



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA POSPARTO EN PACIENTES ADMITIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO, DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO 2012”.

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Tite Muchagalo, Jeofre Fabian

Tutora: Dra. Pico Meléndez Margarita Esther

Ambato-Ecuador

Mayo, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema:

“FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA POSPARTO EN PACIENTES ADMITIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO, DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO 2012”de Jeofre Fabian Tite Muchagalo estudiante de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud .

Ambato, Diciembre 2012

EL TUTOR

.....

Dra. Margarita Pico

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA POSPARTO EN PACIENTES ADMITIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO, DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Diciembre 2012

EL AUTOR

.....
Jeofre Fabián Tite Muchagalo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor.

Ambato, Diciembre del 2012

AUTOR

.....
Jeofre Fabián Tite Muchagalo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA POSPARTO EN PACIENTES ADMITIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO, DURANTE EL PERIODO ENERO- JUNIO 2012.”** de Jeofre Fabián Tite Muchagalo , estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato , Mayo 2013

Para constancia firman

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A Dios, por su infinita bondad, a mis padres por su amor, comprensión, y apoyo incondicional, y al Hospital Bàsico Pelileo. por su apertura para este trabajo.

El presente trabajo de investigación dedico con todo mi corazón a Dios, luz de mi camino y a mis padres por su apoyo constante para poder culminar mi carrera profesional la cual he concluido satisfactoriamente.

Jeofre Fabiàn Tite Muchagalo

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido con una expresión de gratitud para nuestros distinguidos maestros que con nobleza y entusiasmo, vertieron toda su capacidad en nuestra alma;

A mí querida Universidad Técnica de Ambato porque en sus aulas recibimos los más gratos recuerdos y los mejores conocimientos que nunca olvidaremos;

Al Hospital Básico Pelileode manera especial, nuestro sincero agradecimiento al Dr. Gustavo Moralesy a todo el personal de estadística por brindarnos la información necesaria y haber orientado acertadamente nuestro trabajo de tesis;

Finalmente agradezco a Dios y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con mi persona hasta la culminación de mi trabajo.

INDICE GENERAL

Portada.....	I
Aprobación del tutor.....	II
Autoría del trabajo de grado.....	III
Derechos del autor.....	IV
Aprobación del jurado examinador.....	V
Dedicatori.....	VI
Agradecimiento.....	VII
Índice.....	VIII
Resumen.....	XII
Summary.....	XIV

ÍNDICE CAPITULOS

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 TEMA:	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANALISIS CRÍTICO	3
1.2.3 PROGNOSIS	4
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	5
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	6
1.4 OBJETIVOS	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	11
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	11
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	14
2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15
2.4.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	16

2.4.1.2 FACTORES DE RIESGO	16
2.4.2 ANEMIA POSPARTO	16
2.4.2.1 ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO.....	17
2.4.2.2. INFLUENCIA DE LAS ANEMIAS DURANTE EL EMBARAZO.....	18
2.4.2.3. TIPOS DE ANEMIAS MÁS COMUNES DURANTE EL EMBARAZO	18
2.4.2.3.1ANEMIA GRAVIDICA.....	19
2.4.2.3.2ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO.....	19
2.4.2.3.3DEFICIENCIA DE VITAMINA B12.	19
2.4.2.3.4PERDIDAS SANGUINEAS.	20
2.4.2.3.5. DEFICIT DE ACIDO FOLICO	20
2.4.2.4. CUADRO CLINICO.....	20
2.4.2.5. DIAGNOSTICO DE LA ANEMIA.....	21
2.4.2.6. TRATAMIENTO	21
2.4.2.7. PREVENCIÓN DE LA ANEMIA	22
2.5. HIPÓTESIS.....	23

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 MODALIDAD	24
3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.3 POBLACION DE ESTUDIO.....	25
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	26
3.7 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION	28
3.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	28

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	29
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES.....	50
5.2 RECOMENDACIONES.....	52
CAPÍTULO VI PROPUESTA	
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	53
6.1.1 TÍTULO.....	53
6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA	53
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	53
6.1.4 UBICACIÓN	54
6.1.5 TIEMPO.....	54
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE	54
6.1.7 COSTO.....	54
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	55
6.3 JUSTIFICACIÓN	56
6.4 OBJETIVOS	56
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	56
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	57
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA TECNICA	58
6.7 MODELO OPERATIVO	71
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA	72
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES ASOCIADOS A ANEMIA POSPARTO EN PACIENTES ADMITIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO, DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO 2012”.

Autor: Tite Muchagalo, Jeofre Fabián

Tutora: Dra. Pico Meléndez, Margarita Esther

Fecha: Diciembre 2012

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo Identificar los factores asociados a anemia posparto en pacientes atendidas de parto en el Hospital Básico Pelileo (HBP) durante el periodo enero – junio 2012, el tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo transversal, con las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En total se investigó a 75 pacientes. Resultados: la edad media 23.7 +/- 7 años, con 61% entre 18 a 30 años de edad, de instrucción primaria 57%, ocupación quehaceres domésticos 67%, de procedencia rural 76.7%. Con respecto a IVU se presentó en el 4% de las pacientes, al 73% se prescribió hierro y vitaminas durante el embarazo, el 45% fueron primíparas, el 79% si realizó más de 5 CPN, todas las pacientes fueron atendidas del parto en el hospital. El 68% presentó algún grado de anemia posparto. Sin embargo a pesar de este resultado solo al 21 % se prescribió hierro en el posparto. Sobre la presentación de anemia según la procedencia se observa que es más frecuente la anemia en pacientes procedentes del área rural con Odds ratio de 1.7, ahora bien a pesar de que el 73% de las pacientes investigadas

recibió hierro y vitaminas durante el embarazo la presentación de anemia no cambio (Odds ratio 0.14).Por lo cual se propone una guía de información alimentaria durante el embarazo.

PALABRAS CLAVES:

ANEMIA POSPARTO EMBARAZO HEMOGLOBINA

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"POSPARTUM FACTORS ASSOCIATED ANEMIA IN PATIENTS
ADMITTED TO THE HOSPITAL BASIC PELILEO, DURING THE PERIOD
JANUARY - JUNE 2012".**

Author: Tite Muchagalo, Fabian Jeofre

Tutor: Dra.Pico Melendez, Margaret Esther

Date: December 2012

EXECUTIVE SUMMARY

The research aimed to identify the factors associated with postpartum anemia in patients treated for hospital delivery Pelileo Basic (BPH) during the period January-August 2012, the type of study was retrospective descriptive cross sectional study, patients who met the inclusion and exclusion criteria in all 75 patients was investigated. Results: mean age 23.7 + / - 7 years old, with 61% entre 18 to 30 years old, 57% of primary education, occupation housework 67%, 76.7% of rural origin. On urinary infection is present in 4% of patients, 73% were prescribed iron and vitamins during pregnancy, 45% were primiparous, 79% if I make more than 5 CPN, body mass index over 50% of the patients were overweight or obese, all patients were treated in the hospital delivery. The 32% of patients had hemoglobin within normal parameters and 68% had some degree of postpartum anemia. However despite this result only 21% were prescribed iron postpartum. On the submission of anemia by source shows that anemia is more common in

patients from rural areas with odds ratio of 1.7, however despite that 73% of patients surveyed received iron and vitamins during pregnancy presentation no change of anemia (odds ratio 0.14, relative risk 0.51). Therefore proposes an information guide food during pregnancy.

KEYWORDS:

PREGNANCY ANEMIA HEMOGLOBIN POSPARTUM

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. TEMA DE INVESTIGACION

Factores asociados a anemia posparto en pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo, durante el periodo enero – junio 2012.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo y de presentación frecuente en el posparto, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente¹.

Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales^{1,2}.

Las anemias carenciales tienen una elevada incidencia en las gestantes a nivel mundial. La principal anemia carencial es por predominio de la falta de hierro que es el mineral más utilizado por el organismo para la formación de la hemoglobina, seguida de la megaloblástica que es por déficit de ácido fólico y vitamina B12. Ellas están consideradas como el problema nutricional más relevante en las mujeres embarazadas, pues afecta la salud de la madre y del recién nacido³.

Estudios recientes realizados en Perú, aseguran que la carencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 no solo afecta al peso del bebé al nacer y al estado inmunológico materno sino que aumenta el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto^{4,5}.

La anemia es la complicación hematológica más frecuente durante el embarazo, parto y puerperio. Produce un aumento de la frecuencia de partos prematuros, fetos de bajo peso para su edad gestacional y de la mortalidad perinatal. La atención de la embarazada debe evaluar pronto el riesgo de anemia, dar consejo dietético preconcepcional y emplear las pruebas de laboratorio más apropiadas^{6,7}.

Se considera anemia durante la gestación cuando el nivel de hemoglobina esta por debajo de 11g/l y el hematocrito de 33%, además de lámina periférica microcíticaahipocrómica. Existen otras pruebas de laboratorio que tienen mayor exactitud para el diagnóstico de esta enfermedad, pero la mayoría de ellas son propias de hospitales y centros especializados a los cuales no se tiene acceso comúnmente, solo podemos acceder a estas en algunos casos especiales.

Se conoce que en el Hospital Básico Pelileo (HBP) ocurren aproximadamente 8 – 10 partos semanales, esto implica que en un

semestre se atenderían alrededor de 190 partos, de ellos pocos son los que presentan controles adecuados más de 5 según refiere el Dr. Bonilla médico del HBP, además indica que a todas las pacientes que acuden al hospital se prescribe hierro y ácido fólico durante el embarazo, sin embargo a pesar de ellos en los controles posparto se encuentra a madres con anemia leve a moderada.

Es así que conociendo los factores relacionados con la anemia durante el embarazo y posparto, se podrá actuar en virtud de modificardichos factores disminuyendo las complicaciones que se derivan de la anemia.

1.2.2. Análisis crítico.

La anemia durante el embarazo y por lo tanto en el posparto es conocida desde el punto de vista clínico, las normas que se deben aplicar durante el embarazo para prevenir esta enfermedad que pueden traer serias complicaciones maternas y fetales tanto en la gestación como después de ocurrido el parto, los esfuerzos deben ser encaminados a disminuir y prevenir esta realidad en nuestro medio; por lo tanto si se analiza los indicadores esenciales de los factores que se asocian a la anemia posparto y si se conocen los mismos se pueden hacer los esfuerzos necesarios en virtud de los factores se realicen cambios necesarios implementación de normas y actualización de las mismas, el propósito de esta investigación es conocer dichos indicadores esenciales y hacer del presente estudio un antecedente para poder aplicarlo en nuestra realidad.

Datos Referenciales relacionados con el objeto de la investigación demuestran que indagaciones previas, así como posteriores verifican que

los indicadores esenciales de los factores asociados a la anemia posparto constituyen una realidad, basada en documentos existentes en la dependencia pública de salud.

1.2.3. Prógnosis

Las consecuencias de no realizar la presente investigación se relacionan con la anemia que frecuentemente se presenta en las pacientes en posparto en el Hospital Básico Pelileo, y a continuación se describe las siguientes.

La presentación de anemia posparto en pacientes que son admitidas en el Hospital Básico Pelileo es muy frecuente, ello puede deberse a múltiples factores que fueron objeto de investigación.

Las complicaciones que se derivan de la anemia en la madre son varios y es deber de los trabajadores de la salud disminuir la alta incidencia de anemia en el posparto, de no realizarse la presente investigación dichas complicaciones se mantendrían, y no serían corregidas oportunamente.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los indicadores esenciales de los factores asociados a anemia posparto en el Hospital Básico Pelileo, durante el periodo enero – junio 2012?

1.2.5.- Preguntas directrices

¿Cuál es el contexto actual de las pacientes con anemia posparto en el Hospital de Pelileo?

¿Cuáles es la frecuencia de cada uno de los factores en la presentación de anemia posparto?

¿Cómo se puede prevenir la anemia posparto en el Hospital Pelileo?

1.2.6.- Delimitación del problema

Delimitación de contenido

Campo Obstetricia.

Área Anemia posparto.

Aspecto Indicadores esenciales de los factores asociados.

Delimitación espacial:

Esta investigación se realizó en las pacientes de anemia posparto, atendidas en el Hospital Básico Pelileo (HBP).

Delimitación temporal:

Esta investigación se realizó en pacientes que fueron admitidas durante el periodo enero – junio 2012.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las razones que justifican el desarrollo de la presente investigación son:

Esta investigación será de utilidad para pacientes ya que se aplicaran propuestas encaminadas a disminuir la anemia en el posparto, así como también servirá al profesional de salud que se encarga de brindar la atención y controles prenatales ya que con evidencia estadística también se pueden tomar decisiones al respecto.

El presente trabajo investigativo reviste de total originalidad en razón de que una vez revisados los archivos del Hospital Básico Pelileo no se han encontrado temas relacionados con el objeto de esta investigación

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los indicadores esenciales de los factores asociados a anemia posparto a través del test “Formulario para recolección de datos de pacientes con anemia posparto” para prevenir la misma en pacientes atendidas en el Hospital Básico Pelileo.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la situación actual de las pacientes con anemia posparto en nuestro medio.

Establecer en orden de frecuencia los indicadores esenciales de factores implicados en la presentación de anemia posparto.

Definir una propuesta que permita disminuir y prevenir la anemia posparto en pacientes atendidas en el Hospital Básico Pelileo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En un estudio prospectivo denominado: Tratamiento de la anemia en el postparto y en el postoperatorio inmediato de cirugía ginecológica, con hierro intravenoso, realizado en el Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Maternal La Paz (Madrid)⁹. Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con hierro intravenoso en la anemia postparto y tras cirugía ginecológica. Los autores encontraron los siguientes resultados: Se trataron 257 pacientes obstétricas y 52 ginecológicas, de las que completaron el estudio 156, respectivamente. El aumento de hemoglobina tras el tratamiento fue de 3,2 g dl en los casos de obstetricia, y de 2,7 g dl en los casos de ginecología. En ambos los resultados fueron estadísticamente significativos, con $P < 0,001$ e intervalo de confianza del 95% (2,92-3,52 en los casos de obstetricia y 2,22-3,07 en los de ginecología). La aparición de efectos secundarios fue escasa (en trece pacientes obstétricas y en una de las ginecológicas), siendo la mayoría (en 12 de las 14 mujeres) la presencia de dolor en la zona de inyección. Concluyen: El hierro sacarosa intravenoso es seguro y eficaz en el tratamiento de la anemia puerperal y en el postoperatorio de cirugía ginecológica.

Cortes Ramírez, Pedro. en una investigación prospectiva denominada "Tratamiento de la anemia posparto con hierro oral". Estudiaron a 51 pacientes con anemia posparto, a quienes se les administró hierro por vía

oral, a dosis de 2.5 mg/Kg/día y observaron que el grupo de edad más frecuente fue el de los 17 a 21 años, y en multíparas. Hubo un aumento total de hemoglobina de 4.91 g/dl en 30 días de tratamiento, que fue significativo desde el punto de vista estadístico; igual resultado se obtuvo con las cifras de hematocrito y hierro sérico, que fueron marcadores útiles en el seguimiento de la paciente anémica. La cuenta de plaquetas y reticulocitos fue normal antes y después del tratamiento. No se observaron otras alteraciones que desviaran el curso normal del puerperio. La anemia bien tratada no es factor modifique la normalidad del puerperio. Los autores concluyen que la administración oral de hierro es un método terapéutico que no causa daño y es eficaz en el tratamiento de la anemia posparto.

