UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

GUIA DE ATENCION A EMBARAZADAS CON ANEMIA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

MARACAY 2014

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

GUIA DE ATENCION A EMBARAZADAS CON ANEMIA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

Trabajo de Grado para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Autora:
Dra. Desiree Hernández.
CI: 18.691.539
Tutor:
Dr. Melvin Trujillo.
CI: 7.240.789

Maracay 2014

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA

ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"GUÍA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON ANEMIA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por el aspirante:

HERNÁNDEZ MENDOZA DESIREE
C.I. 18.691.539

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los Veintidós días del mes de Noviembre del año Dos mil Catorce

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Sede Aragua
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Asuntos Estudiantiles
Área Postgrado

Dr. NORIS MONTESINOS
C.I.: 3.286.255

Dra. MARIA SANCHEZ
C.I.: 12.725.063

Dra. PAOLINA FEOLA
C.I.: 7.284.416

GUIA DE ATENCION A EMBARAZADAS CON ANEMIA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

Autor (a): Desiree Hernández. ***Tutor: Melvin Trujillo.***

Resumen

El embarazo es una de las etapas con mayores demandas de hierro y cambios hemodinámicos, que hacen a la mujer más susceptible a variaciones en la concentración de hemoglobina, hasta alcanzar valores no fisiológicos que comprometen su salud, asociándose con mal resultado materno-fetal. La anemia está presente entre el 30 y el 70 % de las gestantes por lo que se considera un problema de salud pública. (1). Datos de la Organización Mundial de la Salud arrojan que 20 % de la población mundial y 30 % de las mujeres padecen de anemia ferropénica. En vista de que la anemia es un factor de riesgo modificable, la intervención temprana y oportuna en el control prenatal podría generar alto impacto en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, Por lo que se propone la implementación de una guía de atención para embarazadas con anemia.

En vista de la importancia de dicho tema se realiza un estudio descriptivo y de corte transversal, donde la muestra está conformada por 91 participantes residentes y especialistas que laboran en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Central de Maracay a los cuales se les aplicó una encuesta sustentada en los criterios de la OMS, escogidos de forma aleatoria, que fue vaciada en tabla Excel 2010, y analizada con paquete estadístico SPSS 13.0. Utilizando la estadística descriptiva, para medir grado de conocimiento se utilizó una escala Ad-Hoc preestablecida, obteniendo como resultado que 54% de los participantes tienen desconocimiento acerca del protocolo que se debe utilizar en embarazadas con anemia.

Palabras claves: guía, embarazo, anemia, hierro, conocimiento, Ad-hoc.

ABSTRATC

Pregnancy is a stage with increased demands for iron and hemodynamic changes that make women more susceptible to variations in the concentration of hemoglobin, not reaching physiological values that compromise health, associated with poor maternal and fetal outcome. Anemia is considered a public health problem, as it is present between the 30 and 70% of pregnant women (1); data from the World Health Organization (WHO) show that 20% of the population worldwide and 30% of women suffer from iron deficiency anemia. So the implementation of a care guide for pregnant women with anemia suggests.

As one of the modifiable risk factors, whose early and timely intervention during antenatal care could generate high impact in reducing maternal and perinatal morbidity and mortality, a descriptive study of prospective and cross-section is performed, sample consists of 91 participants between residents and medical specialists working in the service Gynecology - Obstetrics Maracay Central Hospital

to which was applied a survey supported by the WHO criteria, chosen at random, which was emptied into Excel 2010 table, and analyzed with SPSS 13.0. Using descriptive statistics to measure the level of knowledge an Ad-Hoc preset scale was used, resulting in the majority of participants have a low level of knowledge.

Keywords: guide, pregnancy, anemia, iron, knowledge, Ad-hoc.

INTRODUCCIÓN

La nutrición durante el embarazo es de vital importancia, pues los requerimientos nutricionales aumentan en forma significativa; por lo que el cuidado de la salud durante esta etapa es crucial para garantizar un parto sin riesgo[(1)].El embarazo es una etapa del proceso vital humano con mayores demandas de hierro (Fe) y cambios hemodinámicos, que hacen a la mujer más susceptible a variaciones en la concentración de hemoglobina (Hb), hasta alcanzar valores no fisiológicos que comprometen su salud, asociándose con mal resultado materno-fetal[(2)].

La deficiencia de hierro es el déficit nutricional más frecuente en los países en vías de desarrollo; y la carencia de este elemento en la dieta es la causa más común de anemia nutricional [(1)]. Las mujeres durante la gestación tienen un alto riesgo de desarrollarlo, debido al incremento en los requerimientos de los nutrientes esenciales para la hematopoyesis, principalmente el hierro [(1, 2)].

Este aumento de requerimientos ocurre para compensar las necesidades para el crecimiento fetal y de los tejidos maternos; así como para hacerle frente al incremento del volumen sanguíneo de la madre [(3)]. Aquellas mujeres que inician el embarazo con bajas reservas de hierro, sufrirán a lo largo de la gestación un

agotamiento progresivo de los depósitos corporales del mineral, y el riesgo de desarrollar deficiencia de hierro y anemia ferropénica es particularmente elevado [4].

