



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“ANEMIA MODERADA EN GESTANTE POST TERMINO EN  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD, NIVEL III, 2021”**

**PRESENTADO POR**

**GONZALES SÁNCHEZ MORENO, KARINA JILL**

**ASESOR**

**DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO  
RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERU**

**2022**

## ÍNDICE

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| PÁGINA DE JURADO .....                | i   |
| ÍNDICE.....                           | ii  |
| RESUMEN.....                          | iii |
| CAPÍTULO I.....                       | 1   |
| PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....     | 1   |
| 1.1 Descripción del problema .....    | 1   |
| 1.2. Justificación .....              | 2   |
| 1.3.1 Antecedentes .....              | 3   |
| 1.3.2 Bases teóricas .....            | 6   |
| CAPÍTULO II.....                      | 11  |
| CASO CLÍNICO.....                     | 11  |
| 2.1.- Objetivo: .....                 | 11  |
| 2.1.1. Objetivo General .....         | 11  |
| 2.1.2. Objetivos Específicos .....    | 11  |
| 2.2.- Datos clínicos relevantes ..... | 12  |
| 2.3.- Discusión .....                 | 24  |
| 2.4.- Conclusiones.....               | 25  |
| 2.5.- Recomendaciones.....            | 26  |
| BIBLIOGRAFÍA.....                     | 27  |

## RESUMEN

La anemia es una enfermedad que es muy frecuente en el mundo, sobretodo en gestantes y trae consecuentes graves problemas en la salud de una población, se presenta en diversas etapas de la vida, pero adquiere mayor preponderancia en una mujer embarazada, con tasas de prevalencia que pueden estar entre el 30 y el 70%, una mujer embarazada con anemia es un problema que puede traer graves consecuencias tanto para la madre como para el feto por lo que es importante diagnosticarla a tiempo.

El caso clínico de una gestante de 41 1/7 semanas que acude a su control prenatal y que es hospitalizada, tenía un diagnóstico de anemia leve desde Julio 2021, sin embargo, luego de ser hospitalizada se determina por exámenes de laboratorio que es anemia moderada, pero dicho diagnóstico no fue actualizado y durante toda la estancia hospitalaria se manejó como anemia leve.

Es por ello que presentamos el caso clínico, el manejo de esta paciente se realiza en el establecimiento de salud sin actualizar el diagnóstico por ninguna de los profesionales que atendió y ello es preocupante por los índices de morbimortalidad que esta patología presenta.

**Palabras claves:** gestacion post termino, anemia moderada, alto riesgo.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del problema**

La deficiencia de hierro es una de las causas más frecuentes de anemia en el embarazo, al haber déficit de eritrocitos hay mayor déficit de oxígeno en la sangre, debido a esta causa más del 90% de mujeres tiene complicaciones durante el embarazo, a lo largo de la historia a nivel mundial se ha logrado reducir los niveles de anemia por ejemplo en el Perú se dio una reducción de 42.7% a 24.8%, en el 2014 sin embargo, la prevalencia en algunas regiones todavía es muy alta. Según la ENDES, la prevalencia de la anemia en la gestante está asociado a la ingesta inadecuada de alimentos y de hierro (1). La salud de la madre y el hijo están en función del estado nutricional, por eso es importante contribuir a mejorar la condición de anemia que está asociada al incremento de la morbimortalidad de grupos vulnerables en particular embarazadas y niños (2).

La evaluación del estado nutricional de una gestante está basada en estimaciones antropométricas, la anemia está asociada a un incremento de la morbimortalidad del grupo vulnerable produciendo condiciones de baja concentración de oxígeno y complica manejar adecuadamente algunas complicaciones como el parto pretérmino, bajo peso al nacer, pequeño para el tamaño de la edad gestacional (3).

La reserva de hierro en una mujer adulta es de 600 a 700 mg, cantidades menores a ella desarrolla anemia, se dice que la deficiencia de reserva de hierro conduce a verificar la eficiencia del sistema eritropoyético.

Se han realizado estudios de la anemia en el embarazo que revelan que está patología se asocia con enfermedades hipertensivas, infecciones de piel, incremento de morbilidad, en el Perú cerca de 270,000 embarazadas tienen problemas de anemia (4).

