediato fue del 57%, estando marcadamente influenciada por el trastorno anémico preparto y el tipo de resolución del embarazo, con el parto vaginal operatorio presentando el índice más alto (78%) de déficit eritrocitario posparto, continuado por cesárea (51%) y parto normal (29%). Las variantes de peligro autónomas más críticas para la carencia hemática puerperal, según el análisis multivariante, fueron los niveles disminuidos de hemoglobina en la jornada del alumbramiento (OR: 6,96) y el antecedente de parto con ayuda instrumental (OR: 4,69), sumado a otros elementos pertinentes como la hemoglobina del tercer periodo, las laceraciones del periné/perineotomía, el peso del recién nacido, la procedencia racial, la multiparidad y las complicaciones intra o postnatales. Conclusiones Los signos anémicos que generan la carencia hemática en el puerperio constituye una patología sanguínea de notable recurrencia dentro del campo gineco-obstétrico. la vinculación estadística resaltan la realización de partos con ayuda instrumental y la manifestación de insuficiencia hemoglobínica



previa al alumbramiento si las gestantes accedieran al trabajo de parto con concentraciones de hemoglobina equivalentes o superiores a 11,6 g/dL, y se perfeccionara la frecuencia de procedimientos instrumentales y cesáreas minimizando la utilización de perineotomías sin aumentar la prevalencia de desgarros perineales de grado considerable, sería viable alcanzar una merma significativa en la proporción de trastorno anémico durante el periodo puerperal precoz, mejorando así el pronóstico materno posterior a la gestación

Romero. (12) Condicionantes clínico-epidemiológicos, indicadores de experiencia de parto positiva y salud perinatal vinculados a la anemia puerperal en pacientes que llegan a ser atendidas en los establecimientos hospitalarios de EsSalud, Hospital, Aurelio Díaz Ufano 2022. Objetivo: examinar las variantes clínico-epidemiológicas, las cuales son los elementos que dan a conocer la situación obstétrica positiva y estado de salud perinatal relacionados con la carencia eritrocitaria puerperal en pacientes. Procedimiento metodológico: Se reveló en la pesquisa un estilo de indagación retrospectivo con un enfoque de manera cuantitativa empleando una medida de un solo periodo Resultados: La pesquisa, que incluyó información de 1,327 nacimientos hospitalarios, mostró que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres presentaron niveles bajos de hemoglobina después de dar a luz, con intensidad media en más del 40% de ellas. Los principales elementos que aumentaron el riesgo de esta condición incluyeron: madres de menor edad, pérdida sanguínea de 350-800 ml, cortes en el perineo y complicaciones durante o tras el nacimiento; poco menos de la mitad de los nacimientos ocurrieron mediante intervención quirúrgica, aunque no se halló relación con las características de los bebés Conclusiones: Los hallazgos de este trabajo revelaron que las madres más jóvenes exhibieron la tasa más



elevada de disminución de glóbulos rojos de categoría intermedia a crítica (51%), demostrando una predisposición aumentada a problemas hematológicos en mujeres al inicio de su vida fértil.

Lujan. (13) Frecuencia y los factores vinculados a la anemia durante el puerperio inmediato en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter, enero – diciembre 2021. Objetivo: Calcular la proporción y los aspectos predisponentes de la hipohemoglobinemia en la fase postparto inmediata. Procedimiento metodológico: Se empleo una táctica observacional, naturaleza de orientación retrospectivo, con una sola medida de un solo instante donde que efectuó una estructuración de manera retrospectiva conforme a un enfoque cuantitativo. Resultados: La incidencia de déficit hemoglobínico durante la etapa postparto temprana alcanzó 243 casos (88.7%), distribuidos en: 142 (58.4%) con niveles intermedios, 98 (38.3%) con grados leves y 8 (3.3%) con manifestaciones graves. Respecto al perfil demográfico, se identificó que el 89.3% tenían menos de 35 años; el 79.8% mantenían uniones de hecho; el 54.7% completaron educación secundaria, mientras que el 40.7% alcanzaron formación superior, y el 73.7% se dedicaban a labores domésticas. Las variables con correlación estadísticamente significativa fueron: número de gestaciones previas ($p=0.004$), incisión perineal ($p=0.000$) y sangrado excesivo tras el alumbramiento ($p=0.000$). Conclusiones: En base a las reiteradas manifestaciones de síntomas anémicos en el periodo puerperal inmediato alcanzó una prevalencia del 88,7 %, reflejando una elevada afectación en la población estudiada. Entre las variantes obstétricas con asociación significativa ($p < 0.05$) se identificaron la paridad, la práctica de episiotomía y la ocurrencia de hemorragia posparto, las cuales se consolidan como factores determinantes en la aparición de esta alteración hematológica.



2.1.3. A nivel regional

Aramayo. (14) Características obstétricas en puérperas, con anemia, con finalización de la gestación por parto o cesárea en el Hospital de Lircay de Huancavelica en el año 2020. Objetivo: Caracterizar y contrastar los rasgos relacionados con la gestación en mujeres postparto que presentan déficit hemoglobínico, cuyo alumbramiento culminó por el conducto vaginal. Procedimiento metodológico: Estudio refleja una formulación de modo retrospectivo, ejerciendo una táctica observacional, donde se empleó una estructuración de estilo descriptivo y donde los subconjuntos son de un enfoque comparativos de pacientes que muestran signos anémicos en el puerperio del alumbramiento. Resultados: La evaluación contrastiva de 162 alumbramientos vaginales y 46 extracciones quirúrgicas abdominales mostró que, aunque el déficit hemoglobínico pregestacional predominó en aquellas con nacimiento natural de un 69.1%, las intervenidas quirúrgicamente exhibieron mayor incidencia de alteraciones tensionales con un 7.4% y sangrados del último trimestre con un 8.7%, resultando la hipohemoglobinemia de grado intermedio notablemente más elevada posterior a la intervención quirúrgica de un 71.7% comparado con el alumbramiento vaginal con un 54.9%. Conclusiones: La incidencia de déficit hemoglobínico postparto mostró variaciones según la modalidad de resolución obstétrica. Variantes como el periodo de vida, nivel educativo alcanzado, hipohemoglobinemia durante la gestación, patología tensional, sangrado del último trimestre e inserción placentaria anómala emergieron como elementos con disparidades estadísticamente relevantes respecto al déficit eritrocitario.



Pacomia. (15) Es un problema de salud pública ya que la anemia es un problema, por la falta de hierro y por ende el incremento de casos de anemia, debido a la expansión de la masa eritrocitaria de la placenta y el feto, de los hospitales referenciales de Puno-Perú 2021. Objetivo: Encontrar qué aspectos se conectan con la carencia de hemoglobina en mujeres gestantes de hospitales principales. Procedimiento metodológico. Estudio mostro desempeñar una estructuración de modo descriptivo, y con una dirección de enfoque retrospectivo. trabajando con una unidad muestral de 3192 Considerándose las variantes nivel de hemoglobina, Resultados: Se documentó 31.4% de hipohemoglobinemia, con asociación significativa a la duración gestacional, IMC preconcepcional y partos previos de un p menor a 0,001. La frecuencia de anemia gestacional difirió notablemente por trimestre ($p < 0,05$) y multiparidad ($p < 0,05$): menor en nulíparas, mayor en gran múltiparas. Sin diferencias relevantes por edad materna, intervalo intergenésico o escolaridad ($p > 0,05$). Conclusión: Se ha demostrado una incidencia incrementada de déficit hemoglobínico en embarazadas a medida que progresa el periodo de gravidez, tornándose particularmente pronunciado durante el último trimestre; igualmente en mujeres con bajo peso corporal preconcepcional (< 18.5) y aquellas con múltiples gestaciones previas. La hipohemoglobinemia durante el embarazo se vinculó con variables como semanas de gestación, el volumen de bebé recién alumbrado e historial obstétrico.

Mamani. (16) Influencia de la anemia del embarazo sobre los resultados perinatales en pacientes atendidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón De Puno. 2022. Objetivos: determinar cómo la carencia de glóbulos rojos en el embarazo afecta los desenlaces del periodo perinatal en mujeres gestantes. Procedimiento



metodológico: La pesquisa mostrada es de un modo descriptivo de una formulación de compuesta de una naturaleza cuantitativa con una unidad muestral de 106 casos. Resultados: En cuanto a la severidad de la deficiencia eritrocitaria, el 48% de las gestantes presentaron formas ligeras, el 34% intensidad media y el 18% expresiones graves. Las consecuencias prenacimiento (edad gestacional reducida 7%, sufrimiento del bebé en útero 6% y/o fallecimiento intrauterino 1%) se asociaron con las variantes de carencia hemoglobínica gestacional, deteriorando los resultados perinatales. Los efectos postnacimiento (dificultad respiratoria neonatal 2%, niveles bajos de azúcar 1%, peso inadecuado al nacer 4%, infección del recién nacido 4% y valoración de Apgar reducida 7%) guardaron relación con las modalidades de anemia prenatal, perjudicando los desenlaces perinatales. Conclusión: El estudio confirmó la repercusión del déficit hemoglobínico grave gestacional en complicaciones perinatales: parto mostró sufrimiento fetal; posparto evidenció sepsis neonatal, insuficiencia respiratoria, bajo peso natal y puntaje Apgar disminuido.

Núñez. (17) Factores asociados a la anemia puerperal en pacientes de los hospitales referenciales de Puno-Perú 2022. Objetivo: Encontrar qué variantes que se vinculan con los signos anémicos después del alumbrados de las féminas de los hospitales. Procedimiento metodológico: La pesquisa muestra una formulación de orientación descriptiva, y con una dirección de un enfoque retrospectivo trabajando con una unidad de muestra de 150 historias clínicas. Resultados: Se identificó una prevalencia del 31.4% de déficit hemoglobínico en las participantes estudiadas, evidenciándose correlación estadísticamente relevante entre la ocurrencia de hipohemoglobinemia con semanas de embarazo, el calcular cual es el peso previo a la fecundación y antecedentes



obstétricos con un p menor a 0,001. La proporción de mujeres grávidas con niveles bajos de glóbulos rojos varió considerablemente según trimestre gestacional de un p menor a 0,05 y cantidad de gestaciones previas con un p menor a 0,05, resultando inferior en aquellas con primer embarazo y superior en multíparas de alto orden. No se observaron variaciones importantes en la frecuencia de embarazadas con carencia eritrocitaria respecto a años de vida materna, intervalo entre nacimientos ni formación académica alcanzada ($p > 0,05$). Conclusiones: El trabajo validó la consecuencia del trastorno anémico grave prenatal en complicaciones materno fetales al anterior al parto exhibió compromiso fetal; subsecuente al alumbramiento evidenció septicemia del recién nacido, insuficiencia pulmonar, peso neonatal disminuido y puntaje de Apgar reducido con un déficit hemoglobínico durante la gravidez se relacionó con los determinantes tiempo gestacional, IMC antes del embarazo y paridad, y su incidencia en la anemia del puerperio

Tiznado. (18) Prevalencia de anemia puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud Chejoña, Puno, septiembre 2020 a febrero 2022. Objetivo: Hallar la prevalencia de déficit hemoglobínico por carencia de hierro en usuarias jóvenes y puerperio temprano. Procedimiento metodológico: Es un estudio revela un enfoque de manera cuantitativa, empleando una táctica observacional, empleando una formulación descriptiva y con una sola medida en un solo periodo de tiempo. con una unidad poblacional 105 féminas que atravesaban por el periodo gestacional de medir la prevalencia de déficit hemoglobínico. Resultados: Del total de usuarias en etapa puerperal, el 70% manifestó déficit de hierro dentro de la investigación según pruebas de hemoglobina. Se evidenció que los determinantes de riesgo relevantes en este análisis fueron el



desconocimiento sobre la carencia férrica (no poseen información), y la nutrición inadecuada tanto en embarazadas como en postparto. La proporción mayoritaria de las pacientes puérperas de esta investigación exhibieron anemia ferropriva, de las cuales el 90% carecían de información sobre el déficit de hierro. El 50% de las participantes. Conclusión: La ausencia de información acerca del déficit de hierro, sumada a un consumo alimentario deficiente durante el embarazo y la fase postparto, representan determinantes de riesgo de gran significancia para la manifestación de esta insuficiencia hemática.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Características de puérperas inmediatas

Las particularidades poblacionales de las usuarias en postparto inmediato pueden abarcar edad cronológica, formación académica y situación conyugal. Según las particularidades individuales y las características gineco-obstétricas. Dentro de los rasgos de las usuarias en postparto inmediato se incluyen las características personales; puesto que la carencia eritrocitaria es una alteración que se identifica por la fabricación reducida de glóbulos rojos en comparación con lo habitual. En el contexto de las mujeres en postparto, el déficit hemoglobínico puerperal constituye un fenómeno que puede ser común, pero ocasionalmente se minimiza; además resulta fundamental contemplar los rasgos individuales como los siguientes: Años de vida de las puérperas, en cada situación la carencia eritrocitaria postparto puede manifestarse en usuarias que experimentaron una pérdida significativa de sangre o que ya padecían insuficiencia hemática previamente o durante la gestación; esto puede ocurrir en cualquier etapa vital, según el origen del sangrado que la paciente haya experimentado. (19)



Las manifestaciones habituales comprenden cansancio, estado depresivo y palidez cutánea, la estabilidad emocional es importante por lo cual es necesario valorar la condición conyugal, dado que constituye uno de los determinantes vinculados al déficit hemoglobínico puerperal, donde la carencia de pareja representa un elemento que puede favorecer la aparición de anemia posparto, mientras que la estabilidad psicológica y matrimonial contribuye a la recuperación de la puérpera, esta es prevalente y afecta entre el 50% y 80% de las mujeres en un ámbito global, siendo la ausencia de suministros de fluidos sanguíneos la etiología primordial. (19)

Los signos abarcan agotamiento y disnea. Las pacientes con insuficiencia hemática puerperal tienen mayor riesgo de adquirir infecciones. Asimismo, es preciso señalar la procedencia de la puérpera, ya que el déficit eritrocitario postparto o del puerperio inicial representa un desafío de sanidad de un contexto mundial que influye a las féminas de varios países tanto emergentes de como los que son de una categoría de avanzados. En cuanto a la anemia del postparto temprano, en naciones en desarrollo hasta el 80% de las pacientes sufre carencia hemática postparto, en contraste con los países desarrollados donde hasta el 50% de las mujeres presenta déficit hemoglobínico posparto o del puerperio inmediato. (19)

En Alemania, el 22% de las usuarias presentan déficit hemoglobínico postparto entre 24 y 48 horas posteriores al alumbramiento. En Perú, una investigación retrospectiva evidenció que, de 2990 féminas tras parto vaginal, el 52,1% de las pacientes se encontraban con carencia eritrocitaria 24 horas después del nacimiento. El nivel educativo de la puérpera constituye otro determinante



relevante, dado que el grado de formación contribuye a que participe en su autocuidado y también en una alimentación adecuada. (19)

La evidencia científica respalda que la carencia de glóbulos rojos tras el alumbramiento se asocia con diversos elementos, incluyendo la instrucción educativa de la progenitora a medida que aumenta la escolaridad se observa mejor planificación prenatal y del nacimiento, junto con mayor atención dietética, indicando que el déficit hemático en mujeres con formación superior es reducido, las gestantes de estudios secundarios completos presentan manifiestan anemia puerperal precoz, influenciada por complicaciones durante el parto, siendo la pérdida sanguínea una causa habitual de hipohemoglobinemia posparto. (19)

La deficiencia de hierro y otras deficiencias de micronutrientes son causas comunes de anemia posparto. La anestesia general y la cesárea de emergencia son factores que pueden predisponer a la anemia posparto. En medio de un rango de periodo gestacional femenino en menor a los 24 meses es un componente que puede predisponer a la anemia posparto y la ausencia de pareja marital es un factor que puede predisponer a la anemia posparto. Los elementos obstétricos influyen de manera directa en la hipohemoglobinemia en el periodo posparto inmediato, condición que genera la atención sanitaria del estado público que puede estar asociado con los determinantes obstétricos como el sangrado en unidades excesivas tras el alumbramiento y también en el proceso de la dilatación y expulsión extendidas. Los peligros obstétricos asociados a la APP son: Hemorragia posparto, atonía uterina, proceso de alumbramiento extendido, ruptura precoz de las membranas fetales, lesión del área donde se localiza vagina, cesárea. (19)

2.2.2. Anemia posparto y complicaciones

La manifestación inesperada de anemia posparto representa una problemática sanitaria de creciente magnitud a nivel global, cuya incidencia se ha intensificado en diversos contextos geográficos donde dicha condición se vincula estrechamente con un incremento en los índices de morbilidad materna durante el periodo posterior al alumbramiento, la asistencia prenatal oportuna y de calidad constituye un componente esencial para la prevención de alteraciones gestacionales y trastornos hematológicos, cabe destacar que la deficiencia anémica en la fémina que se encuentra embarazada incide de manera inmediata tanto en su condición fisiológica como en la evolución apropiada del embrión, comprometiendo el equilibrio homeostático progenitora-feto. (20)

2.2.3. Importancia de la atención prenatal.

La atención prenatal reviste una trascendencia fundamental, pues garantiza el resguardo del bienestar fisiológico tanto de la gestante como del feto a lo largo del proceso de gestación. Asimismo, posibilita el diagnóstico precoz y el abordaje a tiempo de complicaciones clínicas antes de que evolucionen hacia cuadros de mayor complejidad. Entre sus múltiples beneficios destacan la prevención de eventualidades obstétricas, la detección precoz de disfunciones orgánicas, la intervención anticipada ante posibles complicaciones y la orientación a la madre respecto a conductas protectoras para el desarrollo fetal. De igual modo, contribuye a disminuir la probabilidad de parto pretérmino y de bajo peso neonatal. En otro plano, la atención prenatal permite efectuar una valoración



integral del estado nutricional y fisiológico materno, incluyendo exploraciones físicas mamarias y pélvicas, pruebas serológicas para VIH y sífilis, estudios ecográficos destinados a monitorear el crecimiento fetal, control de la presión arterial y del índice ponderal materno, así como análisis urinarios orientados a detectar la presencia de glucosa y proteínas que podrían evidenciar alteraciones metabólicas o renales. Es muy importante destacar sobre cuándo comenzar el monitoreo adecuado lo normal es comenzar la atención prenatal en cuanto se sospecha un embarazo. Durante el segundo trimestre, se pueden tener chequeos para el cuidado de la fémina en un estado de gestación temprana más o menos cada mes. La OMS señala que el cuidado prenatal debe ser una prioridad para prevenir la morbilidad materna y perinatal. (21)

El intervalo intergestacional constituye el lapso que transcurre entre una gestación y la siguiente, mientras que el déficit hemoglobínico puerperal representa una condición que puede impactar a las usuarias posterior al alumbramiento. Ambos elementos son relevantes dado que pueden incidir en el bienestar materno-infantil.

