

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**ANÁLISIS CRÍTICO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA ANEMIA EN GESTANTE:
ESTUDIO DE CASO EN EL HOSPITAL DE ILO 2024**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Miriam Liliana Apaza Quiñonez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

ANÁLISIS CRÍTICO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA
ANEMIA EN GESTANTE: ESTUDIO DE
CASO EN EL HOSPITAL
DE ILO 2024

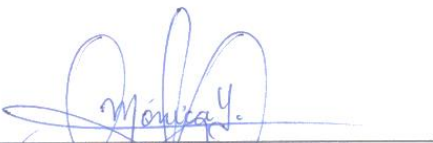
TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Miriam Liliana Apaza Quiñonez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

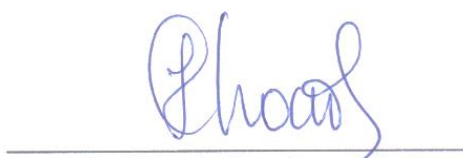
Aprobada por **mayoría** ante el siguiente jurado:



MSc. Mónica Yapo Laura
Presidenta



Mg. Maria Yamile Salazar Anco
Secretaria



Mg. Yolanda Ana Phocce Pari
Vocal



Mg. Yolanda Ana Phocco Pari
Asesora



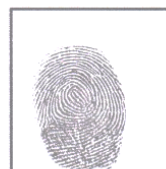
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Yolanda Ana Phocco Pari**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 434-2025-FACS-UNJBG del 11 de agosto de 2025, del Trabajo Académico titulado: **ANÁLISIS CRÍTICO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA ANEMIA EN GESTANTE: ESTUDIO DE CASO EN EL HOSPITAL DE ILO 2024**, presentado por la Lic. Obst. Miriam Liliana Apaza Quiñonez. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **3 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 17 de marzo de 2026.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Yolanda Ana Phocco Pari
DNI: 00498229



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Miriam Liliana Apaza Quiñonez



Huella dactilar

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad, y sacrificio. Enseñándome a valorar todo lo que tengo, a todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro.

MIRIAM LILIANA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud programa de segunda especialidad, por acogerme dentro de sus instalaciones, donde tuvimos la oportunidad de fortalecer nuestras competencias profesionales.

A mi asesora Yolanda Phocco Pari por su apoyo incondicional y su guía experta a lo largo de este proceso de investigación. Su paciencia, conocimiento y compromiso han sido fundamentales para el éxito de este trabajo. Agradezco especialmente su orientación, sus comentarios habilidad y su capacidad para motivarme en cada etapa.

Al director del Hospital de Ilo, mi agradecimiento por su apoyo en el recojo de la información para la elaboración del trabajo; igualmente a todo el personal que en él labora, por su colaboración y apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Justificación e importancia.....	7
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. Objetivo general.....	9
1.4.2. Objetivos específicos.....	9
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.1. Anemia.....	11
2.2. Definición.....	11
2.3. Clasificación.....	11
2.4. Incidencia.....	13
2.5. Etiología.....	14
2.6. Factores de riesgo.....	18
2.7. Fisiopatología.....	18
2.8. Formas clínicas.....	19
2.9. Exámenes auxiliares.....	21
2.10. Importancia del diagnóstico.....	24
2.11. Tratamiento.....	27
2.12. Complicaciones.....	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	34

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Hemoglobina y Hematocrito</i>	45
Tabla 2	<i>Examen completo de Orina.....</i>	46
Tabla 3	<i>Recuento de plaquetas.....</i>	47
Tabla 4	<i>Grupo sanguíneo y factor RH.....</i>	47
Tabla 5	<i>Hemograma.....</i>	47
Tabla 6	<i>Perfil de coagulación.....</i>	48
Tabla 7	<i>Examen de Glucosa.....</i>	48
Tabla 8	<i>Examen de urea.....</i>	49
Tabla 9	<i>Examen de PCR hs Wiener.....</i>	49

RESUMEN

Objetivo: Analizar críticamente los factores que contribuyeron al diagnóstico tardío de anemia en una gestante atendida durante el trabajo de parto en el Hospital de Ilo en 2024, y evaluar sus implicancias en la atención obstétrica y el manejo materno-fetal. **Metodología:** Se realizó un estudio de caso de enfoque cualitativo y descriptivo, basado en la revisión detallada de la historia clínica de una gestante de 19 años que ingresó en fase latente del trabajo de parto. El análisis comprendió la evaluación clínica al ingreso, la evolución intraparto, los resultados de exámenes auxiliares y el manejo obstétrico. Asimismo, se efectuó un análisis documental de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Perú y de literatura científica reciente, con el fin de contrastar la práctica asistencial con las recomendaciones vigentes. **Resultados:** La gestante ingresó sin hemoglobina actualizada y el examen solicitado durante el trabajo de parto reportó un valor de 9.5 g/dl en fase activa, el cual no fue interpretado oportunamente como diagnóstico clínico. La anemia fue confirmada en el puerperio inmediato con una hemoglobina de 8.6 g/dl, clasificándose como anemia moderada, evidenciándose fallas en el tamizaje hematológico intraparto reportándolos tardíamente y en la adherencia a los protocolos nacionales. **Conclusión:** El diagnóstico tardío de la anemia estuvo asociado a deficiencias en la valoración obstétrica intraparto, lo que limitó la anticipación de riesgos maternos y la planificación de un manejo preventivo adecuado, pese a un desenlace obstétrico favorable.

Palabras clave: Anemia materna; diagnóstico tardío; trabajo de parto; estudio de caso.

ABSTRACT

Objective: To critically analyze the factors that contributed to the late diagnosis of anemia in a pregnant woman attended during labor at the Hospital of Ilo in 2024, and to evaluate its implications for obstetric care and maternal–fetal management. **Methodology:** A qualitative, descriptive case study was conducted based on a detailed review of the clinical history of a 19-year-old pregnant woman admitted in the latent phase of labor. The analysis included clinical assessment at admission, intrapartum evolution, auxiliary test results, and obstetric management. Additionally, a documentary analysis of the Peruvian Ministry of Health Clinical Practice Guidelines and recent scientific literature was performed to contrast clinical practice with current recommendations. **Results:** The patient was admitted without an updated hemoglobin value, and the test requested during labor reported a level of 9.5 g/dL in the active phase, which was not promptly interpreted as a clinical diagnosis. Anemia was confirmed in the immediate postpartum period with a hemoglobin level of 8.6 g/dL, corresponding to moderate anemia. This finding revealed failures in intrapartum hematological screening and adherence to national protocols. **Conclusion:** The late diagnosis of anemia was associated with deficiencies in intrapartum obstetric assessment, limiting the anticipation of maternal risks and the planning of adequate preventive management, despite a favorable obstetric outcome.

Keywords: Maternal anemia; late diagnosis; labor; case study.

INTRODUCCIÓN

La anemia en el embarazo continúa siendo uno de los problemas más relevantes en salud materna a nivel global. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente un tercio de las gestantes presentan anemia, siendo más frecuente en regiones con desigualdades sociales y limitaciones en el acceso a servicios de salud (1). En el Perú, pese a la existencia de normas técnicas y programas de suplementación, la prevalencia de anemia en gestantes se mantiene entre 20 % y 30 %, con predominio de la anemia ferropénica, asociada a factores biológicos, sociales y asistenciales (2,3).

La anemia materna se relaciona con complicaciones como parto pretérmino, hemorragia posparto, bajo peso al nacer, infecciones y menor tolerancia hemodinámica durante el trabajo de parto (4,5). Su detección oportuna constituye un pilar fundamental para prevenir estos riesgos, siendo indispensable un adecuado control prenatal y una valoración exhaustiva al ingreso en trabajo de parto. En este sentido, la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Perú establece que toda gestante debe contar con una hemoglobina reciente al momento del parto o en su defecto, debe realizarse una determinación inmediata como parte del ingreso obstétrico, dada su importancia para la toma de decisiones clínicas y la prevención de emergencias obstétricas (2).

Sin embargo, estudios recientes identifican persistentes deficiencias en el tamizaje hematológico intraparto y en la aplicación de protocolos de evaluación inicial, especialmente en establecimientos con elevada carga asistencial y limitaciones en los procesos de seguimiento clínico (6,7). Estas brechas ocasionan que resultados de laboratorio relevantes no sean interpretados oportuna y adecuadamente, generando diagnósticos tardíos

que afectan la calidad y seguridad de la atención obstétrica.

El caso que motiva la presente investigación corresponde a una gestante de 19 años atendida en el Hospital de Ilo en octubre de 2024. Durante el trabajo de parto se obtuvo un valor de hemoglobina de 9.5 g/dl; sin embargo, este resultado no fue interpretado clínicamente ni registrado como diagnóstico, lo que representó una oportunidad perdida de intervención conforme a las recomendaciones técnicas vigentes (2). La paciente culminó con un parto eutócico, pero la anemia fue confirmada recién en el puerperio inmediato, cuando la hemoglobina descendió a 8.6 g/dl, clasificándose como anemia moderada. Esta secuencia evidencia una brecha crítica en la valoración obstétrica intraparto y pone en relieve fallas en el seguimiento de resultados y en la adherencia a los protocolos de atención establecidos.

Analizar de manera crítica este caso permite identificar los factores clínicos, administrativos y procedimentales que contribuyeron al diagnóstico tardío de la anemia y contrastarlos con la evidencia científica actual. Asimismo, ofrece la oportunidad de proponer mejoras en los procesos de evaluación al ingreso, el tamizaje hematológico oportuno y la continuidad del cuidado, con el fin de fortalecer la seguridad materna y la calidad de la atención obstétrica en el Hospital de Ilo, contribuyendo a la reducción de eventos adversos prevenibles en la atención materno-perinatal (1,4,6)

Por lo mencionado, el presente trabajo tiene como objetivo analizar críticamente los factores que contribuyeron al diagnóstico tardío de anemia en una gestante atendida durante el trabajo de parto en el Hospital de Ilo en 2024, así como evaluar sus implicancias en la atención obstétrica intraparto y en el manejo materno-fetal, a partir del análisis detallado de un estudio de caso y su contrastación con la evidencia científica y las recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

La anemia en la gestación constituye un desafío persistente para la salud materna en todo el mundo, siendo una condición que afecta de manera significativa los desenlaces perinatales y la calidad de la atención obstétrica. Según estimaciones globales recientes, más de un tercio de las gestantes en el mundo presenta anemia, con una prevalencia estimada del 36–38% en países de ingresos bajos y medianos, lo que representa un considerable problema de salud pública por su asociación con morbilidad perinatal y mortalidad materna (1). Esta realidad global contrasta con los avances en intervención clínica y tecnológica, indicando que, a pesar de las políticas de intervención nutricional y de tamizaje universal, persisten brechas en la detección temprana y manejo efectivo de la anemia durante el embarazo.

A nivel internacional, diversos estudios han documentado que la anemia materna constituye una de las principales causas de complicaciones obstétricas y se asocia estrechamente con condiciones sociales y económicas adversas. En primer lugar, el análisis global realizado por Stevens et al. evidenció una mayor prevalencia de anemia en gestantes con bajo nivel educativo, pobreza y acceso limitado a los servicios de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medianos (1). Asimismo, el estudio multicéntrico de Rahman et al. demostró que la anemia materna se relaciona significativamente con controles prenatales tardíos o incompletos y deficiencias en el seguimiento clínico, lo que incrementa el riesgo de resultados perinatales desfavorables (2).