## **1.2. Justificación**

Evaluar el estado nutricional de una gestante es prioridad y en los últimos años esto es significativo debido al incremento exponencial del porcentaje de anemia en las mujeres que están gestando, es por ello que se estableció un conjunto de normas en busca de diferentes escenarios que permitan ayudar a mejorar y a reducir el riesgo de presentar problemas hemáticos en la gestación y a su vez permite conocer las posibles complicaciones que está presenta. Es importante que se visualice de manera clara y precisa cuáles son los factores que se asocian a la anemia en nuestro país, la anemia es un problema de salud pública y se va acentuando con el tiempo, es por ello que las diversas investigaciones pueden servir como base para hacer un análisis y establecer nuevos mecanismos de atención. Por ello es importante

desarrollar el presente trabajo porque nos permitirá conocer las causas, manejo y el tratamiento que la gestante en caso de tener anemia debe recibir y si el permanecer en ese estado repercute en la salud materna y fetal.

### **1.3. Marco teórico**

#### **1.3.1 Antecedentes**

##### **a. Antecedentes Internacionales**

**Harrison L, et al (2021).** Estudio “Anemia materna y morbilidad materna severa en estudio de cohorte”, realizado para evaluar la asociación entre la anemia prenatal y la morbilidad materna en cerca de 20 hospitales en los diversos estados de USA, este estudio halló que mujeres con anemia tuvieron mayor frecuencia de muerte materna, transfusión durante el trabajo de parto y post parto, histerectomía, hemorragia post parto, morbilidad infecciosa, parto por cesárea y parto prematuro. Por ello deben de efectuarse diagnósticos oportunos (5).

**Liyew A, et al (2021)** Estudio de “Prevalencia y determinantes de anemia en gestantes” que evalúa número de casos de anemia y los determinantes de la misma en las mujeres embarazadas en África. En este estudio se encontró una prevalencia en la anemia de 41,82%, los factores que te predisponen son la adolescencia, analfabeta, de bajo nivel socioeconómico. Por ello trabajar en los aspectos socioeconómicos son importantes para reducir los efectos de la anemia (6).

**García K, Ecuador, (2018).** Trabajo titulado “Relación de la anemia con el estado nutricional en gestantes adolescentes”, que busca relacionar la anemia con el estado nutricional, para ello se hizo la revisión de files de la paciente. La mayor parte de

las embarazadas tenían anemia moderada. Se concluye elaborar una guía para mejorar el estado nutricional de adolescentes (7).

**Patel A, et al (2018).** Trabajo denominado “Anemia materna y los determinantes del resultado del embarazo” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la anemia y el bajo índice de masa corporal en gestantes. Fue un estudio prospectivo, observacional, participaron 72,750 mujeres, el principal resultado las complicaciones en el momento del parto en el 10% de los casos (8).

**Singal N, et al (2018).** En un estudio denominado “Factores asociados con anemia materna” se busca evaluar los niveles de anemia en las diversas partes del mundo, se obtiene como resultado que el 70% tenía anemia moderada, y 30% anemia severa. Se concluye que el 82.5% de los casos de anemia se debe a hipocromía microcítica (9).

#### ***b. Antecedentes Nacionales***

**Baldera E. (2021)** Estudio de prevalencia de anemia en un hospital del norte del país. Entre los resultados tenemos que los casos de anemia leve fue de 31,6%, y anemia severa fue de 1%. Entre los factores relacionados tenemos: la edad, sobrepeso, secundaria completa, primípara. La anemia predispone a infecciones y hemorragias. Se encontró asociación significativa de anemia respecto a las complicaciones maternas (10).

**Melchor J. (2020)** tesis titulada “Factores sociales asociados a la anemia en gestantes” que tuvo como objetivo conocer causas de anemia a través de un ensayo no experimental, transversal, correlacional, en 304 gestantes con diagnóstico de anemia en el departamento de Tacna, entre los hallazgos significativos tenemos que

el 88.16% tenía anemia leve y se concluye que hay asociación entre la anemia y la edad, el nivel educativo y la ocupación (11).