El intervalo intergestacional entre embarazos resulta fundamental para programar gestaciones subsecuentes a partos, cesáreas y pérdidas gestacionales. Un intervalo intergestacional extenso (superior a 48 meses) puede incrementar el riesgo de preeclampsia, mientras que un lapso breve puede elevar la probabilidad de nacimiento pretérmino, peso neonatal reducido, muerte fetal intraútero y mortalidad neonatal temprana. La carencia eritrocitaria materna puede ocasionar agotamiento, sobrecarga cardiovascular, alteración



tiroidea e inmunológica, además de aumentar el riesgo de transfusión hemática, hemorragia postparto y depresión puerperal.

La insuficiencia eritrocitaria puerperal se correlaciona con alteraciones ventilatorias, fatiga pronunciada, incremento en la frecuencia cardíaca y predisposición elevada a cuadros sépticos en el organismo materno. Su protocolo de intervención puede incorporar la infusión de hemocomponentes o la provisión de sales ferrosas, tácticas enfocadas en reestablecer los parámetros de hemoglobina circulante y neutralizar repercusiones multisistémicas. (21)

Cantidad de embarazos, el déficit hemoglobínico durante la gestación y el puerperio puede generar repercusiones severas para el bienestar materno-infantil. Si la cantidad de gestaciones supera las 3 y ocurren con intervalos breves, se eleva las posibilidades de manifestar complicaciones de carencia eritrocitaria que se atraviesa por medio del estado de gestacional y aún más posterior al alumbramiento. (22)

Puede incrementar la amenaza de pérdida gestacional, mortalidad neonatal, sangrado e infecciones durante el alumbramiento; puede elevar la probabilidad de nacimiento pretérmino, peso neonatal reducido y retardo en el desarrollo; puede aumentar la susceptibilidad a trastorno depresivo puerperal; puede incrementar el peligro de deceso del recién nacido inmediatamente previo o subsecuente al alumbramiento.

La carencia de fluido sanguíneo que transita en el torrente después del nacimiento puede impactar considerablemente la salud completa de la mujer, afectando tanto su condición corporal como su estabilidad emocional y mental posterior al parto. Este trastorno sanguíneo se expresa a nivel clínico a través de



aceleración del ritmo cardíaco, mareos recurrentes, cansancio intenso, disminución de la capacidad mental y dificultad respiratoria, evidenciando una repercusión directa en el desempeño materno durante las primeras horas tras el alumbramiento. (22)

La cantidad de alumbramientos constituye otro elemento relevante a considerar, en vista de que la multiparidad incrementa sustancialmente la susceptibilidad se manifiesta un compromiso en la aptitud de oxigenación tisular, evento que se correlaciona con el consumo acumulativo de elementos traza y existencias de hierro corporal durante gestaciones múltiples. Paralelamente, la canalización predominante de los sustratos nutricionales maternos hacia los requerimientos biológicos del embrión en formación genera una perturbación marcada de los parámetros plasmáticos de hierro y proteína transportadora de oxígeno, deteriorando consecuentemente la capacidad de perfusión oxigenada hacia las estructuras somáticas maternas. (22)

El trastorno o alteración de las producciones de los globulos rojos representa la alteración sanguínea más frecuente durante el embarazo. Los factores causales principales del déficit patológico de células transportadoras de oxígeno se relacionan fundamentalmente con el agotamiento de las reservas corporales de ácido fólico y el hierro, indispensables para la formación de eritrocitos. (22)

Dentro de las complicaciones negativas originadas por la carencia de glóbulos rojos en mujeres embarazadas sobresalen el nacimiento anticipado, el desprendimiento temprano de la placenta, el peso reducido del recién nacido y los altos índices de fallecimiento materno e infantil, estableciendo un panorama

de considerable impacto sanitario y del parto que resalta la seriedad de este trastorno sanguíneo en el ámbito del embarazo y nacimiento. (22)

2.2.4. Placenta previa

La inserción placentaria baja puede incrementar el riesgo de déficit hemoglobínico tanto en la madre como en el producto gestacional. En la gestante, la placenta de localización anómala puede ocasionar carencia eritrocitaria puerperal con la alteración hematológica severa o sin tratamiento durante la gestación puede aumentar la pérdida sanguínea durante el alumbramiento donde la insuficiencia hemática postparto puede requerir hemotransfusión con respecto al feto, el 10% de los neonatos nacidos tras placenta de implantación baja pueden presentar anemia considerable. (23)

La falta de células sanguíneas en el bebé recién nacido es un elemento clave de peligro para la muerte cerca del momento del parto. Los bebés de madres con placenta posicionada muy abajo tienen mayor facilidad de nacer antes de tiempo, de no crecer bien dentro del útero y de sufrir problemas graves para respirar, mostrando un efecto importante en las probabilidades de que el bebé sobreviva y se adapte bien después de nacer. (23)

La implantación placentaria baja se identifica como la anomalía placentaria más frecuente asociada al desarrollo de anemia neonatal. Es imprescindible considerar ciertos factores predisponentes que incrementan el riesgo de placenta previa, entre los cuales se incluyen la alta multiparidad, antecedentes de cesárea, alteraciones estructurales uterinas, cirugías uterinas previas, consumo de tabaco, gestaciones múltiples y la edad materna avanzada, todos

ellos elementos que potencian la vulnerabilidad del órgano placentario y elevan la probabilidad de complicaciones hematológicas en el neonato (23)

2.2.5. Desprendimiento de placenta normoinserta

La rotura prematura del saco amniótico en placentas con implantación habitual puede derivar en déficit hemoglobínico en la madre, si bien aún no se ha demostrado con certeza su influencia sobre la aparición de anemia fetal, dejando pendiente la determinación de su repercusión directa en los parámetros eritrocitarios neonatales. El abruptio placentae puede provocar insuficiencia hemática materna derivada de la hemorragia. La hemorragia significativa puede inducir shock hipovolémico, alteraciones coagulativas, insuficiencia renal u otras complicaciones sistémicas graves; en escenarios de máxima gravedad, puede ser necesaria la transfusión sanguínea o incluso la histerectomía como medida terapéutica urgente para preservar la estabilidad materna (24)

La desconexión precoz de la placenta con inserción eutópica, designada como abruptio placentae, se caracteriza como la disrupción fragmentaria o íntegra del anexo placentario normalmente implantado, manifestado con anterioridad a la salida del producto gestacional, representando una urgencia tocológica significativa de gravedad para el binomio materno-fetal. Esta condición constituye una de las causas más significativas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, especialmente en gestaciones pretérmino, y se presenta en aproximadamente 0,4–1 % de las gestantes, configurando un cuadro obstétrico de alta repercusión clínica. (24)

Al producirse, se vincula con probabilidad incrementada de hemorragia, coagulación intravascular diseminada, múltiples transfusiones hemáticas, shock



por hipovolemia, falla renal, síndrome de distrés respiratorio del adulto, insuficiencia de múltiples órganos, extirpación uterina periparto y, ocasionalmente, el fallecimiento. En este conjunto de las féminas se identifica un incremento en los índices de fallecimiento general, evidenciándose en etapas más precoces de la vida, posiblemente relacionado con la existencia de trastornos circulatorios de base que elevan la susceptibilidad ante complicaciones médicas desfavorables. La morbilidad perinatal asociada se relaciona con la disminución de oxígeno, asfixia neonatal, peso reducido al nacer, alumbramiento anticipado, limitación del desarrollo del producto gestacional en situaciones prolongadas y fallecimiento perinatal. En países desarrollados ocasiona el 10% de los alumbramientos anticipados y 10-20% de los decesos perinatales (24)

2.2.6. Atonía uterina

La hipotonía miometrial puede ocasionar déficit hemoglobínico puerperal. La inercia uterina constituye la falta de capacidad del útero para contraerse posterior al alumbramiento, lo cual puede generar hemorragias excesivas. La carencia eritrocitaria postparto es habitual después de un episodio de falta de contracción uterina. La alteración hematológica severa puede precisar hemotransfusiones. La mayoría de las usuarias con insuficiencia hemática leve a moderada resuelven el trastorno con suplementación férrica oral. (25)

La administración de hierro endovenoso constituye una alternativa para acelerar la recuperación. La hipotonía miometrial representa la etiología más común de sangrado postparto (SPP). El SPP es un determinante significativo de mortalidad materna. La identificación y el abordaje tempranos resultan fundamentales. (25)

La administración de agentes uterotónicos debe integrarse de manera estratégica dentro del protocolo asistencial. Entre las circunstancias que favorecen la pérdida de tonicidad miometrial se incluyen la sobredistensión uterina, la fatiga de la musculatura miometrial y así como el presentar corioamnionitis, condicionantes que incrementan los riesgos de complicaciones posparto. (25)

2.2.7. Retención de placenta y restos

La permanencia al saco de revestimiento placentario y fragmentos placentarios pueden ocasionar sangrado posparto, el cual constituye un determinante relevante de déficit hemoglobínico puerperal con una retención del órgano placentario representa una complicación que sucede cuando la placenta no se expulsa espontáneamente después del alumbramiento donde la capa de placenta acreta (placenta adherida anormalmente) puede dejar residuos en el útero posterior al parto, lo que incrementa la probabilidad de hemorragia mostrando que el sangrado puerperal constituye una causa significativa de mortalidad materna. La insuficiencia de hemoglobina en el período posnatal inmediato representa una condición de considerable peso médico dentro del segmento poblacional de mujeres en capacidad reproductiva, planteando un problema significativo para el cuidado materno y precisando abordajes preventivos y de atención adecuados en el momento indicado (26)

2.2.8. Laceración del tracto genital

Una laceración vaginal acontece durante el alumbramiento, denominado también traumatismo perineal del conducto genital, constituye una ruptura en el tejido

(cutáneo y muscular) circundante a la vagina y la zona perineal representa el territorio anatómico situado entre la apertura vaginal y el conducto anal. Mediante un nacimiento por vía vaginal, la piel vaginal se prepara para el parto mediante adelgazamiento, lo cual genera, según la gravedad del desgarro, sangrado y si este no es manejado oportunamente, ocasiona déficit hemoglobínico en el puerperio temprano, por carencia de hematocrito y hemoglobina. (27)

2.2.9. Trastornos de la coagulación

Las variaciones conforme a la hemostasia ocurren cuando el cuerpo es incapaz de generar cantidades adecuadas de las proteínas requeridas para facilitar la coagulación sanguínea y el cese del sangrado. Estas proteínas se denominan factores hemostáticos. Esta patología debe ser manejada por especialistas, dado que se complica rápidamente con déficit hemoglobínico postparto o puerperio temprano (28)

2.2.10. Anemia

La carencia eritrocitaria postparto constituye una patología sanguínea de alta incidencia, determinada por la falta y por ende la disminución marcada de las concentraciones de hemoglobina en el periodo posterior al alumbramiento. Su etiología se relaciona fundamentalmente con la disminución continua de hierro sistémico o con hemorragias sustanciales producidas durante el proceso obstétrico, factores que comprometen la adecuada perfusión tisular de oxígeno y el balance fisiológico de la progenitora. (29)

2.2.11. Factores de riesgo

- Anemia del embarazo



- Partos múltiples
- Sangrado antenatal
- Parto instrumentado. (30)

2.2.12. Grado de severidad

a) Grado leve

El déficit hemoglobínico puerperal de grado leve se caracteriza por niveles hemáticos menores a 12 g/dL, manifestando una perturbación en el equilibrio de glóbulos rojos materno. Esta patología puede generarse tanto por sangrados ocurridos durante el proceso del nacimiento como por una carencia en el consumo o absorción de hierro durante el periodo de embarazo y anterior a este, elementos que afectan directamente la función de producción sanguínea del cuerpo. (31)

Síntomas

- Cansancio extremo.
- Astenia.
- Vértigo o sensación de inestabilidad.
- Cefalea.
- Palidez cutánea o tonalidad icterica.
- Disnea.
- Deseo compulsivo de consumir hielo (pagofagia). (31)

Tratamiento

El manejo terapéutico con una reiterada escasez conforme a la poca administración hierro consiste en la provisión de suplementos de hierro,

habitualmente conocidos como tabletas férricas o hierro oral. El proceso de recuperación de las reservas orgánicas de este elemento generalmente requiere un lapso aproximado de tres a seis meses, según el nivel de carencia y la respuesta eritropoyética individual. (32)

Consecuencias

El déficit hemoglobínico puerperal puede afectar tanto la condición física como el bienestar mental de la gestante, representando una alteración con diversas consecuencias fisiopatológicas. Esta patología se relaciona con la manifestación de signos clínicos adversos, entre los cuales resaltan el aumento de frecuencia cardíaca, episodios de mareo, cansancio persistente, alteración de la atención y dificultad respiratoria derivada de la disminución continua en la perfusión del traslado de partículas de fuentes de oxígeno. (33)

b) Anemia Moderada

El déficit hemoglobínico puerperal de intensidad moderada se distingue por exhibir valores hemáticos entre 8 y 10.9 g/dL, lo cual demuestra una perturbación considerable en la función sanguínea materna. Esta patología puede afectar de forma adversa tanto el estado orgánico como el balance psicoemocional de la mujer en postparto, produciendo un efecto notable en su recuperación y bienestar global durante el periodo puerperal. (34)

Síntomas

- Cansancio extremo.
- Inestabilidad vestibular intermitente.
- Palpitaciones o arritmias.

- Declive en las capacidades de concentración y razonamiento.
- Disnea de esfuerzo.
- Astenia crónica.
- Vulnerabilidad incrementada frente a procesos infecciosos de vías aéreas superiores, representan el patrón sintomático habitual de esta patología hemática (35)

Factores de riesgo

Hemorragia intraparto, implantación placentaria baja (placenta previa), deficiencia hematológica durante la gestación, gestaciones múltiples, ascendencia afrodescendiente y episodios de hemorragia ocurridos en el periodo antenatal. (35)

Tratamiento

El tratamiento es la administración oral de preparados férricos: sulfato, fumarato o gluconato de hierro o complejo de polimaltosa férrica, Infusiones sanguíneas, tratamiento con eritropoyetina, medidas preventivas, ingerir complementos profilácticos orales de hierro (30-50 mg/día) desde el inicio del embarazo, aplicar vigilancia obstétrica en gestaciones con riesgo de complicaciones, el déficit de hierro eleva el riesgo de desarrollar depresión tras el parto y representa un factor que favorece la interrupción prematura de la lactancia natural. (36)

c) Severo

La poca generación de hemoglobina tras el parto constituye una condición clínica de considerable severidad se distingue por exhibir valores inferiores a 8g/dl que

en numerosas ocasiones demanda la implementación de terapia hemotransfusional y la administración de intervenciones complementarias, dirigidas a recuperar los niveles eritrocitarios y prevenir el desarrollo de complicaciones orgánicas derivadas (37)

Síntomas

- Palpitaciones
- Mareos
- Debilidad
- Dificultad para concentrarse
- Disnea
- Latidos del corazón rápidos
- Presión arterial baja. (38)

Factores de riesgo

Entre los determinantes de riesgo principales vinculados al déficit hemoglobínico puerperal se reconocen el sangrado postparto, la hipotonía miometrial, la vía abdominal, la inserción placentaria baja, la carencia eritrocitaria durante la gestación, los alumbramientos múltiples, el origen étnico africano y la hemorragia prenatal, los cuales elevan considerablemente la posibilidad de pérdida sanguínea excesiva y, consecuentemente, de reducción crítica en las concentraciones hemáticas maternas. (39)

Tratamiento

El manejo del déficit hemoglobínico puerperal grave puede comprender hemotransfusiones, derivados plasmáticos, expansores del volumen



intravascular, suplementación férrica y tratamiento con eritropoyetina, los cuales se emplean conforme a la severidad de la manifestación clínica con el objetivo de recuperar las concentraciones hemáticas, optimizar la perfusión de oxígeno a los tejidos y promover el restablecimiento hemodinámico de la usuaria. (40)

Frecuencia

Se estima que alrededor de la mitad de las usuarias presenta déficit hemoglobínico en las primeras 48 horas subsecuentes al nacimiento, condición que, en gran parte de las ocasiones, suele resolverse de forma espontánea durante la primera semana puerperal. Sin embargo, en determinadas circunstancias clínicas, puede progresar hacia una complicación de naturaleza grave, afectando el equilibrio fisiológico y la salud materna. (41)

Consecuencias

El déficit hemoglobínico puerperal severo repercute de forma considerable en el balance orgánico y emocional de la puérpera, modificando su capacidad de funcionamiento y su estado psíquico. La existencia de carencia eritrocitaria durante el embarazo o en la fase postparto se ha vinculado con una mayor probabilidad de manifestar alteraciones del estado de ánimo, especialmente depresión puerperal, producto de la reducción del suministro de oxígeno cerebral y al desgaste metabólico resultante del post parto. (42)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Anemia

La hipohemoglobinemia constituye un trastorno caracterizado por la reducción de eritrocitos funcionales en el organismo. Esta deficiencia genera una



oxigenación inadecuada de los tejidos, manifestándose clínicamente mediante fatiga y astenia. (43)

2.3.2. Características

La expresión "característica" halla su procedencia etimológica en la conjunción del lexema heleno kharax, asociado a una impronta o rasgo identificador, junto al sufijo (ter), que le atribuye calidad de operador o agente. (44)

2.3.3. Puérperas inmediatas

La fase puerperal inicial comprende el primer segmento del ciclo postnatal, incluyendo las primeras 24 horas tras el parto. Durante este tiempo, el organismo materno transita por un proceso de normalización biológica y equilibrio interno, dirigido a restituir las funciones vitales afectadas por el esfuerzo del nacimiento, (45)

2.3.4. Relacionadas

Establecer relación entre personas, entidades, nociones o sucesos, supone vincular, relacionar, ligar, fusionar, ensamblar, enlazar o coordinar componentes heterogéneos, con la finalidad de construir un sistema consistente de reciprocidad o conexión operativa entre dichos elementos. (46)

2.3.5. Severidad

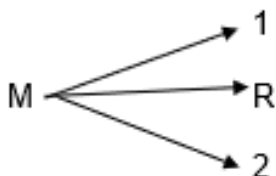
Alude a la severidad y escrupulosidad en el cumplimiento exacto de regulaciones, directrices o códigos legales, caracterizándose por una conformidad absoluta y sin variaciones respecto a las pautas instituidas, evidenciando un nivel superior de exactitud y obediencia reglamentaria en su aplicación. (47)

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación con un diseño no experimental, debido a que se hizo la recolección de la información de un elemento en su contexto natural sin manipular las variables. Fue de tipo asociativo y descriptivo, ya que buscó la identificación la asociación entre las características de las puérperas inmediatas y la presencia de anemia.