En el estudio denominado “Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas”. Estudio de casos y controles pareado de base institucional. La población de estudio estuvo constituida por embarazadas que tuvieron su parto entre febrero y marzo de 2005 y que acudieron a revisión al servicio de puerperio en la primera semana del posparto a la UMF No 1 del IMSS en Ciudad Obregón Sonora (a 46 m sobre el nivel del mar). La muestra del estudio se determinó con base en la fórmula de comparación de proporciones modificada, con una seguridad del 95%, un poder estadístico de 80%, considerando como diferencia entre ambos grupos un Odds Ratio (OR) de 2 y conociendo que la frecuencia de exposición entre los casos fue del 50%. Así se estableció el grupo de casos con 60 pacientes y el grupo control con 120 pacientes (Rel: 1:2). Encontraron los siguientes resultados: El universo de trabajo se constituyó por 60 casos y 120 controles que fueron pareados por edad y trimestre gestacional. En el grupo de casos se registró a 19.9% de pacientes menores de 20 años; entre 20 y 35 años se registró un 75.1% y las mayores de 35 años se presentaron en un 5%, con media de edad de

24.8 años (IC 95% 23.1-26.2) y DE 5.4 años. En el grupo control se registró un 11.7% en menores de 20 años; entre los 20 y 35 años se registró un 83.8% y las mayores de 35 años se presentaron en un 2.5% con una media para la edad de 25.8 años (IC 95% 24.1-25.9) y DE 4.9, no encontrando diferencia estadística con el grupo de casos ($p= 0.214$). El grupo con anemia presentó una media de hemoglobina de 10.19 g/dl (IC 95% 10.05-10.32 g/dl) y DE 0.51 g/dl, y una media de hematocrito de 30.70% (IC 95% 30.35-31.04%) y DE 1.34%. El grupo sin anemia presentó una media de hemoglobina de 12.15 g/dl (IC 95% 12.03-12.28 g/dl) y DE 0.67 g/dl con una media de hematocrito de 35.22% (IC 95% 35.94-36.50%) y DE 1.54% ($p= 0.000$). Al contrastar las diferencias se demostró en los grupos de edad una χ^2 de 0.214 y RM de 1.5 con IC de 95% 0.671-3.4200, sin significancia estadística. El tipo de alimentación tuvo un χ de 0.007 y RM de 2.6 IC 95% 1.540-5.848 con clara asociación de riesgo. El grupo de casos presentó 50 (83%) con alimentación deficiente y 10 (17%) con alimentación considerada como buena, en los controles 78 (65%) con alimentación deficiente y 32 (35%) con alimentación considerada como buena. En cuanto a la orientación de la paciente con relación a la nutrición se encontró un χ^2 0.002 y RM 3.7 IC 95% 1.461-9.400. En los casos se encontró 54 (90%) que no recibieron orientación o envío a nutrición 6 (10%) si recibieron orientación; en los controles 85 (70%) si recibieron orientación y 35 (30%) no la recibieron. Con relación a la suplementación con hierro, las pacientes con anemia fueron 38 (63%) con una suplementación inadecuada y 22 (37%) con suplementación adecuada; en los controles 29 (24%) con suplementación inadecuada y 91 (76%) con suplementación adecuada. Presentando un χ^2 de 0.000 y RM 5.4 IC 95% 2.770-10.60, estableciendo que la suplementación inadecuada aumenta el riesgo 5.4 veces de presentar anemia. El antecedente de tres a más partos presentó un χ^2 de 0.011 y RM de 2.5 (IC95% 1.222-5.518).

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico-Propositivo ya se analizarán los datos o factores que fueron recolectados por el investigador es decir los factores que encuentre y su análisis frente a la presentación de anemia posparto, se conocen varios factores, tabaquismo, bajo peso, índice de masa corporal bajo, alcoholismo, edad, control perinatal inadecuado, nivel socioeconómico bajo, suplementación de hierro inadecuado, entre otros factores, pero se supone que algunos deben influir con mayor o menor frecuencia para contribuir al desarrollo de esta patología y otros tal vez predisponer a su desarrollo. Siendo el propósito, identificar dichos factores y proponer una solución que disminuya la morbilidad materna y neonatal.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la Constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Capítulo tercero - Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 38.- punto 8, Estado tomará medidas de:

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que

ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

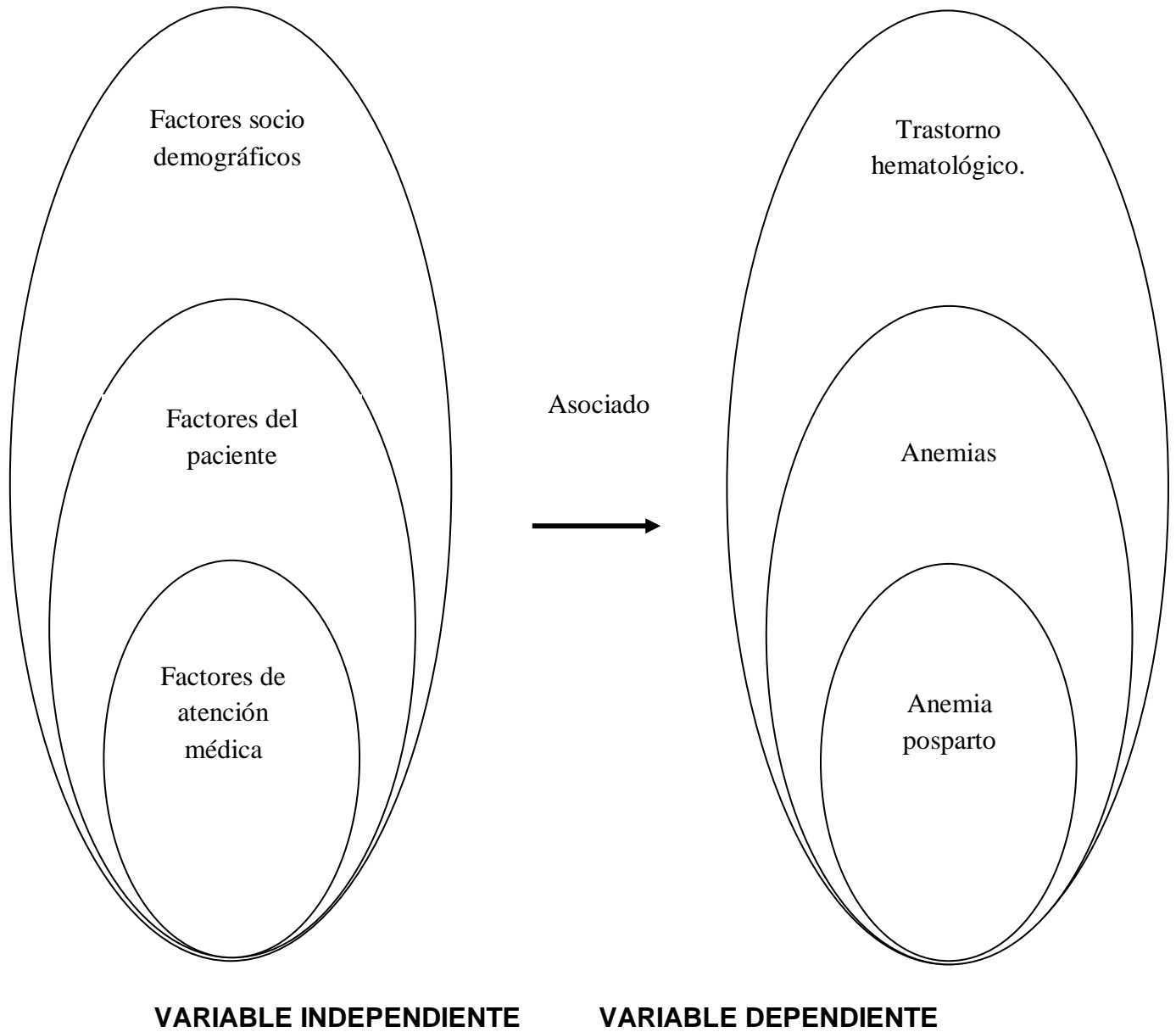
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

Según el Artículo 167 del Código de la Salud, la atención médica es la aplicación de los recursos técnicos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos físicos y mentales, comprendiendo la atención del embarazo y del parto.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el Marco del cumplimiento de los objetivos del Milenio Nacional de Salud (Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para 2015.) y Derechos Sexuales y Reproductivos y en el cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de las necesidades de la salud de la población, proporciona al personal de salud un instrumento técnico y normativo que pudiera mejorar la atención del parto y posparto a las parturientas y resolver los riesgos y patologías que podría manifestar durante la gestación, respetando sus costumbres y culturas reduciendo la muerte materna-neonatal.

2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.4.1. Variable independiente

Indicadores esenciales de los factores asociados

2.4.1. Variable Dependiente.

Anemia posparto

2.4.1.- FUNDAMENTACION TEORICA.

2.4.1.1. FACTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

2.4.1.2. Factores de riesgo

2.4.1.2.1 Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos que pueden afectar o incrementar el riesgo de anemia posparto en pacientes del área rural, que no tienen acceso o su acceso es difícil al control prenatal, o no se realizan controles adecuados de su embarazo, el trabajo, la desnutrición, el índice de masa corporal bajo, así como también el estado socioeconómico bajo, sobre la edad, se describe anemia en pacientes adolescentes, y en mayores de 35 años de edad.

2.4.1.2.2. Factores de la paciente

Esto más específicamente se refiere a la edad, a la condición genética, al estado nutricional de la paciente, los antecedentes de enfermedades hematológicas que pueden condicionar la paciente a presentar anemia en el posparto, al antecedente de patologías uterinas que puedan provocar sangrado excesivo durante el parto y por ende ser riesgo de anemia posparto.

2.4.1.2.3. Factores relacionados con la atención médica.

El mayor porcentaje de anemia posparto se da en madres >30 años, así se enfatiza la importancia de no diferir el embarazo a edades más avanzadas. .

El nivel de instrucción también está considerado como factor de riesgo, mayor incidencia de anemia posparto.

2.4.2. ANEMIA POSPARTO

La Organización Mundial de la Salud define la anemia en el embarazo y en el posparto como una concentración de hemoglobina (Hb) menor de 11 g/dl. La anemia por deficiencia de hierro es el tipo más común en las mujeres en edad reproductiva y en la gestación. La anemia durante el embarazo constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia del 55.9% e impacto significativo sobre la salud de la madre y del feto, con una tasa de mortalidad materna del 40-60% en países subdesarrollados. La anemia altera la liberación de oxígeno de la placenta al feto e interfiere en el crecimiento intrauterino normal, que produce abortos y mortalidad perinatal. Además, se asocia con el aumento de los partos pretérmino (28.2%), preeclampsia (31.2%) y sepsis materna. La anemia grave puede provocar palpitaciones, taquicardia, disnea y aumento del gasto cardíaco debido al estrés cardíaco, con descompensación e insuficiencia cardíaca. Casi todos los casos de anemia por deficiencia de hierro responden rápidamente al tratamiento, aunque no siempre es así debido a la falta de adhesión a la terapia por vía oral por los efectos adversos. Las

alteraciones gastrointestinales se caracterizan por dolor cólico, náuseas, vómitos, diarrea y malestar gástrico en aproximadamente el 6-12% de los pacientes tratados con preparaciones de hierro. Las sales ferrosas (SF) constituyen el preparado más ampliamente recomendado, aunque su uso está limitado por su absorción baja y variable, la quelación por parte de los alimentos y el daño en la mucosa luminal mediado por los radicales libres.

Los compuestos con hierro se introdujeron para evitar estos problemas pero son menos solubles al pH fisiológico y precipitan intraluminalmente como hidróxido o fosfato y, por ende, tienen mala biodisponibilidad. El complejo de hierro polimaltosato (CHP) es una combinación de hierro férrico con maltol (un aditivo alimentario) que se elaboró como una molécula que es soluble al pH neutro y no es quelada por otras sustancias. En el CHP, la forma de hierro elemental queda en estado no iónico, lo que asegura la ausencia de irritación gástrica y, además, su elevado contenido de hierro elemental evita la necesidad de dosificaciones frecuentes con la consiguiente mejora de la adhesión terapéutica. A pesar de las ventajas del CHP sobre las SF, su eficacia no ha sido bien establecida durante el embarazo. Diversos estudios demostraron que este complejo es tan efectivo como las SF, incluso superior.

2.4.2.1. ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO

Se considera anémica a toda mujer embarazada y en posparto cuando

- 1) la cantidad de eritrocitos es menor de 3.500.000 por milímetro cúbico.
- 2) El hematocrito es menor al 33 %.
- 3) Disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl asociada a una concentración de hemoglobina corpuscular media inferior al 30 %.

2.4.2.2. INFLUENCIA DE LAS ANEMIAS DURANTE EL EMBARAZO.

Debemos considerar de alto riesgo a toda embarazada cuando:

- Las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11 g/dl.
- El hematocrito se halla por debajo del 33 %.

Ambos hechos pueden producir patologías tanto sobre la madre como sobre el feto.

Sobre la madre:

- Incidencia de preeclampsia.
- Mayor riesgo de infecciones puerperales.
- Alto riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.
- Agudización de afecciones cardiovasculares previas maternas.

Sobre el feto:

- Hipoxia fetal.
- Retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo.
- Alta prevalencia de mortalidad fetal.
- Parto prematuro.

2.4.2.3. TIPOS DE ANEMIAS MÁS COMUNES DURANTE EL EMBARAZO

Existen diversos tipos de anemia que pueden presentarse durante el embarazo. Son los siguientes:

2.4.2.3.1. ANEMIA GRAVIDICA

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo de la mujer aumenta hasta en un 50 por ciento. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. A veces, el trastorno recibe el nombre de anemia de embarazo y no se considera anormal salvo en los casos en los que los niveles disminuye según la OMS < 11g/dl.

2.4.2.3.2. ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO

Durante el embarazo, el feto se vale de los glóbulos rojos de la madre para su crecimiento y desarrollo, especialmente durante los últimos tres meses del embarazo. Si una mujer tiene una suficiente cantidad de glóbulos rojos en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede utilizar esta reserva durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto. Las mujeres que no poseen la cantidad adecuada de hierro almacenado pueden desarrollar anemia por deficiencia de hierro. Este tipo de anemia es el más común durante el embarazo. Antes de embarazarse, es conveniente tener una nutrición adecuada para poder acumular estas reservas y prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

2.4.2.3.3. DEFICIENCIA DE VITAMINA B12

La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de las proteínas. Las mujeres vegetarianas (que no comen productos derivados de animales) tienen mayor probabilidad de desarrollar la deficiencia de vitamina B12. La inclusión de alimentos derivados de animales en la dieta, tales como leche, carnes, huevos y aves, puede

prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres bajo una dieta vegetariana estricta generalmente necesitan la inyección del suplemento de vitamina B12 durante el embarazo.

2.4.2.3.4. PERDIDAS SANGUINEAS

La pérdida de sangre durante el parto o el puerperio (después del parto) también puede ser una causa de la anemia. La pérdida de sangre promedio en un parto vaginal es de aproximadamente 500 mililitros y, en un parto por cesárea, de 1.000 mililitros². Las reservas adecuadas de hierro pueden ayudar a una mujer a reponer la cantidad de glóbulos rojos perdidos

2.4.2.3.5. DEFICIT DE ACIDO FOLICO

El folato, también llamado ácido fólico, es una vitamina B que trabaja con el hierro en la formación de los glóbulos. La deficiencia del folato durante el embarazo generalmente está asociada a la deficiencia de hierro dado que tanto el ácido fólico como el hierro se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Se ha comprobado que el ácido fólico ayuda a reducir el riesgo de dar a luz a un bebé con ciertos defectos congénitos cerebrales y de la médula espinal si se ingiere antes de la concepción y durante los primeros meses de concepción.