**Ruiz K. (2020)**, tesis titulada “Características de las gestantes con anemia en el tercer trimestre”, evalúa mediante una metodología observacional, retrospectiva. Entre los resultados tenemos: anemia 76.2%, multípara 46.9%, parto pretérmino 12.5%, el 52.4% tuvo anemia leve. Se concluye que a pesar de tener anemia no hubo implicancias negativas en la madre y el feto (12).

**Heredia P. (2018)**, trabajo titulado “Prevalencia de la anemia en gestantes adolescentes”, este estudio evaluó 210 adolescentes con diagnóstico de anemia en el control prenatal, entre los resultados tenemos: anemia moderada 40%, el 54% tenía un estado nutricional bajo. Se concluye que es necesario implementar acciones para disminuir la anemia y sus complicaciones (13).

**Montesinos N. (2018)**. Estudio cuyo título es “Algunos factores asociados a la anemia en gestantes” hace una revisión de las deficiencias nutricionales que constituye un problema de salud pública, para ello determina los factores sociodemográficos, socioeconómicos y gestacionales en relación con la anemia, según el método que emplee se debe tener un consentimiento previo en la población, Método: De 144 gestantes en un estudio transversal, prospectivo, explicativo, se muestran los siguientes resultados: presentaron anemia 65.85%, viven en zona rural 72.22% ,una moderada disfunción familiar, se concluye que hay factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y de nutrición que se relaciona con la anemia de la gestante (14).

## **BASES TEÓRICAS**

La anemia en gestantes va en aumento, hay algunos cambios fisiológicos que complican el diagnóstico, pero se requiere que durante el embarazo en un promedio de 50% la masa eritrocitaria se expanda en el volumen sanguíneo (15).

### **Fisiología del embarazo**

Durante el embarazo hay una estimulación por parte de la eritropoyetina, dos o tres veces más respecto a los valores pre-gravídico, ello lleva aumento de exigencias diarias de hierro, por lo tanto, se absorbe aproximadamente 10%, la ingesta requerida está entre 40 y 80 mg al día, incrementar la volemia genera una vasodilatación que a su vez estimula el sistema renina angiotensina aldosterona esto mediado por óxido nítrico, el cual retiene líquidos, por ello a pesar de la expansión del volumen plasmático la gestante permanece como una hipovolemia relativa que produce hipotensión (16).

### **Anemia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anemia cuando el valor de la hemoglobina está por debajo de 11 o 10.5 o 10 gr/dl de acuerdo a la edad gestacional, hay una disminución de los glóbulos rojos en sangre, por lo que no hay una suficiente cantidad de hemoglobina (17). La hemoglobina transporta oxígeno a todo el cuerpo, se estudia diversos factores nutricionales y alimentarios que afectan la concentración de hemoglobina, está relacionado a la ingesta de nutrientes y el contenido de la disponibilidad de hierro y ácido fólico, los estudios han evidenciado asociación de factores maternos nutricionales como sociodemográficos y gestacionales, la anemia implica la disminución en la concentración de la hemoglobina, dependiendo también del lugar donde se encuentren, de acuerdo a la

altitud podría variar los niveles y condiciona cuáles son los valores que deben establecerse (9).

En la gestante, se considera anemia a los niveles de hemoglobina por debajo de 11 gr/dl en el primer trimestre y 10,5 gr/dl en el segundo trimestre, la anemia se debe básicamente a un desfase entre lo que es la masa eritrocitaria y el incremento del volumen plasmático. En los países en vías de desarrollo la anemia está básicamente asociado a condiciones socioeconómicas, es por ello que es importante conocerlo porque los factores que pueden intervenir afectan el crecimiento placentaria y fetal, durante el embarazo la clasificación de anemia severa es menos de 7,0 gr/dl, anemia moderada de 7 a 9.9 gr/dl, anemia leve de 10 a 10.9 gr/dl (18).

### **Hemoglobina**

Es una proteína rica en hierro que le da coloración a la sangre, que transporta oxígeno al cuerpo, se estudia los diversos factores alimenticios y nutricionales que afectan la concentración de hemoglobina durante la gestación, podemos observar que la deficiencia de ingesta de micros nutrientes, ácido fólico y la no utilización oportuna por parte de los suplementos de hierro disminuyen su disponibilidad en 10% (19).