Donde:

M: muestra

1: Variable 1: Características de puérperas inmediatas

R: Grado de relación y su tipo

2: Variable 2: Anemia



3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio correspondió a una investigación de tipo básico, que se muestra un enfoque relacional y transversal, ya que se desarrolló en un único momento temporal durante el año 2024.

3.3. ENFOQUE:

Se utilizó un enfoque cuantitativo, pues los datos se midieron y analizaron numéricamente mediante técnicas estadísticas

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

Este grupo de la población se conformó por 100 pacientes con diagnóstico de anemia después del periodo del parto inmediato atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2024.

Fuente: Archivos de la Unidad de Estadística e Informática, Redes San Román - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

3.4.2. Muestra:

Se trabajó con el 100% de la población de pacientes, con diagnóstico de anemia en pacientes puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de Juliaca.

Fuente: Archivos de la Unidad de Estadística e Informática, Redes San Román - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

Criterios de exclusión

- Gestantes ni puérperas que no padecen de anemia atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

Ámbito de estudio:

La investigación fue desarrollada en el servicio de Obstetricia, del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024, una vez aprobada la ejecución de la propuesta se ejecutará en 60 días calendario hasta terminar el informe.

3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**3.5.1. Técnica:**

Se empleó la técnica de análisis documental, que permitió revisar de manera sistemática las historias clínicas de las pacientes, extrayendo los datos necesarios para responder a los objetivos de investigación.

VARIABLE 1: Características de puérperas inmediatas (edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, número de gestaciones, número de partos, controles prenatales, complicaciones obstétricas como placenta previa, atonía uterina, desprendimiento de placenta, retención de restos, laceraciones y trastornos de coagulación).

TÉCNICA 1: Análisis documental

VARIABLE 2: Anemia (clasificada en leve, moderada y severa según concentración de hemoglobina, de acuerdo con los criterios de la OMS).

TÉCNICA 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

El instrumento que se ha utilizado es una ficha de recolección de datos que se encuentra estructurada, elaborada de acuerdo a las variables e indicadores definidos en la matriz de operacionalización. Su aplicación permitió uniformizar el registro de datos y facilitar el análisis estadístico posterior.

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Variable 2: Ficha de recolección de datos

3.5.3. Procesamiento de la información:

La recolección de los datos ha sido codificados e ingresados en una base de datos en SPSS versión 25. Posteriormente se aplicaron estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes) y la prueba estadística de Chi cuadrado (X^2) para establecer asociaciones entre las variables, con un nivel de significancia del 95% ($p < 0,05$).

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD

3.6.1. Validación

Para la obtención de los datos se han tenido que someter al juicio de los expertos. Tres médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia evaluaron el instrumento bajo criterios de claridad, pertinencia, coherencia interna y relevancia de los ítems. Tras incorporar sus observaciones, el instrumento alcanzó un nivel de validez considerado alto, quedando apto para su aplicación.

3.6.2. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual alcanzó un valor de 0,76 considerando los seis ítems



analizados (edad, estado civil, numero de gestaciones, número de partos, laceración del tracto genital y grados de anemia). En la metodología de acuerdo a la literatura se han obtenido valores que son mayores a 0,70 se consideran aceptables, lo cual no indica que el presente instrumento tiene un nivel adecuado con una consistencia de modo interno adecuado para los fines de la presente investigación.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,762	6



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. Relación entre la edad materna y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

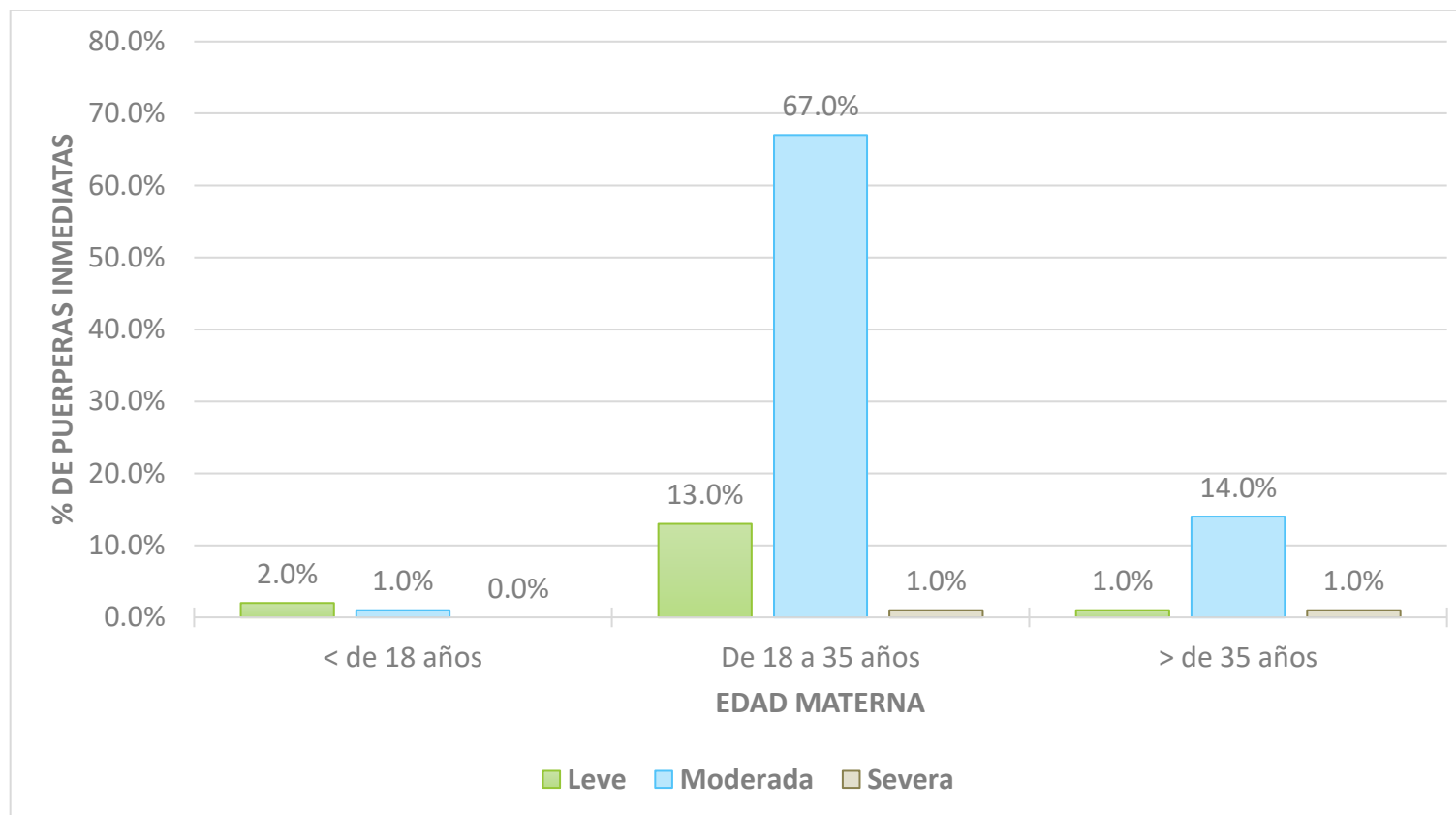
Edad	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< de 18 años	2	2.0	1	1.0	0	0.0	3	3.0
De 18 a 35 años	13	13.0	67	67.0	1	1.0	81	81.0
> de 35 años	1	1.0	14	14.0	1	1.0	16	16.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 8,437$ $P= 0,077$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 9,49$ $G/= 4$

Figura 1. Relación entre la edad materna y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 1

INTERPRETACIÓN:

En relación entre la edad materna y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas, donde se observó que el 81,0% de las pacientes tenía entre 18 y 35 años, el 16,0% era mayor de 35 años y el 3,0% menor de 18 años. Entre las pacientes que presentaron anemia moderada, el 67,0% correspondió al grupo de 18 a 35 años, el 14,0% a mayores de 35 años y el 1,0% a menores de 18 años. En el caso de la anemia leve, el 13,0% se presentó en el grupo de 18 a 35 años, el 2,0% en menores de 18 años y el 1,0% en mayores de 35 años. Para la anemia severa, se reportó un 1,0% en el grupo de 18 a 35 años y un 1,0% en mayores de 35 años.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=8,437$ menor que $X^2_{tab}=9,49$, con $gl=4$ y $p=0,077$, lo que indica que la relación no es significativa; por lo tanto, la edad materna no se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Conforme a **Romero** (12), el déficit hemático de intensidad media y severa ocurre con mayor recurrencia en mujeres más jóvenes, lo que difiere de los descubrimientos de este trabajo, donde no se halló relación estadística significativa entre la edad y la gravedad de la carencia eritrocitaria. Del mismo modo, **Pacompia** (15) reconoció que la multiparidad y la etapa gestacional exhiben asociación con la anemia, aunque no siempre de forma directa con los años cumplidos. Estos hallazgos sugieren que la edad materna no sería un factor determinante para la severidad de la anemia, y que variables como las complicaciones intrapartos, la atención prenatal insuficiente o el número de gestaciones podrían tener un papel más relevante en la aparición de casos moderados y severos.



TABLA 2. Relación entre el estado civil y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

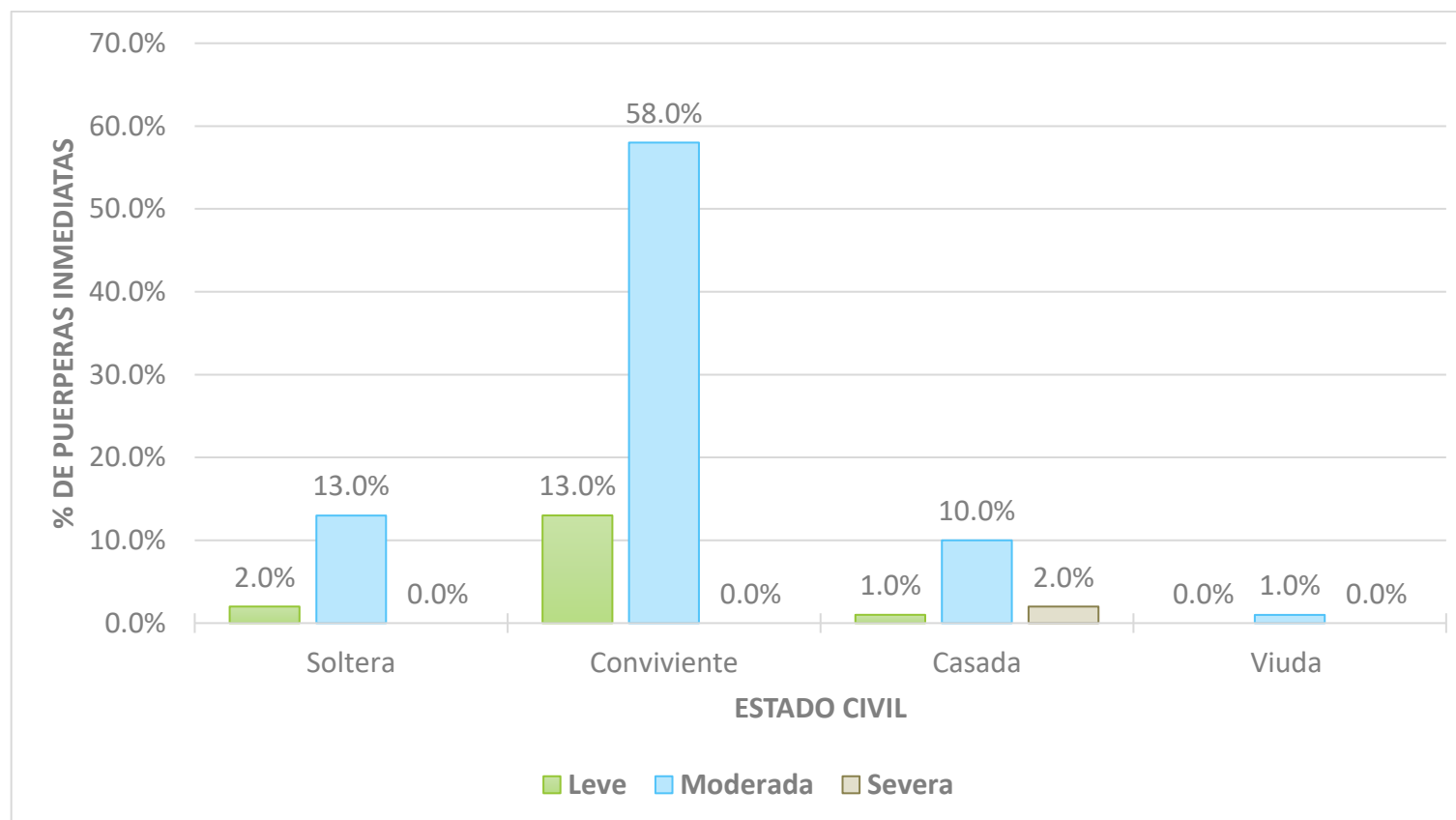
Estado Civil	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	2	2.0	13	13.0	0	0.0	15	15.0
Conviviente	13	13.0	58	58.0	0	0.0	71	71.0
Casada	1	1.0	10	10.0	2	2.0	13	13.0
Viuda	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 14,530$
 $P= 0,024$
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 12,59$
 $G/= 6$

FIGURA 2. Relación entre el estado civil y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 2

INTERPRETACIÓN:

En relación entre el estado civil y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas, donde se observó que el 71,0% de las pacientes eran convivientes, el 15,0% solteras, el 13,0% casadas y el 1,0% viudas. Entre las pacientes con anemia moderada, el 58,0% correspondió a convivientes, el 13,0% a solteras, el 10,0% a casadas y el 1,0% a viudas. En el caso de la anemia leve, el 13,0% se presentó en convivientes, el 2,0% en solteras y el 1,0% en casadas. Para la anemia severa, se reportó un 2,0% en mujeres casadas.

Se implementó la prueba chi-cuadrado con umbral de significancia del 5% para la verificación hipotética, alcanzándose un $X^2_{\text{empírico}} = 14,530$, superando al $X^2_{\text{teórico}} = 12,59$, con 6 grados de libertad y $p = 0,024$. Tales resultados manifiestan la existencia de una relación estadísticamente significativa, estableciéndose que el vínculo conyugal mantiene una asociación relevante con la categoría de gravedad del déficit eritrocitario en las pacientes puerperales tempranas atendidas en el centro hospitalario Carlos Monge Medrano.

De acuerdo con **Luján**. (13) las mujeres convivientes presentaron mayor prevalencia de anemia moderada y severa, lo que coincide con los resultados de este estudio, donde la mayor proporción de casos moderados se dio en este grupo. De la misma manera, **Romero**. (12) encontró que la ausencia de una relación marital formal puede influir en el acceso y adherencia a controles prenatales, lo que incrementa el riesgo de anemia posparto.

Los resultados confirman que el estado civil podría actuar como un factor socioeconómico y emocional que influye en la severidad de la anemia,



posiblemente a través de su impacto en el soporte familiar, la alimentación y la asistencia a controles prenatales.



TABLA 3. Relación entre la procedencia y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

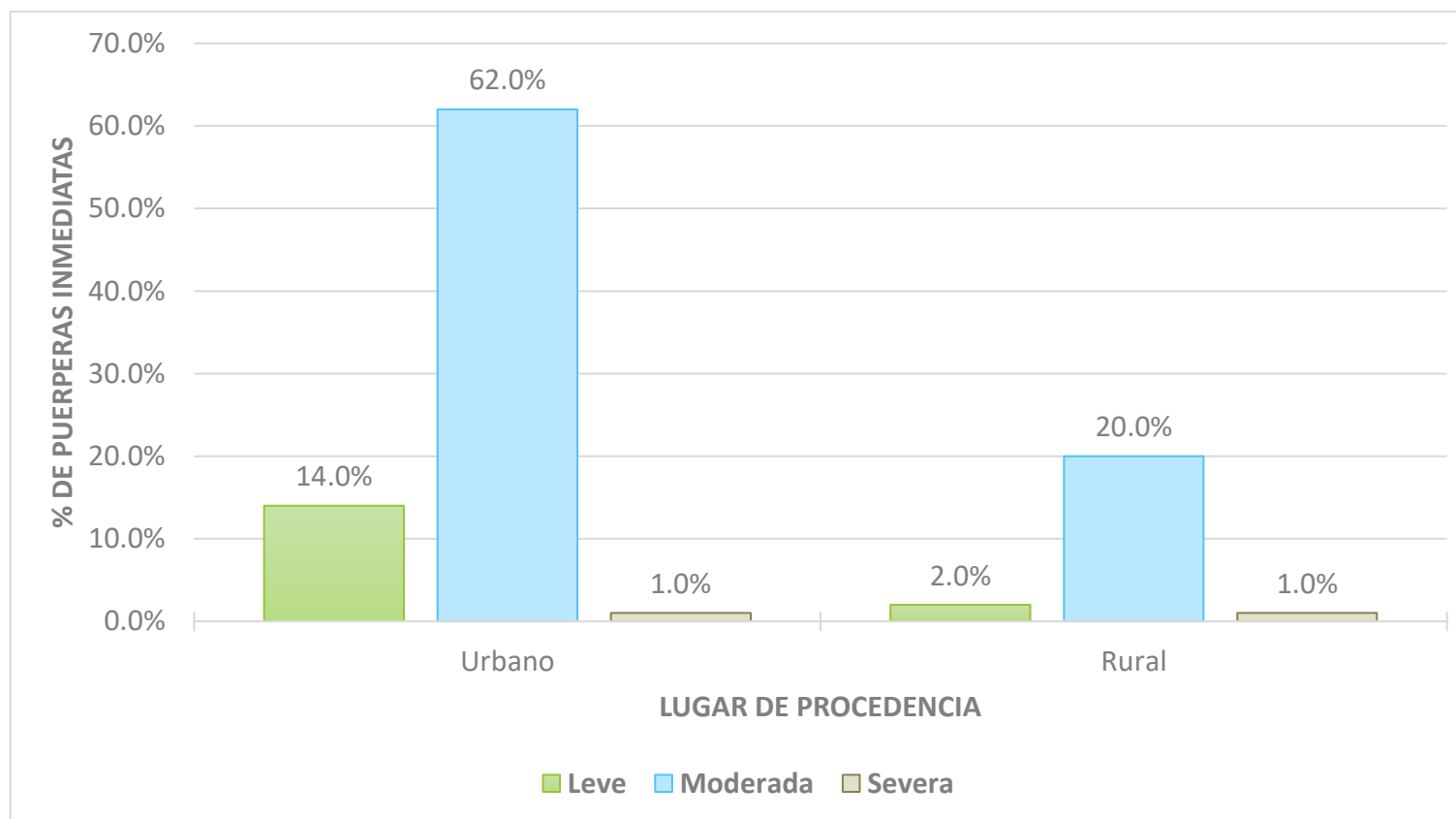
Lugar de Procedencia	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Urbano	14	14.0	62	62.0	1	1.0	77	77.0
Rural	2	2.0	20	20.0	1	1.0	23	23.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 1,909$ $P= 0,385$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 3. Relación entre la procedencia y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabdla 3



INTERPRETACIÓN:

En relación entre el lugar de procedencia y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 77,0% provenía de zonas urbanas y el 23,0% de zonas rurales. Entre las pacientes con anemia moderada, el 62,0% correspondió a procedencia urbana y el 20,0% a rural. En el caso de la anemia leve, el 14,0% se presentó en pacientes urbanas y el 2,0% en rurales. Para la anemia severa, se registró un 1,0% en procedencia urbana y un 1,0% en rural.