En segundo lugar, el metaanálisis desarrollado por Sunawang et al. confirmó que la anemia durante el embarazo incrementa de manera significativa el riesgo de bajo peso al nacer, parto pretérmino y hemorragia posparto, destacando la importancia de su detección y manejo oportuno como estrategia clave para la reducción de eventos adversos (3). Complementariamente, la revisión sistemática de la OMS realizada por Peña-Rosas et al. señaló que, si bien existen guías clínicas robustas para la prevención y tratamiento de la anemia, su efectividad depende de una adecuada implementación en el punto de atención (4). Finalmente, el estudio de Azzam et al. identificó que las principales barreras para la aplicación efectiva de estas recomendaciones incluyen la sobrecarga asistencial, deficiencias organizacionales y limitaciones en la comunicación clínica, lo que explica la persistencia de diagnósticos tardíos incluso en entornos con normativas vigentes (5).

En el contexto peruano, la anemia gestacional continúa representando una prioridad epidemiológica. Las cifras oficiales del Ministerio de Salud reportan que entre el 20% y 30% de las gestantes presentan anemia, con variaciones que reflejan desigualdades geográficas y socioeconómicas (4). A pesar de la existencia de una Guía de Práctica Clínica actualizada (MINSA, 2024) que establece la importancia del tamizaje sistemático de hemoglobina y la intervención precoz, estudios nacionales han identificado persistentes deficiencias en la implementación de estos lineamientos. Investigaciones recientes han documentado factores asociados a la anemia que incluyen controles prenatales tardíos, falta de adherencia a la suplementación de hierro y fallas en la interpretación de resultados de laboratorio, especialmente en entornos con recursos limitados (6,7). Estas brechas entre la norma técnica y la práctica asistencial plantean interrogantes relevantes sobre la efectividad del sistema de salud para abordar integralmente la anemia materna.

De manera más específica, a nivel regional y local, la provincia de Ilo (región Moquegua) no escapa a esta problemática, aunque la evidencia es más limitada. Un estudio descriptivo en el Hospital Regional de Moquegua reportó una prevalencia de anemia en gestantes cercana al 24%, lo que sugiere que, incluso en regiones con infraestructura sanitaria relativamente estable, la anemia persiste como un desafío importante (8). Sin embargo, la literatura regional carece de análisis de proceso que examinen cómo se llevan a cabo las evaluaciones clínicas y laboratoriales en el momento crítico del ingreso en trabajo de parto, una etapa en la que la oportunidad diagnóstica es fundamental para prevenir complicaciones graves. Esta ausencia de datos analíticos constituye una brecha de conocimiento significativa, puesto que la mayoría de estudios existentes se concentran en prevalencia y factores asociados, pero rara vez exploran en profundidad las fallas asistenciales que conducen a diagnósticos tardíos.

El caso clínico estudiado en el Hospital de Ilo en octubre de 2024 ejemplifica esta brecha asistencial. La gestante presentó hemoglobina de 9,5 g/dL durante la atención intraparto, resultado que no fue interpretado ni utilizado para orientar una intervención preventiva, pese a las recomendaciones de las guías nacionales que enfatizan la necesidad de tamizaje y evaluación rápida en el ingreso obstétrico (5). La anemia moderada fue confirmada clínicamente recién en el puerperio inmediato con una hemoglobina de 8,6 g/dL, lo que evidencia un diagnóstico tardío con potenciales implicancias en la seguridad materna. Esta situación revela, de manera concreta, la existencia de deficiencias en la valoración inicial, en la gestión de la información clínica y en la adherencia a protocolos técnicos, aspectos que no han sido suficientemente abordados en la literatura local y regional.

En consecuencia, se identifica una brecha de conocimiento crítica: aunque se reconoce la importancia de la anemia gestacional y su impacto en la morbilidad materno-perinatal, existe escasez de estudios que

exploren cómo y por qué ocurren fallas en la detección intraparto y qué factores asistenciales específicos contribuyen al diagnóstico tardío dentro de contextos hospitalarios regionales como el Hospital de Ilo. Esta falta de análisis centrado en procesos clínicos limita la capacidad de generar recomendaciones efectivas para mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir la ocurrencia de resultados adversos evitables.

La presente investigación, por tanto, se justifica en la necesidad de analizar de manera crítica el proceso de evaluación clínica y laboratorial durante el trabajo de parto que condujo al diagnóstico tardío de anemia en una gestante, con el fin de identificar las barreras organizacionales y asistenciales que obstaculizan la implementación de la normativa vigente, y proponer estrategias que contribuyan a mejorar la oportunidad diagnóstica, la seguridad materna y los resultados perinatales en el contexto del Hospital de Ilo.

1.2 Formulación del problema

¿En qué medida el proceso de evaluación clínica y laboratorial durante el trabajo de parto contribuye a la identificación tardía de la anemia en una gestante atendida en el Hospital de Ilo durante el año 2024?

1.3 Justificación e importancia

El presente trabajo se justifica en primer lugar desde una perspectiva científica porque contribuye a profundizar el análisis del diagnóstico tardío de la anemia en el contexto intraparto, una problemática que persiste a nivel global y nacional pese a la existencia de guías clínicas y protocolos establecidos. La literatura reciente señala que la anemia materna continúa siendo sub-diagnosticada, especialmente cuando cursa de forma asintomática, y que las fallas no solo se relacionan con la ausencia de exámenes, sino con la

interpretación tardía o inadecuada de los resultados laboratoriales durante la atención de emergencia obstétrica (1,4). Analizar un estudio de caso permite identificar brechas concretas entre la evidencia científica y la práctica clínica real, aportando conocimiento aplicado sobre los factores clínicos, organizacionales y procedimentales que condicionan la toma de decisiones intraparto. Asimismo, este análisis contribuye a fortalecer la discusión académica sobre la seguridad materna y la calidad de la atención obstétrica, áreas prioritarias en la investigación en salud materna (5,6).

En concordancia con lo anterior La justificación social de este estudio radica en que la anemia en el embarazo constituye un problema de salud pública que afecta de manera desproporcionada a mujeres jóvenes y en contextos de vulnerabilidad social, generando consecuencias negativas para la salud materna y neonatal. En el Perú, la prevalencia de anemia en gestantes se mantiene elevada, pese a las estrategias de prevención implementadas, lo que refleja inequidades en el acceso, la continuidad y la calidad de la atención prenatal y obstétrica (7,8). El diagnóstico tardío durante el trabajo de parto incrementa el riesgo de complicaciones prevenibles y vulnera el derecho de las gestantes a una atención oportuna y segura. En este sentido, el presente estudio aporta evidencia que puede contribuir a la sensibilización del personal de salud y a la mejora de las prácticas asistenciales, con el potencial de impactar positivamente en la reducción de riesgos maternos y en la mejora de los resultados perinatales (9,10).

Particularmente desde la perspectiva institucional, esta investigación se justifica porque permite evaluar críticamente los procesos de atención obstétrica intraparto en el Hospital de Ilo, identificando debilidades en la aplicación de protocolos, en el uso de exámenes

auxiliares y en la continuidad del razonamiento clínico. Las guías del Ministerio de Salud del Perú establecen la obligatoriedad del tamizaje y la interpretación oportuna de la hemoglobina en gestantes al momento del parto; sin embargo, la evidencia muestra que su implementación no siempre es uniforme en la práctica diaria (11,12). El análisis del caso proporciona información relevante para la toma de decisiones institucionales orientadas al fortalecimiento de los procesos de evaluación al ingreso, la optimización del flujo de resultados laboratoriales y la mejora de la calidad y seguridad de la atención obstétrica, alineándose con los objetivos de mejora continua y acreditación de los servicios de salud (11,13).

Por lo tanto, la justificación metodológica se sustenta en la pertinencia del diseño de estudio de caso como estrategia válida para el análisis profundo de situaciones clínicas complejas, particularmente cuando se busca comprender procesos, fallas y decisiones en contextos reales de atención sanitaria. Este enfoque permite integrar información clínica, laboratorial y normativa, contrastando la práctica asistencial con las recomendaciones de guías clínicas nacionales e internacionales, lo que fortalece la validez interna del análisis (14,15). Además, el uso de revisión documental sistemática de la historia clínica posibilita identificar oportunidades perdidas de intervención y generar propuestas de mejora basadas en evidencia, aportando un enfoque analítico aplicable a otros contextos similares. De este modo, la investigación no solo cumple un propósito descriptivo, sino también evaluativo y reflexivo, contribuyendo al fortalecimiento de la investigación aplicada en salud materna (15,16).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar críticamente el proceso de evaluación clínica y laboratorial durante el trabajo de parto que contribuyó al diagnóstico tardío de la anemia en una gestante atendida en el Hospital de Ilo, en el año 2024.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características clínicas, obstétricas y laboratoriales de la gestante al momento de su ingreso en trabajo de parto en el Hospital de Ilo.
- Identificar el momento del tamizaje hematológico realizado durante la atención intraparto, en relación con las recomendaciones establecidas por las guías clínicas vigentes.
- Identificar las deficiencias en la interpretación y utilización de los resultados de hemoglobina durante el trabajo de parto que contribuyeron al diagnóstico tardío de la anemia.
- Conocer las implicancias clínicas del diagnóstico tardío de la anemia en el periodo intraparto y puerperal inmediato.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Anemia

2.2. Definición

La anemia en el embarazo se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de 11,0 g/dL en cualquier trimestre de la gestación, considerando los ajustes correspondientes según la altitud del lugar de residencia. Esta condición refleja una capacidad reducida de transporte de oxígeno en la sangre materna y constituye un factor de riesgo importante para complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como para resultados perinatales adversos. En la práctica obstétrica contemporánea, la anemia no debe ser entendida únicamente como un hallazgo bioquímico, sino como una condición clínica con implicancias directas en la seguridad materna, particularmente durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato (1,2).

2.3. Clasificación

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en el Embarazo del MINSA, la anemia en la gestación se clasifica fundamentalmente según los niveles de hemoglobina, considerando las adaptaciones fisiológicas propias del embarazo y su repercusión clínica (1).

El MINSA establece como criterio diagnóstico de anemia en gestantes una hemoglobina menor de 11 g/dl en cualquier trimestre

del embarazo. A partir de este punto de corte, la anemia se clasifica clínicamente en:

- **Anemia leve:** Se considera anemia leve cuando la concentración de hemoglobina se encuentra entre 10,0 y 10,9 g/dL. En esta etapa, la anemia suele cursar de manera asintomática o con manifestaciones clínicas mínimas, lo que puede dificultar su reconocimiento clínico si no se realiza un tamizaje hematológico oportuno. No obstante, su detección temprana es fundamental para prevenir la progresión a formas más severas y reducir riesgos obstétricos posteriores (1,2).

Anemia moderada: La anemia moderada se define por valores de hemoglobina entre 7,0 y 9,9 g/dL. En este rango, la gestante presenta una reducción significativa de la reserva hematológica, lo que puede comprometer su tolerancia fisiológica a la pérdida sanguínea durante el parto y el puerperio inmediato. Aunque puede permanecer clínicamente silente, esta forma de anemia se asocia a mayor riesgo de hemorragia posparto, fatiga puerperal y necesidad de tratamiento parenteral con hierro (1,3,4).

- **Anemia severa:** Se considera anemia severa cuando la hemoglobina es menor de 7,0 g/dL. Esta condición representa una situación de alto riesgo materno, asociada a inestabilidad hemodinámica, mayor probabilidad de transfusión sanguínea, incremento de la morbimortalidad materna y perinatal, y complicaciones graves durante el trabajo de parto y el puerperio. Su identificación requiere manejo inmediato y especializado, de acuerdo con protocolos clínicos estrictos (1,2,5).