En la gestación el organismo de la mujer demanda una mayor cantidad de nutrientes y el hierro se necesita en mayores cantidades, principalmente en el último trimestre del embarazo, donde los requerimientos aumentan hasta seis veces con respecto a los de la mujer no embarazada [1, 3,4,5].

En estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones del mundo, se reporta que la anemia está presente entre el 30 y el 70 % de las gestantes [1]; en América Latina se reporta que el 35 % de las gestantes padecen de anemia en el tercer trimestre del embarazo de las que en menos del 4 % se presenta en su forma grave y en el 66,5% se presenta como leve [4]. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan que 20 % de la población mundial y 30 % de las mujeres padece de anemia ferropénica. En América Latina y el Caribe existen 23 millones de mujeres en esta misma situación [6].

La anemia es una patología frecuente relacionada con la gestación, especialmente en los países en vías de desarrollo, es potencialmente prevenible con un adecuado control prenatal orientado a evitar, en lo posible complicaciones maternas y perinatales. El síndrome anémico, es considerado como un problema de salud pública, con una prevalencia mundial del 41.8%[7]. La anemia durante el embarazo es aceptada como resultado de deficiencias nutricionales, y constituye un problema mayor de salud pública. Algunos países en vías de desarrollo han mostrado que la prevalencia de anemia en el embarazo oscila en 30% a 80%[2].

En México se ha documentado una prevalencia del 15% a 93% en este grupo poblacional. La más común es la anemia por deficiencia de hierro (75%) y la anemia megaloblástica y por deficiencia de folatos [1,2]. El déficit de hierro es la carencia nutricional más difundida entre las embarazadas, en países subdesarrollados [5].

Se considera que la anemia severa durante el embarazo, es un factor de riesgo altamente contribuyente a la morbimortalidad materno-perinatal en los países en desarrollo [4]. Es un factor de riesgo potencialmente modificable durante el control prenatal, la optimización de cifras de hemoglobina de la paciente previo al momento del parto generaría un alto impacto en la morbimortalidad materno-perinatal [7].

La deficiencia de (Fe) en etapas avanzadas produce anemia, y cuando ésta se presenta durante el embarazo, tiene un impacto negativo sobre el producto de la gestación, aumentado el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y de la mortalidad infantil [1,7], cuando se presenta un estado de anemia parece afectar el estado fisiológico de la madre y el recién nacido. La anemia se asocia con mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo mental-psicomotor [3].

En Venezuela la anemia en embarazadas, al igual que en los países en vías de desarrollo es un importante problema de salud pública, por ello se han implementado programas a nivel de unidades operativas del Ministerio de Salud para disminuir la prevalencia de esta patología, sin embargo, no se puede garantizar que todas las gestantes en riesgo de padecerla reciban una atención oportuna orientada a la detección precoz y tratamiento de anemia [1]

En el Hospital central de Maracay el registro de pacientes con anemia que complica el embarazo, parto y puerperio documentada durante el periodo 2008 fue de 481

casos (4,08%) de las embarazadas, para el 2009 un total de 505 casos para un 4,36% y en el 2010 se evidenciaron 893 casos aumentando a un 7,04%.[12] Se puede apreciar un incremento significativo de los porcentajes en el transcurso de los años, siendo de gran importancia por la comorbilidad que se asocia en estas pacientes y el riesgo elevado de mortalidad materno-fetal.

La gestación por sí sola, la baja biodisponibilidad de hierro, los nutrientes que interfieren en la dieta, un inadecuado control prenatal, y la poca tolerancia de la madre a los suplementos de hierro, son factores que se combinan para que las mujeres lleguen al parto con diferentes grados de anemia así como distintas reservas de hierro, las cuales ocasionarán hipoxia provocando una disminución en la duplicación celular afectando así el crecimiento intrauterino [4, 5]. Por lo tanto el estado nutricional materno es un factor que influye en la antropometría del recién nacido.

En vista de evidenciar el alto porcentaje de anemia en el embarazo y de ser un problema de salud pública el objetivo principal de dicha investigación es proponer la implementación de una guía de atención a embarazadas con anemia que asisten al Hospital Central de Maracay. Siendo los objetivos específicos*:* evaluar conductas que manejan los residentes y adjuntos que laboran en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central de Maracay , en cuanto a la anemia en embarazadas ,describir criterios diagnósticos de anemia en embarazadas, Precisar el Tratamiento Específico y coadyuvante para la atención de la anemia ferropénica en el embarazo, establecer los criterios de hospitalización y de transfusión sanguínea

en embarazadas con anemia y por ultimo especificar medidas preventivas para evitar la anemia en el embarazo.

Materiales y métodos.