Se empleó el test estadístico de χ^2 estableciendo un umbral de confianza del 95% ($\alpha=0,05$), valor calculado de $X^2=1,909$ inferior al valor crítico de $X^2=5,99$, con 2 grados de libertad y un valor $p=0,385$, evidenciando ausencia de vinculación; en consecuencia, el origen geográfico no presenta vinculación con la intensidad del déficit hemoglobínico en mujeres postparto atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024

Según **Tiznado**. (18) en zonas rurales la anemia puerperal presenta mayor prevalencia debido a barreras geográficas y menor acceso a servicios de salud; sin embargo, en este estudio no se encontró asociación significativa, posiblemente debido a que gran parte de las pacientes rurales accedieron al hospital para el parto y recibieron atención similar a las urbanas. De la misma manera, **Pacomia**. (15) señala que la procedencia geográfica, por sí sola, no siempre es un factor determinante, ya que sus efectos pueden estar mediados por variables como la atención prenatal y la alimentación.

Los resultados sugieren que la procedencia urbana o rural no determina la severidad de la anemia, lo que podría explicarse por una cobertura hospitalaria



uniforme durante el parto y el puerperio inmediato, reduciendo las diferencias esperadas entre ambos grupos.



TABLA 4. Relación entre el grado de instrucción y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

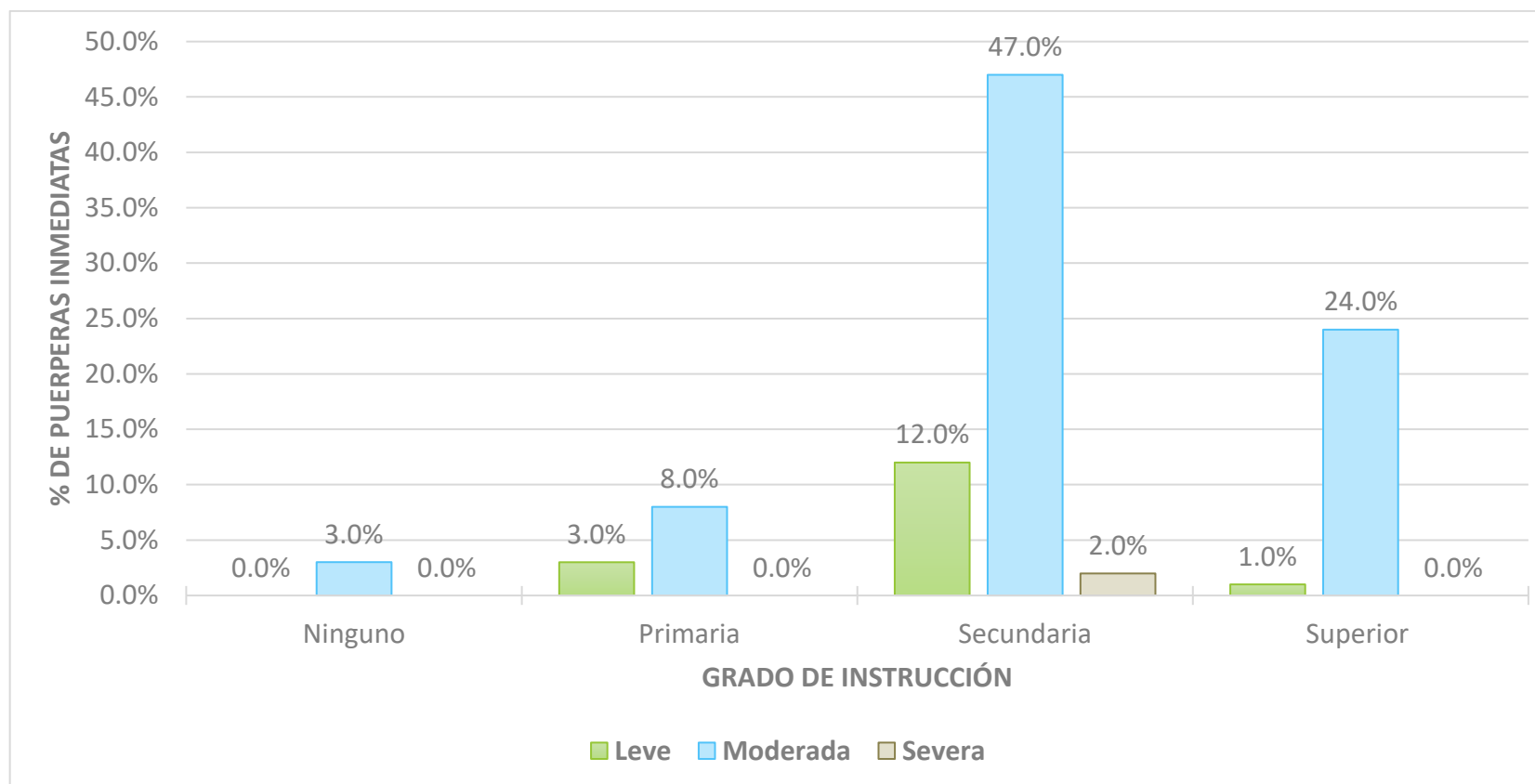
Grado de Instrucción	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ninguno	0	0.0	3	3.0	0	0.0	3	3.0
Primaria	3	3.0	8	8.0	0	0.0	11	11.0
Secundaria	12	12.0	47	47.0	2	2.0	61	61.0
Superior	1	1.0	24	24.0	0	0.0	25	25.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 6,410$ $P= 0,379$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 12,59$ $G/= 6$

FIGURA 4. Relación entre el grado de instrucción y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 4

INTERPRETACIÓN:

En relación entre el grado de instrucción y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 61,0% tenía secundaria, el 25,0% estudios superiores, el 11,0% primaria y el 3,0% ningún grado de instrucción. Entre las pacientes con anemia moderada, el 47,0% correspondió a secundaria, el 24,0% a estudios superiores, el 8,0% a primaria y el 3,0% sin instrucción. En el caso de la anemia leve, el 12,0% se presentó en secundaria, el 3,0% en primaria y el 1,0% en estudios superiores. Para la anemia severa, el 2,0% se registró en pacientes con secundaria.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=6,410$ menor que $X^2_{tab}=12,59$, con $gl=6$ y $p=0,379$, lo que indica que la relación no es significativa; por lo tanto, el grado de instrucción no se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con **Luján**. (13) el nivel educativo puede influir en la prevención de la anemia, dado que una mayor instrucción facilita la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento de controles prenatales; sin embargo, en este estudio no se halló asociación significativa, lo que coincide con lo reportado por **Pacompia**. (15) quien menciona que la instrucción no siempre es un predictor independiente de la anemia, ya que su efecto puede estar condicionado por factores socioeconómicos y de acceso a la salud.

Estos hallazgos sugieren que el grado de instrucción, por sí solo, no determina la severidad de la anemia, posiblemente porque la atención hospitalaria y las intervenciones médicas durante el parto estandarizan el manejo, independientemente del nivel educativo de la paciente.



TABLA 5. Relación entre el número de controles prenatales y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

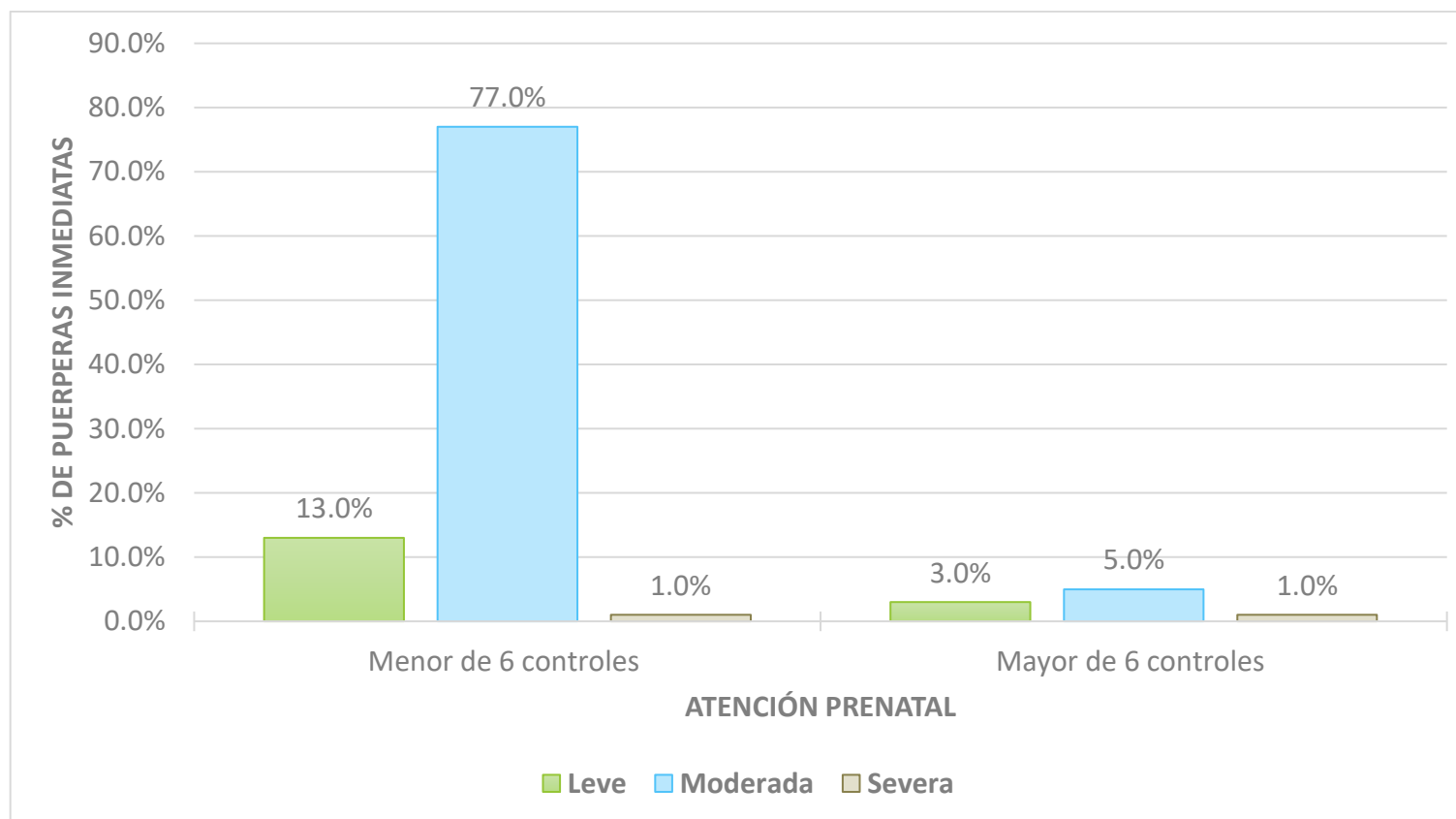
Atención Prenatal	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 6 controles	13	13.0	77	77.0	1	1.0	91	91.0
Mayor de 6 controles	3	3.0	5	5.0	1	1.0	9	9.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 6,806$ $P= 0,033$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 5. Relación entre el número de controles prenatales y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 5

INTERPRETACIÓN:

En relación entre el número de controles prenatales y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 91,0% de las pacientes tuvo menos de 6 controles prenatales y el 9,0% tuvo 6 o más. Entre las pacientes con anemia moderada, el 77,0% correspondió a menos de 6 controles y el 5,0% a 6 o más controles. En el caso de la anemia leve, el 13,0% se presentó en mujeres con menos de 6 controles y el 3,0% en aquellas con 6 o más. Para la anemia severa, se reportó un 1,0% en cada grupo.

Se empleó el test de chi cuadrado para verificar la hipótesis planteada, estableciendo un umbral de confianza del 95% ($\alpha=0,05$), resultando un valor calculado de $X^2=6,806$ superior al valor crítico de $X^2=5,99$, con 2 grados de libertad y probabilidad de 0,033, evidenciando que existe asociación estadísticamente relevante; en consecuencia, la cantidad de visitas prenatales presenta vinculación probabilística con la intensidad del déficit hemoglobínico en mujeres recién paridas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con la **OMS**. (1) La insuficiente vigilancia prenatal acrecienta la susceptibilidad hacia complicaciones tocológicas y estados anémicos puerperales, al obstaculizar el diagnóstico oportuno de deficiencias nutrimentales y eventos hemorrágicos gestacionales. Consistentemente, Luján (13) y Romero (12) constataron que las embarazadas con reducida periodicidad de monitoreos antenatales exhibieron una frecuencia superior de anemia de grado moderado a severo, corroborando así las observaciones del presente análisis.

Los hallazgos confirman que la realización insuficiente de controles prenatales constituye un determinante de riesgo para el desarrollo de anemia de grado



moderado y severo, lo que subraya la importancia de fomentar la asistencia regular a controles completos como estrategia preventiva destinada a disminuir tanto la incidencia como la gravedad de la anemia en el puerperio inmediato.



TABLA 6. Relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

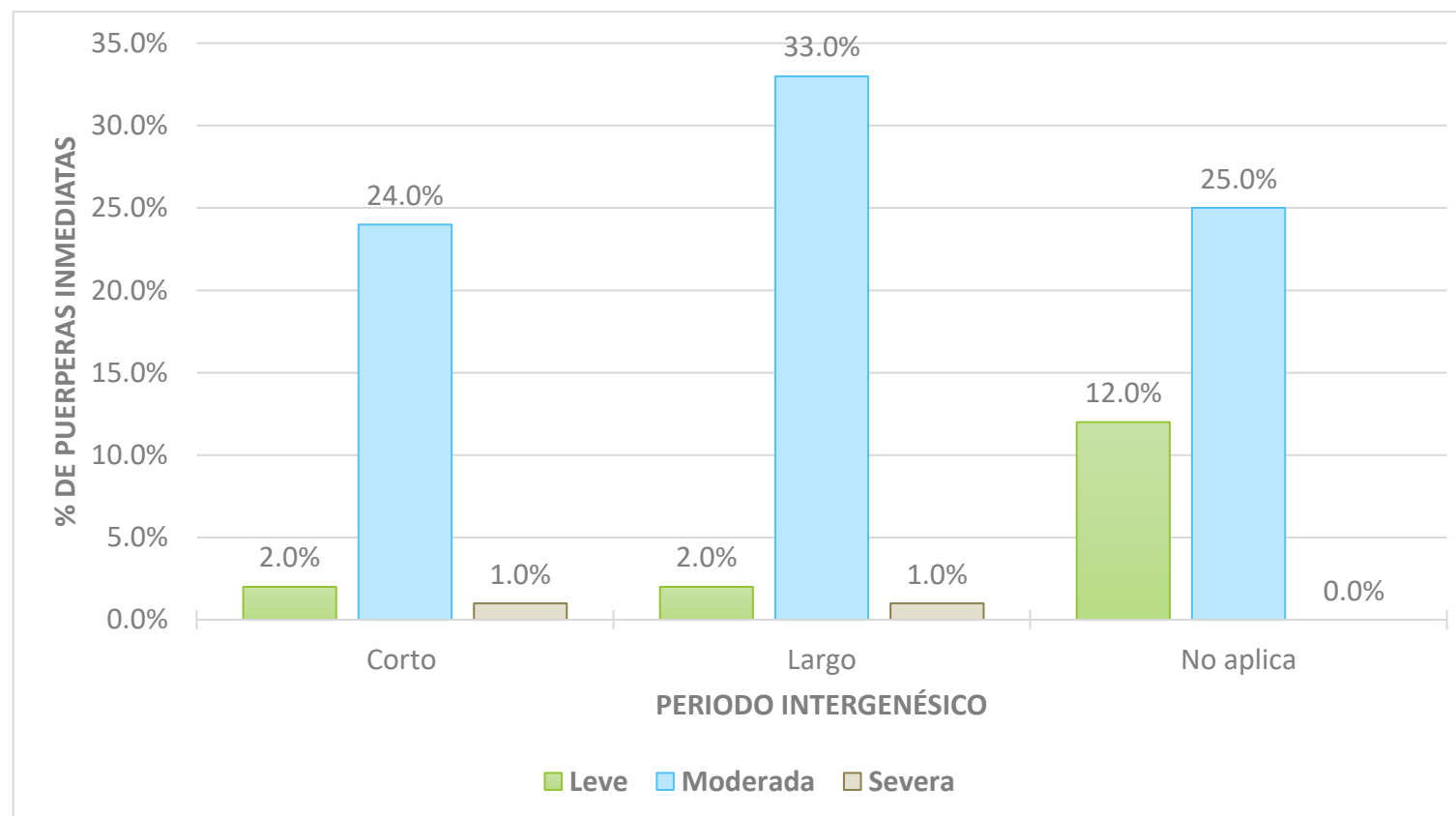
Periodo intergenésico	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Corto	2	2.0	24	24.0	1	1.0	27	27.0
Largo	2	2.0	33	33.0	1	1.0	36	36.0
No aplica	12	12.0	25	25.0	0	0.0	37	37.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 12,692$ $P= 0,013$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 9,49$ $Gl= 4$

FIGURA 6. Relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 6

INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 36,0% de las pacientes tuvo un periodo intergenésico largo, el 27,0% corto y el 37,0% no aplicaba (por ser primigestas). Entre las pacientes con anemia moderada, el 33,0% correspondió a periodo largo, el 24,0% a periodo corto y el 25,0% a no aplicaba. En el caso de la anemia leve, el 12,0% se presentó en mujeres con periodo no aplicable, el 2,0% en periodo corto y otro 2,0% en periodo largo. Para la anemia severa, se reportó un 1,0% en periodo corto y un 1,0% en periodo largo.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=12,692$ mayor que $X^2_{tab}=9,49$, con $gl=4$ y $p=0,013$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, el periodo intergenésico se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Según **Pacompia**. (15) un periodo intergenésico corto incrementa el riesgo de anemia posparto debido a que el organismo no logra recuperar sus reservas de hierro antes de un nuevo embarazo. De la misma manera, la **OMS**. (1) recomienda un intervalo mínimo de 24 meses entre partos para reducir riesgos maternos, incluidos los relacionados con anemia y complicaciones hemorrágicas. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por **Luján**. (13) quien evidenció que tanto periodos cortos como excesivamente largos pueden asociarse a un mayor riesgo obstétrico.