Esta clasificación no solo cumple una función descriptiva, sino que orienta la conducta clínica, el nivel de riesgo obstétrico y la necesidad de intervención terapéutica inmediata, especialmente durante el trabajo de parto. El MINSA resalta que la anemia moderada y severa incrementan significativamente el riesgo de intolerancia al sangrado periparto, hemorragia posparto y complicaciones infecciosas, por lo que requieren un manejo oportuno y diferenciado (1).

Desde el enfoque etiológico, las guías nacionales reconocen que más del 80 % de los casos corresponden a anemia ferropénica, mientras que el resto se relaciona con deficiencia de folatos, anemia megaloblástica, infecciones crónicas o enfermedades sistémicas, lo que refuerza la necesidad de una evaluación integral y no meramente numérica del valor de hemoglobina (3).

2.4. Incidencia

Incidencia a nivel mundial:

- **Gestantes:** Para inicios de 2026, las estimaciones globales indican que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas se sitúa aproximadamente en un **35.5%**. Esto equivale a unos **32 millones** de gestantes afectadas anualmente en todo el mundo.
- **Puérperas:** Aunque los datos globales consolidados para el posparto son más variables, estudios sugieren que la deficiencia de hierro afecta hasta al **30-60%** de los embarazos a nivel mundial. La anemia posparto es común tras hemorragias durante el parto, estimándose que en algunas regiones hasta el **27%** de las mujeres mantienen anemia por deficiencia de hierro 12 meses después de dar a luz.

- **Meta de la OMS 2025/2030:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) tenía como objetivo reducir la anemia materna en un 50% para 2025 (bajando la prevalencia al 15%), meta que actualmente no se ha cumplido a nivel global.

Incidencia a nivel nacional

- **Gestantes:** En Perú, la prevalencia de anemia en gestantes es del **28.0%**. De este grupo, la mayoría presenta anemia leve (25.1%), mientras que la moderada afecta al 2.6% y la grave al 0.2%.
- **Puérperas:** El sistema de salud peruano realiza un seguimiento mediante el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN-HIS), el cual reportó datos actualizados hasta febrero de 2025 para orientar las políticas de 2026.
- **Contexto Regional:** Perú presenta una prevalencia de anemia en mujeres de edad reproductiva superior al promedio de América Latina y el Caribe, que se sitúa en torno al 17.2%.
- **Acciones actuales:** Para 2025 y 2026, el presupuesto para combatir la anemia en Perú aumentó en un **16%** respecto a años anteriores, con el fin de fortalecer los programas de suplementación y tamizaje en gestantes y niños.

2.5. Etiología

La anemia durante el embarazo es una condición multifactorial que resulta de la interacción entre factores nutricionales, fisiológicos, infecciosos y asistenciales. En el contexto de la atención obstétrica, comprender su etiología es fundamental para garantizar una detección oportuna y prevenir complicaciones durante el intraparto y el puerperio (11).

2.5.1. Deficiencia de hierro

La causa más frecuente de anemia en la gestación es la deficiencia de hierro, responsable de más del 75–80 % de los casos a nivel mundial y nacional (1,11). Durante el embarazo, los requerimientos de hierro aumentan de manera progresiva debido a la expansión del volumen plasmático, el crecimiento fetal y placentario, y la preparación para la pérdida sanguínea del parto. Cuando estos requerimientos no son cubiertos mediante la dieta o la suplementación, se produce un balance negativo que conduce a anemia ferropénica (12).

En el Perú, el MINSA identifica que la deficiencia de hierro persiste incluso en gestantes con acceso a controles prenatales, lo que evidencia problemas en la adherencia al tratamiento, continuidad del seguimiento y reevaluación hematológica oportuna, especialmente en el tercer trimestre y al ingreso en trabajo de parto (1).

2.5.2. Hemodilución fisiológica del embarazo

Durante la gestación se produce un aumento del volumen plasmático mayor al incremento de la masa eritrocitaria, fenómeno conocido como hemodilución fisiológica, que puede reducir los valores de hemoglobina, especialmente en el segundo y tercer trimestre. Si bien esta condición es considerada fisiológica, puede enmascarar o agravar una anemia preexistente cuando no se realiza una evaluación integral del estado hematológico (13).

La falta de diferenciación entre hemodilución fisiológica y anemia patológica constituye una de las causas de diagnóstico, particularmente cuando los valores de hemoglobina se interpretan

de manera aislada y sin correlación clínica, como ocurrió durante el trabajo de parto en el caso analizado (11,13).

2.5.3. Deficiencias nutricionales adicionales

Además del hierro, la anemia en el embarazo puede estar asociada a deficiencias de ácido fólico y vitamina B12, micronutrientes esenciales para la eritropoyesis. Estas deficiencias son más frecuentes en poblaciones jóvenes, con dietas inadecuadas o condiciones socioeconómicas desfavorables, y pueden coexistir con la anemia ferropénica, generando cuadros mixtos de anemia (14).

Estudios recientes en América Latina señalan que la coexistencia de deficiencias nutricionales incrementa la severidad de la anemia y dificulta su corrección cuando el diagnóstico se realiza tardíamente (15).

2.5.4. Infecciones y procesos inflamatorios

Las infecciones agudas o crónicas, como infecciones urinarias, parasitosis intestinales y procesos inflamatorios persistentes, constituyen causas relevantes de anemia en el embarazo. Estas condiciones alteran el metabolismo del hierro mediante mecanismos inflamatorios, reduciendo su biodisponibilidad y contribuyendo a la denominada anemia de trastornos crónicos (16).

En el caso presentado, la presencia de infección urinaria en el puerperio inmediato sugiere un posible factor contribuyente que pudo agravar el descenso de hemoglobina observado tras el parto, especialmente en ausencia de un diagnóstico intraparto oportuno (17).

2.5.5. Pérdidas sanguíneas y factores obstétricos

Las pérdidas sanguíneas acumuladas durante la gestación, el parto y el puerperio representan una causa directa de anemia. Aunque el sangrado intraparto puede considerarse fisiológico, en mujeres con reservas de hierro disminuidas o anemia no diagnosticada, incluso pérdidas moderadas pueden generar un deterioro clínicamente significativo (18).

El MINSA enfatiza que la falta de identificación de anemia al ingreso en trabajo de parto limita la anticipación del riesgo hemorrágico y la implementación de medidas preventivas, aumentando la probabilidad de anemia moderada o severa en el puerperio inmediato (1).

2.5.6. Factores asistenciales y organizacionales

Una etiología cada vez más reconocida es la relacionada con fallas en el sistema de atención, como la ausencia de tamizaje actualizado, retrasos en la entrega o interpretación de resultados de laboratorio y deficiencias en la continuidad del cuidado. Estudios recientes destacan que estos factores contribuyen de manera significativa al diagnóstico tardío de la anemia, incluso en gestantes que han tenido contacto previo con los servicios de salud (19,20).

En este sentido, la anemia no diagnosticada durante el trabajo de parto refleja no solo una condición clínica, sino también una brecha en la calidad de la atención obstétrica y en la adherencia a las guías técnicas vigentes (1,20).

2.6. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo se identifican la edad materna joven, multiparidad, intervalos intergenésicos cortos, controles

prenatales incompletos y baja adherencia a la suplementación con hierro (7,10). De manera particular, estudios recientes subrayan que las fallas en la interpretación y uso clínico de los exámenes laboratoriales durante el ingreso obstétrico constituyen un factor asistencial clave en el diagnóstico tardío de la anemia (11).

2.7. Fisiopatología

La fisiopatología de la anemia durante el embarazo se sustenta en la interacción entre los cambios fisiológicos propios de la gestación y la disponibilidad de hierro materno. Durante el embarazo normal, el volumen plasmático aumenta entre un 40 % y 50 %, mientras que la masa eritrocitaria solo se incrementa aproximadamente en un 20 % a 30 %, lo que genera una hemodilución fisiológica (1,4).

Cuando las reservas de hierro son insuficientes situación frecuente en mujeres jóvenes, multíparas o con controles prenatales inadecuados esta hemodilución se ve agravada por la incapacidad de la médula ósea para sostener una eritropoyesis eficaz, produciéndose una disminución real de la hemoglobina funcional (2).

El MINSA señala que los requerimientos totales de hierro durante la gestación pueden superar los 1000 mg, distribuidos entre el crecimiento fetal y placentario, el aumento de la masa eritrocitaria materna y las pérdidas sanguíneas del parto (1). La deficiencia de hierro compromete la oxigenación tisular, disminuye la capacidad de adaptación cardiovascular y reduce la tolerancia materna al estrés hemodinámico del trabajo de parto, lo que explica el mayor riesgo de descompensación clínica en gestantes con anemia moderada o severa.

En el contexto intraparto, esta alteración fisiopatológica adquiere especial relevancia, ya que incluso pérdidas sanguíneas consideradas normales pueden desencadenar inestabilidad hemodinámica en gestantes con anemia no diagnosticada oportunamente, situación que el MINSA identifica como un factor prevenible de morbilidad materna (1,5).

2.8. Formas clínicas

Las manifestaciones clínicas de la anemia durante el embarazo dependen del grado de severidad, la velocidad de instauración, la causa subyacente y la capacidad de compensación fisiológica de la gestante. En muchos casos, especialmente cuando la anemia es leve o moderada, los signos y síntomas pueden ser inespecíficos o pasar desapercibidos, lo que contribuye a su diagnóstico, particularmente en el contexto del trabajo de parto (21).

2.8.1. Manifestaciones clínicas generales

Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la fatiga persistente, debilidad generalizada, palidez cutáneo-mucosa, mareos, cefalea y disminución de la tolerancia al esfuerzo. Estos síntomas suelen ser atribuidos erróneamente a cambios normales del embarazo, lo que retrasa la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica (21,22).

La taquicardia, la disnea de esfuerzo y las palpitaciones reflejan mecanismos compensatorios del sistema cardiovascular frente a la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno. En gestantes con anemia moderada o severa, estos signos pueden exacerbarse durante el trabajo de parto debido al aumento del

gasto cardíaco y al estrés fisiológico propio del proceso obstétrico (23).

2.8.2. Manifestaciones clínicas durante el trabajo de parto

Durante el intraparto, la anemia puede manifestarse como intolerancia al trabajo de parto, agotamiento precoz, dificultad para mantener un patrón respiratorio adecuado y mayor susceptibilidad a descompensaciones hemodinámicas. Estudios recientes han demostrado que las gestantes con anemia presentan mayor riesgo de presentar hipotensión, taquicardia persistente y menor capacidad de respuesta ante pérdidas sanguíneas consideradas normales (24).

Asimismo, la anemia puede asociarse a alteraciones en la dinámica uterina, como hipotonía o contracciones ineficaces, que contribuyen a la prolongación del trabajo de parto y aumentan el riesgo de intervenciones obstétricas. Estas manifestaciones adquieren especial relevancia cuando el diagnóstico no ha sido establecido al ingreso en trabajo de parto, limitando la vigilancia diferenciada (25).

2.8.3. Manifestaciones clínicas en el puerperio inmediato

En el puerperio inmediato, la anemia se manifiesta con mayor intensidad debido a la pérdida sanguínea del parto. Los síntomas incluyen fatiga extrema, mareos posturales, intolerancia al ejercicio mínimo, palpitaciones y dificultad para la recuperación funcional. La evidencia señala que las mujeres con anemia presentan una recuperación posparto más lenta y mayor necesidad de intervenciones terapéuticas (26).

Además, la anemia puerperal se asocia con mayor riesgo de infecciones, retraso en la involución uterina y menor producción de leche materna, lo que puede afectar el establecimiento de la lactancia materna exclusiva. Estos efectos impactan negativamente en la calidad de vida materna y en el bienestar del recién nacido (27).