2.4.2.4. CUADRO CLINICO

Es posible que las mujeres con anemia durante el embarazo no manifiesten síntomas claros, a no ser que la cantidad de glóbulos rojos sea muy baja. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la anemia. Sin embargo, cada mujer puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Palidez en la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos o la parte inferior de los párpados
- Fatiga
- Vértigo o mareo
- Disnea
- Taquicardia.

La similitud de los síntomas asociados al estado propio del embarazo con algunos observados en los síndromes anémicos supone cierta confusión a la hora de precisar el cuadro como se menciono másarriba, la anorexia, astenia y la disnea son comunes en los estadios iniciales de la gestación.

2.4.2.5. DIAGNOSTICO DE LA ANEMIA

La anemia generalmente se descubre durante el control prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocrito. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia incluyen el interrogatorio antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos, examen físico completo en busca de palidez, control de TA, y el análisis de sangre por laboratorio, una manera sencilla y rápida de evaluación mediante el estudio de la:

Según la OMS: leve, Hb menor de 11 g/dl a 9 g/dl; moderada, Hb menor de 9 g/dL a 7 g/dl y grave, Hb menor de 7 g/dl.³³

2.4.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento específico de la anemia será determinado acorde con:

- Su embarazo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- Qué tan avanzada está la enfermedad
- Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias

- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad

El tratamiento depende del tipo y la severidad de la anemia. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro incluye suplementos de hierro. Algunas de las formas de administración son de dosificación lenta, mientras que otras deben administrarse varias veces por día. Si el hierro se toma con el jugo de un cítrico, el organismo lo absorbe mejor. Los antiácidos pueden disminuir la absorción del hierro. Los suplementos de hierro pueden provocar náuseas y hacer que las deposiciones sean de un color verde oscuro o negro. También es posible que los suplementos de hierro produzcan constipación. Como habíamos mencionado anteriormente siendo la anemia ferropénica la más común daremos específicamente el tratamiento para este tipo de anemia.

2.4.2.6.1. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA

Administración de sulfato ferroso en:

EMBARAZADAS: 120 a 180 mg/día sulfato ferroso + 500 ug/día de ácido fólico hasta 3 meses después del parto.

2.4.2.7. PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

Sulfato ferroso 60 mg/ día + Ácido Fólico 0,4 mg/día.

Una buena nutrición antes del embarazo puede no sólo ayudar a prevenir la anemia, sino que también puede ayudar a la formación de otras reservas nutricionales en el cuerpo de la madre. Una dieta saludable y equilibrada durante el embarazo ayuda a mantener los niveles de hierro y otros nutrientes de importancia necesarios para la salud de la madre y del bebé en gestación.

2.5.- HIPÓTESIS

“La consecuencia de los indicadores esenciales de los factores asociados se halla más agrupado a anemia posparto”.

2.6.- VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de atención médica

VARIABLE DEPENDIENTE

Anemia Posparto

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque

Esta investigación está guiada predominantemente por el paradigma cualitativo porque busco la comprensión entre los factores identificados como asociados a anemia posparto, además trata de establecer jerárquicamente los principales factores de atención médica.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación

Investigación de Campo: esta investigación fue de campo porque ya que el investigador estuvo en el lugar de la investigación.

3.3.- Niveles o Tipo de Investigación

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar qué factores que se asociaron a anemia posparto.

Transversal.- Ya que el investigador tomo los datos en una sola ocasión y no fue necesario el control.

Retrospectivo.- Ya que se tomó los datos de las historias clínicas de las pacientes ya atendidas en el periodo enero – junio 2012.

3.4.- Población y Muestra:

La población en estudio de esta investigación abarca todas las pacientes que fueron atendidas el parto en el HBP, y que presentaron anemia posparto inmediato además que tengan la historia clínica completa, en total fueron 75 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1 Criterios de inclusión

Para la presente investigación, se incluyeron:

Pacientes embarazadas cuyo parto fue atendido en el HBP.

3.5.2 Criterios de exclusión.

Pacientes que no presentaron historias clínicas completas.

3.5.3 Aspectos éticos

En el presente estudio se tomaron datos específicos de los pacientes para lo cual cada uno tuvo absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, no se tomaran nombres ni apellidos y se guardara absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto. Anexo 2

3.7.- Operacionalización de Variables.

Matriz de Operacionalización de variables.

Tabla VARIABLE INDEPENDIENTE: Indicadores esenciales de los factores asociados

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
Los factores de atención médica se definen como una o varias condiciones sociodemográficas, personales y médicas que predisponen a la presentación de la anemia posparto.	Factores socio demográficos Factores del paciente Factores médicos	Etnia lugar donde vive Antecedentes obstétricos Patología obstétrica actual. Hemograma Anamnesis Examen físico Exámenes complementarios Edad Patología Obstétrica actual	Lugar de residencia Cuál es su edad Cuáles son sus antecedentes Ha presentado enfermedades en el embarazo?. Cuáles son los valores de Hb? Atención del parto? Hemorragia?	Formulario de datos

Variable dependiente:

Tabla. Anemia posparto

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Entidad patológica que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl. Generalmente producida por deficiencia de hierro, raramente por deficiencia de ácido fólico ó por una combinación de los dos, que conlleva a la presentación de síntomas y signos	Síntomas Signos Exámenes complementarios	Anamnesis Examen físico Signos vitales Hemograma e índices hemáticos	Debilidad, falta de apetito, mareo, tinitus, palpitaciones. Palidez, llenado capilar, Presión arterial, Frecuencia cardiaca Hemoglobina, hematocrito.	Formulario de datos

3.8 Plan de recolección de información

El proceso que se siguió fue el siguiente:

1. Se determinó los sujetos de investigación: pacientes en posparto atendidas en el HBP.
2. Se elaboró el formulario de recolección de datos mismo que se tomó a partir de los Items de la Operacionalización de variables. Anexo 1
3. Para la recolección de los datos mediante el formulario de datos se solicitó permiso a las autoridades correspondientes. Anexo 2

3.9.- Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos

La información se introdujo en una base de datos creado en excel, en donde se procesó y se realizaron los respectivos cuadros y gráficos, para el análisis y la descripción de cada uno de ellos, además se realizó el análisis estadístico para validar o rechazar la hipótesis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A partir de la revisión de las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas el posparto en el HBP, los datos que se encontraron completos fueron en 75 historias clínicas, las cuales cumplían los criterios de inclusión, a partir de las cuales se realizó los cuadros y gráficos que se interpretan estadísticamente.

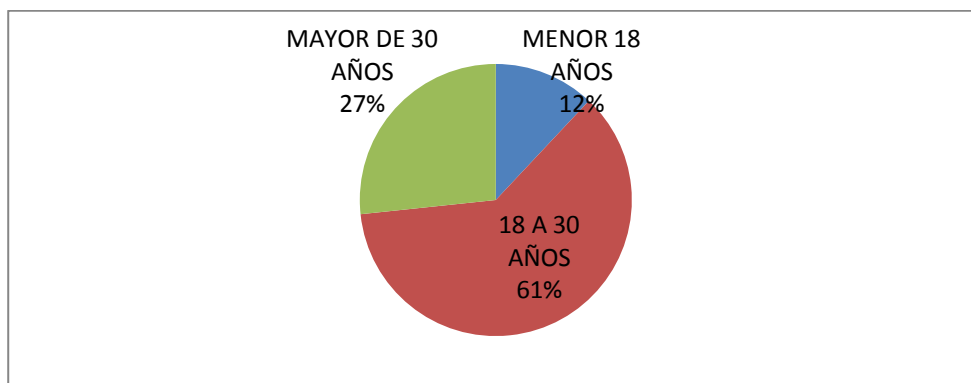
Dichos datos fueron verificados y cotejados según los archivos de la dependencia pública en cuestión.

4.1. Características de la población estudiada:

4.1.1. Edad

Gráfico 1. Edad de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

GRUPOS DE EDAD

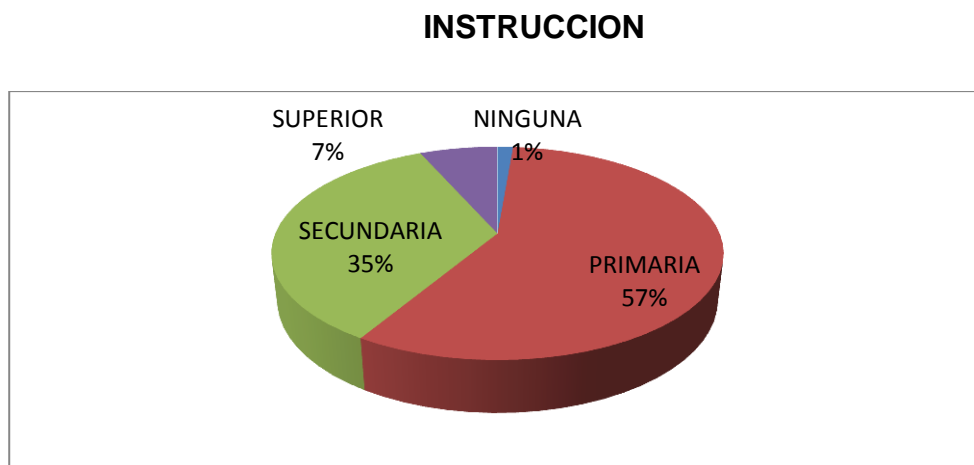


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

En el grafico anterior se puede observar la media de la edad de las pacientes ingresadas fue de 23.7 +/- 7 años de edad, pero la edad más frecuente de presentación fue de entre 18 a 30 años de edad lo que las ubica dentro del grupo de pacientes adultas, y el 18% adolescentes o menores de 18 años de edad. Esto nos indica que la distribución de las pacientes se relaciona más frecuentemente con pacientes adultas de las investigadas mientras sobre la presentación fueron ingresadas más pacientes de edad entre 18 a 30 años de edad, sin embargo existe un porcentaje elevado de madres adolescentes.

4.1.2. Instrucción

Grafico 2. Instrucción de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.



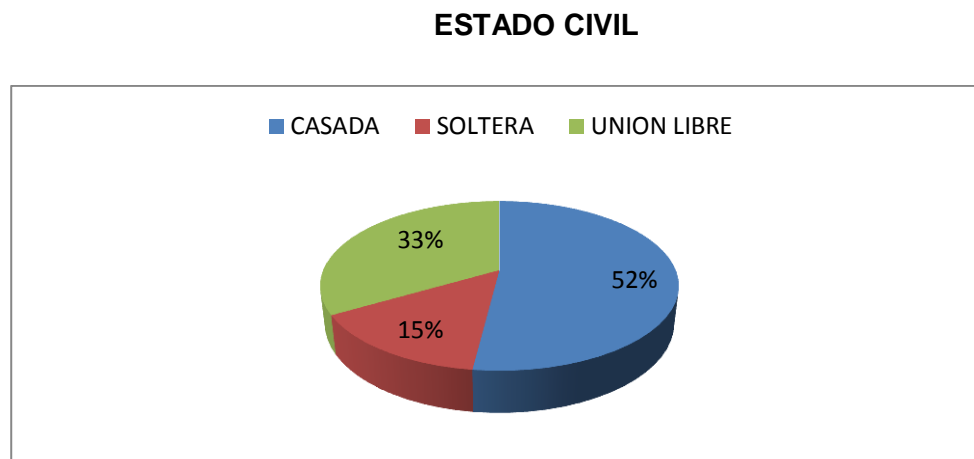
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Sobre la instrucción de las pacientes estudiadas la mayoría tuvo educación primaria y secundaria, solo una paciente no tenía instrucción alguna, esto indica que la mayoría de las

pacientes que son atendidas en el HBP tienen instrucción primaria.

4.1.3. Estado civil.

Grafico 3. Estado civil de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.



Fuente: Archivos clínicos

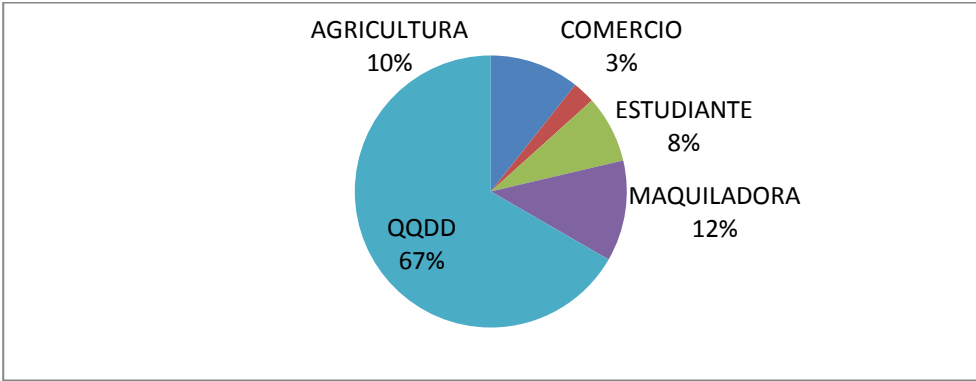
Elaborado por el autor.

El 52% de las pacientes investigadas fueron de estado civil casada con un porcentaje elevado 33% se presenta unión libre, situación que se ha incrementado en los últimos años

4.1.4. Ocupación

Grafico 4. Ocupación de la pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

OCUPACION



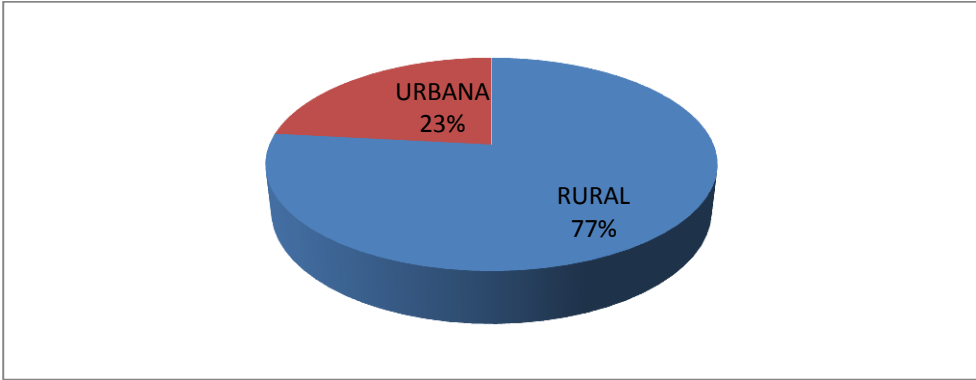
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Dentro de la ocupación de las pacientes investigadas el 67% correspondió a pacientes que se dedicaban a los quehaceres domésticos, seguido de las pacientes que se dedican a la elaboración de jeans o maquiladoras con el 12%, con el 10% se dedicaban a la agricultura y con el 8% y 3% a estudiar y al comercio respectivamente, esto hace referencia a que pacientes que se dedican a los quehaceres domésticos tienen mayor riesgo de presentar anemia posparto.