Los hallazgos respaldan la influencia del intervalo intergenésico sobre la gravedad de la anemia, lo que indica que la planificación familiar, el acceso a métodos anticonceptivos y la asesoría especializada constituyen factores determinantes para prevenir la aparición de anemia severa durante el puerperio inmediato.



TABLA 7. Relación entre el número de gestaciones y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

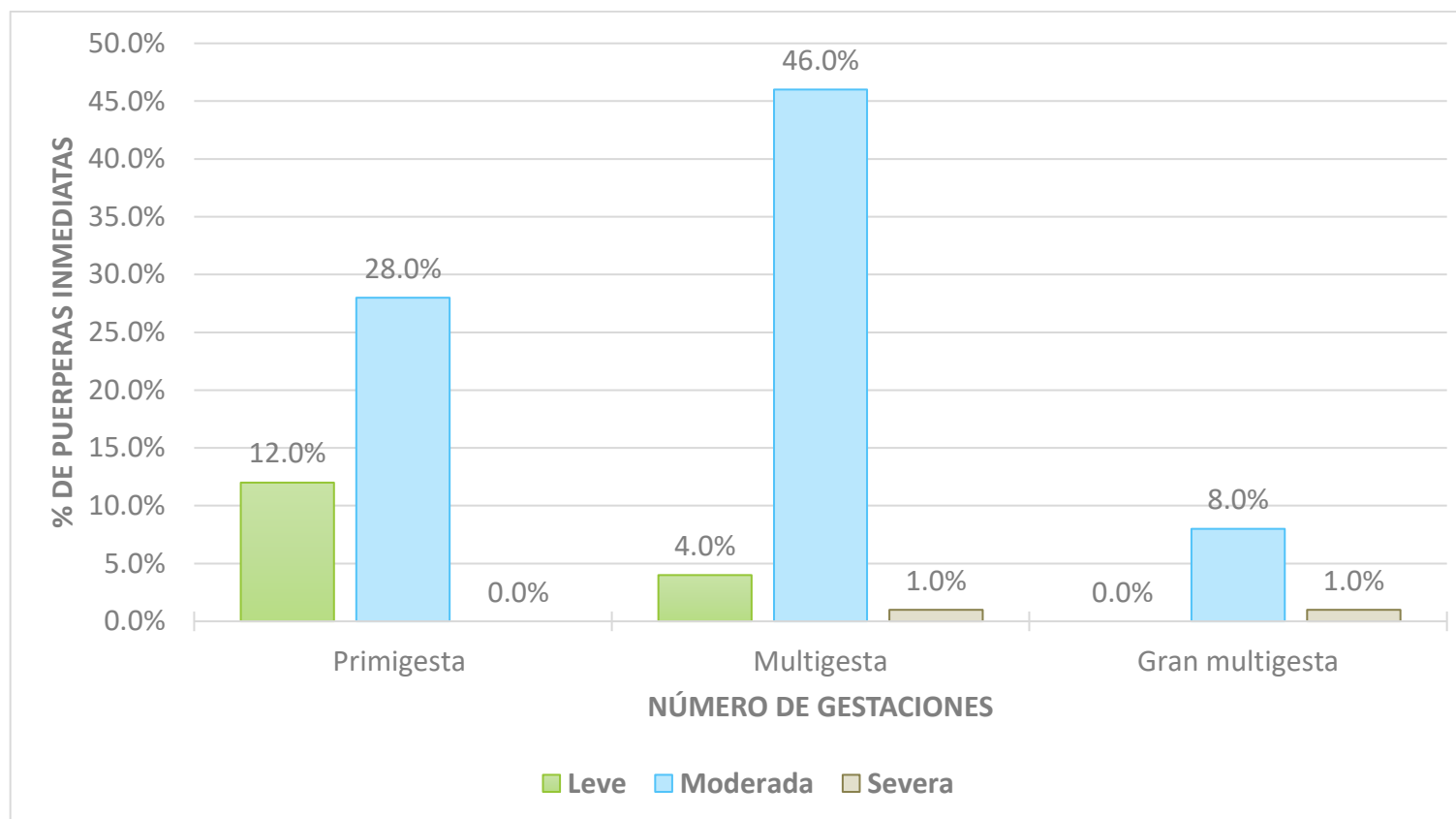
Número de gestaciones	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	12	12.0	28	28.0	0	0.0	40	40.0
Multigesta	4	4.0	46	46.0	1	1.0	51	51.0
Gran multigesta	0	0.0	8	8.0	1	1.0	9	9.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 14,169$ $P= 0,007$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 9,49$ $Gl= 4$

FIGURA 7. Relación entre el periodo intergenésico y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 7



INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre el número de gestaciones y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 51,0% de las pacientes eran multigestas, el 40,0% primigestas y el 9,0% gran multigestas. Entre las pacientes con anemia moderada, el 46,0% correspondió a multigestas, el 28,0% a primigestas y el 8,0% a gran multigestas. En el caso de la anemia leve, el 12,0% se presentó en primigestas y el 4,0% en multigestas. Para la anemia severa, se reportó un 1,0% en multigestas y un 1,0% en gran multigestas. Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=14,169$ mayor que $X^2_{tab}=9,49$, con $gl=4$ y $p=0,007$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, el número de gestaciones se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo **Nachio** (6) un mayor número de gestaciones incrementa la probabilidad de anemia debido a la pérdida acumulativa de hierro y otros micronutrientes, particularmente en mujeres que no reciben suplementación adecuada. De forma análoga, **Pacompia** (15) y **Manrique** (10) evidencian que las multigestas y granmultigestas presentan una mayor propensión a desarrollar anemia de tipo moderado o severo.

En esta muestra, los hallazgos confirman que la multiparidad es un factor de riesgo importante para la severidad de la anemia, lo que sugiere que la suplementación con hierro y el control nutricional deben ser prioritarios en mujeres con antecedentes de múltiples embarazos para prevenir complicaciones en el puerperio inmediato.



TABLA 8. Relación entre el número de partos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

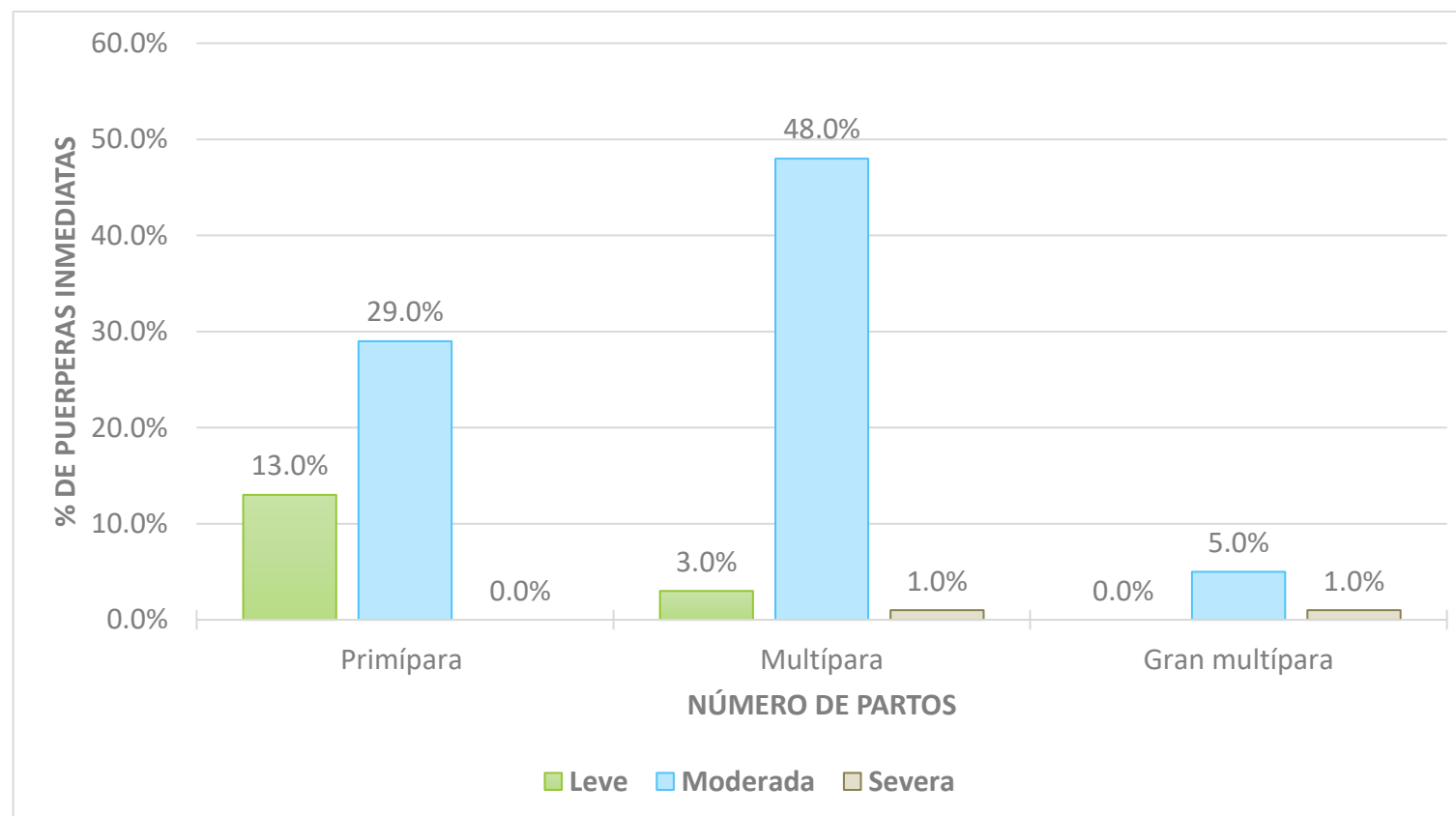
Número de partos	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	13	13.0	29	29.0	0	0.0	42	42.0
Múltipara	3	3.0	48	48.0	1	1.0	52	52.0
Gran múltipara	0	0.0	5	5.0	1	1.0	6	6.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 19,060$ $P= 0,001$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 9,49$ $Gl= 4$

FIGURA 8. Relación entre el número de partos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 8



INTERPRETACIÓN:

En relación entre el número de partos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 52,0% de las pacientes eran multíparas, el 42,0% primíparas y el 6,0% gran multíparas. Entre las pacientes con anemia moderada, el 48,0% correspondió a multíparas, el 29,0% a primíparas y el 5,0% a gran multíparas. En el caso de la anemia leve, el 13,0% se presentó en primíparas y el 3,0% en multíparas. Para la anemia severa, se reportó un 1,0% en multíparas y un 1,0% en gran multíparas.

A la prueba estadística para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba de chi cuadrado con un error del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=19,060$ mayor que $X^2_{tab}=9,49$, con $gl=4$ y $p=0,001$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, el número de partos se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Según **Manrique**. (10) el aumento en el número de partos está relacionado con mayor probabilidad de anemia posparto debido a la pérdida acumulativa de hierro y micronutrientes en embarazos sucesivos. De la misma manera, **Luján**. (13) encontró que la paridad elevada se asocia significativamente con anemia moderada y severa, lo que respalda los hallazgos de este estudio.

En esta muestra, estos resultados confirman que la alta paridad constituye un factor de riesgo relevante para la severidad de la anemia, lo que refuerza la importancia de estrategias preventivas como la suplementación de hierro y el espaciamiento adecuado de los embarazos para reducir el riesgo de complicaciones en el puerperio inmediato.



TABLA 9. Relación entre placenta previa y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

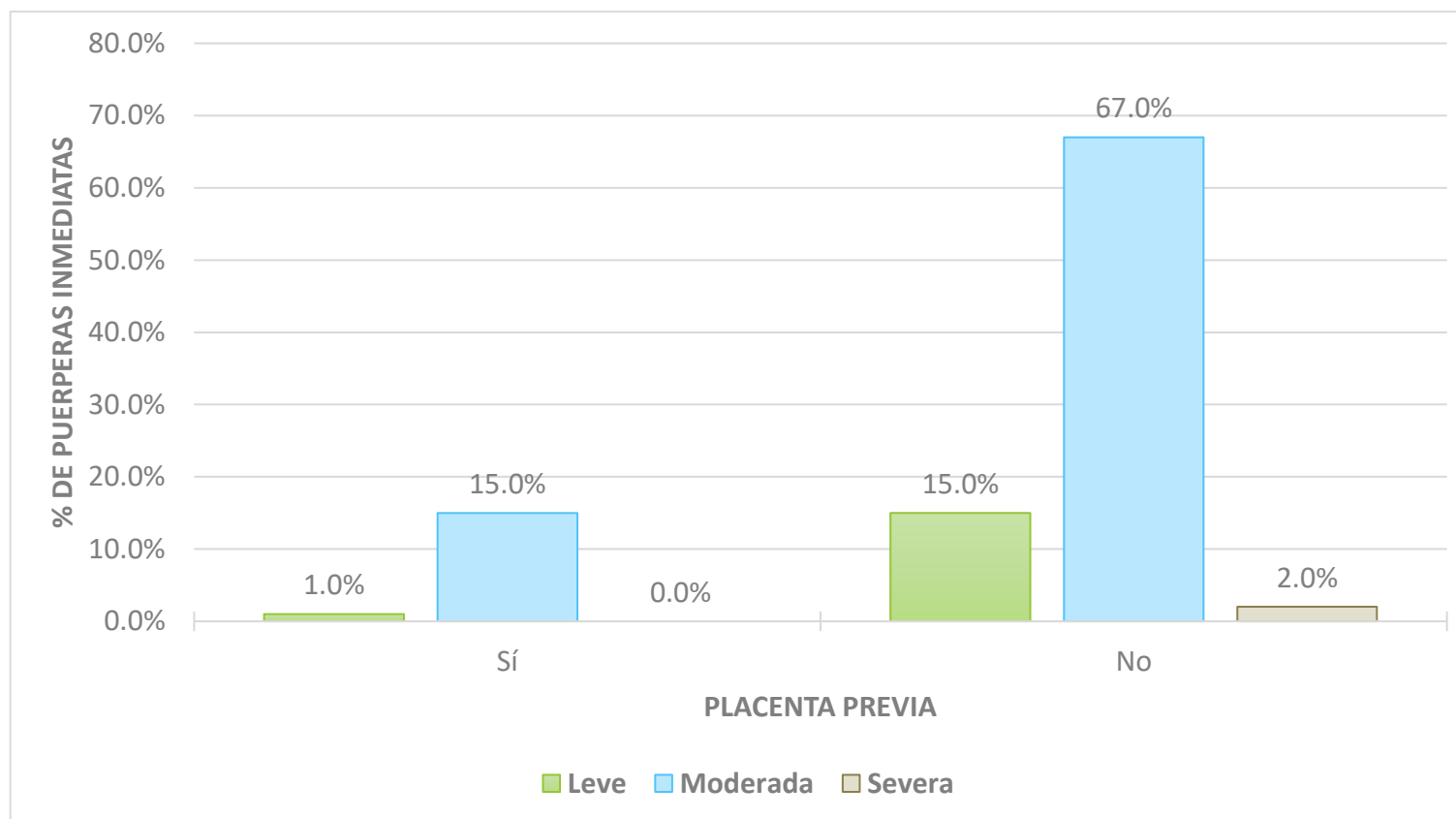
Placenta previa	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	1	1.0	15	15.0	0	0.0	16	16.0
No	15	15.0	67	67.0	2	2.0	84	84.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 1,833$ $P= 0,400$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 9. Relación entre placenta previa y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 9



INTERPRETACIÓN:

En relación entre la presencia de placenta previa y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 84,0% de las pacientes no presentó placenta previa y el 16,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 67,0% correspondió a mujeres sin placenta previa y el 15,0% a las que sí la presentaron. En el caso de la anemia leve, el 15,0% se presentó en mujeres sin placenta previa y el 1,0% en quienes sí la tuvieron. No se registraron casos de anemia severa en el grupo con placenta previa, mientras que en el grupo sin placenta previa se presentó un 2,0%.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=1,833$ menor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,400$, lo que indica que la relación no es significativa; por lo tanto, la presencia de placenta previa no se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con la **OMS**. (1) la placenta previa puede ocasionar hemorragias importantes y anemia severa, especialmente cuando se acompaña de parto por cesárea o desprendimiento placentario. Sin embargo, en este estudio no se encontró asociación significativa, lo que podría deberse a un manejo obstétrico oportuno que evitó complicaciones graves. De la misma manera, **Gonzales**. (8) señala que la prevalencia de anemia asociada a placenta previa puede variar dependiendo del acceso a servicios especializados y del control prenatal.

En esta muestra, los resultados sugieren que, aunque la placenta previa es un factor de riesgo reconocido para anemia posparto, su impacto podría minimizarse con atención obstétrica adecuada y protocolos efectivos de manejo de hemorragias durante el parto.