2.8.4. Manifestaciones subclínicas y diagnóstico tardío

Un aspecto crítico es la existencia de manifestaciones subclínicas, especialmente en gestantes jóvenes y previamente sanas, en quienes los mecanismos compensatorios pueden mantener la estabilidad clínica pese a valores bajos de hemoglobina. Esta condición favorece que la anemia permanezca no detectada hasta etapas avanzadas, como el trabajo de parto o el puerperio inmediato, tal como se evidenció en el caso presentado (21,28).

La ausencia de signos clínicos evidentes no excluye la presencia de anemia clínicamente significativa, por lo que las guías del MINSA enfatizan la importancia del tamizaje laboratorial sistemático y la interpretación oportuna de los resultados, independientemente de la aparente estabilidad clínica de la gestante (1).

2.9. Exámenes auxiliares

La evaluación de la anemia en la gestante requiere un enfoque integral que combine la valoración clínica con el uso oportuno y adecuado de exámenes auxiliares. Las guías de práctica clínica del MINSA establecen que la detección de la anemia no debe limitarse al control prenatal, sino que debe formar parte de la evaluación sistemática al ingreso en trabajo de parto,

debido a las implicancias clínicas inmediatas que esta condición tiene sobre la seguridad materna y perinatal (1).

2.9.1. Determinación de hemoglobina y hematocrito

La medición de la hemoglobina constituye el examen auxiliar fundamental para el diagnóstico de anemia en la gestación. El MINSA recomienda contar con un valor de hemoglobina reciente (idealmente dentro de las últimas cuatro semanas previas al parto); en ausencia de este, debe realizarse una determinación inmediata al ingreso obstétrico (1,2). Este examen permite clasificar la anemia según su severidad y orientar la conducta clínica, especialmente en contextos de trabajo de parto donde la tolerancia al sangrado puede verse comprometida.

El hematocrito, aunque menos específico, se utiliza como examen complementario para evaluar el grado de hemodilución y corroborar la disminución de la masa eritrocitaria. No obstante, las guías enfatizan que las decisiones clínicas deben basarse prioritariamente en la concentración de hemoglobina, dado su mayor valor predictivo (1).

2.9.2. Índices eritrocitarios

Los índices eritrocitarios volumen corpuscular medio (VCM), hemoglobina corpuscular media (HCM) y concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM) permiten orientar la etiología de la anemia. En la anemia ferropénica, que representa la forma más frecuente en la gestación, se observa un patrón microcítico e hipocrómico, hallazgo que refuerza la sospecha diagnóstica y apoya la decisión terapéutica (3).

El MINSA recomienda la interpretación integrada de estos parámetros, especialmente cuando el diagnóstico se realiza tardíamente o cuando existen dudas sobre la causa de la anemia, evitando una valoración aislada del valor de hemoglobina (1).

2.9.3. Ferritina sérica

La ferritina sérica es considerada el marcador más específico de las reservas de hierro. Valores disminuidos confirman la deficiencia de hierro, incluso antes de que se manifieste una anemia franca. Si bien su uso no es rutinario en todos los establecimientos de salud, las guías reconocen su utilidad en casos seleccionados, como anemia persistente, falta de respuesta al tratamiento o sospecha de etiología no ferropénica (2,4).

En el contexto del trabajo de parto, la determinación de ferritina puede no ser prioritaria; sin embargo, su ausencia no debe retrasar la toma de decisiones terapéuticas cuando la hemoglobina se encuentra en rangos patológicos (1).

2.9.4. Exámen completo de orina y evaluación de infecciones

El ECO completo de orina forma parte de la evaluación integral de la gestante, ya que las infecciones urinarias recurrentes o no tratadas adecuadamente pueden contribuir a la anemia mediante procesos inflamatorios crónicos o pérdidas sanguíneas microscópicas. El MINSA señala que la presencia de infección concomitante puede agravar el estado anémico y afectar la respuesta al tratamiento (1,5).

2.9.5. Otros exámenes complementarios

En situaciones específicas, pueden requerirse exámenes adicionales como recuento de reticulocitos, pruebas de función renal o marcadores inflamatorios, particularmente cuando se sospechan anemias secundarias a enfermedades crónicas o procesos infecciosos. No obstante, las guías enfatizan que estos estudios deben ser indicados de manera racional y contextualizada, priorizando siempre la evaluación clínica y la determinación de hemoglobina (2).

2.9.6. Importancia del uso clínico de los exámenes auxiliares

Más allá de la disponibilidad de los exámenes auxiliares, el MINSA subraya que el valor real de estas pruebas reside en su interpretación clínica oportuna y en su adecuada integración a la toma de decisiones. La evidencia señala que uno de los principales problemas en la atención obstétrica no es la ausencia de exámenes, sino la falta de reconocimiento clínico de resultados patológicos, lo que conduce a diagnósticos tardíos identificados recién en el puerperio inmediato (6).

En este sentido, el uso adecuado de los exámenes auxiliares durante el ingreso en trabajo de parto constituye un componente esencial de la calidad de la atención obstétrica y de la prevención de complicaciones maternas evitables.

2.10. Importancia del diagnóstico

El diagnóstico de la anemia en el embarazo constituye un componente esencial de la atención obstétrica integral y un determinante clave de la seguridad materna, particularmente durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato. De acuerdo

con las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú, el diagnóstico no debe limitarse a la identificación de valores alterados de hemoglobina, sino que debe integrar la evaluación clínica, laboratorial y contextual de la gestante, considerando el momento del embarazo y las condiciones asistenciales en las que se produce la atención (1)

El MINSA establece como criterio diagnóstico de anemia en gestantes una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dl en cualquier trimestre del embarazo. Este punto de corte es aplicable tanto en el control prenatal como al ingreso en trabajo de parto, etapa en la cual la determinación de la hemoglobina adquiere una relevancia crítica para la toma de decisiones clínicas (1,2).

La clasificación diagnóstica en anemia leve, moderada o severa, basada en los valores de hemoglobina, permite estratificar el riesgo obstétrico y definir la conducta terapéutica. En particular, la identificación de anemia moderada o severa al ingreso obstétrico obliga a una vigilancia estrecha y a la preparación ante posibles complicaciones hemorrágicas, tal como lo señalan las guías nacionales e internacionales (1).

2.10.1. Diagnóstico clínico y correlación con los exámenes laboratoriales

Si bien la anemia puede manifestarse con signos clínicos como palidez, taquicardia, disnea de esfuerzo o fatiga, las guías enfatizan que estas manifestaciones son inespecíficas y pueden pasar inadvertidas durante el trabajo de parto, donde los cambios fisiológicos y el estrés del proceso pueden enmascarar los síntomas (3). Por ello, el diagnóstico clínico aislado resulta

insuficiente y debe complementarse obligatoriamente con la evaluación laboratorial.

La correlación clínica–laboratorial constituye un elemento central del diagnóstico adecuado. La identificación de valores de hemoglobina en rangos patológicos exige una interpretación activa por parte del personal de salud, con registro explícito del diagnóstico y adopción de medidas oportunas. La omisión de esta correlación ha sido identificada como una de las principales causas de diagnóstico tardío de la anemia en contextos hospitalarios (4).

2.10.2. Diagnóstico etiológico

Una vez establecida la presencia de anemia, el enfoque diagnóstico debe orientarse a identificar su etiología. La anemia ferropénica es la causa más frecuente en la gestación y se caracteriza por un patrón microcítico e hipocrómico en los índices eritrocitarios, asociado a niveles bajos de ferritina sérica (1,5). No obstante, el MINSA reconoce la coexistencia de otras causas, como deficiencia de folatos, infecciones crónicas o enfermedades sistémicas, que pueden modificar la respuesta al tratamiento.

En el contexto intraparto, la identificación etiológica detallada puede no ser prioritaria; sin embargo, el reconocimiento oportuno de la anemia como condición clínica debe prevalecer para evitar retrasos en la intervención terapéutica (2).

2.10.3. Diagnóstico en el trabajo de parto

El diagnóstico de anemia durante el trabajo de parto representa un momento clave de la atención obstétrica. Las guías nacionales recomiendan contar con una hemoglobina reciente o realizar una determinación inmediata al ingreso, especialmente en

gestantes sin controles prenatales completos o con factores de riesgo conocidos (1).

Diversos estudios han demostrado que, aunque la determinación de hemoglobina se realice durante el ingreso obstétrico, su valor diagnóstico se pierde cuando el resultado no es interpretado ni integrado al plan de manejo, generándose diagnósticos tardíos que recién se reconocen en el puerperio inmediato (4,6). Esta situación refleja una falla en el proceso diagnóstico más que en la disponibilidad de recursos, y constituye el eje central del análisis del presente estudio.

2.11. Tratamiento.

El tratamiento de la anemia en el embarazo, de acuerdo con el MINSA, debe ser etiológico, oportuno y proporcional a la severidad, con el objetivo de restituir las reservas de hierro y reducir el riesgo de complicaciones materno-perinatales (1).

2.11.1. Tratamiento de la anemia leve

En casos de anemia leve, el MINSA recomienda el uso de **hierro oral** como primera línea de tratamiento, generalmente sulfato ferroso 300 mg (\approx 60 mg de hierro elemental) \rightarrow 1 tableta cada 12 horas en dosis terapéuticas diarias, asociadas a consejería nutricional y seguimiento periódico de la hemoglobina. Este manejo es adecuado siempre que la gestante presente buena tolerancia digestiva y adherencia al tratamiento (1,3).

2.11.2. Tratamiento de la anemia moderada

Para la anemia moderada, especialmente en gestantes próximas al término o en el contexto intraparto y puerperio

inmediato, el MINSA recomienda hierro parenteral (hierro sacarato), dado que permite una reposición más rápida y eficaz de las reservas de hierro, reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas a la anemia persistente (1,6).

a. Hierro oral (primera línea si no hay intolerancia)

- Hierro elemental: 120–200 mg/día.
- Presentación habitual:

Sulfato ferroso 300 mg (\approx 60 mg de hierro elemental) → 1 tableta cada 12 horas.

- Duración: mínimo 3 meses o hasta normalizar hemoglobina y reponer depósitos.

b. Hierro endovenoso (cuando hay riesgo obstétrico o mala tolerancia oral) Indicado en gestantes cercanas al término, mala adherencia, intolerancia digestiva o respuesta inadecuada al hierro oral.

Hierro sacarosa EV (esquema MINSA):

- Dosis total: 600–1 000 mg (según déficit).
- Dosis por sesión: 200 mg.
- Frecuencia: 2–3 veces por semana.
- Dilución: en 100–200 ml de NaCl 0,9 %, EV lenta.

Este esquema permite una recuperación más rápida de la hemoglobina, especialmente útil en el tercer trimestre (1,2).

Este enfoque resulta particularmente relevante cuando el diagnóstico se realiza tardíamente, como en el ingreso en trabajo de parto.

2.11.3. Tratamiento de la anemia severa

En casos de anemia severa, o cuando existen signos de compromiso hemodinámico, sangrado activo o imposibilidad de corrección rápida con hierro parenteral, el MINSA contempla la transfusión de hemoderivados, siempre bajo criterios clínicos estrictos y evaluación individualizada del riesgo-beneficio (1,2).

La anemia severa se define como hemoglobina < 7,0 g/dL y constituye una condición de alto riesgo materno-fetal (1).

a) Hierro endovenoso (tratamiento de elección)

Hierro sacarosa EV:

- Dosis total: 1 000–1 200 mg de hierro elemental.
- Dosis por sesión: 200 mg.
- Frecuencia: 2–3 veces por semana.
- Duración: 5–6 sesiones.