4.1.5. Procedencia

Grafico 5. Procedencia de las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

PROCEDENCIA



Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

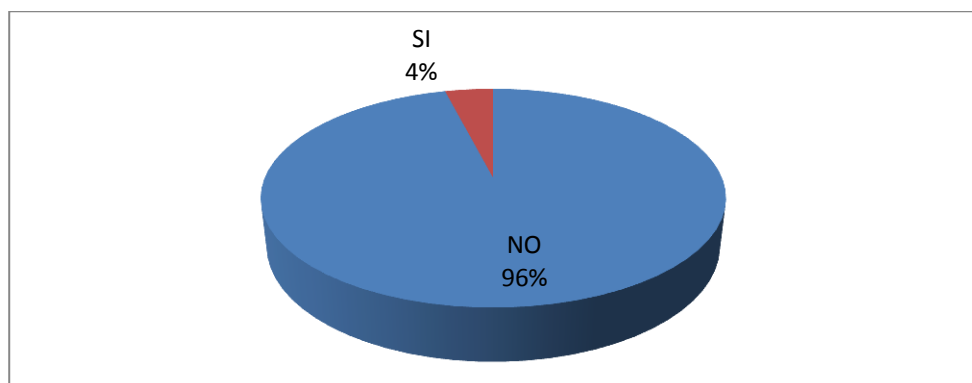
La procedencia rural con el 77% de la presentación fue la más frecuente en la investigación realizada con respecto a la procedencia urbana correspondió al 23%, esto indica que las pacientes del área rural acuden con mayor frecuencia a la atención del parto en el HBP, pero a su vez tienen mayor riesgo de presentación de anemia posparto.

4.2. Factores de riesgo

4.2.1. Antecedentes de Infección de vías urinarias.

Gráfico 6 Antecedente de infecciones genitales o vías urinarias durante el embarazo de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

INFECCIONES GENITALES O IVU



Fuente: Archivos clínicos

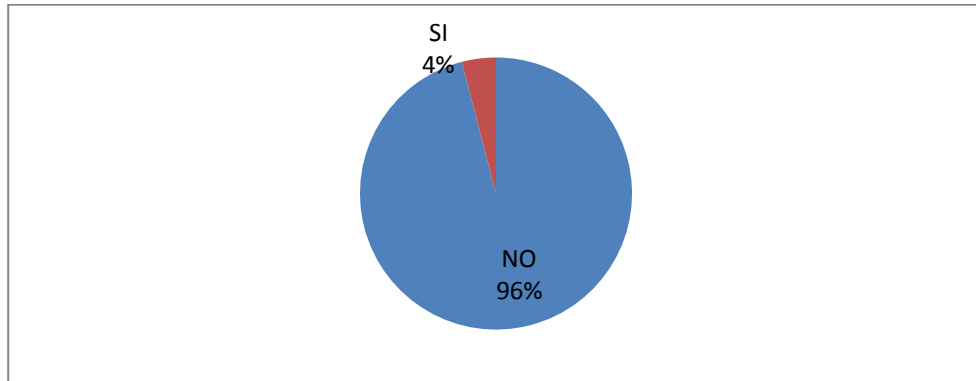
Elaborado por el autor.

Solo el 4% de las pacientes presento antecedente de IVU o vaginitis durante el embarazo mientras el 96% no lo presento, aunque se reportan en otros estudios mayor frecuencia de presentación de IVU o infecciones genitales en el embarazo en nuestra investigación no llama la atención que exista un porcentaje disminuido, sin embargo es bueno que las pacientes no hayan tenido este tipo de infecciones durante el embarazo ya que corresponde a un embarazo de riesgo y en la presente investigación como vemos no ocurro eso.

4.2.2. Antecedente de uso de antibióticos en el embarazo

Grafico 7. Antecedente de recibir antibióticos durante el embarazo en las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

RECIBIO ATB DURANTE EL EMBARAZO



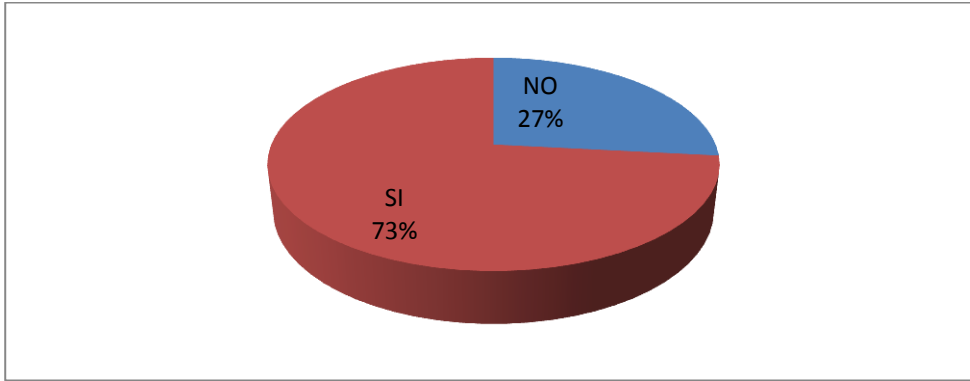
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Se pregunto además si recibió antibióticos durante el embarazo, y la respuesta fue coincidente a la pregunta anterior en donde solo el 4% de las pacientes tuvo infecciones por lo tanto solo ese mismo porcentaje recibieron antibióticos durante el embarazo.

4.2.3. Tratamiento con hierro y vitaminas.

Grafico 8. Recibieron hierro y vitaminas las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

RECIBIO HIERRO Y VITAMINAS DURANTE EL EMBARAZO



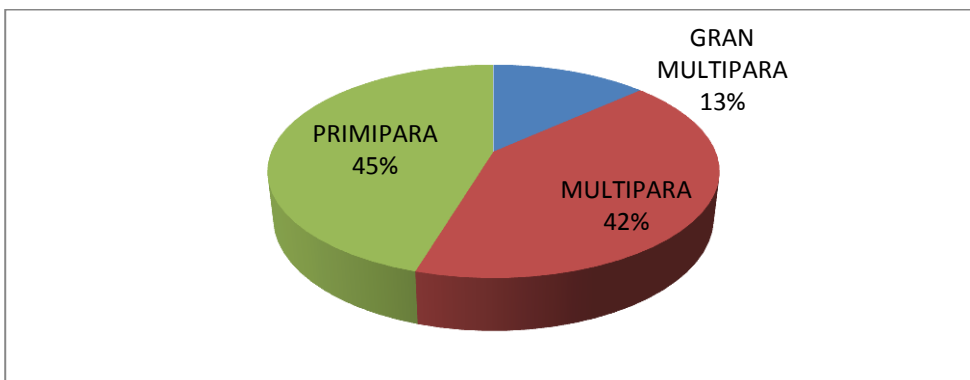
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Esta es una pregunta importante ya que se relacionara el hecho de recibir hierro y vitaminas durante el embarazo y la presentación de anemia posparto, a lo cual el 73% de las pacientes si recibió hierro y vitaminas y el 24% no tomo este micro elemento y vitaminas importantes para el desarrollo del feto y para que la madre no tenga anemia.

4.2.4. Antecedentes ginecológicos y obstétricos

Grafico 9. Paridad de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

PARIDAD



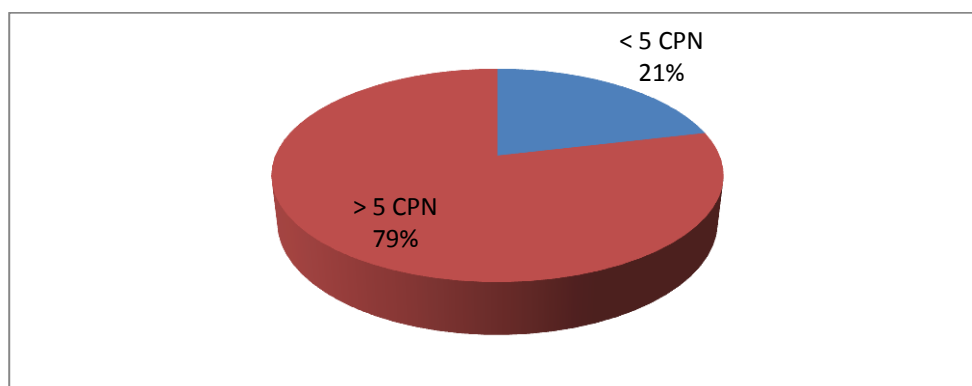
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

La media de los partos de las pacientes investigadas fue de 2.1 +/- 1.5 partos, la primiparidad se presentó con más frecuencia con el 45%,

seguido de la multiparidad con el 42%, y finalmente con el 13% las pacientes con parto mayores a 4, esto nos indica que las pacientes primíparas tienen mayor riesgo de presentación de anemia posparto, esto puede deberse a las complicaciones que pueden aparecer en las pacientes primíparas, el sangrado por la episiotomía, la posibilidad de desgarros del cérvix o del canal vaginal.

Grafico 10. Numero de controles prenatales de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES



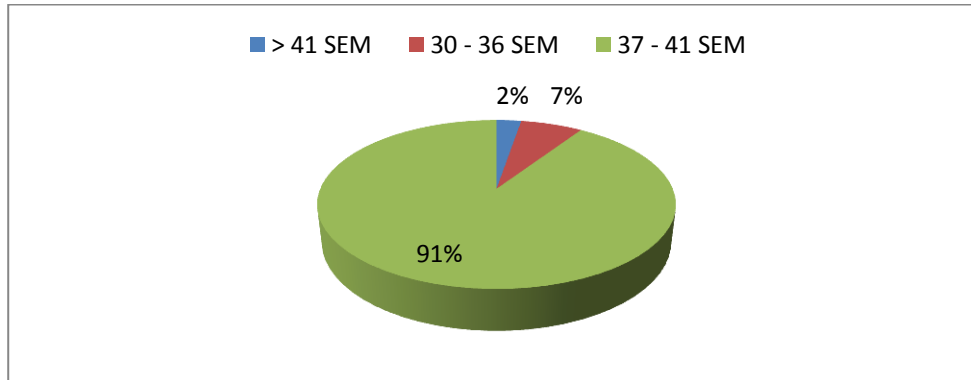
Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Dentro del número de controles prenatales realizados por las pacientes atendidas en el HBP, las 75 pacientes si se realizó CPN pero los controles recomendados por MSP Ecuador el 79% de las pacientes cumplió con controles prenatales mayores a 5 y el 21% los realizó pero no los recomendables. Esto puede indicar que este 21% de las pacientes pueden tener mayor riesgo de anemia posparto al no acudir a los controles completos.

Grafico 11. Edad gestacional de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

EDAD GESTACION AL PARTO

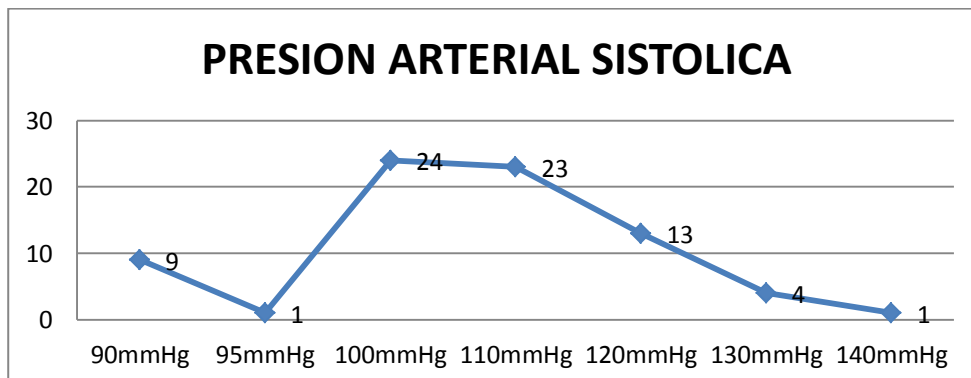


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

El 91% de las pacientes que fueron atendidas el parto en el HBP tenían edad gestacional de término mientras el 7% fueron atendidas por parto pre termino o menor de 37 semanas de gestación y dos pacientes o el 2% por embarazo pos termino, esto da un balance adecuado de presentación de embarazos de termino los cuales no tienen mayor riesgo de tener un parto difícil tanto para la madre y el feto.

4.3. Signos clínicos de las paciente.

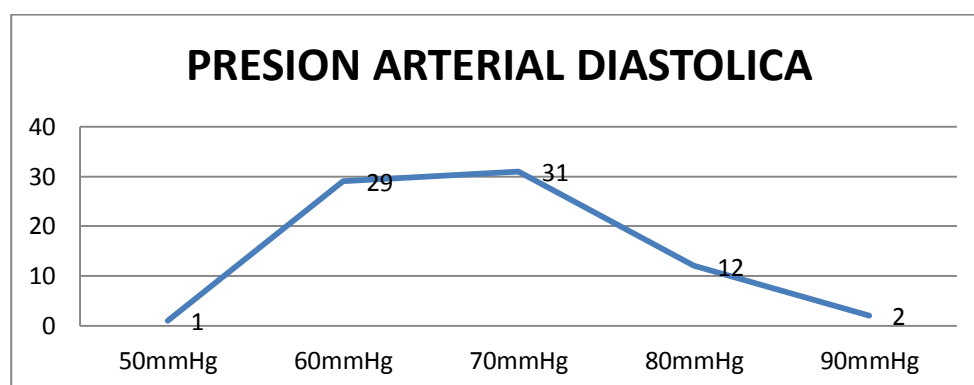
Grafico 12. Presión arterial sistólica de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.



Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

El grafico anterior podemos observar la presión arterial sistólica con la que ingresaron las pacientes para dar aluz, el 90% de las pacientes presentaron presión arterial sistólica dentro de parámetros normales, mientras el 10% presento presión sistólica elevada, la media de la PAS fue de 128.6 +/- 11.3.

Grafico 13. Presión arterial diastólica de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

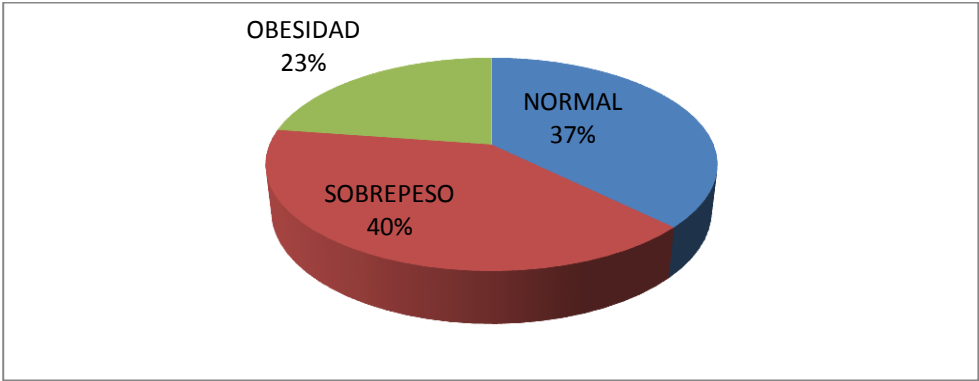


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

La media de la PAD fue de 67.5 +/- 8.2 mmHg, el 98% de las pacientes presentaron PAD dentro de parámetros normales y solo el 2% presento PAD ligeramente elevada.