La investigación corresponde a un estudio descriptivo y de corte transversal, donde la población estuvo conformada por un total de 113 médicos residentes del postgrado de ginecoobstetricia y especialistas que laboran en el Hospital Central de Maracay (HCM) y cuya muestra constituida por 91 participantes que fueron escogidos en forma aleatoria, lo cual corresponde a un 80,53% del total de la población, la selección de los mismos se hizo teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Gineco-Obstetra del HCM, que acepte ser participante. Y los criterios de exclusión: No acepte participar o manifieste no disponer de tiempo. Se diseñó un instrumento de recolección de datos tipo encuesta, de carácter anónimo, avalado por tres especialistas, constituido por un cuestionario de 12 preguntas de selección múltiple y dos preguntas de desarrollo que se aplicó a los participantes, el mismo fue diseñado por el investigador basándose en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (anexo 1) Con la finalidad de evaluar el grado de conocimiento, en donde a cada pregunta se le dio el valor de un punto en caso de ser correcto y con la sumatoria de dichos puntos, su ponderación fue contrastada con una escala de AD HOC, Con respecto a las conductas manejadas por los participantes acerca de la anemia en embarazadas los datos se expresaron según esta escala, en la cual se establecieron valores o puntajes obtenidos como mínimo 0 y máximo de 13 puntos , tal que se califican como no adecuado los que se encuentren entre 0-4, poco

adecuado de 5-8 y adecuado de 9-13 puntos. El análisis de los datos se llevo a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. y se utilizó la estadística descriptiva. Las variables numéricas se expresaron en términos de medias y proporciones.

Resultados.

La muestra quedó distribuida de la siguiente manera, 24 residentes del primer nivel equivalente al 26,37%, 29 residentes del segundo nivel para un 31,87%,19 del tercer nivel y 19 adjuntos que corresponde a 20,88% cada uno.

Tabla Nro. 01: Distribución de la población y muestra según el cargo y proporción de participación de cada nivel, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014.

CARGO	N° Total	N° Participantes	%	% acumulado
R1	32	24	75,00	25,29
R2	29	29	100,00	58,62
R3	25	19	76,00	80,46
ADJUNTO	27	19	70,37	100,00
Total	**113**	**91**	**80,53**	

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

En cuanto a la distribución de la muestra según el cargo, hubo un número igual entre residentes del tercer nivel y especialistas, evidenciándose poca participación por parte estos últimos, la mayor participación fue de residentes del segundo nivel, quienes lo hicieron en su totalidad y los residentes del primer nivel con una participación del 75%.

Tabla Nro. 02: Distribución según el cargo y proporción de participación, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014

CARGO	N°	%	% acumulado
R1	24	26,37	26,37
R2	29	31,87	58,24
R3	19	20,88	79,12
ADJUNTO	19	20,88	100
Total	**91**	**100**	

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

En cuanto al manejo de la anemia en pacientes embarazadas que acuden al Hospital Central de Maracay de los participantes según el cargo, el primer nivel obtuvo un 58,33% de manejo no adecuado, un 41,67% obtuvo una puntuación según la escala de AD HOC entre 4 y 8 puntos ubicándose en el eslabón de poco adecuado , los residentes del segundo nivel obtuvieron un 62,07% manejo no adecuado y el 37,93% poco adecuado, residentes del tercer nivel y especialistas demostraron que 47,37% de las conductas son no adecuadas y el 52% de ellos obtuvieron una puntuación entre 4 y 8 puntos ubicándose según la escala en eslabón de poco adecuado.

Tabla Nro. 03: Distribución según el cargo y proporción conocimiento del manejo de la anemia en el embarazo, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014

		CONDUCTAS A SEGUIR			
CARGO	**N° Participantes**	**NO ADECUADA**	**%**	**POCO ADECUADA**	**%**
R1	24	14	58,33	10	41,67
R2	29	18	62,07	11	37,93
R3	19	9	47,37	10	52,63
ADJUNTO	19	9	47,37	10	52,63
Total	**91**	50	54,95	41	45,05

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

Se evidencia que de 91 participantes 80 de ellos solo tienen de 0-5 años de experiencia en el servicio de Gineco-obstetricia, lo que corresponde a un 87,91% de la población en estudio, lo que pudiese justificar el grado de conocimiento acerca del manejo de la paciente embarazada con anemia, 7,69% de los participantes expresaron tener de 6 a 10 años de experiencia y el 4,39% de 11 a 15 años de experiencia.

Tabla Nro. 04: Distribución según el cargo y años de experiencia, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014

	Años de experiencia			
CARGO	**0-5**	**6-10**	**11-15**	**Total**
R1	24	0	0	24
R2	27	2	0	29
R3	18	1	0	19
ADJUNTO	11	4	4	19
Total	**80**	**7**	**4**	**91**

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

Tabla Nro. 05: Sugerencias aportadas ordenadas según proporción, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014

Medidas Preventivas	N°	%
Nutrición adecuada	**84**	**92,3**
Consumo de hierro	**73**	**80,2**
Otros	**50**	**54,9**
Ácido fólico y vit B12	**40**	**44,0**
Control laboratorio	**29**	**31,9**
Control prenatal adecuado	**20**	**22,0**
No contestaron	**4**	**4,4**
Transfusiones	**2**	**2,2**

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

Las medidas preventivas se manejaron de forma individual según cada participante arrojando como resultados que en su mayoría (92,3%) sugiere una alimentación adecuada como medida preventiva, el 80,2% indicaría suplementos de hierro, el 54,9% manifestó el uso de polivitamínicos y control de las patologías de base para evitar la anemia, el 44% uso de ácido fólico y vitamina b12, el 31,9 % control de laboratorio, el 2,2% de la muestra refieren que la trasfusión sanguínea se usaría como medida preventiva, sólo un 22% de los participantes piensan que debe realizarse un control prenatal adecuado.