El hierro endovenoso permite una corrección más rápida y segura del déficit, siendo preferido en gestantes cercanas al parto o en puerperio inmediato (3–5).

b) Transfusión de concentrado de glóbulos rojos (criterios específicos)

No es tratamiento de primera línea. Está indicada solo cuando existe:

- Hb < 7 g/dL con signos de compromiso hemodinámico.
- Anemia severa asociada a hemorragia activa.
- Gestante en trabajo de parto con alto riesgo hemorrágico.

Efecto esperado:

1 unidad de paquete globular \uparrow Hb \approx 1 g/dL (1,4).

c) Tratamiento complementario

- Ácido fólico: 0,4–1 mg/día VO.
- Tratamiento de infecciones asociadas (ITU, parasitosis).
- Consejería nutricional.
- Control de hemoglobina: a las 2–4 semanas.

Las guías enfatizan que la elección del tratamiento debe considerar el momento del diagnóstico, la edad gestacional, el estado clínico materno y la disponibilidad de recursos, destacando que la identificación tardía de la anemia limita las opciones terapéuticas preventivas y aumenta el riesgo de intervenciones de emergencia (5,6).

2.12. Complicaciones

La anemia durante la gestación representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones maternas y perinatales, cuyo impacto se intensifica durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato. El MINSA reconoce que la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno compromete la reserva fisiológica materna, reduciendo la tolerancia a los cambios hemodinámicos propios del parto y aumentando la vulnerabilidad frente a eventos adversos prevenibles (1).

2.12.1. Complicaciones intrapartos

Durante el trabajo de parto, la gestante con anemia presenta una menor capacidad de compensación ante el estrés fisiológico, las contracciones uterinas y las pérdidas sanguíneas normales del

proceso. Diversos estudios han demostrado que la anemia materna se asocia a mayor frecuencia de taquicardia, fatiga materna, intolerancia al trabajo de parto prolongado y alteraciones hemodinámicas, lo que incrementa la probabilidad de intervenciones obstétricas (2,3).

Una de las complicaciones intraparto más relevantes es el incremento del riesgo de hemorragia obstétrica, incluso con pérdidas sanguíneas consideradas fisiológicas. En gestantes con anemia moderada o severa, una pérdida estándar de sangre puede desencadenar descompensación clínica, shock hipovolémico o necesidad de transfusión sanguínea, especialmente cuando el diagnóstico no ha sido realizado oportunamente (1,4).

Asimismo, la anemia se ha relacionado con mayor incidencia de hipotonía uterina, distocias funcionales y prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto. Estas condiciones aumentan el riesgo de sufrimiento materno y fetal, y pueden culminar en parto instrumentado o cesárea, particularmente cuando no se ha identificado previamente el estado anémico de la gestante (3,5).

2.12.2. Complicaciones puerperales

El puerperio constituye una etapa crítica en la evolución de la gestante con anemia, especialmente cuando esta ha sido diagnosticada tardíamente. La anemia materna se asocia con mayor riesgo de hemorragia posparto, considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. El MINSA advierte que la coexistencia de anemia y hemorragia posparto incrementa de manera significativa la probabilidad de complicaciones severas, estancia hospitalaria prolongada y requerimiento de transfusión (1,6).

Otra complicación relevante es la infección puerperal, dado que la anemia se asocia a alteraciones en la respuesta inmunológica, lo que favorece la aparición de endometritis, infecciones de herida quirúrgica y sepsis puerperal. Estudios recientes señalan que las gestantes con anemia moderada o severa presentan mayor riesgo de infecciones posparto, particularmente en contextos de atención hospitalaria con alta carga asistencial (7).

Desde el punto de vista funcional, la anemia en el puerperio se relaciona con fatiga materna persistente, disminución de la capacidad física y retraso en la recuperación posparto. Estas condiciones afectan negativamente la capacidad de la madre para el cuidado del recién nacido y se asocian con mayor riesgo de depresión posparto, especialmente cuando el estado anémico no es tratado oportunamente (8,9).

2.12.3. Impacto del diagnóstico tardío en las complicaciones

La evidencia coincide en que muchas de las complicaciones intraparto y puerperales asociadas a la anemia son potencialmente prevenibles mediante un diagnóstico oportuno y una intervención adecuada. El diagnóstico tardío, identificado recién en el puerperio inmediato, limita la capacidad del equipo de salud para anticipar riesgos, optimizar la vigilancia y adoptar medidas preventivas durante el trabajo de parto (4,10).

En este sentido, el MINSA enfatiza que la identificación de anemia al ingreso en trabajo de parto debe activar protocolos de manejo específico, incluyendo vigilancia hemodinámica estricta, preparación para manejo activo del alumbramiento y seguimiento

estrecho en el puerperio, medidas que resultan inviables cuando el diagnóstico no es reconocido a tiempo (1).

2.12.4. Relevancia clínica e institucional

Las complicaciones asociadas a la anemia materna durante el intraparto y el puerperio no solo afectan la salud de la mujer, sino que también impactan en la calidad de los servicios de salud, incrementando la demanda de recursos, la duración de la hospitalización y los costos institucionales. El reconocimiento tardío de la anemia refleja fallas en los procesos de atención y constituye un indicador indirecto de la calidad de la evaluación obstétrica inicial (6).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

N° H.CL: 0000

FECHA: 05/10/2024

Hora: 6:20 hrs.

3.1. Anamnesis;

3.1.1. Filiación:

Tipo de seguro y N°:	SIS
Nombres y Apellidos:	----
Edad:	19 años
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Conviviente
Raza:	Mestiza
Grado de instrucción:	Secundaria completa
Idioma:	Castellano
Ocupación:	Independiente
Religión:	católica
Lugar y fecha de nacimiento:	Puno 16/12/2005
Lugar de procedencia:	Ilo
Datos Tomados:	Paciente
Fecha de Elaboración de HCL:	05/10/2024
Fecha de Ingreso:	05/10/2024
Informante:	Paciente

3.1.2. Enfermedad actual

Paciente acude por emergencia y refiere dolor abdominal tipo contracción cada 5 min desde las 15:00 hrs. del día 04/10/2024, no refiere pérdida de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico. G2 P1A0HV1HM0

Al exámen: ABEG, REN, REH

Abdomen: AU: 31 cm, LCD, LCF: 140 x min MF ++TV: Dehiscente 1 dedo B: 70% cérvix posterior.

Se explica signos de alarma y se realiza ecografía obstétrica: Ponderado fetal: 2,804, LCD, LCF: 140 x min.

3.1.3. Antecedentes personales:

a) Personales:

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Deposiciones: Conservado
- Orina: Conservado
- Sueño: Conservado

b) Patológicos

- HTA: No Refiere
- DM: No Refiere
- Asma: No Refiere
- Accidentes: No Refiere
- Alergias: No Refiere
- Transfusiones: No Refiere
- Hospitalización: 2019 (parto)
- Operaciones: No Refiere

c) Gineco – obstétricos

- Menarquía: 12 años

- R/C: 3-4/30
- M.A.C: Inyectable Mensual
- Último Parto: 2019
- Fórmula Obstétrica G2 P1A0HV1HM0

d) Embarazo Actual:

- F.U.M : 16/01/2024
- F.P.P :13/10/2024

e) Familiares

- Padre: Aparentemente Sano
- Madre: Aparentemente Sano
- Hermanos: Aparentemente Sano
- Esposo: Aparentemente Sano
- Hijo: Aparentemente Sano

f) Socioeconómicos

Vivienda propia de material noble cuenta con los servicios de Agua, Luz, Desagüe, recojo de basura cada 2 días. Económicamente depende de la pareja.

g) Alimentación

Alimentación balanceada: menestras, carne blanca, roja, verduras, frutas.

h) Hábitos Nocivos

- Alcohol : No
- Tabaco : No
- Drogas : No
- Conducta sexual de Riesgo : No

3.1.4. Exámen físico

a) Exámen Físico general

- Estado General: Regular
- Estado Nutricional: Regular
- Estado de Hidratación: Regular
- Estado de Conciencia: LOTEP

b) Funciones Vitales

- PA : 115/72 mmHg,
- FC : 97 x´
- FR : 20X´
- T° : 36°C
- SaPO2: 98%
- Peso : 69 kg
- Talla : 1.56 m
- IMC : 28,35 KG/m2

c) Piel y Faneras

- Piel Tibia Turgor y elasticidad conservada
- Signos de Pliegue (-)
- Tejido celular subcutáneo: Conservado
- Uñas Conservado.

d) Cabeza y Cuello

- Conservado
- Normocéfalo
- Conjuntivas palpebrales rosadas
- Mucosas orales húmedas

e) Tórax

- Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores.

- f) Mamas
 - Blandas
 - Simétricas
- g) Cardiovascular
 - No se ausculta soplos.
 - Llenado Capilar < 2 seg.
- h) Abdomen
 - Blando depresible.
 - Útero grávido, contiene único feto vivo.
 - AU: 31 cm
 - LCF: 140 LPM
 - Feto en Longitudinal Cefálico Derecho (LCD)
 - Dinámica Uterina: 2-3/10/20''
- i) Genitourinario
 - Labios mayores simétricos, no lesiones dérmicas, no sangrado transvaginal, no pérdida de líquido.
 - Tacto vaginal: Dilatación: Dehiscente 1 dedo; Borramiento 70 %; Altura de presentación -2; Membranas integra.
- j) Columna vertebral y extremidades
 - Columna centrada.
 - Test de Adams: Negativo.
 - Columna vertebral estable, funcional.
- k) Linfático
 - No se palpan adenopatías en ganglios.
 - No hay presencia de edemas.
- l) Neurológico
 - Lucida y orientada en tiempo, espacio y persona.

- No signos de meninges
- m) Extremidades inferiores
 - Simétricas
 - No edemas
- n) Reflejos osteotendinosos
 - Reflejos osteotendinosos (ROT) simétricos y de amplitud normal, grado 2+/4

3.1.5. Impresión diagnóstica

1. Gestante 38, 6 semanas por ECO.
2. Trabajo de Parto: Fase Latente.

3.1.6. Evolución y tratamiento

Evolución:

FECHA: 05/10/2024

06:20 hrs.

Paciente ingresa por el servicio de emergencia refiriendo dolor tipo contracción desde las 15.00 hrs. del día 04/10/2024 motivo por el cual acude a emergencia.

Es evaluada por ginecólogo de turno, el cual indica

- NPO
- Vía Salinizada
- Monitoreo Materno Fetal
- C FV
- Repetir NST en 4 horas
- Se solicita exámenes de laboratorio Hb y ECO

8:00 hrs.

Paciente de 19 años de edad ingresa a hospitalización

referida de emergencia con el Diagnóstico de Gestación +/-38 semanas y 6 días por Eco y Trabajo de parto: Fase Latente, FV P.A. 110/70 mmHg, P 98x', T° 36. LCF 138 x', contracciones esporádicas, queda en control obstétrico.

08:05 hrs.

Se comunica a ginecólogo de turno. Indica realizar Monitoreo Electrónico y registrar en hoja de Monitoreo Obstétrico.

09:00 hrs.

Se realiza Monitoreo Electrónico.

10:00 hrs.

Paciente en trabajo de parto con vía permeable. FV estables. DU 3/10/25'' ++ LCF 138 x'
TV: D 4 cm, B 100%, AP: -1, MI
Pasa a Centro Obstétrico.

10:05 hrs.