TABLA 10. Relación entre desprendimiento de placenta y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

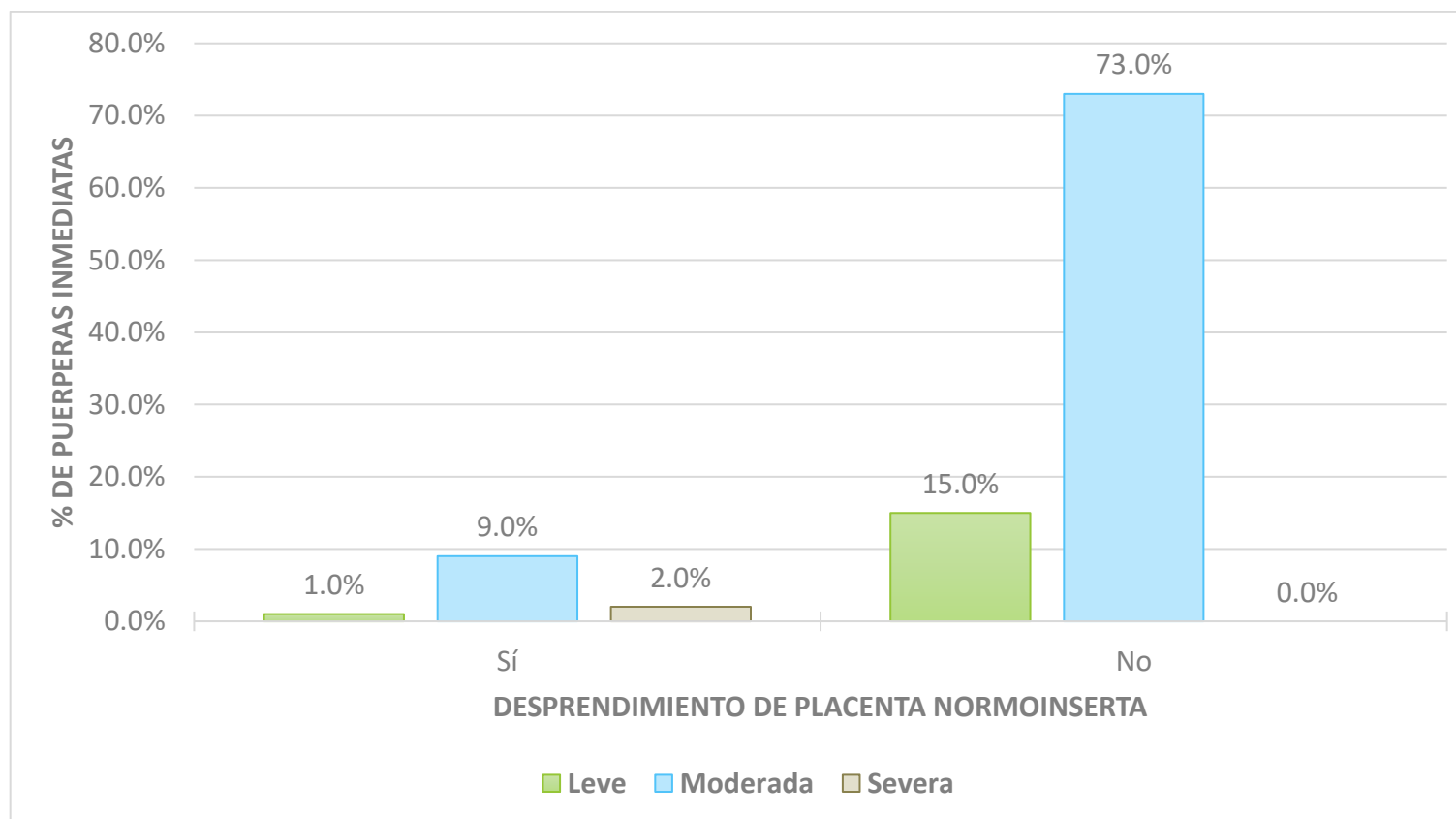
Desprendimiento de placenta normoinserta	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	1	1.0	9	9.0	2	2.0	12	12.0
No	15	15.0	73	73.0	0	0.0	88	88.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 15,249$ $P= 0,000$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 10. Relación entre desprendimiento de placenta y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 10



INTERPRETACIÓN:

En relación entre el desprendimiento de placenta normoinsera y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 88,0% de las pacientes no presentó desprendimiento de placenta y el 12,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 73,0% correspondió a mujeres sin desprendimiento y el 9,0% a las que sí lo presentaron. En el caso de la anemia leve, el 15,0% se presentó en mujeres sin desprendimiento y el 1,0% en las que sí. Para la anemia severa, el 2,0% se registró únicamente en el grupo con desprendimiento de placenta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=15,249$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,000$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, el desprendimiento de placenta normoinsera se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con **Torres**. (7) el desprendimiento de placenta es una de las causas más importantes de hemorragia posparto y anemia severa, lo que coincide con los resultados de este estudio. De la misma manera, la **OMS**. (1) indica que esta complicación incrementa el riesgo de anemia grave y, en muchos casos, requiere transfusión sanguínea para estabilizar a la paciente.

En esta muestra, los hallazgos confirman que el desprendimiento de placenta normoinsera constituye un factor de riesgo crítico para la aparición de anemia severa, lo que resalta la importancia de una detección y manejo inmediato durante el trabajo de parto para prevenir complicaciones maternas graves.



TABLA 11. Relación entre atonía uterina y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

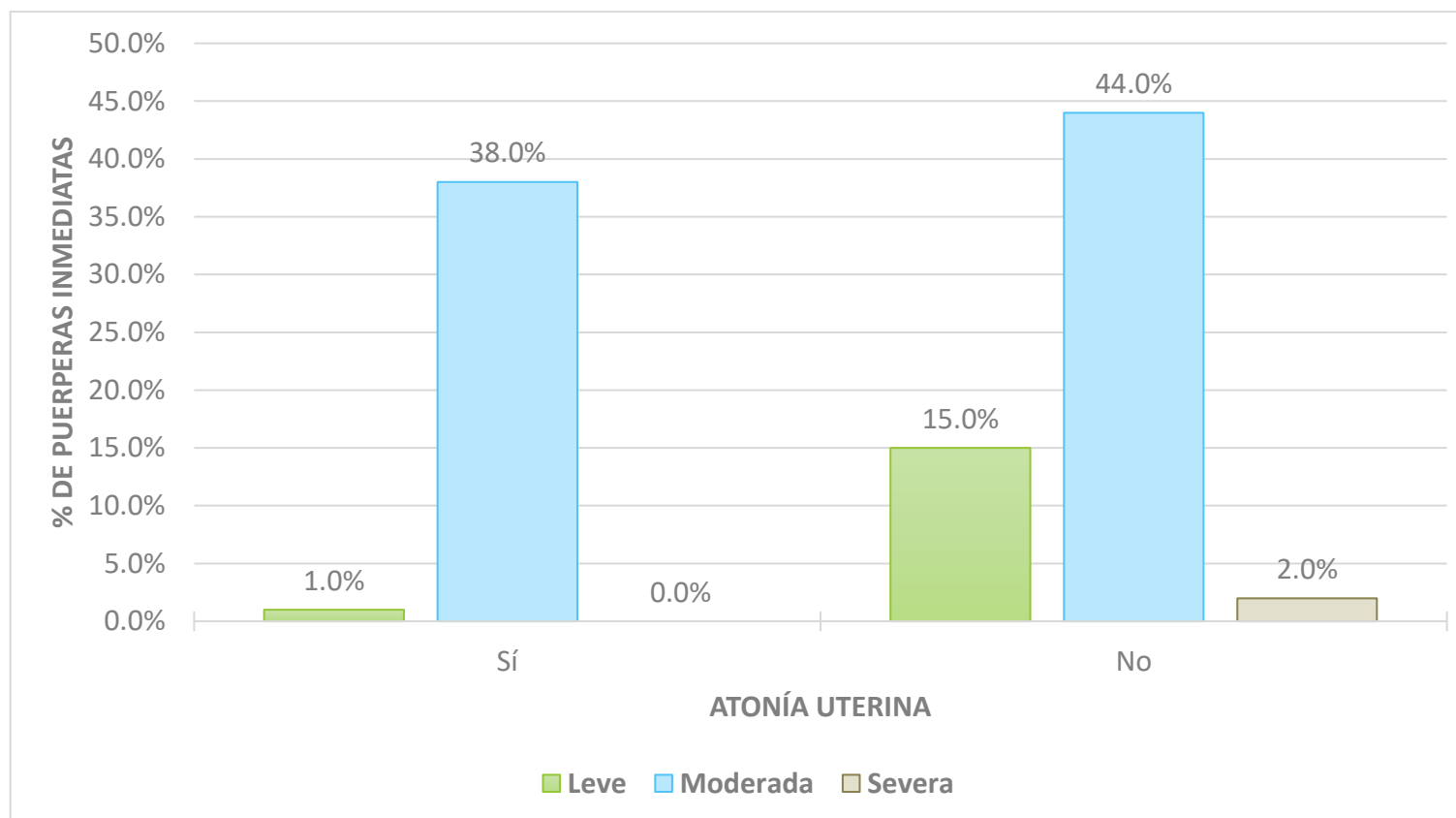
Atonía uterina	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	1	1.0	38	38.0	0	0.0	39	39.0
No	15	15.0	44	44.0	2	2.0	61	61.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 10,350$ $P= 0,006$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 11. Relación entre atonía uterina y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 11

INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre la atonía uterina y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 61,0% de las pacientes no presentó atonía uterina y el 39,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 44,0% correspondió a mujeres sin atonía uterina y el 38,0% a las que sí la presentaron. En el caso de la anemia leve, el 15,0% se presentó en mujeres sin atonía y el 1,0% en aquellas con atonía. No se registraron casos de anemia severa en el grupo con atonía uterina, mientras que en el grupo sin atonía se presentó un 2,0%.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=10,350$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,006$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, la atonía uterina se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con **Palomo**. (25) la atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia posparto y uno de los principales factores asociados a anemia severa, lo que coincide con lo encontrado en este estudio. De la misma manera, **Torres**. (7) reporta que la atonía uterina, cuando no es controlada rápidamente, incrementa de forma considerable la necesidad de transfusiones sanguíneas y el riesgo de mortalidad materna.

En esta muestra, los resultados confirman que la atonía uterina es un factor de riesgo importante para la severidad de la anemia, lo que refuerza la necesidad de protocolos de manejo activo del alumbramiento y capacitación continua del personal de salud para prevenir hemorragias graves.



TABLA 12. Relación entre retención de placenta y membranas y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

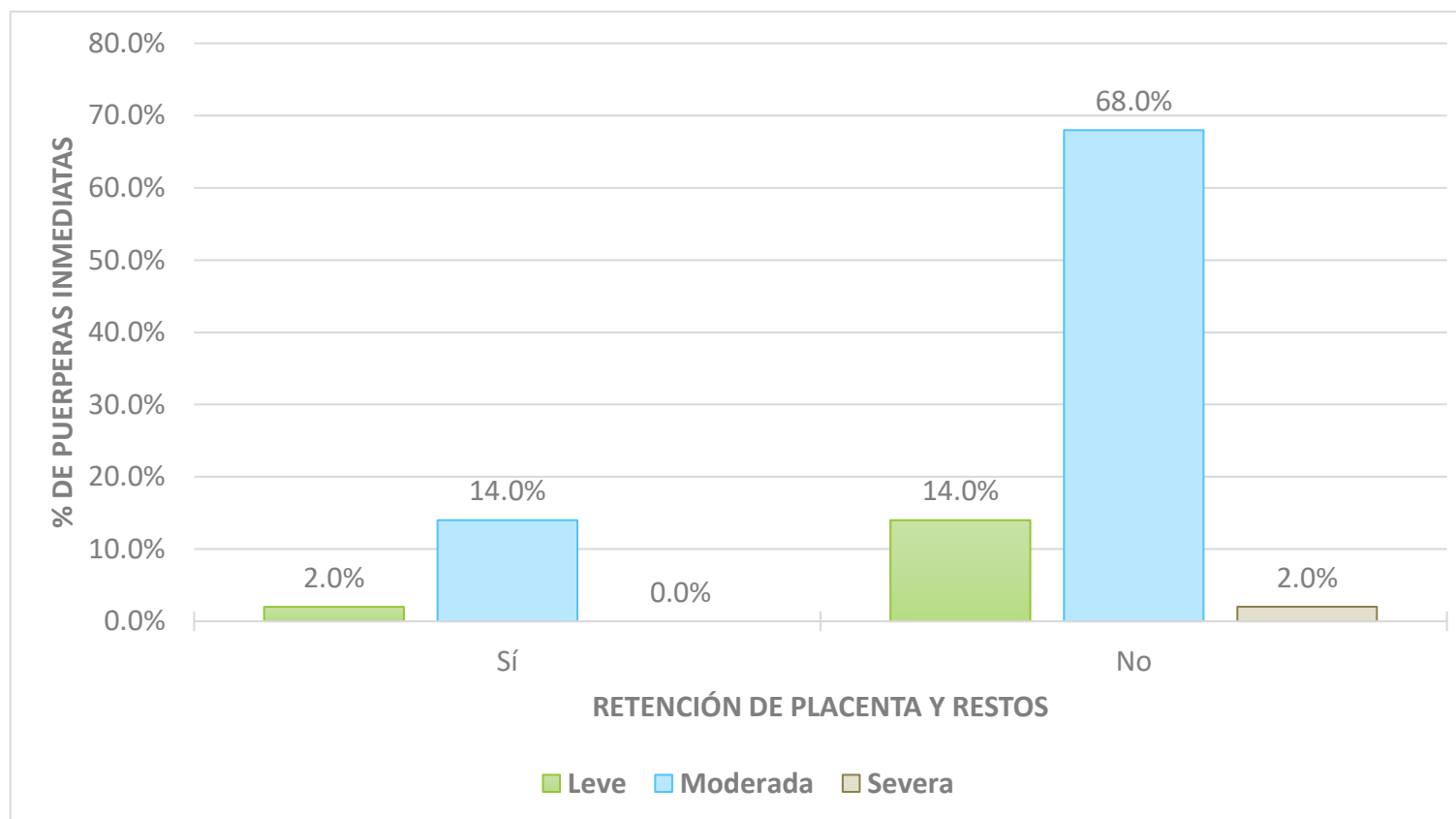
Retención de placenta y restos	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	2	2.0	14	14.0	0	0.0	16	16.0
No	14	14.0	68	68.0	2	2.0	84	84.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 0,597$ $P= 0,742$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 12. Relación entre retención de placenta y membranas y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 12



INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre la retención de placenta y restos y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 84,0% de las pacientes no presentó retención de placenta y restos, mientras que el 16,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 68,0% correspondió a mujeres sin retención y el 14,0% a las que sí la presentaron. En el caso de la anemia leve, el 14,0% se presentó en mujeres sin retención y el 2,0% en las que sí. Para la anemia severa, el 2,0% se registró únicamente en el grupo sin retención de placenta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=0,597$ menor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,742$, lo que indica que la relación no es significativa; por lo tanto, la retención de placenta y restos no se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con **Gonzales**. (8) la retención de restos placentarios es una de las complicaciones más frecuentes del puerperio inmediato y puede provocar hemorragias significativas que deriven en anemia, aunque su impacto depende del manejo oportuno. De la misma manera, la **OMS**. (1) señala que la evacuación inmediata y adecuada de restos placentarios reduce el riesgo de hemorragia y anemia severa.

En esta muestra, los resultados sugieren que la ausencia de asociación estadística podría deberse a que los casos de retención fueron manejados de forma oportuna, evitando que progresaran a cuadros graves de anemia.



TABLA 13. Relación entre laceración del tracto genital y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

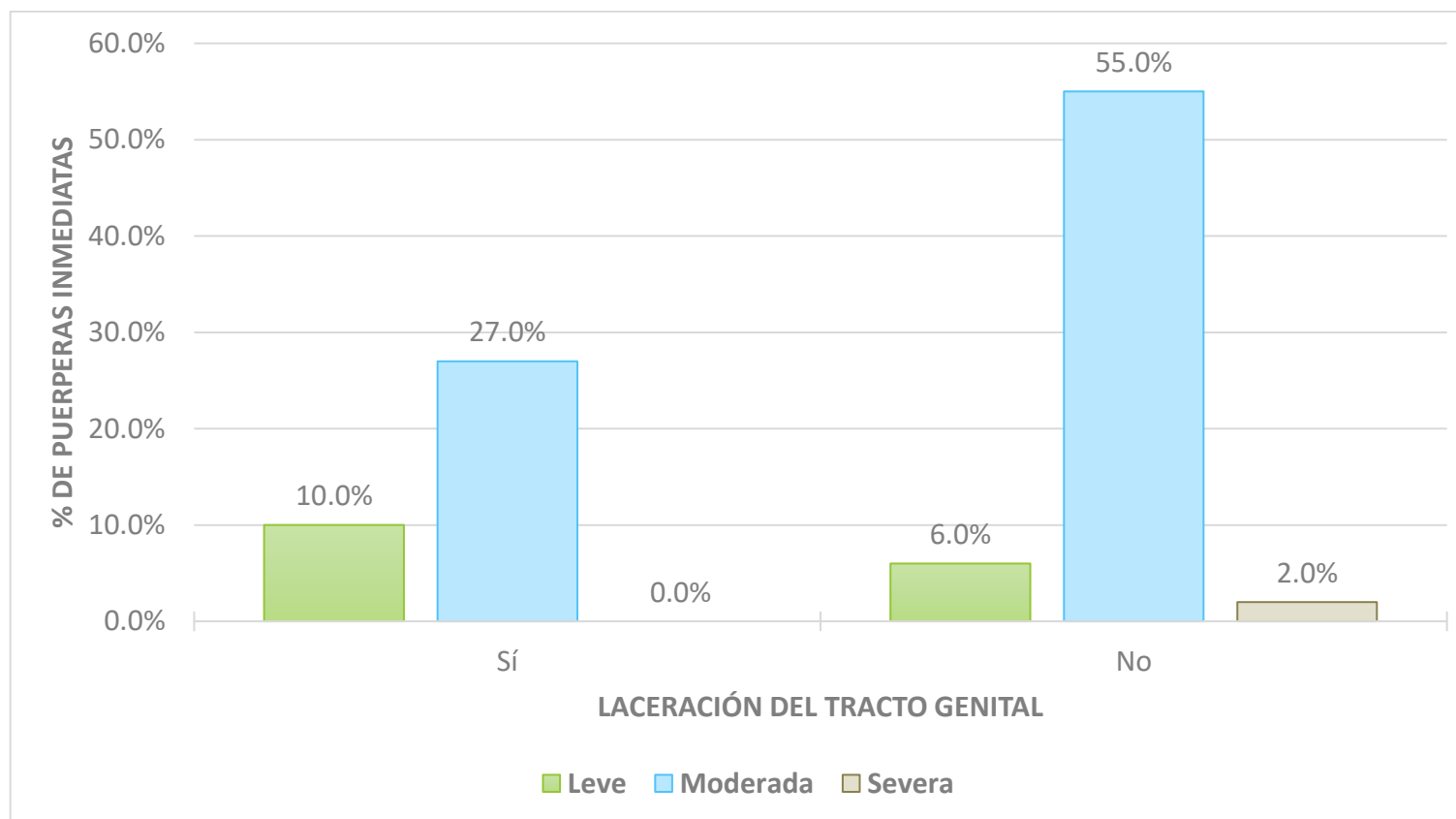
Laceración del tracto genital	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	10	10.0	27	27.0	0	0.0	37	37.0
No	6	6.0	55	55.0	2	2.0	63	63.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 6,222$ $P= 0,045$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 13. Relación entre laceración del tracto genital y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 13



INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre la laceración del tracto genital y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 63,0% de las pacientes no presentó laceraciones y el 37,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 55,0% correspondió a mujeres sin laceraciones y el 27,0% a las que sí las presentaron. En el caso de la anemia leve, el 6,0% se presentó en mujeres sin laceraciones y el 10,0% en las que sí. No se registraron casos de anemia severa en el grupo con laceraciones, mientras que en el grupo sin laceraciones se presentó un 2,0%.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=6,222$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,045$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, la laceración del tracto genital se asocia estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con **Torres**. (7) las laceraciones del tracto genital constituyen una causa relevante de hemorragia posparto y, por ende, de anemia, especialmente cuando no son detectadas y reparadas de inmediato. De la misma manera, **Gonzales**. (8) encontró que las pacientes con desgarros perineales presentaron mayor incidencia de anemia moderada, lo que coincide con los resultados de este estudio.