Grafico 14. Índice de masa corporal de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

INDICE DE MASA CORPORAL

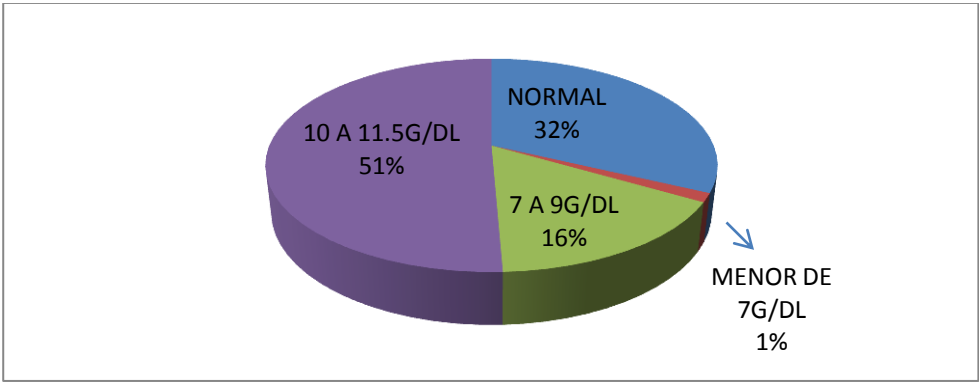


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

El parámetro índice de masa corporal también fue identificado en las pacientes, la media del IMC fue de 27.3Kg/m² con desviación estándar o típica de 3.74 Kg/m², sobre la clasificación se observó que el 40% de las pacientes investigadas presento sobrepeso, el 23% obesidad, estas dos entidades corresponden al 63%, mientras el 37% presento IMC dentro de parámetros normales, significa que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de anemia posparto como veremos más adelante.

Grafico 15. Niveles de hemoglobina en las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

NIVELES DE HEMOGLOBINA

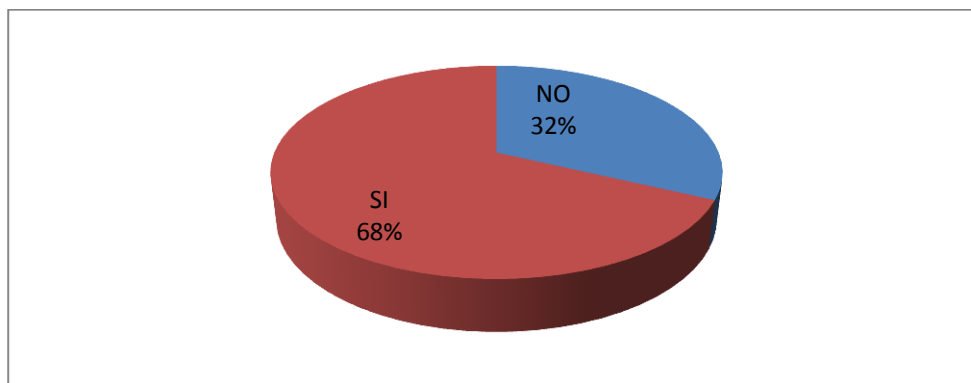


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

La media de la hemoglobina fue de 10.7 g/dl y desviación estándar de 1.2 g/dl, el 51% de las pacientes presentó anemia leve, el 16% de las pacientes presentó anemia moderada y solo el 1% presentó anemia grave, mientras el 32% de las pacientes presentaban hemoglobina dentro de parámetros normales. Ahora bien como observamos el 68% de todas las pacientes investigadas presentó anemia, es decir más de la mitad de la población investigada.

Grafico 16. Presentación de anemia posparto en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA

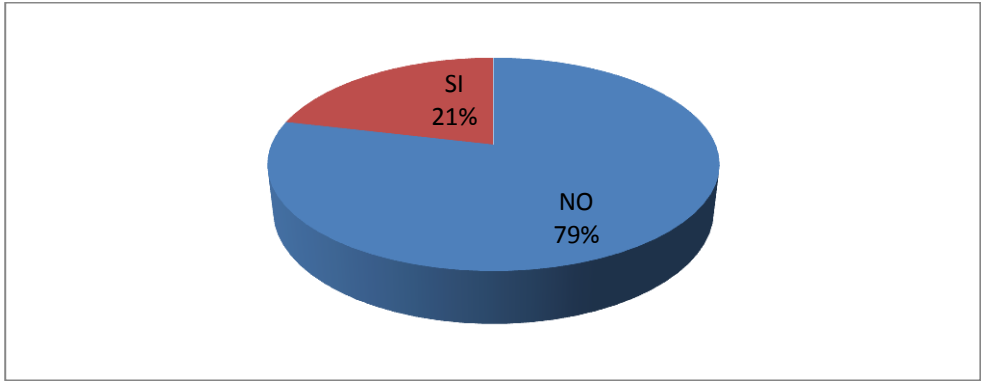


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

En el gráfico se muestra que el 68% de las pacientes investigadas presentó anemia posparto, este porcentaje elevado de presentación de anemia hace reflexionar sobre el manejo de los controles prenatales, la administración de hierro y vitaminas durante el embarazo y la atención de parto y tercer periodo del parto en forma adecuada y de acuerdo a las normas del ministerio de salud pública de Ecuador.

Grafico 17. Prescripción de hierro posparto a las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

PRESCRIPCION DE HIERRO POSPARTO



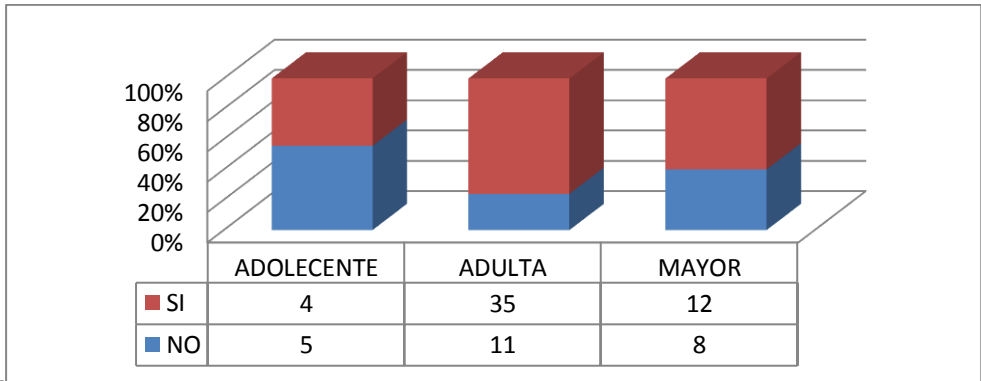
Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

En el grafico anterior hace referencia a lo encontrado en los archivos clínicos de cada una de las pacientes atendidas de parto en el HBP a las cuales solo al 21% de las pacientes se prescribió hierro posparto mientras al 79% no se lo prescribió.

4.4. ANÁLISIS BI VARIADO

Grafico 18. Anemia posparto según el grupo de edad en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN GRUPOS DE EDAD

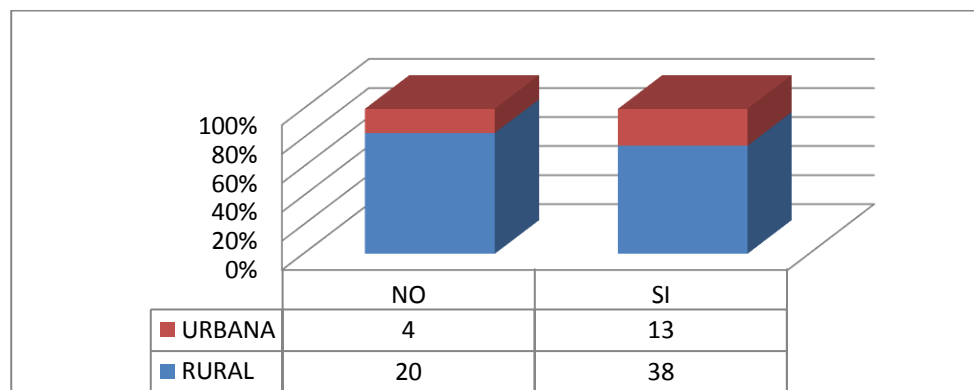


Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Con índice de confianza del (IC) 95% al analizar la anemia posparto según los grupos de edad encontramos que fue más frecuente en las pacientes de entre 18 a 30 años de edad, seguido de las pacientes mayores de 30 años de edad, pero llama la atención que en las pacientes menores de 18 años de edad de la 9 pacientes investigadas 5 no tuvieron anemia y 4 si, con chi cuadrado de 4.2 y valor p de 0.1. esto significa que no es estadísticamente significativo.

Grafico 19. Anemia posparto según la procedencia de las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN PROCEDENCIA



Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Con IC 95% se analizo la presentación de anemia posparto según la procedencia se encontró en forma superior la presentación de anemia en pacientes de procedencia rural con Odds ratio 1.7, razón de riesgo de 1.4 es decir existe 1.7 mayor posibilidades de presentar anemia posparto en pacientes del área rural.

Tabla 21. Anemia posparto según el antecedente de IVU en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

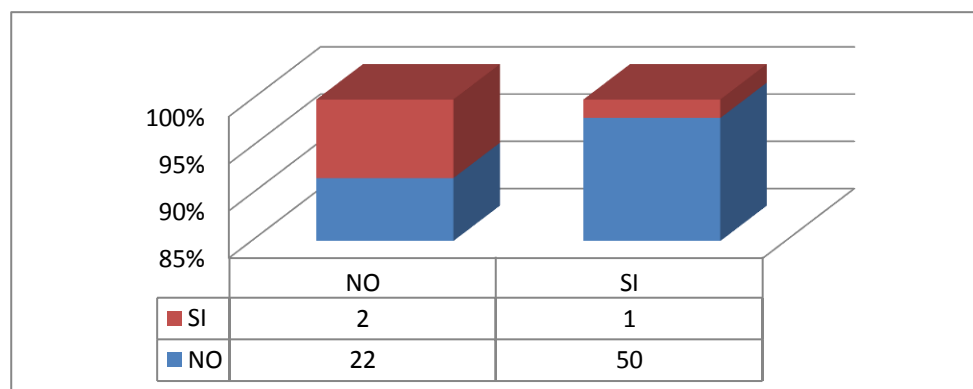
INFECCIONES GENITALES O IVU	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
NO	22	50	72
SI	2	1	3
TOTAL	24	51	75

Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Grafico 21 Anemia posparto según el antecedente de IVU en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN ANTECENTE DE INFECCION GENITAL O IVU



Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Con IC de 95% se analizó la presentación de anemia posparto según el antecedente de IVU o infección genital como se encontró solo 3 pacientes con dicho antecedente observamos que la mayoría de pacientes no presenta anemia inclusive dentro de las que tuvieron infecciones de las 3 2 no presentaron anemia, Odds ratio 0.22 y RR 0.45.

Tabla 22. Anemia posparto según la prescripción de hierro en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

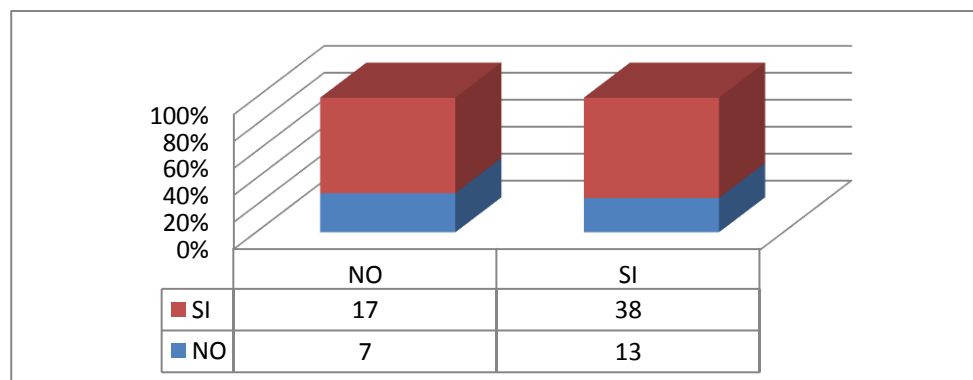
HIERRO Y VIT EN EMB	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
NO	7	13	20
SI	17	38	55
TOTAL	24	51	75
ANALISIS ESTADISTICO	Point	95% Intervalo de Confianza	

Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Grafico 22. Anemia posparto según la prescripción de hierro en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN ANTECEDENTE DE PRESCRIPCION DE HIERRO Y VITAMINAS DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Con IC 95% a pesar de que si recibieron hierro y vitaminas durante el embarazo la presentación de anemia fue igual que en las pacientes que no recibieron hierro y vitaminas esto implica preguntarnos si solo con prescribir estamos seguros de evitar la anemia, no es necesario asegurarnos que la paciente cumpla con las indicaciones descritas para

la prescripción de hierro. Odds ratio 0.14, riesgo relativo de 0.51, por lo tanto el prescribir hierro y vitaminas durante el embarazo no fue un factor que prevenía la anemia posparto.

Tabla 23. Anemia posparto según la paridad en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

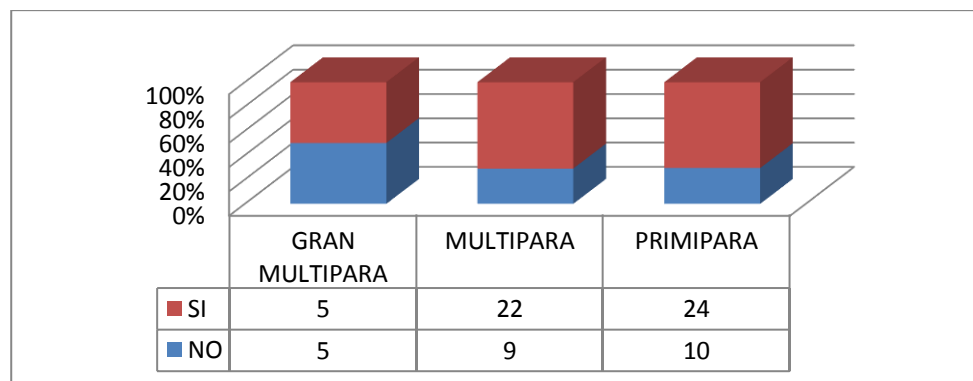
PARIDAD	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
GRAN MULTIPARA	5	5	10
MULTIPARA	9	22	31
PRIMIPARA	10	24	34
TOTAL	24	51	75

Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Gráfico 23. Anemia posparto según la paridad en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN LA PARIDAD



Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Con IC 95% la anemia fue más frecuente en paciente primíparas valor p 0.4.

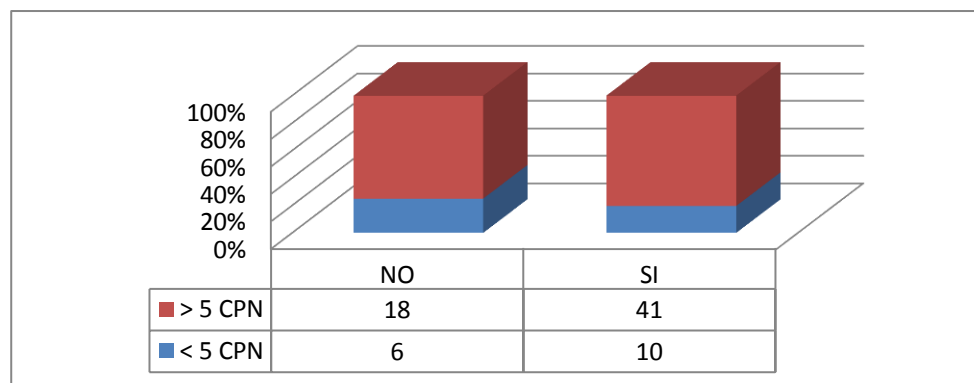
Tabla 24. Anemia posparto según el número de controles prenatales en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

GCPN	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
< 5 CPN	6	10	16
> 5 CPN	18	41	59
TOTAL	24	51	75

Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Grafico 24. Anemia posparto según el número de controles prenatales en las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES



Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Independientemente del número de controles prenatales, e inclusive a pesar de haberse hecho los controles prenatales recomendados por el MSP Ecuador con IC 95% odds ratio 0.79 riesgo relativo de 0.90 los controles prenatales adecuados no significaron prevención de anemia posparto.