Paciente Gestante de 38 semanas, ingresa a Centro Obstétrico en silla de ruedas acompañada de Obstetra de hospitalización. Al examen AREG, LOTEP; Abdomen: A.U: 31 cm, feto en longitudinal cefálico, LCF: 130 – 135 x', MF: +/++. D.U: 3/10/25''+; en genitales: Al tacto D: 4cm, B: 100%, AP: -1, M. Integras. Queda con CLNa 0,9% vía permeable

10:30 hrs.

D.U: 3/10' 25'' ++, LCF: 133 – 141 x' MF: +/++

11 hrs.

D.U: 2-3/10' 20'' ++, LCF: 141x' MF: +/++

11:15 hrs.

Llegan resultados de laboratorio Hb: 9,5 mg/dl, examen

completo de orina patológico; en espera de evaluación de ginecólogo de turno.

11:30 hrs

D.U: 2-3/10', 20'' ++, LCF 135x' -141x', MF +/++.

12:00 hrs

D.U: 2-3/10', 20''-25'' ++, LCF 139x' -145x', MF +/++.

12:30 hrs

Tacto: D: 5cm, B: 100%, AP: -1, M. Íntegras

13:00 Hrs

Paciente es evaluada por ginecólogo:

Al examen:

- D: 8 CM
- B: 100%
- AP: -2
- MO: integras
- Pelvis Ginecoide
- Para control trabajo de parto vaginal.

Queda paciente en Dilatación. En AREG, LOTEP

Abdomen: A.U: 31 cm feto en longitudinal cefálico, LCF: 134 x' - 145 x', MF: +/++ , D.U 3/10' 25'' ++.

En genitales se evidencia eliminación del tapón mucoso.

13:25 hrs.

Se recibe paciente de 38 semanas, segundigesta primípara con vía permeable Na Cl 0.9% LCF: 134 – 136 x', MF: ++, DU: 3/10'' ++ 30-35'

13:40 hrs.

Paciente es evaluada por Gineco-Obstetra de turno. Al tacto: D: 8 cm, B: 100%, AP: -2, M. Integras. Se observa evaluación de seguimiento LCF: 140 – 144 x' , D.U. 3/10' ++ 35''

- DLA
- Cloruro de Sodio 0,9% x 1000cc xv gotas/min.
- Cefazolina 1gr. c/8h EV
- Control Obstétrico
- Control de Sangrado
- C FV

14:15 hrs.

Paciente refiere que siente pérdida de líquido; se observa líquido amniótico claro-fluido al tacto D: 9 cm, B: 100%, AP: -1, M. Rotas. paciente pasa a sala de partos.

14:23 hrs.

Se produce parto eutócico espontaneo previo a realizar episiotomía media lateral derecha, RN: Sexo femenino de Peso 3520 gr, Talla: 49,5 cm, Pc: 32 cm, PT: 36 cm; PA: 33.5 cm.

EG (Capurro) 39 semanas Apgar: 9¹y 9⁵. T: 36.7°C. Se realiza contacto piel a piel con lactancia materna a la 1era hora. Se observa pérdida de sangrado de carácter rojo rutilante en regular cantidad.

14:30 hrs.

Se procede a expulsión de placenta tipo Duncan c/aprox. 500 gramos; caracteres normales (cotiledones y membranas); c/ cordón umbilical corto +/- 55 cm con características normales. Se coloca previamente 10 UI de oxitocina vía IM. Se coloca tapón de gasa y se infiltra lidocaína al 2% aprox. 10 cc, se procede a suturar.

- DC + LOV
- Cl Na 0,9% 1000 cc

- Oxitocina 20 UI 30 gotas x' I – II
- Paracetamol 500 mg V.O c/8 horas
- Cefalexina 1 tab. c/ 8 horas
- Control de Hb en 06:00 h (21:00 hs)
- CFV C/ 4h
- Control de involución uterina
- Control de sangrado vaginal en 1 hora
- Caminar conservado

14:50 hrs.

Se culmina episiotomía c/ sutura por capas, culminando en piel c/ punto suelto. Se realiza asepsia y antisepsia en zona genital, en episiorrafia. Se pasa aprox. 280 cc.

15:00 hrs.

Se inicia control de puerperio mediato c/FV: P.A. 110/70, FC: 86 x', FR: 20 x', T° 36.6°C

Útero contraído, sangrado escaso; episiorrafia en buen estado. Se procede a dar paracetamol 1 tab. VO.

16:45 hrs.

CFV: P/A: 100/50, FC: 82x', FR: 20 x', T° 36 °C

Útero contraído por debida cicatrización umbilical, en genitales externos se aprecia loquios hemáticos escasos, episiorrafia en buen estado.

Pasa a hospitalización C/ Na CL 0,9%+ 20 UI oxitocina a 30 gotas. Se solicita Hb para control 21 hrs.

16:50 hrs.

Puérpera mediata a Hospitalización con vía permeable 0,9%+ 20 UI oxitocina a 20 gotas, abdomen: útero contraído a 10 cm, genitales: loquios hemáticos escasos, episiorrafia en buen estado.

Se controla FsVs, P.A: 109/71 mmHg, P: 86 x', T° 36.5°C.

Pasa al servicio de obstetricia

18:50 hrs.

Queda paciente estable con FsVs. Puérpera inmediata con vía permeable, abdomen: útero contraído a 10 cm, loquios sanguinolentos escasos, con tratamiento cumplido. Pendiente control de Hb 21 hrs.

19:00 hrs.

Paciente puérpera inmediata con vía permeable FsVs estables. Útero contraído, loquios sanguinolentos escasos.

21:00 hrs.

Se administra 1 gr de cefazolina EV.

22:00 hrs.

Paciente puérpera con vía permeable.

Funciones Vitales: PA. 90/50 mmHg, P 76x', T°36°C

Útero contraído, loquios sanguinolentos escasos. Se administra 1 tableta de paracetamol V.O

06/10/2024

05:00 hrs.

Se administra cefazolina 1 gr. EV.

06:00 hrs.

Paciente puérpera inmediata con vía permeable.

Funciones vitales estables: P.A. 90/60 mmHg, P: 72 x', T° 36°C, útero contraído, loquios sanguinolentos escasos.

06:40 hrs.

Queda paciente puérpera estable con vía permeable, Funciones Vitales estables. Se administra 1 tableta. de paracetamol V.O.

07:00 hrs.

Paciente es evaluada por ginecólogo de turno. Refiere dolor abdominal leve, no náuseas, no vómitos, mareos.

Funciones Vitales estables:

- PA 110/62 mmHg,
- FC 65X´
- SO₂PO₂ 95%.

Al exámen:

- Lúcida Orientada en Tiempo Espacio y Persona
- Aparente Regular Estado General
- Conjuntivas palpebrales rosadas
- Mucosas orales húmedas
- Mamas blandas con regular secreción calostrál
- Abdomen: Útero contraído, dolor muy leve a la palpación de hipogastrio.
- Genitales: Escasos loquios hemáticos

Exámenes de Laboratorio:

- Hb: 8,6 mg/dl.
- ECO 8-10 x campo.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata 17 horas por parto eutócico.
2. RN vivo sano femenino.
3. Infección Urinaria.
4. Anemia Moderada.

08:00 hrs.

Paciente puérpera de parto eutócico con vía permeable Cl Na 0.9%. FsVs estables, se realiza control, abdomen: útero contraído, genitales: loquios escasos, episiorrafia en buen estado.

- Tratamiento médico

- Cefalexina 500 mg c/ 12 horas VO X 5 días
- Paracetamol 500 mg condicional VO X 5 días
- Sulfato Ferroso c/ 24 horas VO X 3 días
- Hierro Sacarato 200 mg EV (cuatro)
- Alta médica.
- Control por consultorio externo

Se entrega Certificado de nacido vivo.

10:00 hrs.

Se administra hierro sacarato 100 mg EV lento diluido en 100 cc. Por indicación del médico de turno.

10:30 hrs.

Se da consejería en planificación familiar, cuidados del puerperio, lactancia materna exclusiva, higiene íntima. Se entrega medicación que llevara a casa. Paciente decide colocarse el inyectable trimestral.

12:30 hrs.

Paciente se retira junto a su Recién Nacido en buenas condiciones, en compañía de su mamá.

3.1.7. Exámenes auxiliares:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Tabla 1

Hemoglobina y Hematocrito

Fecha: 05/10/2024

Hora: 6:27 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMATOLOGÍA			
HEMOGLOBINA	9.5	g%	36 – 48
HEMATOCRITO	29.8	%	11.00 – 15.00
HEMOGLOBINA DE CONTROL			

FECHA: 05/10/2024		HORA: 21 hrs.	
ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMATOLOGÍA			
HEMATOCRITO	27	%	36 – 48
HEMOGLOBINA	8.6	g%	11.00 – 15.00

Fuente: Historia Clínica

Tabla 2

Examen completo de orina

Fecha.: 05/10/24

Hora: 6:27 am

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
EXAMEN FÍSICO		
COLOR	AMARILLO	AMARILLO CLARO
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO	TRANSPARENTE
PH	6.0	5.0 – 7.0
DENSIDAD	1.015	1010-1020
EXAMEN BIOQUÍMICO		
LEUCOCITOS		0 leucocitos/ ul
GLUCOSA	-	0 mg/ ul
PROTEINAS	-	0 mg/ dl
UROBILINOGENO	-	-1 mg/ dl
BILIRRUBINA	-	Negativo
NITRITOS	-	Negativo
SANGRE	(+)	Negativo
OTROS		
EXAMEN DE SEDIMENTO URINARIO		
CELULAS EPITELIALES	04 – 08 X C	Escasas o negativo
LEUCOCITOS	08 – 10 X C	0 – 3 x campo
HEMATIÈS	04 – 06 X C	Negativo
GERMENES	Escasos X C	Negativo

CRISTALES	Varios Amorfos (+)	Escasos o Negativos
POCITOS	-	Negativo
CILINDROS	-	Negativo
FILAMENTOS MUC.	-	Negativo
OTRAS CELULAS	-	Negativo
OTROS		

Fuente: Historia Clínica

Tabla 3

Recuento de plaquetas

Fecha: 05/10/2024

Hora: 6:27 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	
RCTO. PLAQUETAS	210.000	Mm	

Fuente: Historia Clínica

Tabla 4

Grupo sanguíneo y factor RH

Fecha: 05/10/2024

Hora: 6:27 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	
HEMATOLOGÍA			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	+		

Fuente: Historia Clínica

Tabla 5

Hemograma

Fecha: 05/10/2024

Hora: 6:27 am

HEMOGRAMA			
RCTO. LEUCOCITOS	7.980	Mm	
JUVENILES	-	%	
ABASTONADOS	-	%	
SEGMENTADOS	75	%	
NEUTROFILOS	-	%	

EOSINÓFILOS	0.2	%	
BASOFILOS	-	%	
MONOCITOS	0.4	%	
LINFOCITOS	14	%	
CONSTANTES CORPUSCULARES			
VCM	-	U	(80 – 94 u)
HCM	-	Uug	(28 – 32 uug)
CHCM	-	%	(33-38 %)

Fuente: Historia clínica

Tabla 6

Perfil de coagulación

Fecha: 05/10/2024

Hora: 6:27 am

ESTUDIO	RESULTADO	
T. DE COAGULACIÓN	5'00''	
T. DE SANGRÍA	2'30''	
Tº DE PROTOMBINA	125 cc	
TROMBOPLASTINA	1.0	

Fuente: Historia clínica

Tabla 7

Examen de glucosa

Fecha: 05/10/2024

Hora: 7:09 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
GLUCOSA			
Glucosa	101	Mg / dl	74 – 106

Fuente: Historia clínica

Tabla 8

Examen de urea

Fecha: 05/10/2024

Hora: 7:09 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
UREA			
Urea	17	Mg / dl	10 – 50

Fuente: Historia clínica

Tabla 9

Examen de PCR HS Wiener

Fecha: 05/10/2024

Hora: 7:09 am

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
PCR HS WIENER			
PCR	21.8	Mg / L	0.0 – 5.0

Fuente: Historia clínica

3.1.8. Epicrisis

Filiación: Paciente mujer de 19 años, con seguro integral de salud, con fecha y hora de ingreso el 05/10/2024 y fecha de alta el 06/10/2024.