### **Efectos de la anemia**

Los cambios fisiológicos que se presentan en el embarazo complican los diagnósticos, sobre todo el de anemia por los efectos directos que produce en la gestación, existen diversos factores de riesgo para predisponer a una anemia, entre los más comunes tenemos en nivel educativo, la multiparidad, la preeclampsia, la dieta (20). Si la gestante consume una dieta habitual entonces tendrá una baja disponibilidad para poder obtener los requerimientos y traerá consecuencias

maternas y fetales, la deficiencia de hierro se asocia a una alta tasa de recién nacidos prematuros, bajo peso al nacer, dificultad en la memoria de reconocimiento auditivo, en los recién nacidos a su vez presentan dificultades en el aprendizaje y en la memoria, en el caso de deficiencia sea por ácido fólico esa se relaciona a defectos del tubo neural.(2).

La anemia por deficiencia de hierro en el Perú está asociada a una tasa de mortalidad materno infantil elevada, esta situación representa una situación alarmante en ciertas zonas geográficas del país, la tasa de fecundidad más alta con esta deficiencia está en la selva y en ellas las adolescentes embarazadas tienen una alta mortalidad materno fetal, entre las causas de anemia gestacional encontramos deficiencia de ácido fólico, de hierro y defecto en el tubo neural. Por lo tanto, la morbilidad materna es alta debida a la anemia, por ello es importante realizar exámenes de laboratorio básicos como hemograma, recuento de plaquetas, hepatograma, función renal, perfil tiroideo, etcétera (21).

### **Epidemiología de la anemia en el Perú**

En el centro del país casi el 20% de gestantes tiene anemia por falta de hierro, según el análisis de la situación de salud de la dirección de salud, las gestantes padecen anemia en el Perú sobre todo en Lima. Es importante conocer si la madre tiene anemia pues en muchos casos habrá que operar, y de conocer ello podemos brindar una alimentación adecuada, brindar sulfato ferroso y el control prenatal establecido (7).

## **Tratamiento**

El tratamiento de la anemia es con hierro oral en las embarazadas, si bien no es posible tratar o evaluar los efectos del tratamiento, se encontró una tendencia entre las dosis y los efectos adversos informados por la mayoría de ensayos y respuestas clínicas y no se ha encontrado evidencia de eventos adversos cuando se asocian administración de hierro. Aunque la vía intravenosa e intramuscular tiene mejores respuestas que la vía oral durante el embarazo la necesidad de hierro se incrementa debido a que el mismo se requiere en tres veces más cantidad (20).

## **Manejo terapéutico y preventivo**

El primer dosaje debe realizarse en el primer control del embarazo, el segundo entre las 25 y 28 semanas de gestación, el tercero entre las 37 y 40 semanas de gestación y el cuarto 30 días después del parto, para ello es importante que la suplementación de la gestante a partir de las 14 semanas sea con hierro elemental de 60 mg y 400 mg de ácido fólico 1 tableta diaria durante 30 días, la gestante que inició su control prenatal después de las 32 semanas deberían duplicar la dosis es decir 120 mg de hierro elemental y 800 microgramos de ácido fólico, las puérperas deben tener un consumo similar a la de las gestantes del primer trimestre y adicional a ello, tabletas de sulfato ferroso por 30 días postparto, importante que en caso se evalúe y haya una anemia leve o moderada se pueden aplicar dosis de sulfato ferroso y ácido fólico y hierro elemental durante 6 meses y en caso de una anemia severa se debe brindar atención especializada (4).

### **Control del Estado nutricional**

La gestante debe iniciar el control y la cantidad de los alimentos que necesita ingerir, debido a la posibilidad de sufrir deficiencias, por esta razón una mujer gestante debe ser controlada, el índice de masa corporal debe estar entre 18 y 25 kg/m<sup>2</sup> y que la ganancia de peso durante el embarazo debe ser entre 12 y 16 kg (1).

### **Normativa del Ministerio de Salud**

En salud reproductiva hay guías nacionales que indican que a una altura superior a 3824 metros sobre el nivel del mar, la hemoglobina debe ser superior a 13.1 gr/dl, niveles inferiores a este indican anemia; los exámenes que debe realizarse una mujer gestante deben estar en función al nivel de altitud, que puede hacer variar los niveles de hemoglobina hematocrito y glóbulos rojos.