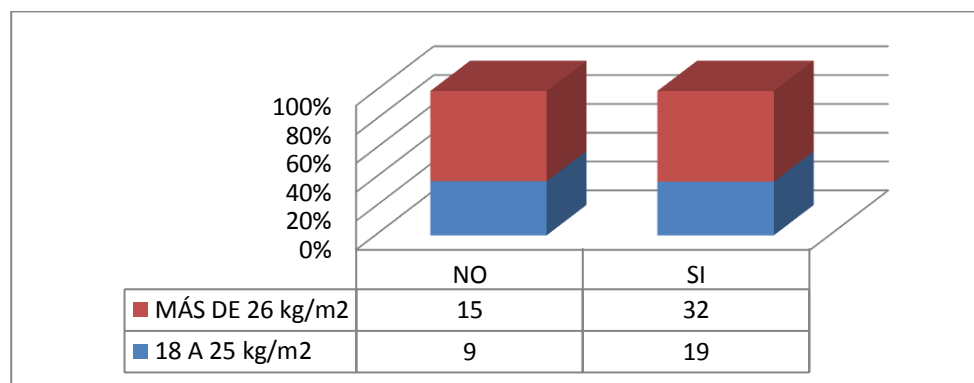
Tabla 25. Anemia posparto según el índice de masa corporal de las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

IMC	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
18 A 25	9	19	28
MÁS DE 26	15	32	47
TOTAL	24	51	75

Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

Grafico 25. Anemia posparto según el índice de masa corporal de las pacientes admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

ANEMIA SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Archivos clínicos Elaborado por el autor.

A pesar que la mayoría de pacientes investigadas tenía sobrepeso y obesidad. La anemia fue más frecuente en las pacientes con sobrepeso u obesidad ya que se presentó en la misma magnitud en pacientes con IMC normal. Odds ratio 1.01, riesgo relativo de 1.

Tabla 26. Prescripción de hierro en las pacientes ya diagnosticadas de anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

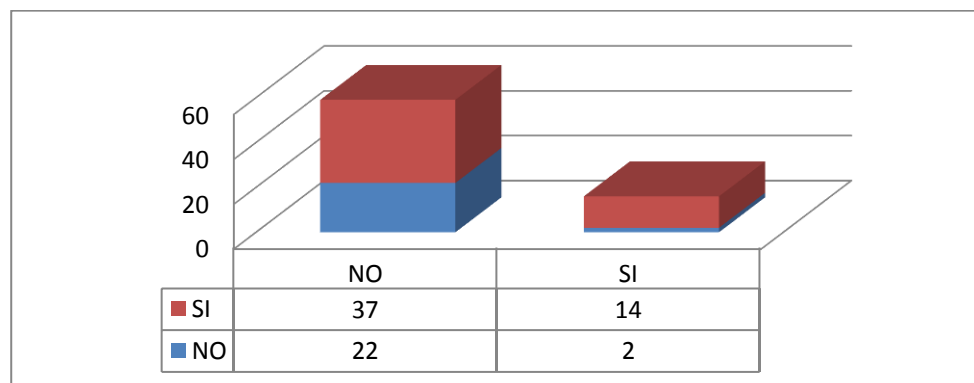
	ANEMIA		
ANEMIA	NO	SI	TOTAL
NO	22	2	24
SI	37	14	51
TOTAL	59	16	75

Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor.

Grafico 25. Edad de las pacientes con factores asociados anemia posparto admitidas en el Hospital Básico Pelileo periodo enero – junio 2012.

PRESCRIPCION DE HIERRO POSPARTO A PACIENTES CON ANEMIA



Fuente: Archivos clínicos

Elaborado por el autor

De las pacientes investigadas del 68% de pacientes que fueron diagnosticadas de anemia posparto solo se prescribió hierro a 14 pacientes es decir al 27% y según la norma del MSP Ecuador todas las pacientes deberían recibir hierro posparto.

4.3. VALIDACION DE LA HIPOTESIS

La hipótesis planteada fue: “la consecuencia de los factores socio demográficos maternos se halla mas asociado con anemia posparto”.

Lo que se corrobora a través de una tabla que a continuación la presentamos:

PROCEDENCIA	ANEMIA		TOTAL
	NO	SI	
RURAL	20	38	58
URBANA	4	13	17
TOTAL	23	50	75

Observamos que con IC de 95% cruzando las variables procedencia y presentación de anemia se encontró que 58 pacientes de procedencia rural 38 presentaron anemia es decir 65% de la población rural, mientras en el área urbana se encontró un total de paciente de 17 pacientes de las cuales 13 presentaron anemia en conclusión corresponde a 76% de la población urbana por ende 11% más que lo encontrado en la población rural. Por lo tanto rechazamos la hipótesis planteada.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

A partir de un universo de 200 pacientes ingresadas en el Hospital Básico Pelileo (HBP) que ingresaron para atención de parto, localizamos solo 75 pacientes que presentaron los datos completos y que pudimos analizar.

Sobre la situación de las pacientes investigadas encontramos los siguientes datos: la edad más frecuente fue de 18 a 30 años de edad con 61%, la instrucción más frecuente fue la primaria con 57%, el estado civil que con mayor frecuencia fue atendido fue la casada con 52%, la ocupación a la que se dedicaban las pacientes investigadas fue principalmente los quehaceres domésticos con 67%, la procedencia más frecuente de las pacientes atendidas en el HBP fue del área rural con 76.7%. Se investigo también acerca de los antecedentes durante el embarazo, con respecto a infecciones urinarias o genitales durante el embarazo solo se presento en el 4% de las pacientes mismo porcentaje que por dicha causa recibió antibióticos, sobre la prescripción de hierro y vitaminas durante el embarazo el 73% de las pacientes si recibió estos elementos, ahora bien sobre la paridad de las pacientes investigadas el 45% fueron primíparas, con relación al número de controles prenatales, de los recomendados por el MSP Ecuador el 79% si realizo más de 5 CPN, también se recolecto datos acerca de la edad gestacional al parto el 91% de las pacientes ingreso con edad gestacional de termino, sobre la presión arterial al ingreso más del 90% presento presión arterial sistólica y diastólica adecuadas, sobre el índice de masa corporal más del

50% de las pacientes presentaron sobrepeso u obesidad, todas las pacientes fueron atendidas del parto en el hospital. Ahora bien sobre los datos de hemoglobina de las pacientes 32% presentaron la hemoglobina dentro de parámetros normales y el 68% presento algún grado de anemia posparto. Sin embargo a pesar de este resultado solo al 21 % se prescribió hierro en el posparto.

Sobre la presentación de anemia según la procedencia se observa que es más frecuente la anemia en pacientes procedentes del área rural con Odds ratio de 1.7, ahora bien a pesar de que el 73% de las pacientes investigadas recibió hierro y vitaminas durante el embarazo la presentación de anemia no cambio (Odds ratio 0.14), por lo tanto el prescribir hierro y vitaminas durante el embarazo no fue un factor que prevenía la anemia posparto. La anemia fue más frecuente en pacientes primíparas valor p 0.4. También cruzo la variable IMC con la presentación de anemia posparto los resultados muestran que no hay mayor riesgo de anemia en pacientes con sobrepeso u obesidad, pero tampoco significan lo contrario.

Finalmente se indico que por lo observado la presentación de anemia posparto es muy frecuente a pesar de recibir hierro y vitaminas durante el embarazo a pesar de tener buenos controles prenatales la respuesta es la misma, por lo tanto nuestra propuesta va a ir encaminada a una guía de alimentación durante el embarazo para evitar la anemia durante el mismo y con el objetivo de tener buenas reservas para el parto.

5.2 RECOMENDACIONES

Para los servicio de salud del MSP Ecuador sobre los controles prenatales se trata de no solo la revisión de la paciente y prescripción de medicamentos, muchas veces las pacientes no entienden dicha prescripción, es necesario hacer énfasis en la toma de hierro y vitaminas durante el embarazo, pero además de ello hacer énfasis en la toma correcta del hierro, sus beneficios, sus reacciones adversas, los medicamentos con los cuales no debe tomar hierro, entre otras cosas que el médico debe explicar a cada paciente.

Los controles prenatales no solo son responsabilidad del médico, enfermera u obstetríz, es necesario que las pacientes embarazadas tomen conciencia que los controles prenatales son para beneficio de ellas y sus bebes, que además los medicamentos que son prescritos por los médicos deben tomarse al pie de la letra para obtener sus beneficios.

Finalmente es necesario recomendar que a toda paciente embarazada se deba controlar la hemoglobina el hematocrito por lo menos 2 veces en el embarazo y que después del parto debe hacerse otro control esto con el objetivo de identificar madres con anemia pre parto o posparto y corregir con la administración de hierro y dieta adecuada.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

TEMA: “Elaboración de guía para alimentación prenatal para evitar la anemia en el embarazo y posparto”

AUTOR: JeofreTite

DIRECCION Hospital Básico Pelileo

TELEFONO

EMAIL jeofretite@hotmail.com

TUTORA Dra. Margarita Pico

6.1.1 Título:

“Elaboración de folleto como guía alimentación prenatal para evitar la anemia en el embarazo y posparto”

6.1.2 Institución efectora:

La propuesta se realizará en el hospital Básico Pelileo.

6.1.3 Beneficiarios:

Los principales beneficiarios de la presente propuesta serán las pacientes a las cuales se aplicaran la presente guía, a la vez apliquen la información dada, que servirá para el riesgo de presentar anemia durante el embarazo ya que aumentan los requerimientos de hierro y vitaminas durante este periodo y además mejorar las reservas de hierro y no presentar anemia durante el posparto

6.1.4 Ubicación:

La propuesta estará ubicada en el Hospital Básico Pelileo.

6.1.5 Tiempo:

Posterior a la aprobación de la presente propuesta la misma será aplicada inmediatamente, no se establece un tiempo de finalización ya que se sostiene sea utilizada, cuando sea necesario para la prevención de esta entidad patológica.

6.1.6 Equipo técnico responsable

Para la ejecución de la propuesta se requiere que el personal de salud que brinda atención primaria en salud este calificado ya que son los médicos y las enfermeras los responsables de las prescripciones e indicaciones, pero también el autor de la presente propuesta se encargara de entregar los trípticos a las pacientes para que cumplan con las indicaciones y prescripciones, con una buena dieta y con los controles prenatales necesarios.

6.1.7 Costo:

La propuesta tiene como presupuesto un total de 300 dólares que serán invertidos en el diseño de la propuesta, en la realización de trípticos, que se repartirán las pacientes que asistan a las consultas prenatales.

6.2 Antecedentes de la propuesta

A partir de la revisión de las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas el posparto en el HBP, los datos que se encontraron completos fueron en 75 historias clínicas, las cuales cumplían los criterios de inclusión, de las cuales se realizó los cuadros y gráficos que se interpretan estadísticamente.

Sobre la situación de las pacientes investigadas encontramos los siguientes datos: la edad más frecuente fue de 18 a 30 años de edad con 61%, la instrucción más frecuente fue la primaria con 57%, el estado civil que con mayor frecuencia fue atendido fue la casada con 52%, la ocupación a la que se dedicaban las pacientes investigadas fue principalmente los quehaceres domésticos con 67%, la procedencia más frecuente de las pacientes atendidas en el HBP fue del área rural con 76.7%. Se investigo también acerca de los antecedentes durante el embarazo, con respecto a infecciones urinarias o genitales durante el embarazo solo se presento en el 4% de las pacientes mismo porcentaje que por dicha causa recibió antibióticos, sobre la prescripción de hierro y vitaminas durante el embarazo el 73% de las pacientes si recibió estos elementos, ahora bien sobre la paridad de las pacientes investigadas el 45% fueron primíparas, con relación al número de controles prenatales, de los recomendados por el MSP Ecuador el 79% si realizo más de 5 CPN, también se recolecto datos acerca de la edad gestacional al parto el 91% de las pacientes ingreso con edad gestacional de termino, sobre la presión arterial al ingreso más del 90% presento presión arterial sistólica y diastólica adecuadas, sobre el índice de masa corporal más del 50% de las pacientes presentaron sobrepeso u obesidad, todas las pacientes fueron atendidas del parto en el hospital. Ahora bien sobre los datos de hemoglobina de las pacientes 32% presentaron la hemoglobina dentro de parámetros normales y el 68% presento algún grado de anemia posparto. Sin embargo a pesar de este resultado solo al 21 % se prescribió hierro en el posparto.

Sobre la presentación de anemia según la procedencia se observa que es más frecuente la anemia en pacientes procedentes del área rural con Odds ratio de 1.7, ahora bien a pesar de que el 73% de las pacientes investigadas recibió hierro y vitaminas durante el embarazo la presentación de anemia no cambio (Odds ratio 0.14) por lo tanto, el prescribir hierro y vitaminas durante el embarazo no fue un factor que prevenía la anemia posparto. La anemia fue más frecuente en pacientes primíparas valor p 0.004.

6.3 Justificación

Las razones que justifican la presente propuesta son:

La necesidad de prevenir la anemia durante el embarazo ya que las necesidades fisiológicas de hierro y vitaminas entre otros oligoelementos se incrementan durante el embarazo, además es necesario crear buenas reservas para que durante el parto en el cual se pierde sangre la paciente no presente anemia.

Es necesario la colaboración de médicos enfermeras y todo el equipo de salud responsable de la atención prenatal para ejecutar un buen control, del embarazo, pero a su vez es necesario que la madre sea consciente de realizar y acudir a los controles prenatales necesarios y adecuados para llevar un embarazo sin problemas

La presente propuesta se justifica por la elevada presentación de anemia posparto que son consecuencia de varios factores.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

- ✓ Diseñar un tríptico con información relacionada con el control y la alimentación durante el embarazo.

6.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Disminuir la presentación de la anemia en el embarazo y en el posparto.
- ✓ Mejorar la calidad de la atención y los controles prenatales.

6.5 Análisis de factibilidad

Desde el punto de vista científico y técnico la presente propuesta es posible realizarla, ya que se cuenta con la información actualizada, técnicamente posible ya que los criterios expresados en el presente protocolo, son hábiles de reproducirlos en los niveles de atención primaria y secundaria de nuestro medio.

El coste de la presente propuesta será dado por el investigador.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades de salud para que la presente propuesta sea aceptada.

6.5.1. Limitaciones

Existen ciertas limitaciones con respecto a la aplicación de la presente propuesta, ya que dependen estrictamente de la toma de decisiones en la familia la paciente tiene que tomar conciencia de su control adecuado y de seguir una dieta que contenga micro elementos y vitaminas, es así entonces que la limitación más importante puede existir a nivel de la paciente.

6.6.- Fundamentación Científico Técnica.

Introducción

Concretamente, el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la futura madre son factores directamente relacionados su salud y la de su hijo. Se trata, por lo tanto, de un período muy adecuado para revisar los hábitos de vida.

Una alimentación racional en esta etapa fisiológica de la vida femenina es la mejor ayuda para prevenir alumbramientos prematuros e incluso problemas ligados al desarrollo del recién nacido como puede ser la disminución de peso o de talla, menor resistencia a las infecciones, etc.