Resumen Anamnesis: Acude al servicio de emergencia del Hospital Regional de Ilo, refiere que desde hace aproximadamente 3 horas presenta dolor abdominal tipo contracción. Niega pérdida de sangrado y líquido amniótico, percibe movimientos fetales.

Examen clínico: Al examen: ABEG, ABEH, LOTEP, mamas con secreción calostrual escasa, abdomen globuloso, altura uterina 31

cm, frecuencia cardiaca fetal 140 lpm, sin dinámica uterina, movimientos fetales ++, genitales sin particularidades, al tacto vaginal: cérvix posterior, dehicente:1 dedo, Borramiento: 70%, altura de presentación: flotante, no perdida de líquido, no perdida de sangrado.

Diagnóstico de ingreso:

- Gestante de 38,6 semanas.
- Trabajo de Parto: Fase Latente.

Exámenes auxiliares: Hemograma, examen de orina, perfil de coagulación, glucosa, urea.

Tratamiento: Hidratación con solución salina, hospitalización, repetir NST.

Evolución: favorable.

Diagnóstico final

1. Puérpera mediata por parto Eutócico.
2. RN único vivo.
3. Infección Urinaria
4. Anemia Moderada.

Condiciones del Alta: Mejora

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En el presente caso, la gestante de 19 años ingresó en fase latente y se solicitó correctamente el dosaje de hemoglobina conforme a las recomendaciones del Ministerio de Salud del Perú. No obstante, aunque el examen fue pedido oportunamente, su resultado (9.5 g/dl) no fue interpretado ni incorporado como diagnóstico clínico durante el intraparto. Este valor correspondía a anemia moderada y, aunque la paciente se mantenía hemodinámicamente estable, la literatura señala que incluso grados leves pueden disminuir la capacidad de compensación ante pérdidas sanguíneas. La omisión del diagnóstico impidió activar medidas preventivas y vigilancia diferenciada. Diversos estudios indican que el problema no radica en la falta de pruebas, sino en la deficiente integración de los resultados al juicio clínico, especialmente en contextos donde la atención se centra prioritariamente en la progresión del parto.

El descenso de hemoglobina a 8.6 g/dl en el puerperio inmediato evidenció que la anemia no reconocida intraparto condicionó una menor reserva hematológica posparto. Aunque el desenlace fue favorable y se instauró tratamiento oportuno, la intervención ocurrió en una fase en la que las posibilidades preventivas eran menores.

En conjunto, el caso revela una brecha en la interpretación clínica, el registro diagnóstico y la adherencia efectiva a las guías, más que en la solicitud del examen en sí, destacando la necesidad de fortalecer la integración de los resultados laboratoriales en la toma de decisiones intraparto.

El primer objetivo específico se orientó a describir de manera integral las características clínicas, obstétricas y laboratoriales de la gestante al momento de su ingreso en trabajo de parto. El análisis del caso evidencia que la paciente, una gestante de 19 años, ingresó al servicio de emergencia en fase latente del trabajo de parto, a término, con signos vitales estables y sin manifestaciones clínicas evidentes sugestivas de anemia. Esta presentación clínica concuerda con lo reportado por Pavord S, et al. (2020), que señala que la anemia leve o moderada durante el embarazo puede cursar de manera asintomática, especialmente en mujeres jóvenes y previamente sanas, debido a mecanismos compensatorios cardiovasculares y metabólicos eficaces.

En el caso analizado, pese a la ausencia de signos clínicos, se solicitó correctamente el dosaje de hemoglobina al ingreso en emergencia, lo cual se ajusta a las recomendaciones del Ministerio de Salud del Perú y a las guías internacionales que enfatizan la necesidad de contar con una hemoglobina reciente en toda gestante que ingresa en trabajo de parto. No obstante, el resultado de hemoglobina de 9.5 g/dL, obtenido cuando la paciente ya se encontraba en fase activa del trabajo de parto, no fue interpretado ni registrado como diagnóstico clínico, a pesar de ser compatible con anemia según los criterios nacionales e internacionales vigentes.

La evidencia científica respalda que la estabilidad clínica aparente no debe condicionar la omisión diagnóstica. Estudios recientes destacan que la ausencia de síntomas no excluye una anemia clínicamente relevante, y que confiar exclusivamente en la evaluación clínica puede conducir a diagnósticos tardíos, particularmente en contextos intraparto donde la atención se centra en la progresión del trabajo de parto. En este sentido, el hallazgo de una hemoglobina inferior a 10 g/dL durante el intraparto debió activar

una valoración integral del riesgo materno, independientemente de la presentación clínica inicial.

El segundo objetivo específico se orientó a evaluar la oportunidad y pertinencia del tamizaje hematológico realizado durante la atención intraparto, en relación con las recomendaciones establecidas por las guías clínicas vigentes. En el caso analizado, se evidencia que el dosaje de hemoglobina fue solicitado al ingreso de la gestante al servicio de emergencia, cuando se encontraba en fase latente del trabajo de parto, lo cual constituye una práctica adecuada y concordante con la normativa nacional y la evidencia internacional.

El Ministerio de Salud del Perú establece que toda gestante que ingresa en trabajo de parto debe contar con una determinación reciente de hemoglobina, y que, en ausencia de un valor actualizado, este exámen debe realizarse como parte de la evaluación inicial intraparto, dada su relevancia para la identificación de riesgos maternos y la planificación del manejo obstétrico (1). Desde esta perspectiva, la indicación del examen fue pertinente y técnicamente correcta.

Estudios realizados en contextos hospitalarios similares señalan que uno de los principales problemas no es la ausencia de pruebas diagnósticas, sino la desconexión entre el tamizaje realizado y la toma de decisiones clínicas, especialmente durante el intraparto (23,25).

Asimismo, revisiones sistemáticas recientes destacan que la progresión rápida del trabajo de parto puede contribuir a que resultados de laboratorio solicitados en emergencia sean revisados tardíamente o minimizados si la gestante mantiene estabilidad clínica aparente (24). Esta situación se observa claramente en el

caso presentado, donde la atención se centró en la evolución obstétrica, sin incorporar el hallazgo hematológico como parte del diagnóstico integral.

En síntesis, aunque el tamizaje hematológico fue correctamente indicado, la evaluación del segundo objetivo permite concluir que la oportunidad diagnóstica fue insuficiente, debido a la falta de interpretación y utilización del resultado intraparto. Este hallazgo pone en evidencia una brecha relevante entre la normativa y la práctica clínica, y refuerza la necesidad de fortalecer los procesos de revisión sistemática de exámenes auxiliares durante el trabajo de parto, especialmente en gestantes jóvenes y aparentemente asintomáticas.

El tercer objetivo específico estuvo orientado a analizar las fallas en la interpretación y utilización clínica del resultado de hemoglobina obtenido durante el trabajo de parto. En el caso estudiado, se evidenció que, si bien el dosaje de hemoglobina fue solicitado en el servicio de emergencia, el resultado que reportó un valor de 9.5 g/dl compatible con anemia moderada, no fue interpretado ni consignado oportunamente como diagnóstico durante la fase activa del parto, lo que constituye una brecha relevante en la atención obstétrica intraparto.

Este hallazgo es consistente con lo descrito en la literatura científica reciente, que identifica que una de las principales causas del sub diagnóstico de anemia en escenarios intrahospitalarios no es la ausencia de pruebas, sino la deficiente integración de los resultados laboratoriales en la toma de decisiones clínicas, especialmente en contextos de alta carga asistencial y presión operativa como las salas de emergencia obstétrica (21–23). Estudios observacionales y auditorías clínicas han demostrado que una proporción significativa

de resultados anormales de hemoglobina obtenidos en emergencia no se traducen en diagnósticos formales ni en intervenciones oportunas, lo que incrementa el riesgo de eventos adversos prevenibles (24).

Asimismo, guías clínicas internacionales y nacionales coinciden en que la interpretación del valor de hemoglobina debe realizarse de manera inmediata y contextualizada, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología clínica, dado que la anemia moderada puede cursar de forma asintomática, particularmente en gestantes jóvenes (5,21). La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Perú establece claramente que valores de hemoglobina menores de 11 g/dl en gestantes a término deben ser reconocidos como patológicos y considerados en la planificación del manejo intraparto, incluyendo la prevención de complicaciones hemorrágicas.

El cuarto objetivo específico se orientó a evaluar las implicancias clínicas del diagnóstico tardío de la anemia en la atención obstétrica intraparto y puerperal. En el caso analizado, la identificación de la anemia se realizó de manera tardía, cuando la paciente ya se encontraba en fase activa del trabajo de parto, limitando la posibilidad de implementar medidas preventivas oportunas y de anticipar posibles complicaciones maternas asociadas.

La evidencia científica reciente coincide en que la anemia materna, aun en su forma moderada, constituye un factor de riesgo relevante para eventos adversos durante el trabajo de parto y el puerperio, tales como mayor susceptibilidad a hemorragia posparto, disminución de la reserva fisiológica materna, fatiga extrema y menor tolerancia a pérdidas sanguíneas propias del parto (21–24). Estudios de cohorte y revisiones sistemáticas han demostrado que

gestantes con hemoglobina menor de 10 g/dl presentan mayor probabilidad de requerir intervenciones obstétricas, transfusión sanguínea o manejo farmacológico intensificado en el puerperio inmediato, especialmente cuando el diagnóstico no ha sido establecido de manera anticipada (22,25).

En el presente caso, si bien el parto culminó de forma eutócica y sin complicaciones inmediatas, el descenso de la hemoglobina a 8.6 g/dl en el puerperio confirmó la progresión a una anemia moderada, situación que pudo haber comprometido la recuperación materna y aumentado el riesgo de eventos hemorrágicos si se hubieran presentado factores obstétricos adicionales. La literatura señala que el diagnóstico tardío limita la planificación del manejo intraparto, impide la optimización del estado hematológico previo al parto y reduce la capacidad del equipo de salud para establecer estrategias de vigilancia diferenciada (21,23).

Asimismo, las guías clínicas del Ministerio de Salud del Perú enfatizan que la detección oportuna de la anemia permite implementar medidas preventivas como el ajuste de la conducta activa del alumbramiento, la preparación ante una posible hemorragia posparto y el inicio precoz del tratamiento con hierro, elementos que se ven comprometidos cuando el diagnóstico se establece de manera tardía (5). En este contexto, el caso analizado evidencia que el retraso diagnóstico no solo constituye una falla técnica, sino que tiene implicancias clínicas directas sobre la seguridad materna y la calidad de la atención obstétrica.