En esta muestra, los hallazgos confirman que las laceraciones genitales son un factor de riesgo importante para la anemia en el puerperio inmediato, reforzando la necesidad de una revisión minuciosa postparto y la reparación inmediata de los desgarros para prevenir complicaciones hemáticas.



TABLA 14. Relación entre trastornos de la coagulación y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

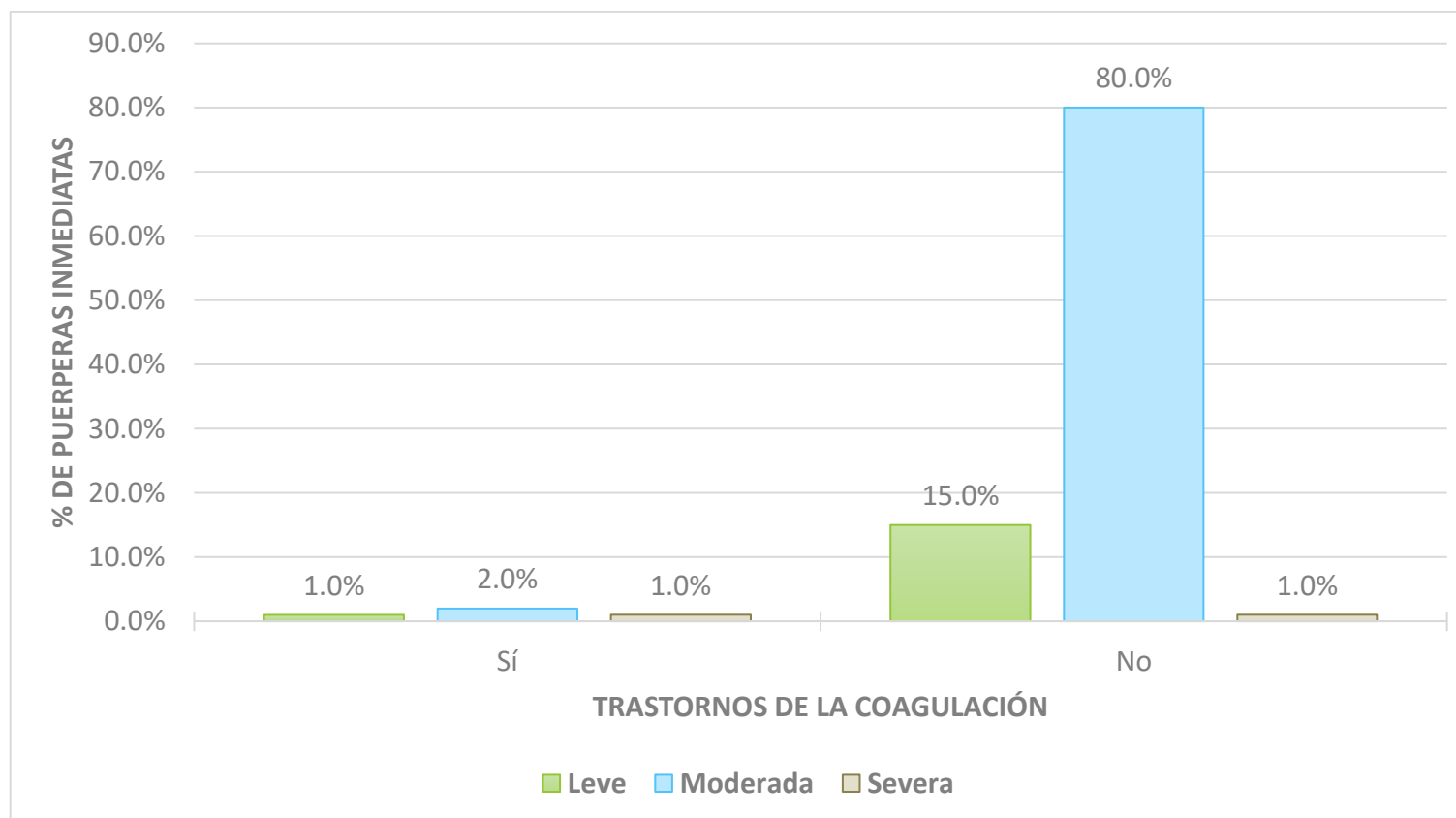
Trastornos de la coagulación	Grados de severidad de anemia						Total	
	Leve		Moderada		Severa			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	1	1.0	2	2.0	1	1.0	4	4.0
No	15	15.0	80	80.0	1	1.0	96	96.0
Total	16	16.0	82	82.0	2	2.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 11,752$ $P= 0,003$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

FIGURA 14. Relación entre trastornos de la coagulación y el grado de severidad de la anemia en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 14



INTERPRETACIÓN:

Se analizó la relación entre los trastornos de la coagulación y el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas, donde se observó que el 96,0% de las pacientes no presentó trastornos de coagulación y el 4,0% sí. Entre las pacientes con anemia moderada, el 80,0% correspondió a mujeres sin trastornos de coagulación y el 2,0% a las que sí los presentaron. En el caso de la anemia leve, el 15,0% se presentó en mujeres sin trastornos y el 1,0% en las que sí. Para la anemia severa, el 1,0% se registró únicamente en el grupo con trastornos de la coagulación.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=11,752$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, con $gl=2$ y $p=0,003$, lo que indica que la relación es significativa; por lo tanto, los trastornos de la coagulación se asocian estadísticamente con el grado de severidad de la anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

De acuerdo con la **OMS**. (1) los trastornos de coagulación constituyen una causa grave de hemorragia obstétrica y anemia severa, requiriendo diagnóstico y tratamiento inmediatos para evitar desenlaces fatales. De la misma manera, **Gonzales**. (8) reporta que, aunque menos frecuentes que otras complicaciones obstétricas, los trastornos de coagulación generan pérdidas hemáticas importantes que incrementan el riesgo de anemia severa.

En esta muestra, los hallazgos confirman que los trastornos de la coagulación son un factor de riesgo significativo para la anemia posparto, resaltando la importancia del tamizaje y la intervención temprana en pacientes con antecedentes o signos de alteraciones en la coagulación durante el embarazo y el puerperio.

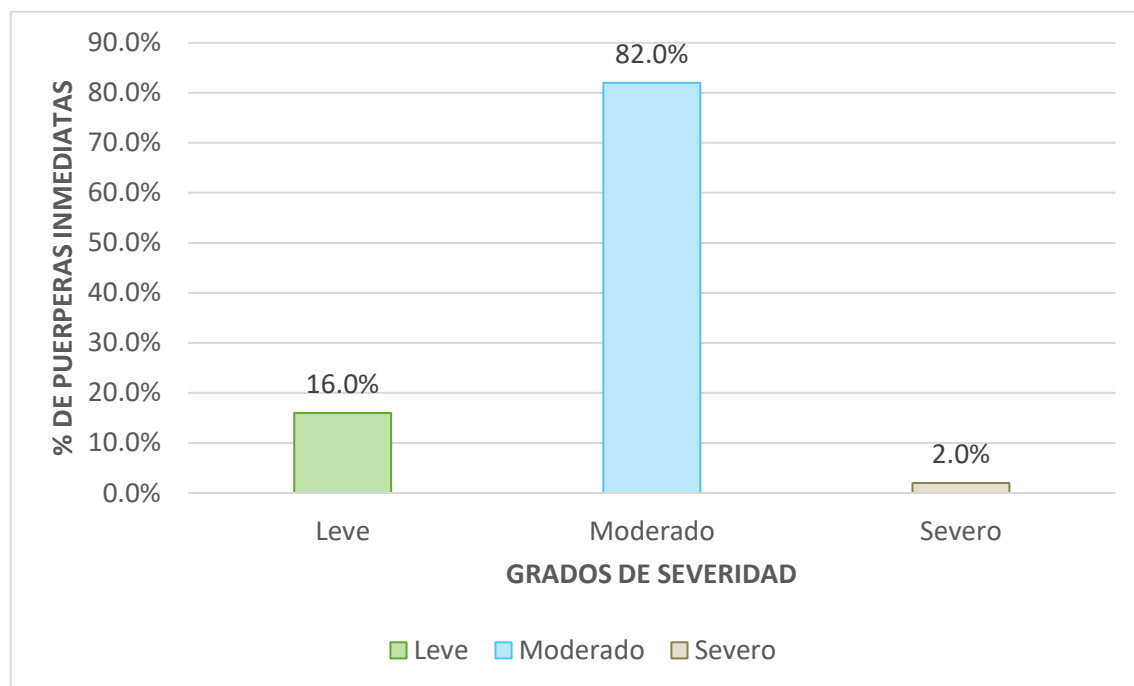


TABLA 15. Distribución de grados de severidad de anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Grados de severidad	Anemia	
	fi	%
Leve	16	16.0
Moderado	82	82.0
Severo	2	2.0
Total	100	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA 15. Distribución de grados de severidad de anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.



Fuente: Tabla 15



INTERPRETACIÓN

Se presenta la distribución de los grados de severidad de anemia en puérperas inmediatas, observándose que el 82,0% presentó anemia moderada, el 16,0% anemia leve y el 2,0% anemia severa. Esto indica que la forma moderada es la más frecuente en la población estudiada, seguida de la leve y, en menor proporción, la severa.

Este hallazgo coincide con lo reportado por **Luján.** (13) quien encontró que la anemia moderada fue la presentación más frecuente en el puerperio inmediato, con un porcentaje similar al observado en este estudio. De la misma manera, **Manrique.** (10) reportó un predominio de anemia moderada y severa en puérperas con antecedentes de anemia durante la gestación.

Estos resultados sugieren que la anemia moderada es el tipo más común en el puerperio inmediato, lo que implica que, aunque la mayoría de los casos no sean severos, pueden generar sintomatología y afectar la recuperación posparto. Por lo tanto, la detección temprana y el manejo oportuno son esenciales para prevenir la progresión hacia formas más graves y sus posibles complicaciones maternas.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que las características de las puérperas inmediatas se relacionaron significativamente con la severidad de la anemia en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca - 2024. Se evidenció que las asociaciones más relevantes correspondieron a factores obstétricos, lo que respalda parcialmente la hipótesis general planteada.

SEGUNDA: Se identificó las características personales de las puérperas inmediatas relacionadas a anemia, encontrándose que el estado civil se asoció significativamente con la severidad de la anemia ($p=0,024$), siendo más frecuente en convivientes 71,0%, quienes presentaron mayor proporción de anemia moderada. En cambio, la edad materna, la procedencia y el grado de instrucción no mostraron relación estadísticamente significativa con la severidad de la anemia, por lo que no se consideran factores determinantes en la condición anémica de las puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

TERCERA: Se distinguió las características obstétricas de las puérperas inmediatas relacionadas a anemia, encontrándose asociación significativa con el número de controles prenatales ($p=0,033$), donde el 91,0% de las puérperas tuvo menos de seis controles; con el número de partos ($p=0,001$), siendo multíparas en el 52,0%; así como con la atonía uterina ($p=0,006$) con un 39,0% y la laceración del tracto genital ($p=0,045$) con un 37,0%. Estas variables



mostraron una influencia directa en la severidad de la anemia al estar relacionadas con una mayor pérdida hemática durante el parto y puerperio inmediato. En cambio, las demás variables obstétricas analizadas no mostraron relación estadísticamente significativa, por lo que no se consideran determinantes en esta condición.

CUARTA: Se indico que la anemia en las puérperas inmediatas se presentó con mayor frecuencia en su forma moderada, alcanzando un 82,0% de los casos seguida de la leve 16,0% y la severa 2,0%. Este resultado refleja que la mayoría de las pacientes presentaron un grado intermedio de anemia, asociado principalmente a factores obstétricos significativos como el número insuficiente de controles prenatales, la atonía uterina y la laceración del tracto genital.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano para, coordinar con el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia la implementación de un protocolo de tamizaje y tratamiento oportuno para anemia moderada en el puerperio inmediato, garantizando la suplementación con hierro y el seguimiento posparto. Esto permitirá disminuir la progresión hacia formas severas, reduciendo complicaciones maternas y mejorando la recuperación de las puérperas.
- SEGUNDA:** Al Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en coordinación con el servicio de obstetricia y con el área de Trabajo Social, desarrollar programas educativos dirigidos especialmente a gestantes convivientes sobre alimentación saludable y la importancia de cumplir con los controles prenatales, considerando que este grupo presentó mayor prevalencia de anemia moderada ($p=0,024$). Esta acción ayudará a disminuir el riesgo de anemia y sus complicaciones en el puerperio inmediato.
- TERCERA:** Al Responsable del Área de Planificación Familiar, implementar sesiones de consejería para las gestantes y puérperas sobre el número óptimo de embarazos y la importancia de un periodo intergenésico adecuado, así como la prevención de complicaciones obstétricas como atonía uterina y desprendimiento de placenta. Esto contribuirá a reducir los factores obstétricos que mostraron



asociación significativa con la anemia ($p < 0,05$) y mejorar la salud materna a largo plazo.

CUARTA: Al médico del paciente o del servicio de Ginecología y obstetricia, garantizar que todas las puérperas se sometan a un control de hemoglobina antes del alta hospitalaria, y coordinar con el servicio de Nutrición para brindar suplementación y seguimiento a las que presenten anemia leve o moderada (82,0% de los casos). Esta medida permitirá prevenir la progresión a anemia severa y mejorar la recuperación durante el puerperio.



BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Informa: [Internet].2024;18(2):1-6. Publicado: 23.3.2024 Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
2. Artículos científicos de Perú. Anemia [Internet].2024;18(2):1-6. Publicado: 20.3.2024 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02712>
3. DIRESA, Anemia en puérperas. [Internet]. UNA. 2024. [Citado el 15 de noviembre del 2024. Disponible en: <https://www.redalyc.org/DIRESA-Puno.oa?id=203131877089>
4. Ramírez. Características obstétricas de pacientes puérperas, con anemia, con finalización del embarazo por parto o cesárea en el Hospital de Guayaquil Ecuador, en el año 2020. [Internet]. 2020 ciencias Médicas; 2020. Cap 12.128 pág. 26. Publicado: 2-09-2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02717>
5. Retamozo. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia en pacientes post-operadas atendidas en las áreas de obstetricia COVID-19 y no COVID-19, del Hospital Nacional de Caracas Venezuela 2020. [Internet]. 2020 Dec [citado el 27 de diciembre 2024] ; 26(3): 45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-
6. Nachio. Prevalencia de la anemia en el post parto inmediato en mujeres del centro histórico de Rosario Argentina, 2020. [citado 2020 Dec 20] [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/184/T->
7. Torres. Factores obstétricos intraparto asociados a la anemia en el puerperio inmediato en adolescentes del Hospital de Alto la Paz, en el periodo de enero- diciembre 2020. [citado 2020 Dec 20] [Internet]. 2020. Disponible en



<https://medicina.uc.cl/wpcontent/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a2018.pdf>.