Tabla Nro. 06: Resultados individuales por ítem del cuestionario aplicado sobre el conocimiento de los participantes acerca del manejo de la anemia en la embarazada, Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, 2014

Preguntas	V	F
Criterios para el diagnóstico de la Anemia en las Embarazadas	**24,18**	**75,8**
Signos de anemia	**2,20**	**97,8**
Síntomas de anemia	**56,00**	**44,0**
Exploraciones complementarias para diagnóstico de anemia en las embarazadas en el Servicio de Emergencia	**5,49**	**94,5**
Exploraciones complementarias para diagnóstico de anemia en embarazadas Servicio de Hospitalización	**14,29**	**85,7**
Criterios de hospitalización de embarazadas con anemia	**8,79**	**91,2**
Tratamiento de anemia leve	**47,25**	**52,75**
Tratamiento de anemia moderada	**24,18**	**75,82**
Duración del tratamiento para la anemia en las embarazadas	**21,98**	**78,02**

Criterios de transfusión en pacientes embarazadas con anemia	**59,34**	**40,66**
Criterios de transfusión en embarazos mayor o igual a 36 semanas de gestación	**74,36**	**25,64**
Criterios de transfusión en embarazos menor a 36 semanas de gestación	**58,24**	**41,76**
Considera transfundir en el caso de cirugías programadas y que la embarazada presente hemoglobina menor o igual a 8gr/dl	**87**	**13**

Fuente: V: Verdadera; F: Falsa. Instrumento de recolección de datos. Hernández D.

Al realizar el análisis de los cálculos con cada una de las respuestas del cuestionario aplicado en cuanto al conocimiento acerca del manejo de la anemia en embarazadas basado en la escala AD-HOC antes descrita, en general el 45,05% se encuentra en la clasificación poco adecuado, y el 59,95% se ubica en no adecuado, ya que la máxima puntuación obtenida fue de 8 puntos, no incluyendo a ningún grupo en la clasificación de adecuado.

Discusión, conclusión y recomendaciones.

La muestra quedo constituida por 91 participantes correspondiendo al 80,53% de la población total, siendo mayor la participación de los residentes del segundo nivel quienes representan 31,86 %, y fueron considerados como el nivel más débil en cuanto a conocimiento en el manejo de la anemia en el embarazo. Los residentes del primer nivel representaron un mayor porcentaje en cuanto al conocimiento(41,67%) según la escala de AD-HOC (manejo poco adecuado), y el grupo comprendido entre residentes del tercer nivel y especialistas demuestran tener el mismo nivel de conocimiento en el manejo de la anemia en el embarazo, lo que genera gran controversia ya que los adjuntos deben tener un mejor manejo de la paciente

embarazada con anemia y transmitirlo a los niveles inferiores por tratarse de una patología que actualmente se considera un problema de salud pública.

El 87,91% de los participantes manifestaron tener de 0-5 años de experiencia en el servicio de Gineco-obstetricia, lo que pudiese justificar en parte el nivel de conocimiento acerca del manejo de la paciente embarazada con anemia, solo el 4,39% dijeron tener de 11 a 15 años de experiencia.

Se pudo demostrar que los participantes en su mayoría desconocen criterios diagnósticos, clínica, exámenes complementarios a solicitar, criterios de hospitalización y tratamiento de la anemia según sea el caso, sin embargo muestran mayor conocimiento en cuanto a las indicaciones de transfusión en diversos casos. En cuanto las medidas preventivas solo el 22% de la muestra recomiendan un adecuado control prenatal, no siendo así como lo recomienda la Organización Mundial de la salud (OMS) en el protocolo publicado en el 2014[7,8] al igual que L. Cabero y col. en el 2007[6] donde resaltan que debe hacerse control precoz de la patología ya que esta tiene altos porcentajes de morbilidad perinatal.

La anemia adquirida no es una enfermedad primaria sino origen de un trastorno a otro nivel, evidenciándose que el 41,8% de las embarazadas la padecen y de este porcentaje la mitad es de origen carencial [7], por lo que es imprescindible investigar la etiología y hacer un diagnóstico precoz, la anemia materna severa se asocia a un mal resultado perinatal, es por ello que hay múltiples estudios como los realizados por la OMS [9,10,11] que se enfocan en intervenir en la población de riesgo, control de infecciones, mejora del estado nutricional para así brindar un mejor pronóstico del binomio madre-feto. Al realizar los cálculos finales sobre el conocimiento del manejo de la paciente embarazada con anemia en el servicio de Gineco- obstetricia, basado

en la escala AD-HOC preestablecida, en general el 45,05% se ubica en la clasificación moderado y 54,95% se encuentra en la clasificación bajo. En vista de evidenciar el déficit de conocimiento en más del 50% de la población en estudio deberían aplicarse medidas para el reforzamiento, capacitación y adiestramiento como parte de la formación para así perfeccionar y mejorar la calidad de atención en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central de Maracay.

Cabría entonces recomendar, siendo parte fundamental y objetivo primordial de la investigación, la implementación de una guía de atención para el manejo de anemia en embarazadas que acuden al Hospital Central de Maracay con el objetivo de disminuir la tasa de muertes materno-fetales por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, dicha guía será dirigida a todo el personal médico que labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia para optimizar un mejor manejo y calidad de atención a la embarazada.