Entre los factores que están asociados a la anemia tenemos: edad gestacional, edad, escolaridad, dieta, procedencia, estado civil, ocupación, nutrición y disfuncionalidad familiar (22).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- Objetivo:**

##### **2.1.1. Objetivo General**

- Analizar la atención que recibe la gestante post termino con anemia moderada en un establecimiento de nivel III.

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- Describir el manejo que recibió la gestante con anemia moderada
- Conocer el manejo que se le brindo el gestante post termino.
- Conocer los factores de riesgo y tiene toda gestante post termino con anemia moderada.

#### **2.2.- Datos relevantes del caso clínico.**

**15/09/2021**

**10:00 hrs**

Paciente de 23 años con PA 90/60 mmHg, con una gestación de 41 semanas en vías de prolongación.

Paciente refiere movimientos fetales, no contracciones uterinas, médico indica hospitalización, prueba para COVID negativo, pasa con receta para indicaciones de NST y de laboratorio perfil prenatal 2.

**11:05 hrs**

Gestante ingresa procedente de consultorio, FCF 146x', movimientos fetales presentes.

**11:50 hrs**

La paciente acude al consultorio externo hoy para control prenatal donde se calcula edad gestacional de 41 semanas, paciente niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, refiere percibir movimientos fetales, es hospitalizada para realizar pruebas de bienestar fetal y posibilidad de maduración cervical con misoprostol según resultados.

Al examen físico: AREG.

Piel: hidratada.

Aparato respiratorio: normal.

Abdomen: AU 36cm, LCD, movimientos fetales presente, ++, LCF 147x'.

Tacto rectal: diferido

En julio 2021: 10.2 gr/dl de Hb, anemia diagnosticada, se inicia tratamiento.

Diagnóstico:

- Gestante de 41 1/7 semanas.
- No trabajo de parto.
- Anemia leve.

Plan de trabajo:

- Dieta completa más líquidas a voluntad
- Control de funciones vitales
- Vía salinizada
- Sulfato ferroso 200 mg una tableta vía oral cada 12 horas
- Se solicita ecografía más perfil biofísico fetal.

Hay posibilidad de maduración cervical con misoprostol.

**12:45 hrs**

Estado civil: conviviente

Ocupación: ama de casa

Edad: 23 años

**G 2 P 1001**

Paciente de 23 años con 5 controles prenatales, IMC 23.6 Kg/m<sup>2</sup>

Presión arterial 100/60 mmHg

Acude a establecimiento a su control prenatal, y debido a que tiene 41 semanas de edad gestacional se decidió hospitalización.

Se solicita exámenes pre quirúrgicos y una ecografía más perfil biofísico y reevaluación con resultados.

Antecedentes personales patológicos: niega

Antecedentes gineco obstétricos

Menarquia 11 años

Régimen catamenial 5/28

Inicio de relaciones sexuales 16 años, niega dispareunia, niega molestias en el aparato genital.

Antecedentes Obstétricos

G 1 2018 parto normal peso 3370 gr, sin complicaciones.

G 2 embarazo actual.

PA 100/60 mmHg, FR 62x', T° 37, FC 17x', LCF 140x'.

Se hospitaliza.

**14:30 hrs**

Peso 63 kg

Presión arterial: 90/60 mmHg

Dx: Embarazo de 41 semanas

Indicación: Se hospitaliza

Al examen:

Abdomen: no cicatrices, AU 36 cm, LCD, LCF 147x', tono fetal normal, ponderado fetal 3700 gr +/- 100 gr.

Útero grávido ocupado por producto de sexo femenino único vivo.

Pelvis ginecoide

Tacto vaginal: cuello uterino posterior, blando, OCI cerrado, incorporación cero, AP -4.

Extremidades: no varices

Plan:

- Dieta completa más líquidos o voluntad
- Control de funciones vitales
- Vía salinizada
- Sulfato ferroso 300 mg una tableta vía oral cada 12 horas
- Perfil biofísico
- Evaluar con resultados posibilidad de maduración cervical con misoprostol.

Antecedentes personales niega

Presión arterial 100/ 70 mmHg, FC 82x', FR 18x', T 36.4 °C, saturación de oxígeno 98%

FUR 01/12/2020

FPP 07/09/2021

G2P 1001

Sin síntomas premonitorios, no trastornos hipertensivos, hemoglobina 10.7 gr/dl

En julio 2021: 10.2 gr/dl de Hb, anemia diagnosticada, se inicia tratamiento.