Aunque no se pueden prevenir ciertos problemas hereditarios (hemofilia, fenilcetonuria, etc.), es posible modificar una nutrición deficiente. Es sabido que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo: partos prematuros, malformaciones fetales, abortos, etc. Todo esto ha llevado a asegurar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo.

La evaluación del estado nutricional la debe llevar a cabo el médico que sigue el curso del embarazo junto con el profesional sanitario experto en nutrición (dietista - nutricionista).

Los especialistas señalan como circunstancias que pueden comprometer el estado nutricional materno: situación económica de privación, tercer embarazo en menos de dos años (las reservas maternas se agotan y es difícil que el organismo de la mujer no se resienta de algún modo: anemias, descalcificaciones, etc.), seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo, malos hábitos alimentarios, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, bajo peso al inicio del embarazo, enfermedades asociadas, embarazos gemelares y embarazadas adolescentes.

Las necesidades de éstas últimas son superiores a las de la mujer adulta al estar aún en edad de crecimiento y establecerse una especie de competencia entre el organismo materno y el del feto por conseguir nutrientes esenciales para el desarrollo.

Las recomendaciones alimentarias durante la gestación pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- Cubrir las necesidades de alimentos propias de la mujer gestante.
- Satisfacer las exigencias nutritivas debidas al crecimiento fetal.
- Preparar al organismo materno para afrontar mejor el parto.
- Asegurar reservas grasas para la producción de leche durante la futura lactancia.
- Evitar la anemia durante el embarazo y en el posparto

La cantidad de calorías y la calidad de la misma y con el aumento de peso de la madre.

El sobrepeso conlleva adversos problemas como son: dolores de pie, piernas, espalda, el corazón tiene que realizar mayor esfuerzo, pierde agilidad y es más propensa a caídas, los kilos de exceso no significan un bebé más grande y saludable, significa más problemas durante el parto y kilos demás en la madre después del parto.

El aumento total de peso durante el embarazo se considera que debe ser 10 Kg. a 12 Kg. Distribuidos más o menos en la siguiente forma:

Peso del bebé 3,500 Kg.

Peso de la placenta 0,500 Kg.

Peso del líquido amniótico 1,000 Kg.

Peso de tejidos uterinos 1,000 Kg.

Peso de tejido mamario 1,000 Kg.
Peso de agua y grasa retenida 3,000 Kg.
TOTAL 10,000 Kg.

La alimentación durante el embarazo constituye un factor de vital importancia para la correcta formación y crecimiento del bebé. Numerosos estudios demuestran la relación existente entre la alimentación materna durante la gestación y la salud y crecimiento de su niño. Especial relación existe entre la dieta materna y el desarrollo neurológico, por ejemplo: se conoce que una alimentación deficiente en ácido fólico puede ocasionar defectos en la médula espinal.

Además, está demostrado que la alimentación también se relaciona con el curso del embarazo, por ejemplo: una alimentación inadecuada puede ocasionar complicaciones como anemia y/o preeclampsia durante el embarazo y muchos de los desagradables síntomas que se pueden sufrir durante la gestación tales como fatiga, estreñimiento o calambres, pudieran minimizarse con una dieta adecuada.

Alimentándose Correctamente

La correcta alimentación también contribuye a evitar un trabajo de parto prematuro, al equilibrio emocional y a la recuperación corporal después de dar a luz.

Por estos motivos, resulta importantísimo alimentarse de manera adecuada durante el embarazo y vale la pena el esfuerzo de cumplir con los siguientes principios nutricionales:

Cada comida cuenta para el bienestar del bebé.

Consuma calorías provenientes de comidas que realmente alimenten.

No ayune ni elimine comidas. - Prefiera los alimentos ricos en proteínas y bajos en grasas.

Prefiera los alimentos naturales frescos en lugar de procesados.

Aunque los carbohidratos engordan, no deben ser eliminados de su dieta.

Limite su consumo de azúcar refinado.

Es más fácil mantener una dieta sana cuando la siguen todos los miembros del grupo familiar.

Calorías según el Periodo de Gestación

Si bien es cierto que la embarazada debe consumir más calorías que las que ingería antes de quedar embarazada para alimentarse y para nutrir a su bebé, también es cierto que los requerimientos del niño durante los primeros meses de gestación son relativamente pequeños y pueden cubrirse aumentando ligeramente el consumo calórico. Durante el primer trimestre de gestación, bastarán unas 300 calorías adicionales diarias para cubrir éstos requerimientos.

Sin embargo, no resulta conveniente contar obsesivamente cada caloría consumida, simplemente se deberán escoger los alimentos en base a los 8 principios básicos descritos y pesarse semanalmente en una balanza confiable, para comprobar que el aumento de peso sea lo más constante posible, sin subidas ni bajadas bruscas. Para ello, deberá pesarse siempre a la misma hora y en condiciones similares, por ejemplo, en la mañana después de evacuar y desnuda.

Durante el primer trimestre de gestación, el aumento de peso debería estar entre 1,400 Kg a 1,800 Kg y luego unos 400 a 500 gramos semanales durante el segundo trimestre y hasta el octavo mes. Para todo el noveno mes unos 400 a 500 gramos.

Por lo tanto, el aumento de peso de la embarazada debería oscilar, aproximadamente entre:

1,4 - 1,8 kg en el primer trimestre
5,5 a 6,5 kgs en el segundo trimestre
3,5 - 4,5 kg en el tercer trimestre.
10,4 - 11,8 Kgrs. en total

Dado que estos valores son aproximados, podemos considerar razonable y seguro un aumento de peso promedio entre los 11 y 16 kilos, durante toda la gestación. Sin embargo, existen muchas mujeres con necesidades especiales, por ejemplo aquellas que comienzan su embarazo con un peso muy bajo o con sobrepeso o las que presentan un embarazo múltiple, que deberán ganar más o menos peso según sus necesidades y que deberán vigilar estrechamente la progresión de su peso.

Cuando la embarazada mantiene un aumento de peso dentro de los límites mencionados, estará consumiendo el número de calorías adecuado, cuando el aumento de peso es mayor será porque consume demasiadas calorías y en el caso contrario, estará consumiendo menos de las necesarias.

Cada Componente de los Alimentos y su Función en el Embarazo

Proteínas

Las proteínas son de una importancia vital para el crecimiento y desarrollo del nuevo ser. Toda embarazada deberá consumir aproximadamente unos 100 gramos de proteína diariamente, es decir, unas cuatro raciones.

Vitamina C

Esta vitamina es esencial para muchísimos procesos metabólicos sin embargo que el cuerpo no puede almacenar, por lo que todo ser humano debería consumirla diariamente, preferiblemente mediante el consumo de alimentos ricos en ésta vitamina frescos y crudos.

Calcio Principal y Fundamental

El Calcio es un mineral imprescindible para muchísimas funciones orgánicas: es vital para el desarrollo y correcto funcionamiento de la musculatura, el corazón y los nervios, la coagulación sanguínea y las actividades enzimáticas.

Los niños en pleno crecimiento necesitan mucho calcio para tener unos huesos y dientes fuertes. Lo mismo sucede durante la gestación: el acelerado crecimiento fetal requiere de importantes cantidades de calcio.

Cuando los suministros de éste valioso mineral son inadecuados, el bebé lo extraerá de los huesos de la madre para cubrir sus necesidades, condenando a su madre a sufrir de debilidad ósea (osteoporosis).

Este es el principal motivo por el que las embarazadas deberían suplementar su alimentación con calcio; pero además existe otra razón para beber la leche necesaria (o tomar calcio de otras formas): según una reciente investigación, la ingestión de calcio podría ayudar a prevenir la hipertensión gestacional (preeclampsia) y con ello muchas de las complicaciones obstétricas y neonatales que se pueden presentar.

Por estos motivos, durante el embarazo y el período de lactancia toda mujer debería consumir 1.200 mgrs. Cada día, por ejemplo: cuatro raciones diarias de alimentos ricos en calcio, preferiblemente en forma de leche.

Para aquellas mujeres que aborrecen tomar cuatro vasos de leche diarios, existen alternativas para su consumo. Por ejemplo: puede servirse en forma de yogur, queso o requesón. Puede esconderse en sopas, guisos, panes, cereales o postres; ello es especialmente fácil cuando se toma en forma de leche descremada en polvo. Cuando la embarazada prefiere la leche líquida, podrá duplicar su contenido de calcio añadiéndole 1/3 de taza de leche descremada en polvo.

Para aquellas que no toleran o no desean ingerir productos lácteos, el calcio también puede obtenerse de otros alimentos. Para las que no pueden estar seguras de ingerir suficiente calcio con su dieta (como por ejemplo las vegetarianas o las que sufren de intolerancia a la lactosa) podría ser recomendable tomar un suplemento de calcio.

Hortalizas y Frutas

Son la fuente principal de fibra y vitaminas tales como: vitamina A en forma de beta-caroteno, vitamina C, vitamina E, vitaminas del complejo B, ácido fólico. Además aportan gran cantidad de minerales, que junto a las vitaminas son vitales para el crecimiento celular. Su aporte en fibra contribuirá a mejorar el estreñimiento.

Toda embarazada deberá ingerir entre tres y cinco raciones diarias de éste grupo de alimentos.

Cereales y Legumbres

Se deberán consumir cinco raciones diarias de cereales como trigo, cebada, maíz, centeno, arroz y soja, sin embargo los cereales refinados, a pesar de ser enriquecidos, no aportan las vitaminas y minerales que la embarazada pudiera recibir al consumir cereales integrales y legumbres frescas.

Hierro

En casi todas las frutas, verduras, cereales integrales y productos de origen animal se encuentran cantidades pequeñas de hierro, sin embargo la embarazada y su bebé requieren cantidades importantes de éste mineral, por lo que se recomienda consumir alimentos muy ricos en hierro, tales como: hígado y otras vísceras, sardinas, vegetales de hoja como acelgas, berros, espinacas y legumbres (garbanzos, lentejas, caraotas).

En vista que a veces resulta difícil consumir todo el hierro que la embarazada y su niño requieren a través de la dieta, a partir del segundo trimestre de gestación probablemente su médico-obstetra recomendará suplementos de hierro, que será preferible ingerir entre las comidas con un jugo de frutas.

El hierro es importante para la formación de la hemoglobina, la mioglobina, los citocromos, la citocromo oxidasa, la peroxidasa y la catalasa. La cantidad total de hierro en el cuerpo es de 4 a 5 g de los que aproximadamente el 65% está en forma de hemoglobina. El hierro se almacena principalmente en el hígado en una forma soluble, la ferritina y en otra forma no soluble, la hemosiderina, es absorbido en el tubo digestivo y se transporta en forma de transferrina en el plasma hacia la médula ósea donde participa en la formación de los glóbulos rojos o hacia el mismo hígado donde es almacenado (2, 4,8).

El déficit de ácido fólico es por la demanda aumentada materno fetal y el ingreso oral inadecuado de ácido fólico, aunque también hay causas no nutricionales (recambio eritrocitario aumentado). La función de los folatos y de la vitamina B12 es crucial en la biosíntesis proteica, de las purinas y pirimidinas y, por ende, del ADN. Así, la médula ósea como órgano de

gran síntesis celular, es afectada primariamente por esta carencia. En la embarazada se desencadena en el tercer trimestre o en el período puerperal, siendo la excepción el compromiso del feto a pesar de la severidad del déficit materno. El diagnóstico es sugerido por el extendido periférico con macrocitosis (VCM >100), anisocitosis y poiquilocitosis marcada y, en los neutrófilos, hipersegmentación de los núcleos. En casos de carencia severa, se pueden comprometer leucocitos y plaquetas.

El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble necesaria para la síntesis del ADN, ARN y las proteínas. Su déficit durante el embarazo es responsable de más del 95 por ciento de las anemias megaloblásticas. Los requerimientos de ácido fólico en la mujer no embarazada son de 50 a 100 mg por día.

Durante el embarazo, la demanda fetal y el aumento de los glóbulos rojos, aumenta los requerimientos de ácido fólico por lo que se recomienda un mínimo de 150 mg por día.

El diagnóstico se realiza generalmente en el tercer trimestre que es cuando los requerimientos fetales son máximos. Al hacer un frotis se ven neutrófilos hipersegmentados, macrocitosis y pancitopenia. Los niveles de folatos séricos y en los glóbulos rojos dan el diagnóstico definitivo. Los niveles de folatos séricos son menores a 3 mg por mL (6.68 nmol por L).

Se considera anemia durante la gestación cuando el nivel de hemoglobina esta por debajo de 11.0g/l y el hematocrito de 33%, además de lamina periférica microcíticahipocrómica. Existen otras pruebas de laboratorio que tienen mayor exactitud para el diagnóstico de esta enfermedad, pero la mayoría de ellas son propias de hospitales y centros especializados a los cuales no se tiene acceso comúnmente, solo podemos acceder a estas en algunos casos especiales (14, 15-23).

Alrededor del primer trimestre del embarazo los requerimientos de hierro, ácido fólico y vitamina B12 son menores, pero a partir del segundo trimestre hay un aumento considerable del volumen sanguíneo materno. La necesidad de estos componentes se van incrementando hasta el final del embarazo, aunque el aumento de la masa sanguínea no es hasta la décima semana de embarazo, durante el tercer trimestre aumenta la eritropoyesis, la placenta acumula hierro y aumentan los depósitos en el feto (5, 24-30).

Se considera que el total de hierro requerido durante el embarazo es de 840 mg aproximadamente, de esto, 350 mg se transfiere al feto y a la placenta, 250 mg se pierde como sangre durante el parto y 240 mg son pérdidas basales. Además, unos 450 mg extras son empleados en la expansión de la masa eritrocitaria circulante y contribuye a la depleción de los depósitos de hierro durante la gestación. Se cree que son necesarios cerca de 5,6 mg de hierro absorbido por día durante el segundo y tercer trimestre, o sea 4,2 mg por día más que en las mujeres no embarazadas. Existen algunos alimentos que aumentan la absorción del hierro y otros que la inhiben, entre los inhibidores están: los fitatos contenidos en los cereales y leguminosas y los polifenoles que están en alta concentración en el té y el café.

Dentro de los que aumentan están proteínas de las carnes y vísceras, aminoácidos (cisteína especialmente), polipéptidos, ácido ascórbico, ácido cítrico, ácido oxálico, fructosa, EDTA-Fe-Na, alcohol y comidas acidificadas (6, 7, 11).

La gestante levemente anémica puede ser asintomática o quejarse solo de fatiga al hacer ejercicio. A medida que la anemia empeora, disminuye la capacidad de trabajo de la gestante, aparece palidez, disnea, palpitations y taquicardia. La gestante con anemia grave puede notar

disfagia, anorexia, sequedad de boca y lengua, parestesias, cefaleas, tinnitus y/o irritabilidad. En la mayoría de embarazadas aparece un soplo cardíaco que no es específico de la anemia y puede aparecer como consecuencia del embarazo sin anemia (3,13).

La prevalencia de anemia en el embarazo, promedia entre el 35 - 75% en diferentes regiones del mundo, de acuerdo con los reportes de la OMS, siendo del 35% en Estados Unidos y del 56% de las mujeres asiáticas. Se tienen informes de su existencia en un 60% de las embarazadas del continente americano y esto es lo que considera a esta enfermedad como el problema hematológico más frecuente del embarazo en el mundo entero según los reportes del banco de datos de la OMS-UNICEF. (9, 10,25).