GUIA DE ATENCION PARA EL MANEJO DE ANEMIA EN EL EMBARAZO

Procedimientos que deben seguirse con la paciente que acude al Hospital Central de Maracay:

1. Anamnesis minuciosa para identificar factores de riesgo entre los que se encuentran:

Mal control prenatal, Dieta pobre en hierro, Enfermedades gastrointestinales, antecedentes de: hipermenorrea, periodo intergenesico corto, lactancia materna prolongada, Infestaciones parasitarias, desnutrición proteico-calórica, antecedentes familiares.

2. Examen clínico integral donde debe evaluarse detalladamente signos y síntomas asociados a la anemia.

   Síntomas como: cefalea, letargia, somnolencia, mareos, fatiga y Signos: palidez cutáneo mucosa, taquicardia y queilitis.

3. Hacer diagnóstico adecuado.

Los criterios para el diagnóstico de la Anemia en las Embarazadas según la OMS son:			
Anemia	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa
Hb menor 11,0 g/dl	Hb entre10,0-10,9g/dl	Hb entre 7,0-9,9 g/dl	Hb menor 7,0 g/dl

Algoritmo para diagnóstico especifico según el tipo anemia (Anexo 2).

4. Exámenes complementarios a solicitar:

a- Si la paciente se encuentra en el servicio de emergencias se debe solicitar hemograma para evidenciar los índices hematimétricos y poder hacer orientación acerca del tipo de anemia y determinar si es o no derivada al servicio de hematología.

b- Si la paciente se encuentra en el servicio de hospitalización se debe solicitar: hematología completa, ferrocinética (niveles de hierro, transferrina, ferritina, protoporfirina eritrocitaria libre), índice de reticulocitos, niveles de folato y

vitamina B12, todo esto enfocado hacer el diagnóstico diferencial y considerar el tratamiento.

5. ¿Cuándo debo hospitalizar a la embarazada con anemia?

   Se debe hospitalizar en los siguientes casos:

   - Sintomatología franca.
   - Inestabilidad hemodinámica.
   - Sangrado activo.
   - Anemia severa.
   - Duda en el diagnóstico.

6. Objetivo principal:

   - Individualizar a la paciente, clasificar con los exámenes complementarios que tipo de anemia presenta para considerar si se le asocia tratamiento específico o se deriva al servicio de hematología.

7. Tratamiento: en vista de que el servicio de Gineco-obstetricia solo manejara anemias ferropénicas sin la intervención del servicio de hematología el tratamiento está enfocado de la siguiente manera:

   - Consejos nutricionales.
   - Tratamiento específico:
     a) Hierro elemental en todas las embarazadas de 100-120 mg una vez al día.
     b) Hierro elemental en todas las embarazadas con factores de riesgo de 200-300 mg una vez al día.

c) Si los requerimientos de reposición se necesitan de forma rápida como lo es en el caso de anemia moderada, intolerancia a la vía oral o falta de absorción gastrointestinal se debe indicar hierro parenteral 600mg interdiarios dosis máxima 1800mg.

- Tratamiento coadyuvante:

a) Ácido fólico 5 mg vía oral una vez al día.

b) Ácido ascórbico 200mg con el hierro elemental.

c) Vitamina B12 tres veces al dia.

Algoritmo de tratamiento específico y coadyuvante de la anemia ferropénica (Anexo 3).

8. Duración del tratamiento: debe ser entre 3 y seis meses en el caso de anemia ferropénica.
9. Criterios de transfusión:

a) Toda embarazada con anemia severa Hb menor a 7g/dl

b) Embarazada con pérdida del 40% de la volemia

c) En caso de cirugías programadas en toda embarazada con Hb menor o igual a 8g/dl.

En gestaciones menores de 36 semanas:

a) Toda embarazada con cifras de Hb menor a 5g/dl con o sin sintomatología

b) Toda embarazada con Hb menor a 7 g/dl y que presente: infección respiratoria baja, malaria o patologías cardiacas.

En gestaciones mayor o igual a 36 semanas:

c) Toda embarazada con cifras de Hb menor a 6 g/dl sintomática.

d) Toda embarazada con Hb entre 6 y 8 g/dl sintomática y que tenga comorbilidad.

e) Medidas preventivas para evitar la anemia en el embarazo:

- Control prenatal precoz e integral, consejos nutricionales. Educación a la paciente y familiares acerca de los hábitos en el hogar, Hierro profiláctico, Ácido fólico y vitamina B12, Polivitamínicos y Evitar las posibles causas de anemia.

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Luego del análisis de las encuestas realizadas y utilizando la escala Ad-hoc podemos concluir que el manejo de la anemia en el embarazo de la mayoría de las participantes (54,95%) es no adecuado, el resto de los encuestados (45,05%) mostró un manejo poco adecuado, ninguno obtuvo según la escala la puntuación (9-13 puntos) requerida para ubicarse en el eslabón de manejo adecuado, llama la atención que solo un 22 % considera como medida preventiva el control prenatal adecuado y de las variables estudiadas resalta que más del 50% maneja correctamente los criterios de transfusión. En vista de los resultados obtenidos se recomienda implementar la guía de atención para el manejo de la paciente embarazada con anemia en el servicio de ginecología y obstetricia tanto en el área de emergencia como hospitalización, para disminuir las complicaciones materno-fetales derivadas de la anemia y brindar una calidad de atención a las usuarias, por

último es conveniente notar que en vista del desconocimiento demostrado en cuanto al manejo de dicha patología se deberían implementar medidas dirigidas a reforzar el conocimiento de la misma y seguir las líneas de investigación.