En agosto 2021 tuvo vulvovaginitis.

**15:40 hrs**

Ingresa gestante a centro obstétrico procedente de UBF

Diagnósticos:

- Gestante de 41 semanas
- Trabajo de parto fase activa.

Paciente refiere contracciones uterinas, al examen: 2/10/++/25', no se percibe pérdida de líquido, ni sangrado vaginal.

Reevaluación en 2 horas

**16:40 hrs**

Presión arterial: 100/60 mmHg, FC 96x', FR 17x', T 36.6

Paciente mujer de 23 años, es hospitalizada, se recibe informe de NST reactivo, ecografía refiere paciente con placenta fúndica posterior grado 3 ponderado fetal 3700 gr.

Paciente no refiere molestias, no pérdida de líquido amniótico.

Diagnóstico:

- Gestante de 41 1/7 semanas
- No trabajo de parto

Plan: ídem

**16:45 hrs**

Hemoglobina 8.8 gr/dl

Tiempo de coagulación: 6 minutos

Tiempo de sangría: 2 minutos

RPR: no reactivo

VIH: no reactivo

B Rh +

**17:40 hrs**

FC 79x', FR 17x'.

Gestante 41 semanas por trabajo de parto y denotativo, paciente de 23 años,  
G2P1001.

- Gestante de 41 ½ semanas
- No trabajo de parto
- Anemia leve

**18:00 hrs**

LCF 145x', no se evidencia DU.

**20:00 hrs**

PA 90/60 mmHg, FC 82x', FR 18x', LCF 145x'.

**16/09/2021**

**00: 00 hrs**

PA 100/60 mmHg, FC 80x', FR 18x', LCF 148x'.

**05:40 hrs**

FC 79x', FR 18x', PA 100/60 mmHg, LCF 136x'.

Paciente pasa la noche tranquila, refiere que el día de ayer, cursó con dolor tipo cólico que cedió espontáneamente.

Obstetra reporta haber comprobado contracción.

**06:35 hrs**

- Control de funciones vitales
- Vía salinizada
- Sulfato ferroso 300 mg
- Misoprostol 20 microgramos uso rectal
- Monitoreo fetal

**08:35 hrs**

Dinámica uterina 2/10/++/35

**10:35 hrs**

Dinámica uterina 2/10/++/40

**11:20 hrs**

PA 110/70 mmHg, FC 90x', FR 16x'.

Paciente 23 años, al examen físico:

Abdomen: blando depresible, aumentado, ocupado por feto único vivo, AU 36cm, dinámica 2/10/++/35.

Diagnósticos:

- Gestante de 41 semanas
- Trabajo de parto
- Anemia leve

Plan:

- Dieta blanda líquida
- Monitoreo fetal
- Misoprostol 25 mg
- Dosis de evaluación 4 horas
- Control de funciones vitales

**12:35 hrs**

DU 3/10/++/35

**14:35 hrs**

DU 3/10/+++/45

**15:30 hrs**

Tacto vaginal: dilatación 4cm incorporación 90%, membranas integras, AP -3

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 41 semanas
- Trabajo de parto fase activa

- Anemia leve

Plan:

- Atención de parto
- Dieta completa

**15:44 hrs**

DU 3/10/+/+/40

**17:30 hrs**

Paciente con aparente sensación de pujo.

al examen: TV : dilatación completa, membranas rotas, altura de presentación 0.

Diagnostico:

- Gestación de 41 semanas
- Trabajo de parto expulsivo
- Anemia leve

Plan:

- Pasa a sala de expulsivo
- Se indica atención de parto

**17:33 hrs**

Paciente es evaluada.

TV: dilatación completa, paciente pasa expulsivo

Tiempo de dilatación: más o menos 6 horas

Tiempo de expulsivo: 12 minutos

Tiempo de alumbramiento: 6 minutos

Periodo de dilatación inicia a las 11:22

Periodo expulsivo inicia a las 17:30 termina 17:42

Parto eutócico, volumen de líquido adecuado y claro, recién nacido mujer, Apgar 9 al 1', 3940 gr, se realiza clampaje tardío del cordón umbilical, se realiza episiotomía.