En nuestro país a pesar del desarrollo obtenido por nuestro sistema nacional de salud y todos los programas que se llevan a cabo para una mejor atención integral a las pacientes embarazadas, también existe una alta incidencia según estudios realizados, lo que demostró que aproximadamente el 40% de las embarazadas sufren de anemia en alguna etapa del embarazo(4,24,31,32).

Grasas

De las calorías diarias que consume una embarazada, no más del 30 % debería provenir de alimentos ricos en grasas. Un exceso en su consumo podría producir un aumento excesivo de peso, sin embargo eliminar las grasas por completo puede resultar peligroso, ya que el bebé la requiere para su desarrollo.

Se deberá controlar cuidadosamente el consumo de alimentos ricos en grasas para no exceder su consumo generando así sobrepeso.

Sal

El exceso de sal no es saludable para ninguna persona y menos aún para la embarazada, pero no se deberá eliminar de la dieta ya que cierta cantidad es necesaria para el mantenimiento de un nivel adecuado de líquidos.

Para consumir una cantidad adecuada de sal, se recomienda utilizarla únicamente en la mesa y no mientras se preparan los alimentos. Restrinja su uso, sin eliminarla.

Líquidos

La mayor parte del cuerpo humano está compuesto por agua y la embarazada deberá beber líquidos por dos.

Durante el embarazo aumenta la cantidad de líquido corporal y, por otra parte, el cuerpo del bebé tiene muy alto contenido de agua, por lo que la mujer deberá aumentar también su ingesta de líquidos. La producción de leche materna también depende directamente del estado de hidratación de la madre y la composición de esa leche materna variará según el consumo de líquidos durante el período de amamantamiento.

Beber unos 8 vasos de agua por día permitirá la correcta hidratación cutánea, evitar el estreñimiento, eliminar las toxinas del cuerpo, disminuir los riesgos de una infección de las vías urinarias y producir una adecuada cantidad de leche materna, capaz de suplir los requerimientos de su bebé.

Las necesidades de líquidos se pueden cubrir no solamente con agua. Otros líquidos como la leche, jugos de frutas o vegetales y sopas pueden cumplir perfectamente con estos requisitos.

Tabla 1. Guía de alimentación de la mujer embarazada

Alimento	Trimestre I	Trimestre II & III	Reemplazos o alternativas
Lácteos	2 vasos	3 vasos	Leche, yogurt, cuajada
	1 taja (1 onza)	1 taja (1 onza)	Queso
Carnes, pescados, pollo	1 porción (3 onzas)	1 porción (3 onzas)	Res, vísceras, conejo
Huevos	1 unidad (3 veces a la semana)	1 unidad (3 veces a la semana)	
Leguminosas	½ taza	1 taza	Cocinados: fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanzo o leche de soya
Vegetales	1 taza	1 taza	Vegetales crudos tipo hojas: lechuga, col, espinaca
	1 taza	1 taza	Vegetales picados crudos
	½ taza	½ taza	Cocinados: zanahoria, zapallo, remolacha, brócoli, coliflor, sambo, pimiento, tomate.
Frutas	3 unidades	3 unidades	Todo tipo de fruta de preferencia de color amarillo y anaranjado: papaya, melón, plátano, zapote, mango, naranja.
Tubérculos	2 unidades pequeñas	2 unidades pequeñas	Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, papa china, oca, mashua, melloco, malanga.
Cereales y derivados preferiblemente integrales	½ taza	½ taza	Cereales cocinados: arroz, avena, quinua, maíz, trigo.
	2 unidades	2 unidades	Pan blanco, integral, tostadas, tortas, tortillas
	2 cucharadas	2 cucharadas	Harinas.
Aceite	3 cucharadas	3 cucharadas	Soya, maíz, girasol, oliva.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Nutrición, PANN-2000; Módulo 2: Alimentación de la madre embarazada y la madre en período de lactancia.

6.7.- Modelo Operativo.

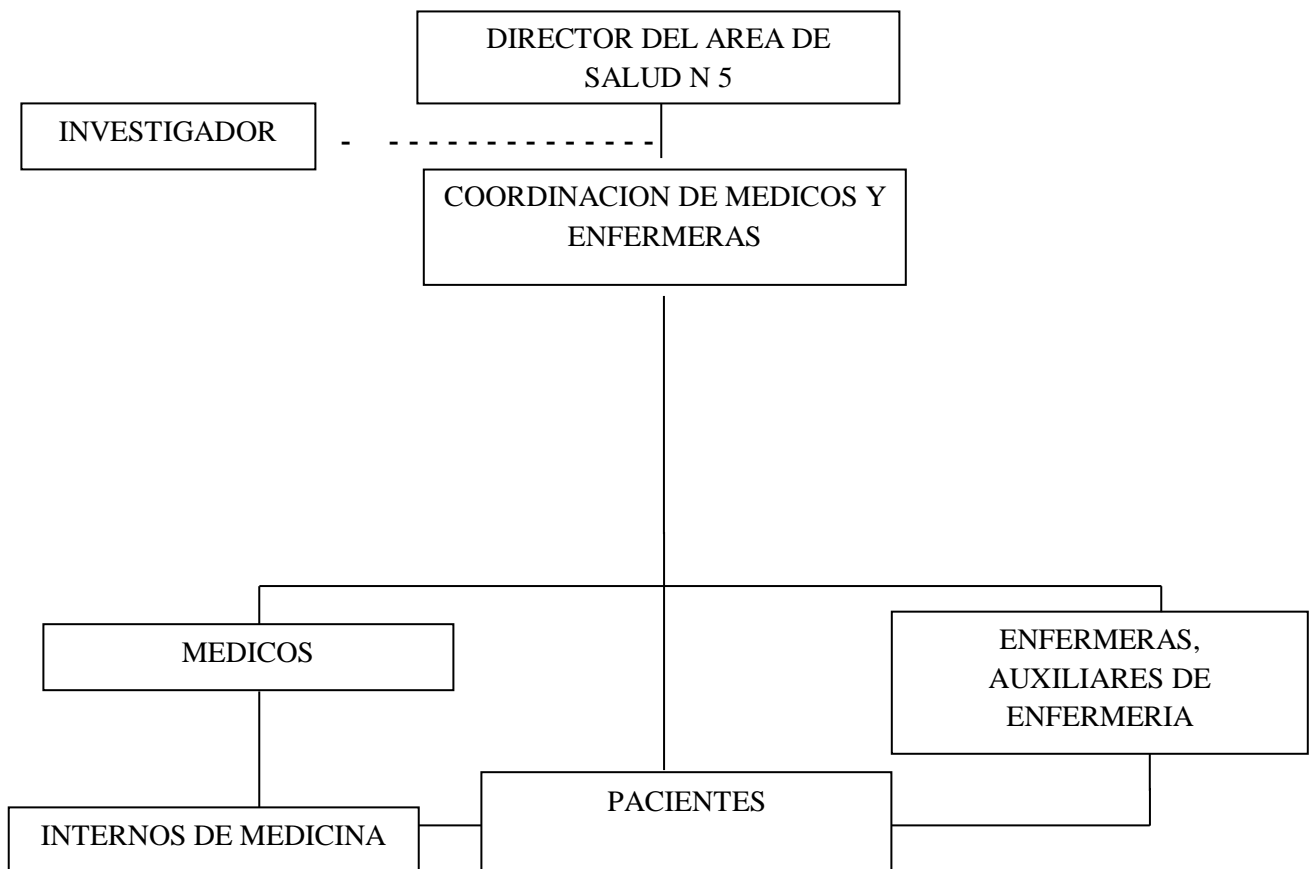
Fase de Planificación	Metas	Evaluación	Recursos
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta Diseño del programa de la propuesta	Cumplimiento del 100% en Enero	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes.	Solicitud a las autoridades
Fase de Ejecución	Metas	Evaluación	Recursos
Capacitación al personal responsable Entrega de trípticos a las pacientes	Cumplimiento del 100 % en febrero	Evaluación de la aplicación de la propuesta	Charlas a las pacientes
Fase de evaluación	Metas	Evaluación	Recursos
Evaluar cumplimiento y límites de la propuesta Modificaciones y ajustes en el transcurso y distribución del manual	Cumplimiento del 100 % Abril	Revisando los resultados	Información recolectada de los pacientes y médicos.

6.8.- Administración de la propuesta.

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor provecho posible, quedando estructurada de la siguiente manera:

Se conversara con el Director de Salud de Tungurahua y además con los directores de cada una de las áreas de salud de Tungurahua.

Diagrama 1. Orden jerárquico de la guía.



6.9 Previsión de la evaluación

Posteriormente a la aprobación de la propuesta se dialogara con el director del área de salud N.- 5 se pondrá en consideración la presente propuesta para que se comunique a los médicos enfermeras y auxiliares de enfermería sobre la aplicación de la presente y para solicitar el permiso para dar charlas a las pacientes, enfermeras, auxiliares de enfermería para que cada vez y cuando se indique a la paciente la necesidad de un buen control y de seguir al pie de la letra las indicaciones del médico.

Ahora bien una vez aplicado la presente propuesta se valorara en un periodo de 6 meses si la propuesta permitió conseguir los objetivos planteados.

Los indicadores que se utilizaran para la evaluación de la presente propuesta, será una encuesta dirigida las pacientes, la determinación de HB, HCTO, y la evaluación de la aplicación de consejos de alimentación adecuada a los médicos que brindan atención prenatal.

Referencias Bibliográficas

Bibliografía.

1. Angelo F, Pascual LR, Lobo B, Sabuslsky J. Adult body weight in women in Cordova, Argentina, and exploration of the current trend. *Rev Panama Sal Pub* 2008; 5(1):17-22.
2. Amir Medicina Ginecología Postparto y Puerperio. Madrid .Marban;2012.p.378
3. Centers for Disease Control (CDC) criteria for anemia in children and childbearing-aged women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1989; 38(22):400-404
4. Coutts A. Nutrition and the life cycle. 1: Maternal nutrition and pregnancy. *Br J Nurs* 2005;9(17):1133-8.
5. Dieta de la embarazada. In: Médicas EC, editor. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: MINSAP; 2008. p. 72-6.
6. Gay Rodríguez J. Prevención y control de la carencia de hierro en la embarazada. *Rev Cubana Aliment. Nutr.* 1998,122(2):125-33.
7. Guyton- Hall Fisiología Médica III 9na Edición. Cap. 32. 471-472
8. Hronek M, Miturova K, Kudlackova Z, Beranova E. Importance of iodine intake during pregnancy-iodine supplementation and its risks. *CeskaGynekol* 2004;66(3):199-202
9. Iron nutrition during pregnancy. En: Nutrition during pregnancy. Washington, DC: The Institute of Medicine National Academy of Sciences, National Academy Press, 1990:45-55, 284
10. Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy: Part Y: Weight gain. Washington, DC: NationalAcademyPress, 1980

11. Justat Y, Achadi EI, Galloway R, Dyanto A, Zazri A, Supratikeo G. Reaching young Indonesian women through marriage registries: an innovative approach for anemia control. *J Nutr* 2000;130(2s Suppl):456s-8s.
12. Koepke, J A. *Practical Laboratory Hematology*. New York: Churchill Livingstone, 2005.
13. Leis-Márquez MT, Guzmán-Huerta ME. Efecto de la nutrición materna sobre el desarrollo del feto y la salud de la gestante. *Ginecología y obstetricia de México* 1999;67:113-27.
14. Linch SR. The potencial impact of Iron status in pregnancy. *J Nutr* 2000;130(2s Suppl): 448s-51s
15. Lister VG, Rossiter CE, Chong M. Perinatal mortality. *Br J ObstetGyn* 1985; 92(5): 88-99
16. María E, Arocha Piñango C L. El sistema fibrinolítico. Mecanismos fisiológicos, activadores, inhibidores y moduladores. *RevIberoamTrom Hemostasia* 2003; 3 – 4: 195- 206.
17. Mathews F, Yudkin P, Neil A. Influence of maternal nutrition on outcome of pregnancy: prospective cohort study. *BMJ* 2007;329:399-343.
18. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *ObstetGynecol* 2005;105(2):290-293.
19. Mora J. Anemia ferropénica. Deficiencia de micronutrientes en América Latina y el Caribe. In: OPS/OMS, editor.; 2007; 2007.
20. Padrón Herrera M, Sánchez Salazar R. El programa de suplementación para la prevención de la anemia en el embarazo. *Rev Cubana Med. Gen. Integr* 2005; 14(3):297-304.
21. Pérez-Lizaur AB. Recomendaciones dietéticas para la mujer en edad reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México* 2005;67:141-6.
22. Rebozo JG, Riverón M, Cajigas A, Abreu MA, Sánchez M, Peraza F, et al. Ingesta dietética y estado de nutrición del hierro en embarazadas

según índice de masa corporal. Rev Cubana AlimentNutr 2005; 14(1):33-8

23. Siega-Riz AM, Bodnar LM, Savitz DA. What are pregnant women eating Nutrient and food group differences by race. Am J ObstetGynecol 2004;186(3):480-6.
24. Silva N, Díaz AI, Fernández J, Bustamante L. Evaluación y recomendaciones nutricionales en el embarazo y lactancia. MINSAP/Dpto. Mat. Inf. Nacional/INHA; 2004Scholl TO, Reilly T. Anemia, Iron and pregnancy outcome. J Nutr 2000; 130(2sSuppl):4435-75.
25. Steer PJ. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. Am J ClinNutr 2000;71(5 Suppl):12855-75.
26. Zavaleta N, Caufield LE, García T. Changes in iron status during pregnancy in Peruvian women receiving prenatal iron and folic acid supplements with or without zinc. Am J ClinNutr 2000;71(4):956-61.
27. Young MW, Lupafya E, Kapenda E, Bobrow EA. The effectiveness of weekly Iron supplementation in pregnant of rural northern Malawi: Rev GastroenterolMex 1999; 64(4):159-66

Citas Bibliograficas Bases de Datos UTA

SciELO [OMS | Tratamiento para mujeres con anemia ferropénica postparto](#)

SciELO http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322012000400010&script=sci_arttext

COCHARE <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004222>

COCHARE <http://tokoginecologia.org/Toko/2013/Mar-Abr%20727.pdf>

SciELO http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182004000300001&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO PARA RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES CON ANEMIA POSPARTO.

Edad.
Nivel de instrucción: Analfabeta <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>
Estado civil: Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>

Ocupación: Agricultora <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Quehaceres Domésticos <input type="radio"/>	
Procedencia: Urbano <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>	
ANTECEDENTES: Hipertensión arterial <input type="radio"/> Antecedente de preeclampsia <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> Nuliparidad <input type="radio"/> Embarazo múltiple <input type="radio"/> Ausencia o deficiencia de control prenatal <input type="radio"/>	
Gestas: Número	
INFECCIONES GENITALES O IVU SI..... NO.....	
ANTIBIOTICOS DURANTE EMBARAZO SI..... NO.....	
Hierro y vitaminas en el embarazo: SI..... NO.....	
Paridad: Primipara <input type="radio"/> Multipara <input type="radio"/> Gran Multipara <input type="radio"/>	
Control Prenatal: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Numero de CPN: < 5..... > 5.....	
EdadGestacional: 30-36 <input type="radio"/> 37-41 <input type="radio"/> >31	
TA:	FC:
PESO:	TALLA:
Vía de finalización del embarazo actual: Vía vaginal <input type="radio"/> Vía cesárea <input type="radio"/>	
Lugar del parto: Domicilio <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/>	
Hb:	
Hcto:	
Prescripción de hierro posparto: SI..... NO.....	

Elaborado por: Investigador