Agradecimientos

Dios, Familiares, Dr. Melvyn Trujillo, Dr. Gerardo Sánchez.

Dra. María Alejandra Sánchez, Dr. Carmelo Gallardo.

Residentes y adjuntos que aceptaron colaborar con el estudio.

Referencias Bibliográficas

1- Hoover O, et-al. Compendio de guías latinoamericanas para el manejo de la anemia ferropénica. Anemia Working Group Latin America (AWGLA) y la Asociación Latinoamericana de Farmacología ALF 2007

2- Diez A. Hierro Intravenoso en el Manejo de la Anemia: Guías y Documentos de Consenso en Obstetricia y Ginecología. Revista Anemia 2009 julio; 2(3): 79-84

3- Iglesia J, Tamez L, Reyes I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. En Medicina Universitaria 2009.

4- WHO. 1993. Prevention and management of anaemia in pregnancy: WHO/FHE/MSM/93.5 Geneva: World Health Organization

5- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Capitulo Complicaciones Hematológicas del Embarazo. En: Obstetricia Madrid 2007.

6- Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Enfermedades del sistema sanguíneo y embarazo. Anemias. En: Obstetricia y Medicina Materno Fetal editorial médica Panamericana; 2007. P. 772-773

7- OMS/CDC. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005.WHO Global Database on Anaemia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008

(http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf, consultado el1º de diciembre de 2012).

8- OMS. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

9- Grupo consultivo internacional sobre anemia nutricional (INACG). *Report of the 2001 International Anemia Consultative Group Symposium. Why is iron important and what to do about it: a new perspective*. Washington, DC, Secretaría del INACG, 2002:1–50.

10- OMS/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001(http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf) consultado el 1ºde diciembre de 2012.

11 - Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. “Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years”. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:1108–1113.

12- Registro y estadísticas médicas del Hospital Central de Maracay

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, SEDE ARAGUA
ESCUELA DE MEDICINA "WITREMUNDO TORREALBA"
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY

INSTRUMENTO DEL PROYECTO DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: "GUIA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON ANEMIA QUE ASISTEN AL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY"

Autora: Desiree Hernández

INSTRUMENTO

I. Parte: Datos Personales

Cargo que ocupa	**Años de Experiencia:**
R1 _____	De 0 a 5 años _____
R2 _____	De 6 a 10 años _____
R3 _____	De 11 a 15 años _____
Especialista _____	15 años o más _____

II. Parte.

a) Los criterios para el diagnóstico de la Anemia en las Embarazadas son:

Anemia		Anemia Leve		Anemia Moderada		Anemia Severa	
<11,0		10,0-10,9		7,0-9,9		<7,0	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

b) Marque cuales considera que son los signos de anemia:

- **Palidez** **si** _____ **no** _____
- **Glositis** **si** _____ **no** _____
- **Queilitis** **si** _____ **no** _____
- **Coiloniquia** **si**_____ **no**_____

c) Marque cuales considera que son los síntomas de anemia:

- **Mareos** **si**_____ **no**_____
- **Somnolencia** **si**_____ **no**_____
- **Cefalea** **si**_____ **no**_____
- **Fatiga** **si**_____ **no**_____

- **Letargia si_____ no_____**

III. Parte. Según su criterio cuales exploraciones complementarias deben solicitarse para la atención de la anemia en las embarazadas		
En el Servicio de Emergencia Obstétrica	**Si**	**No**
Hemograma		
Reticulocitos.		
Morfología de sangre periférica		
Bioquímica: Glucosa, Urea, Creatinina, Na, K, GOT, GPT, Bilirrubina (si sospecha de hemolisis)		
Aspirado de medula ósea		
En el Servicio de Hospitalización Obstétrica	**Si**	**No**
Hemograma		
Bioquímica: Glucosa, Urea, Creatinina, Na, K, GOT, GPT, Bilirrubina directa e indirecta, haptoglobulina, LDH.		
Perfil férrico (ferrocinética)		
Morfología de sangre periférica		
Vitamina B12 y Ácido Fólico		
VSG		
Perfil tiroideo		
Aspirado de medula ósea		
Interconsulta con hematología		

IV Parte.
Hospitalización:
¿Cuáles serían los criterios de hospitalización en embarazadas con anemia.

VI. Tratamiento:
Una vez realizado el diagnóstico de anemia ferropénica ¿Cuál considera usted que debe ser el tratamiento en los siguientes casos?