**17:48 hrs**

Período de alumbramiento, se coloca oxitocina IM, membranas completas, no hay retención placentaria.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo:

Leucocitos 8900 mm<sup>3</sup>

Hemoglobina 8.8 gr/dl

Hematocrito 26.6%

Plaquetas 230,000 mm<sup>3</sup>

Tiempo de coagulación 6 minutos

Tiempo de sangría 2 minutos

RPR no reactivo

VIH no reactivo

Antígeno australiano no reactivo

COVID no reactivo

**18:10 hrs**

Médico sutura desgarro de primer grado.

**19:05 hrs**

Puérpera ingresa a sala de recuperación para monitoreo materno queda en la unidad de puerperio.

**19:15 hrs**

Puérpera de 1er día de parto vaginal, se encuentra con vía salinizada + oxitocina en lactancia materna.

Se realiza orientación en lactancia materna.

**21:00 hrs**

Puérpera en alojamiento conjunto, no refiere molestias.

**17/09/2021**

**00:00 hrs**

PA 90/60 mmHg, FC 82x', FR 18x', paciente no refiere molestias, descansa tranquila.

**06:00 hrs**

Paciente refiere haber pasado la noche tranquila, sin molestias, se continua con indicaciones.

PA 100/70 mmHg, FC 76x', FR 20x'.

**10:00 hrs**

Médico pasa visita y brinda indicaciones de alta, paciente no refiere molestias.

Se brinda consejería en lactancia materna, métodos anticonceptivos, se genera una cita por consultorio externo.

**14:00 hrs**

Paciente sale de alta con indicaciones, sin molestias.

### **2.3. Discusión**

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes que ocurren en los diversos países del mundo., y el no tratarla adecuadamente pone en alto riesgo la vida de la gestante y de su recién nacido.

Diversos estudios realizados indican que los problemas sociodemográficos influyen de manera determinante en el desarrollo de anemia en la gestante, según la OMS la anemia te predispone a retardo de crecimiento intrauterino, el sufrimiento fetal y la muerte fetal, y convierte en alto riesgo la condición de una mujer que está gestando. Esta patología trae una serie de complicaciones que pueden ser muy frecuentes en nuestro país y en otras partes del mundo, la alimentación en la actualidad es inadecuada y conlleva a que nuestras gestantes no estén adecuadamente preparadas para el parto y el puerperio.

## 2.4. Conclusiones

- La atención que recibió la gestante fue determinante para disminuir los riesgos maternos, puesto que en el control prenatal el médico decide la hospitalización, sin embargo, el diagnóstico inicial no fue verificado a pesar de que se solicitaron los análisis de laboratorio, lo que trajo consigo un manejo diferente a lo que la gestante requería.
- El manejo y tratamiento a la gestante con anemia fue distinto al que requería la paciente, puesto que a pesar de que el grado de anemia era distinto de acuerdo al resultado de laboratorio que se obtuvo, el personal de salud en ningún momento identifica que la gradualidad varió, y si bien no hubo complicaciones, el manejo no fue el adecuado.
- El médico identifica la edad gestacional y decide la hospitalización, adicional a ello indica las pruebas clínicas y brinda las indicaciones adecuadas de acuerdo a los manuales y protocolos que el establecimiento de salud tiene.
- Si bien uno de los factores de riesgo de la anemia es el retardo del crecimiento intrauterino, en este caso clínico el recién nacido tuvo un peso cercano a los 4000 grs, por ello debemos manifestar que existen factores de riesgo, pero estas no necesariamente se presentan en todos los embarazos.