8. Gonzales. Complicaciones del puerperio inmediato en las pacientes que presentaron anemia en el embarazo atendidas en el Hospital Rural de Chile, 2020. [Internet]. [consultado el 17 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://biblioteca.chile.edu.gt/tesis/05/05_9593.pdf
9. Lozano. Factores de riesgo de anemia en el post-parto inmediato en el Hospital José Agurto Tello de Chosica durante el año 2020. [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de 02 del 2021]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/riesgos-madreestadisticas-mortalidad-materna-154471>
10. Manrique. Nivel de anemia preparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Oroya 2020. [Internet] 2020 [consulta el 12 de 01 de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2019/gom192b.pdf>
11. Carbajal. Prevalencia de la anemia en el posparto inmediato (48-72 h), en pacientes atendidas en el Centro de Salud Alto San Martín Arequipa, 2020. [Internet] 2020 [citado 27 Dic 2020]. Disponible en: https://www.hematologia.hc.edu.uy/images/Anemia_y_Embarazo.pdf<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2210>.
12. Romero. Factores clínico-epidemiológicos, indicadores de experiencia de parto positiva y salud perinatal asociados a la anemia puerperal en mujeres atendidas en los establecimientos hospitalarios de EsSalud, Hospital, Aurelio Díaz Ufano 2022. [Internet]. 2022 [Citado el 06 de febrero del 2022]; 12 (4): 97-103. Disponible en <https://docplayer.es/36629924-Factoresperinatales->



[que-influyen-en-el-descenso-de-hemoglobina-materna-tras-elparto-y-en-el-ph-neonatal.html](#)

13. Lujan. Prevalencia y los factores relacionados a la anemia durante el puerperio inmediato en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter, enero – diciembre 2021. [Internet]. 2021 [Citado el 04 de 05 del 2021]; 12 (4): 97-103. Disponible en <https://docplayer.es/36629924-Factoresperinatales-que-influyen-en-el-descenso-de-hemoglobina-materna-tras-elparto-y-en-el-ph-neonatal.hixxn>
14. Aramayo. Características obstétricas de pacientes puérperas, con anemia, con finalización del embarazo por parto o cesárea en el Hospital de Lircay de Huancavelica en el año 2020. [Internet] 2021[consulta el 11 de 02 de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom192b>.
15. Pacompia. La anemia en las gestantes, constituye un problema de salud pública en el mundo, por el incremento de las necesidades del hierro, debido a la expansión de la masa eritrocitaria de la placenta y el feto, de los hospitales referenciales de Puno-Perú 2021. [Internet]. [Citado el 10 de noviembre del 2021. Disponible en: <http://dspace.puno.edu.ec/bitstream/123456789/22408/1/TESS>.
16. Mamani. Influencia de la anemia del embarazo sobre los resultados perinatales en pacientes atendidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón De Puno. 2022. [Internet]. 2022. Facultad de Ciencias Médicas. UNA [Citado el 19 de setiembre del 2022. Disponible en: <http://dspace.una-puno.edu.ec/bitstream/123456789/22408/1/TESIS.324>



17. Núñez. Factores asociados a la anemia puerperal en pacientes de los hospitales referenciales de Puno-Perú 2022. [Internet]. Facultad de Ciencias Médicas. Puno. [Citado el 15 de noviembre del 2022. Disponible en: <http://dspace.puno-una.edu.ec/bitstream/123456789/22408/1/TESIS.pdf>
18. Tizado. Prevalencia de anemia puerperal en pacientes atendidas en el Centro de Salud Chejoña, Puno, septiembre 2020 a febrero 2022. [Internet]. Facultad de Ciencias Médicas. Puno. 2022 [Citado el 17 de diciembre del 2022]. Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/3637/>
19. Martínez. La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. Rev Cuba Obstetr Ginecol [Internet]. 2018 [citado 27 Dic 2020]; 44(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356>
20. Mogrovejo, Grado de anemia en gestantes, Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019. [Internet]. Cajamarca: Repositorio Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud. 2019. [Citado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://190.116.36.86/bitstream/handle/UNC/1783/TESIS.pdf?sequence=>
21. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de salud para el manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. NTS N°134-MINSA/DGIESP. R.M. N° 958-2022/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2022. http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
22. Montano. Anemia en puérperas [Internet]. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. 2018.[citado el 12 de



diciembre del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1

23. Montesinos. Tipos de anemia en puérperas. [Internet]. Repositorio Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. 2018. [citado el 15 de febrero del 2020. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6897/MDMmoqun.pdf?s>
24. Moyolema. Anemia intraparto. [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. 2022. [consulta el 15 de diciembre 32 de 202218]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7498/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-349.pdf>
25. Munares. Anemia post parto [Internet]. 19 de abril 2019 [consulta el 15 de diciembre 32 de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/es/
26. Neira. Atención integral en el puerperio con anemia. Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la Salud. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 2019. [Internet]. 10 de junio 2019 [consulta el 10 de diciembre 2019]. Disponible en: <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/programas-ministeriales/atencion->
27. Olavegoya. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 [citado 2020 Dic 19]; 65(4): 489-502. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-



28. Organización Mundial de la Salud. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [Internet]. 2019. consultado el [07 de diciembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/es/
29. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [Internet]. 2019. consultado el [04 de noviembre 2019]. WHO/NMH/NHD/MNM/11.1. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
30. Organización Mundial de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral. [Internet]. 2019. consultado el 20 de abril de 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detectiron-deficiency-and-protect-brain-development>.
31. Gonzales GF, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2019 [citado el 1 de octubre de 2025];65(4):489–502. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400013
32. Anemia por deficiencia de hierro [Internet]. NHLBI, NIH. [citado el 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia/anemia-ferropenica>
33. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre anemia [Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017



(WHO/NMH/NHD/14.4). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

34. Alegría Guerrero RC, Gonzales Medina CA, Huachín Morales FD. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el puerperio. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2019 [citado 26 de setiembre de 2025];65(4):503–9. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400014

35. Causas y factores de riesgo [Internet]. NHLBI, NIH. [citado 26 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia/causas>

36. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Datos y Cifras. Ginebra: OMS; 16/02/2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality#>.

37. Anemia [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>

38. Anemia [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>

39. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 91. Nieto Editores; 2023.

40. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Ginebra: OMS; 2019. [Consultado el 07 de febrero del 2021]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

41. Organización Panamericana de Salud. Anemia Ferropénica: investigación para soluciones eficientes y viables. 2016. Recuperado de [Internet]. 2019. consultado el [04 de noviembre 2019]. WHO/NMH/NHD/MNM/11.1.



Disponible

en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-ironfortification-for-efficient-feasible

42. Palomo. Incidencia de la Hemorragia postparto por atonía uterina. [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. [Internet]. 2019. [Citado el 1 octubre del 2019] Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-medicina-guatemala-2-articulo-anemia-el-embarazo-el->
43. Parodi. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año [Internet]. 2018. Lima: Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [citado el 10 de noviembre del 2018] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/>
44. Picañol. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Med Clin (Barc). 2016;146(10):429–43. DOI: 10.1016/j.medcli.2018.01.029. [Internet]. 2018. [citado el 17 de noviembre del 2018] Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-medicina-clinica-2-articulo-anemia-el-embarazo-el->
45. Soto. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “San José” Callao – Lima, [Internet]. 2028. Callao: Repositorio Universidad Ricardo Palma. 2018. [Citado el 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/>



46. Urquizo. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Medicina Clínica [Internet]. 2019 [Citado el 06 de febrero del 2019] 146(10):429. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/297754480>
47. Vásquez. Situación mundial de la anemia en gestantes. Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Dic 27]; 36(4):996-997. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212161120190004
48. World. Anemia intraparto. [Internet]. 2019. WHO/NMH/NHD/MNM/11.1. [citado 12 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin>.
49. Zamora. Incidencia y gravedad de anemia en el puerperio y su relación con el tipo de parto y acceso a control prenatal en el periodo de septiembre a diciembre del 2019 en el Hospital Delfina Torres de Concha. [Tesis]. Ecuador: [Internet]. 2020.[citado 02 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000500317
50. Zúñiga. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. Med Clin (Barc) [Internet]. 2019; 146(10): 429-35. .[citado 11 agosto 2020]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775316000646>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*BD_Puerperas_inmediatas.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

100 : Grados_anemia Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Instrucción	Atencion_prenatal	Periodo_intergenésico	Numero_gestaciones	Numero_partos	Placenta	Desprendimiento	Atonia	Retención	Laceración	Trastornos	Grados_anemia
1	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
2	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Primipara	Sí	No	No	Sí	No	No	Leve
3	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Gran multigesta...	Gran multipara	Sí	No	No	No	Sí	No	Moderado
4	de 18 a 35 años	Soltera	Rural	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
5	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
6	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Gran multigesta...	Multipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
7	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
8	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Gran multigesta...	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
9	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	Corto	Gran multigesta...	Multipara	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderado
10	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	No	No	Leve
11	de 18 a 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	Sí	No	No	Moderado
12	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
13	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
14	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	Sí	No	No	No	No	No	Moderado
15	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
16	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
17	< de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	Sí	No	No	No	Sí	No	Moderado
18	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
19	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
20	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	Corto	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
21	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Mayor de 6 controles	Corto	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_Puerperas_inmediatas.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

100 : Grados_anemia Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Instrucción	Atencion_prenatal	Periodo_intergeneracional	Numero_gestaciones	Numero_partos	Placenta	Desprendimiento	Atonia	Retención	Laceración	Trastornos	Grados_anemia
22	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	No	No	Sí	No	Moderado
23	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Gran multigesta...	Gran multipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
24	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
25	de 18 a 35 años	Casada	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
26	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
27	de 18 a 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
28	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
29	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Ninguna	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	Sí	No	No	No	No	No	Moderado
30	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
31	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Gran multigesta...	Gran multipara	No	No	Sí	No	Sí	No	Moderado
32	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	Sí	No	No	No	No	No	Moderado
33	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
34	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
35	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
36	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
37	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
38	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Leve
39	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
40	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
41	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
42	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_Puerperas_inmediatas.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

100 : Grados_anemia Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Instrucción	Atencion_prenatal	Periodo_intergenésico	Numero_gestaciones	Numero_partos	Placenta	Desprendimiento	Atonia	Retención	Laceración	Trastornos	Grados_anemia
43	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
44	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
45	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
46	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
47	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Ninguna	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
48	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
49	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
50	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
51	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
52	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
53	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
54	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
55	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
56	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
57	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
58	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
59	> de 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	Sí	No	Sí	No	No	No	Moderado
60	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
61	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	Sí	No	No	Sí	No	Moderado
62	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
63	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	No	No	Moderado

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_Puerperas_inmediatas.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

100 : Grados_anemia 2 Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Instrucción	Atencion_prenatal	Periodo_intergenésico	Numero_gestaciones	Numero_partos	Placenta	Desprendimiento	Atonia	Retención	Laceración	Trastornos	Grados_anemia
64	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
65	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
66	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
67	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
68	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Leve
69	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
70	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
71	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
72	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
73	de 18 a 35 años	Casada	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
74	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
75	> de 35 años	Conviviente	Rural	Primaria	Menor de 6 controles	Corto	Gran multigesta...	Gran multipara	Sí	No	No	No	No	No	Moderado
76	de 18 a 35 años	Casada	Rural	Primaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
77	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
78	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
79	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
80	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Leve
81	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
82	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
83	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
84	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_Puerperas_inmediatas.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

100 : Grados_anemia 2 Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Estado_civil	Procedencia	Instrucción	Atencion_prenatal	Periodo_intergenésico	Numero_gestaciones	Numero_partos	Placenta	Desprendimiento	Atonia	Retención	Laceración	Trastornos	Grados_anemia
82	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
83	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Primaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
84	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Secundaria	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
85	> de 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
86	de 18 a 35 años	Soltera	Urbano	Ninguna	Menor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
87	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
88	de 18 a 35 años	Soltera	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
89	de 18 a 35 años	Soltera	Rural	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
90	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Multigesta	Multipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
91	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Superior	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	Sí	No	No	No	No	Moderado
92	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	Sí	No	No	Moderado
93	> de 35 años	Casada	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	Corto	Gran multigesta...	Gran multipara	No	Sí	No	No	No	Sí	Severo
94	de 18 a 35 años	Conviviente	Rural	Primaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	Sí	No	No	No	Moderado
95	de 18 a 35 años	Soltera	Rural	Secundaria	Menor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	Sí	No	Moderado
96	< de 18 años	Soltera	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	Sí	No	No	Leve
97	< de 18 años	Soltera	Rural	Primaria	Mayor de 6 controles	No aplica	Primigesta	Primipara	No	No	No	No	No	Sí	Leve
98	de 18 a 35 años	Conviviente	Urbano	Superior	Mayor de 6 controles	Corto	Multigesta	Primipara	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Moderado
99	de 18 a 35 años	Casada	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	Largo	Multigesta	Multipara	No	Sí	No	No	No	No	Severo
100	> de 35 años	Viuda	Urbano	Secundaria	Mayor de 6 controles	Largo	Gran multigesta...	Gran multipara	No	No	Sí	Sí	No	No	Moderado
101															
102															

1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A LA ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGIA		
PG.- ¿Cuáles serán las características de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	OG. - Determinar las características de puérperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.	HG. - Las características de puérperas inmediatas están relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.	1.- Características de puérperas inmediatas.	1.1 Características personales.	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 35 años c.- > de 35 años	1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental, asociativo y descriptivo. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Es asociativo, básico, transversal, retrospectivo. 3.- ENFOQUE: Cuantitativo. 4.- POBLACIÓN: Conformada por 100 pacientes con diagnóstico de anemia en puérperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024. 5.- MUESTRA: Conformada por 100 pacientes, se ejecutó un muestreo no		
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda			
					1.1.3 Lugar de procedencia	a.- Urbano b.- Rural			
					1.1.4 Grado de instrucción	a.- Ninguna b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior			
		1.2 Características obstétricas		1.2.1 Atención prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual de 6 controles				
				1.2.2 Periodo intergenésico	a.- Corto b.- Largo c.- No aplica				
1.2.3 Número de gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta								
1.2.4 Número de partos	a.- Primípara b.- Multipara c.- Gran múltipara								
1.2.5 Placenta previa	a.- Si b.- No								



PE2.- ¿Cuáles serán las características obstétricas de púerperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca? PE3.- ¿Cómo se presenta la anemia en púerperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano?	OE2.- Distinguir las características obstétricas de púerperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. OE3.- Indicar como se presenta la anemia en púerperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.	HE2.- Atención prenatal, periodo intergenésico, número de gestaciones, número de partos, placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, atonía uterina, retención de placenta y restos, laceración del tracto genital y trastornos de la coagulación, ¿son las características obstétricas de púerperas inmediatas relacionadas a anemia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. HE3.- La anemia se presenta de manera severa en púerperas inmediatas del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.			1.2.6 Desprendimiento de placenta normoinsera	a.- Si b.- No	probabilístico por utilidad, con un 100%. 6.- TÉCNICA: Variable 1: Características de púerperas inmediatas Técnica 1: Análisis documental Variable 2: Anemia Técnica 2: Análisis documental 7.- INSTRUMENTOS Variable 1.- Ficha de recolección de datos Variable 2.- Ficha de recolección de datos
					1.2.7 Atonía uterina	a.- Si b.- No	
					1.2.8 Retención de placenta y restos	a.- Si b.- No	
					1.2.9 Laceración del tracto genital	a.- Si b.- No	
					1.2.10 Trastornos de la coagulación	a.- Si b.- No	
			2. Anemia.	2.1 Grados de severidad	2.1.1 Leve	a.- 11 a 11.9 g/dl de hemoglobina.	
					2.1.2 Moderada	a.- 8 a 10 g/dl de hemoglobina.	
					2.1.3 Severa	a.- menor de 8 g/dl de hemoglobina.	



ANEXO 3: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO	
1. CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS.			
1.1 Características personales	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 35 años c.- > de 35 años	() () ()
	1.1.2 Estado civil	a.- Soltera b.- Conviviente c.- Casada d.- Viuda	() () () ()
	1.1.3 Lugar de procedencia	a.- Urbano b.- Rural	() ()
	1.1.4 Grado de instrucción	a.- Ninguna b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior	() () () ()
1.2 Características obstétricas.	1.2.1 Atención prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual de 6 controles	() ()
	1.2.2 Periodo intergenésico	a.- Corto b.- Largo c.- No aplica	() () ()
	1.2.3 Número de gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta	() () ()
	1.2.4 Número de partos	a.- Primípara b.- Multípara c.- Gran multípara	() () ()
	1.2.5 Placenta previa	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.6 Desprendimiento de placenta normoinsera	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.7 Atonía uterina	a.- Si b.- No	() ()



	1.2.8 Retención de placenta y restos	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.9 Laceración del tracto genital	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.10 Trastornos de la coagulación	a.- Si b.- No	() ()
2. ANEMIA.			
2.1 Grados de severidad	2.1.1 Leve	a.- 11- 11.9 g/dl de hemoglobina	()
	2.1.2 Moderado	a.- 8- 10 g /dl de hemoglobina	()
	2.1.3 Severo	a.- Menor de 8 g / dl de hemoglobina	()



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS
RELACIONADAS A LA ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ:

ESPECIALIDAD:

COLEGIATURA:**FECHA:**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	
La estructura del instrumento es el adecuado	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	
Los ítems son claros y entendibles	
El número de ítems es adecuado para su aplicación	
*se deben eliminar algunos ítems	
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....
identificado con DNI N°..... y CMP N°.....
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la
estudiante

Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

Juliaca de del 2025



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: HUGO CRUZ YOLINE

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

COLEGIATURA: 082050 FECHA: 06/05/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
TOTAL	18

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....Dr. Hugo Cruz Molina.....
identificado con DNI N°..... y CMP N°.....082050.....
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

Juliaca06 de Mayo del 2025

Dr. Hugo S. Cruz Molina
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CMP 082050 - RNE 050713



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: JUAN PÉREZ GARCÍA

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

COLEGIATURA: 121318 **FECHA:** 04/MAYO/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Juan G. Rojas Gallegos
identificado con DNI N° 02167022 y CMP N° 021318
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

Juliaca 06 de Mayo del 2025

Dr. Juan G. Rojas Gallegos
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP 21318 RNE 19255



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS
INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ:.....TIBURCIO TACO Huertas.....

ESPECIALIDAD:.....GINECOLOGIA Y Obstetricia.....

COLEGIATURA:.....18768.....FECHA:.....06/05/2024.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....TIBURCIO TACO HUERTAS.....
identificado con DNI N°..... y CMP N°.....18768.....
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. ANTONIN CALLA PARICAHUA

Juliaca06 deMayo del 2025

Tiburcio Taco Huertas
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA
CMP: 18768 - PNE: 012652



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 19 de Mayo del 2025

CARTA N° 406 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS

JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM. DE LA RSSR.

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. ANTONIN CALLA PARICAHUA

REGISTRO N° 10252 - 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**CARACTERISTICAS DE PUERPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que el interesado realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Erwin U. Carasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
MEDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001

EUCG/ccf
Cc. Interesado


23 MAY 2025
 (1)



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV



Formato digital ☒

Fecha de entrega: 24/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ANTONIN CALLA PARICAHUA

Dirección: Jr. Tumbes 382 - barrio Zarumilla

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73460421

Teléfono: 994231829 - 902123458 email: antocalla93@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MEDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

CARACTERÍSTICAS DE PUÉRPERAS INMEDIATAS RELACIONADAS A ANEMIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Anemia, características obstétricas, factores de riesgo, puerperio inmediato, salud materna.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional Nacional

☐

Nacional

Línea de investigación: **MEDICINA CLÍNICA - P09**

Firma de Autor



huella digital

24 de diciembre del 2025

Fecha