Anemia leve:

a) **Consejos nutricionales si_____ no_____**

b) **100 mg OD via oral de hierro elemental si_____ no_____**

c) **500mg OD vía oral de hierro elemental si_____ no_____**

d) 200-300mg de hierro elemental vía oral en embarazadas con alto riesgo si_____ no_____

e) Hierro vía endovenosa si_____ no_____

f) Vitamina B12 TID si_____ no_____

g) Ácido fólico 5mg vo OD si_____ no_____

Anemia moderada:

a) 100mg vo de hierro elemental **si**_____ **no**_____
b) Consejos nutricionales **si**_____ **no**_____
c) Transfusión sanguínea **si**_____ **no**_____
d) Hierro endovenoso diario dosis máxima 2000mg **si**_____ **no**_____
e) Hierro endovenoso interdiario dosis máxima 1800mg **si**_____ **no**_____
f) Ácido fólico 10mg vo OD **si**_____ **no**_____
g) Ácido fólico 5mg vo OD **si**_____ **no**_____

¿Cuál considera usted que debería ser la duración del tratamiento para la anemia en las embarazadas?

a) 3 meses **si**_____ **no**_____
b) 3-6 meses **si**_____ **no**_____
c) 9 meses **si**_____ **no**_____
d) 12 meses **si**_____ **no**_____

VII.Parte.
Cuales considera usted que son los criterios de transfusión en pacientes embarazadas con anemia?

a) En todos los casos de anemia moderada si_____ no_____

b) En todos los casos de anemia severa si_____ no_____

c) En todas las pacientes con 40% de perdida de la volemia si_____ no_____

d) En el caso de embarazos mayor o igual a 36 semanas de gestación:

- **Con cifras de hemoglobina menor a 6gr/dl con sintomatología si_____ no_____**
- **Con cifras de hemoglobina menos a 8gr/dl sin sintomatología si_____ no_____**
- **Hemoglobina entre 6 y 8 gr/dl con sintomatología y/o comorbilidad si_____ no_____**

En el caso de embarazos menor a 36 semanas de gestación:

e) **con cifras de hemoglobina menor o igual a 5 gr/dl con o sin sintomatología si_____ no_____**

f) **Toda embarazada con hemoglobina menor a 7 gr/dl y que presente : infecciones respiratorias, malaria, patologías cardiacas si_____ no_____**

g) **Toda embarazada con hemoglobina menor a 6 gr/dl si_____ no_____**

h) **En el caso de cirugías programadas y que la embarazada presente hemoglobina menor o igual a 8gr/dl si_____ no_____**

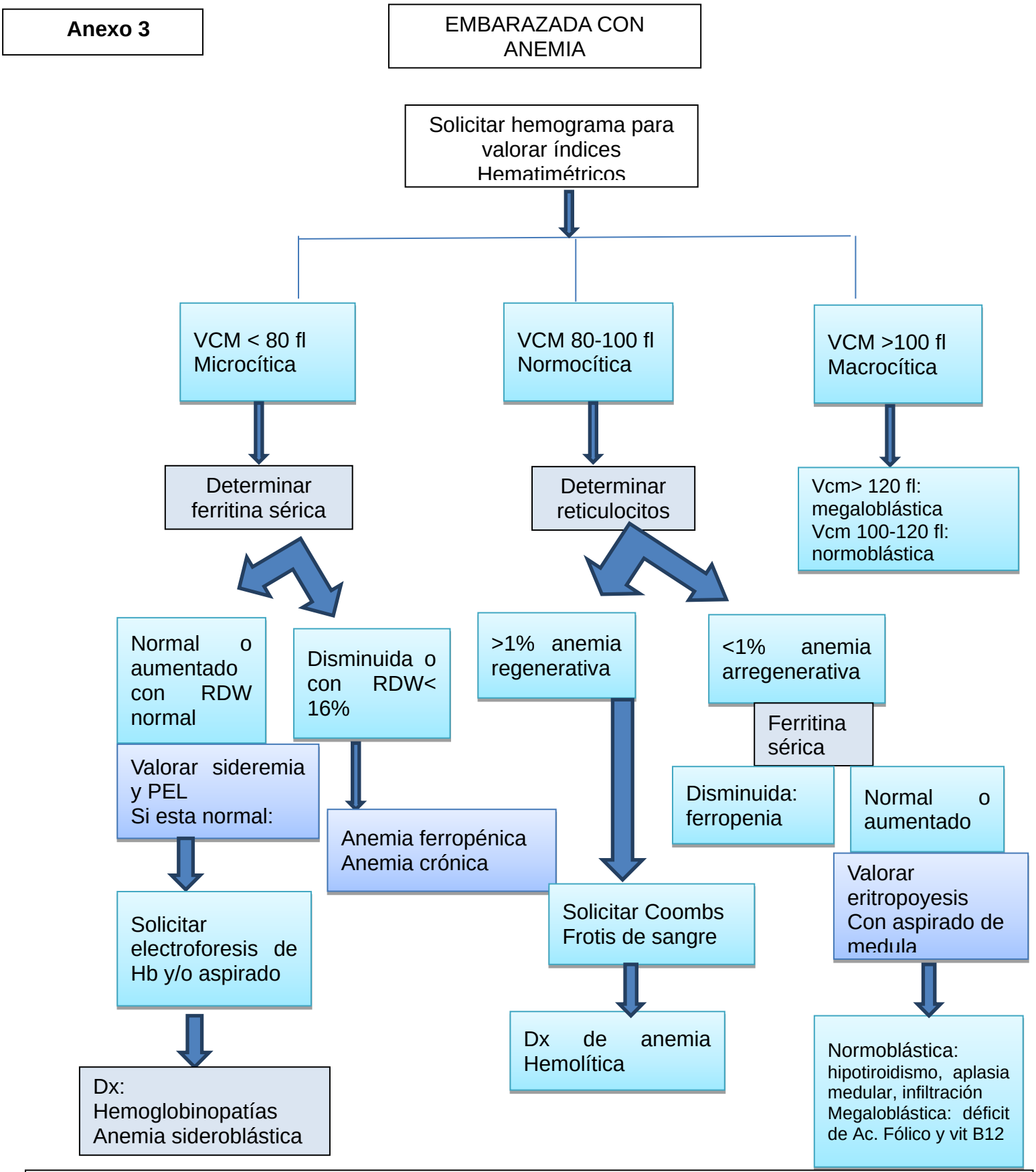
VIII Parte.
Enumere medidas preventivas para evitar la anemia en el embarazo.