## **2.5 Recomendaciones**

- Se debe realizar un análisis detallado de cada una de las pacientes que se atiende, no se debe de completar la historia clínica en base al antecedente, sino se debe de realizar una anamnesis detallada y valorar adecuadamente los análisis de laboratorio.
- Los análisis de laboratorio deben ser interpretados adecuadamente para que permita un manejo clínico adecuado, de modo de que el actuar no perjudique a la paciente.
- La consejería prenatal en las pacientes con alguna patología desarrollada en el embarazo debe de darse de manera permanente pues es importante que valore las complicaciones y consecuencias que estas tiene en su vida y en la vida de su recién nacido.
- Brindar capacitación al personal que atiende a la gestante para que pueda identificar adecuadamente los factores de riesgo y signos de alarma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzales IEP, Mamani LFC, Dávalos AL. Factores asociados a los niveles de anemia en gestantes del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2016. *Rev Médica Basadrina* [Internet]. 2019 May 9 [cited 2021 Sep 18];12(1):28–34. Available from: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/630>
2. Lebso M, Anato A, Loha E. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2021 Sep 18];12(12):e0188783. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188783>
3. Lopez, M; Jericó, C; Garcia J. Nutrición Hospitalaria Nota Clínica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 18];37(5):1087–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02961>
4. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Sep 18];134(6):1234. Available from: [/pmc/articles/PMC6882541/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34882541/)
5. Harrison RK, Lauhon SR, Colvin ZA, et al. Maternal anemia and severe maternal morbidity in a US cohort. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2021;3.
6. Liyew AM, Tesema GA, Alamneh TS, Worku MG, Teshale AB, Alem AZ, et al. (2021) Prevalence and determinants of anemia among pregnant women in East Africa; A multi-level analysis of recent Demographic and Health Surveys. *PLoS ONE* 16(4).
7. García K. Relación de la anemia con el estado nutricional en gestantes adolescentes. 2018 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/34180>
8. Patel A, Prakash A, Das P, Gupta S, Pusdekar Y, Hibberd P. Maternal anemia and underweight as determinants of pregnancy outcomes: cohort study in eastern rural Maharashtra, India. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2021 Sep 18];8(8):e021623. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e021623>

9. Singal N, Setia G, Taneja B, Singal K. Factors associated with maternal anaemia among pregnant women in rural India. *Bangladesh J Med Sci* [Internet]. 2018 Sep 19 [cited 2021 Sep 18];17(4):583–92. Available from: <https://www.banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/38320>
10. Baldera E. Prevalencia De Anemia En Gestantes, Servicio De Obstetricia Del Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque – 2021 [Tesis]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú. 2021.
11. Melchor Salazar JR. Factores sociales asociados a la anemia en gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3940>
12. Ruiz K. Características de las gestantes con anemia en el tercer trimestre atendidas en el Hospital De Lircay 2019. Univ Nac Huancavelica [Internet]. 2020 Dec 17 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3550>
13. Heredia P. Prevalencia de la anemia en gestantes adolescentes que acuden al Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrion de Huanta Enero a Junio 2017. Repos Inst - UNH [Internet]. 2018 May 29 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1713>
14. Montesinos N. “Algunos factores asociados a la anemia en gestantes del Hospital de Espinar. Cusco 2018.” Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6897>
15. Cieza R. Estado nutricional y anemia en gestantes según posición socio económico Centro de Salud San Juan Cajamarca 2018. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3197>
16. Soto J. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital “San José” Callao - Lima. 2016. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1256>
17. Sánchez C. Condiciones de vida y de trabajo de las gestantes y su relación

- con la anemia. Micro Red De Salud Llaucán, Bambamarca 2016. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2237>
18. Anlaaku P, Anto F. Anaemia in pregnancy and associated factors: a cross sectional study of antenatal attendants at the Sunyani Municipal Hospital, Ghana. BMC Res Notes 2017 101 [Internet]. 2017 Aug 11 [cited 2021 Sep 18];10(1):1–8. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-017-2742-2>
  19. Berhe B, Mardu F, Legese H, Gebrewahd A, Gebremariam G, Tesfay K, et al. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Adigrat General Hospital, Tigray, northern Ethiopia, 2018. BMC Res Notes 2019 121 [Internet]. 2019 May 31 [cited 2021 Sep 18];12(1):1–6. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4347-4>
  20. Flores M. Cumplimiento del Protocolo para la atención de la Hemorragia post-parto. Conocimientos, actitudes y prácticas en personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños. Julio del 2018 a Junio del 2019. 2020;
  21. SY Z, WZ J, J L, M L. [Prevalence of anemia during pregnancy in China, 2012-2016: a Meta-analysis]. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Sep 18];52(9):951–7. Available from: <https://europepmc.org/article/med/30196645>
  22. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de adolescentes 2019 [Internet]. Ministerio de Salud. 2019 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>