ANEXO 2

ESCALA AD-HOC PARA EVALUAR EL MANEJO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO

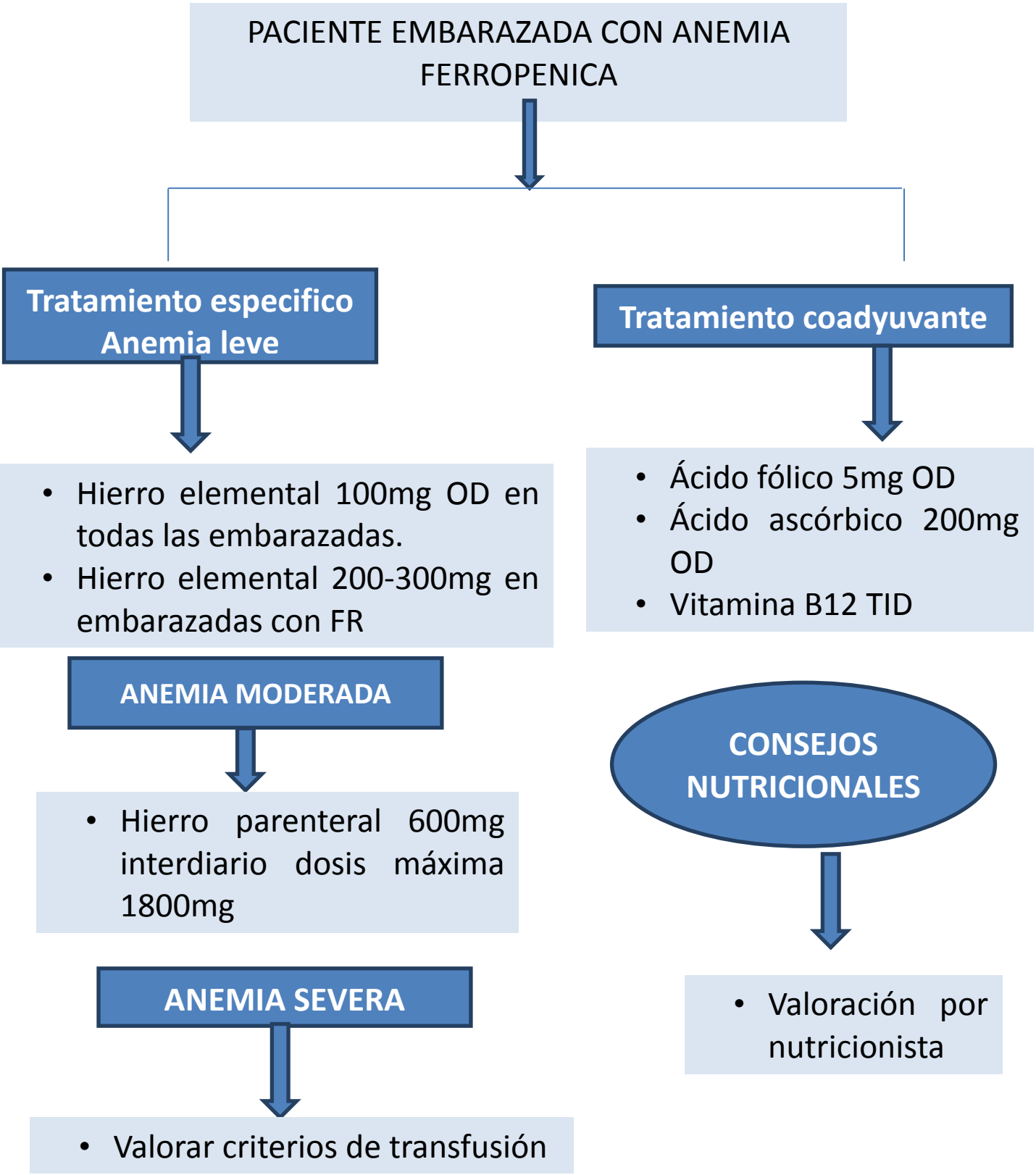
Puntos	Manejo
0-4	No adecuado
5 -8	Poco adecuado
9 - 13	Adecuado

Anexo 3



Autora: Hernández D. Fuente: Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Enfermedades del sistema sanguíneo y embarazo. Anemia

Anexo 4



Autora: Hernández D. Fuente: protocolo de la Organización Mundial de la Salud 2014.