CONCLUSIONES

1. En síntesis, el diagnóstico tardío de la anemia intraparto se debió a la interpretación tardía de la hemoglobina y en la adherencia a los protocolos nacionales. Aunque el desenlace fue favorable, el retraso limitó la anticipación de riesgos y confirmó que la evaluación clínica aislada no es suficiente para descartar anemia durante el trabajo de parto.
2. Se concluye que, al ingreso en trabajo de parto, la gestante se encontraba clínicamente estable, sin signos clínicos ni obstétricos sugestivos de anemia; sin embargo, el dosaje de hemoglobina evidenció un valor de 9,6 g/dl, correspondiente a anemia moderada, no identificada inicialmente.
3. El tamizaje hematológico no se realizó al ingreso, sino durante la evolución del trabajo de parto, y sus resultados fueron reportados cinco horas después, en fase activa. Esta demora, en discordancia con las guías clínicas vigentes, condicionó una valoración inicial incompleta y contribuyó al retraso en el diagnóstico de la anemia.
4. Se determinó que el diagnóstico de anemia no fue considerado al ingreso de la gestante ni posteriormente por el médico ni por la obstetra, pese a contarse con el resultado de hemoglobina. Esta omisión en la interpretación y utilización del examen laboratorial fue determinante en el retraso diagnóstico y evidenció una inadecuada integración de la información objetiva al juicio clínico intraparto.
5. Finalmente, aunque el diagnóstico de anemia fue tardío, no se presentaron complicaciones maternas en el intraparto ni en el puerperio inmediato; sin embargo, el retraso limitó la anticipación preventiva de riesgos potenciales y evidenció la necesidad de fortalecer la oportunidad diagnóstica para garantizar mayor seguridad materna.

RECOMENDACIONES

- Al director del Hospital de Ilo, implementar un programa institucional de capacitación continua y auditoría clínica, orientado a mejorar la adherencia a las guías de práctica clínica del MINSA para el diagnóstico y manejo de la anemia en gestantes, fortaleciendo la calidad de la atención obstétrica, la seguridad materna y la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia.
- A los ginecólogos y obstetras del servicio institucionalizar un protocolo de verificación obligatoria de hemoglobina actualizada al ingreso de la gestante en trabajo de parto, especialmente en aquellas sin controles prenatales completos o con antecedentes de riesgo. Esta medida debe integrarse al triaje obstétrico y ser supervisada de manera continua para garantizar su cumplimiento efectivo.
- Al profesional obstetra se especialice en atención obstétrica de alto riesgo, con el fin de contar con profesionales altamente competentes que permitan fortalecer la vigilancia materna intraparto y posparto, optimizar la toma de decisiones clínicas y reducir la incidencia de complicaciones maternas, contribuyendo de manera sostenida a la mejora de la calidad y seguridad de la atención obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Lima: MINSA; 2024.
2. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre anemia [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 16 ene 2026]. Disponible en: www.who.int
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2024-2025 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 16 ene 2026]. Disponible en: www.inei.gob.pe
4. Ministerio de Salud del Perú. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS): Indicadores de anemia en gestantes y niños [Internet]. Lima: MINSA; 2026 [citado 16 ene 2026]. Disponible en: www.minsa.gob.pe
5. Stevens GA, Paciorek CJ, Flores-Urrutia MC, Borghi E, Namaste S, Wirth JP, et al. National, regional, and global estimates of anaemia by severity in women and children for 2000–2023: a pooled analysis of 565 population-representative surveys. *Lancet Glob Health*. 2024;12(7):e1115–e1126.
6. Ministerio de Salud del Perú. Manual de prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y población vulnerable. Lima: MINSA; 2024.
7. Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status. Geneva: WHO; 2020
8. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
9. Organización Panamericana de la Salud. Anemia in Latin America and the Caribbean: baseline report. Washington DC: OPS; 2021.
10. Zhang J, Li Q, Song Y, Fang L, Huang L, Sun Y. Nutritional factors for anemia in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022;10:1041136.
11. Azzam A, Khaled H, Alrefaey AK, et al. Anemia in pregnancy: prevalence, determinants, and health impacts in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:29.
12. Rahman MA, et al. Global prevalence of anemia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2812.
13. Okonjo A, et al. Burden and determinants of anemia in pregnancy in low-income countries: a meta-analysis. *J Glob Health*. 2021;11:04058.
14. Stevens GA, et al. Trends in haemoglobin concentrations and prevalence of anemia in pregnant and non-pregnant women worldwide (1995–2019). *Lancet Glob Health*. 2022;10:e633–e648.

15. Daru J, Colman K, Stanworth SJ, et al. Anaemia in pregnancy: pathophysiology and clinical implications. *BMJ*. 2018;362:k3546.
16. Young MF, et al. Maternal anemia and risk of adverse maternal health outcomes: systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(suppl_7):697S-706S.
17. Sunawang A, Widyaningsih V, et al. Maternal anemia and low birth weight: meta-analysis. *Nutrients*. 2022;14(1):210.
18. Lone FW, et al. Maternal anemia and its impact on perinatal outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;149:21-25.
19. Nair M, et al. Association between maternal anemia and maternal mortality. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246760.
20. Ma Q, et al. Iron deficiency during pregnancy alters fetal neurodevelopment. *Front Neurosci*. 2021;15:661056.
21. Finkelstein JL, et al. Maternal iron supplementation and birth outcomes: updated review. *J Nutr*. 2021;151(4):1046-1055.
22. Bothwell TH. Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(1):257S-264S. (Autor clásico fundamental)
23. Pavord S, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol*. 2019;188:819-830.
24. Peña-Rsas JP, et al. Effects of routine iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; Issue 7:CD004736. (Clásico indispensable)
25. Abdullah K, et al. Ferritin and hepcidin as biomarkers for diagnosing iron deficiency in pregnancy. *Clin Chem Lab Med*. 2020;58(9):1412-1420.
26. Sultan P, et al. Anaemia and postpartum hemorrhage: the interplay. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2021;33(6):384-392.
27. Huamán-Espino L, Aparco JP. Determinantes de anemia en gestantes en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2023;40(3):421-430.
28. Rossell MJ. Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en servicios públicos. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2023;43(2):32-39.
29. Martínez J, Gómez P, López A. Socioeconomic determinants of maternal anemia in Latin America: multi-country analysis. *Pan Am J Public Health*. 2021;45:e92.

ANEXOS

ANEXO1: HISTORIA CLÍNICA

PERÚ Ministerio de Salud

Usuario: = significa ALERTA **No. HC** = requiere seguimiento continuo

Apellidos y nombres:

Establ. P.S. LOS ANGELES - ILO Tipo Seguro: ESSALUD PRIVADO Código Afiliación Seguro

DNI: Dirección Ocupación OTROS Edad 18 < 15 > 35

Localidad Cod. Estudios Analfabeto Primaria Secundaria Superior Superior No Años aprobados 3

Departament Moquegua Provincia Ilo Estado Casado Convierte Soltero Otro Padre

Distrito: Ilo Teléfono: Correo electrónico:

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 0 ó + 3 < 2500g Múltiple < 37 años

Abortos: 0

Vaginales: 0

Partos: 0 Cesareas: 0

Nacidos vivos: 0 Nacidos muertos: 0

Viven: 0 Muerto 1ra Semana: 0 Después 1ra semana: 0

RN mayor 3500 g

Gestación anterior

Fecha 30/10/2021

Terminación: Parto Cesarea Aborto Ectópico Aborto Molar No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Incompleto Completo Frusto/Retenido Sepsis No Aplica

Lactancia Materna: No hubo < 6 meses 6 meses o mas No Aplica

Lugar del parto: EESS Domicilio

Captada: Si No Referida x ag Comunit: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria Alergias Hipertensión Arterial Enf. Hipertens. Hipotiroidismo Epilepsia Neoplasia Diabetes TBC Pulmonar Enf. Otros Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno Edema/pa Aborto habitual/recurrentes Eritem Congénitas Alergia a medicamentos Enferm Violencia Asma Bronquial Hemorragia postparto Cardiopatía Hipertensión arterial Cirugía Pélvico-uterina Diabetes Neoplasias Infertilidad Necrosis Otras Drogas Parto Prolongado Preeclampsia Prematuridad Reten placenta Tabaco TBC Pulmonar Transtornos Mentales VIH/SIDA Otros

Vac Previas

Rubeola: Si No Hepatitis B: Si No Papiloma Virus: Si No Fiebre Amarilla: Si No

Peso y talla

Peso habitual: 54.0 Talla: 156.0 IMC: 22.19

Antitetánica

N Dosis: 0 Dosis: 1ra 2da Mes de gestación:

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh(+) Rh(-) ser(+) Rh(-) ser(-)

Fuma

N Cigarrillos / día: 0

Drogas

Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: 05/01/2024 Duda: Si No EG (Ecografía) 19/17 Fecha: 20/05/2024 Fecha probable de parto: 13/10/2024

Hospitalización

Hospitalización: Si No Fecha: Diagnósticos: CIE 10:

Emergencia

Emergencia: Si No Fecha: Diagnósticos: CIE 10:

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No Violencia: Si No Fecha: 20/06/2024

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Mamas: Sin Examen Normal Patológico Cuello uterino: Sin Examen Normal Patológico Pelvis: Sin Examen Normal Patológico Odont: Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de laboratorio

Hemoglobina	Hg(%)	No se hizo	Fecha	IF1 / Western Blot	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	11.0	<input checked="" type="checkbox"/>	20/06/2024	HTLV I:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina 2:	10	<input checked="" type="checkbox"/>	22/6/24	TORCH:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina 3:	9.3	<input checked="" type="checkbox"/>	27/9/24	Gota Gruesa:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina 4:		<input checked="" type="checkbox"/>		Malaria Prueba:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina 5:		<input checked="" type="checkbox"/>		Fluorec. Malaria:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobina Alta:		<input checked="" type="checkbox"/>		Ex. Com. Orina:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Ex. Com. Orina 2:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Leucocituria:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Nitritos:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Urocultivos:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		BK en Espuito:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Listeria:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Tamizaje Hepatitis B:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20/06/2024
		<input checked="" type="checkbox"/>		PAP:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		IVA:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>		Colposcopia:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>							

VDLR/RPR 1: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

VDLR/RPR 2: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

FTA Abs: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

TPHA: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

Prueba Ráp Sifilis: Normal Anormal No se hizo No aplica 20/06/2024

VIH Pruebas Ráp 1: Normal Anormal No se hizo No aplica 20/06/2024

VIH Pruebas Ráp 2: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

ELISA: Normal Anormal No se hizo No aplica 25/9/24

(+) 30 Sxc 20/6/25 N 27/9/24

1º HVB = NR = 20/06/24

2º HVB = NR = 25/9/24

ANEXO 2: HOJA DE CONTROL DE PUERPERIO

FECHA		05 - 10 - 2024				05 - 10 - 2024			
CONTROLES VITALES	HORA	15:00	15:15	15:30	15:45	16:00	16:15	16:30	16:45
	PRESIÓN ARTERIAL	110/70	100/70	100/70	100/60	100/50	100/50	100/60	100/50
	PULSO	86x´	86x´	84x´	82x´	86x´	81x´	82x´	82x´
	RESPIRACIÓN	20x´	20x´	20x´	20x´	20x´	20x´	20x´	20x´
	TEMPERATURA	36.6°C	36.2°C	36.2°C	36.4°C	36.2°C	36.2°C	36.2°C	36 °C
	DIURESIS	-	-	-	-	-	-	-	-
	RESPONSABLE								
EXAMEN PUERPERAL	HORA								
	INVOLUCIÓN UTERINA	C	C	C	C	C	C	C	C
	MAMAS	C/N	C/N	C/N	C/N	C/N	C/N	C/N	C/N
	LOQUIOS	Hemát. Normal	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.
	HERIDA PERINEAL/CESAREA	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs	Bs/Cs
	RESPONSABLE								

Fuente: Historia Clínica

ANEXO 3: HOJA DE MONITOREO

HORA	GOTEO	LCF	D	B	AP	Dinam/Uter	P/A	P	T°	FCM	Observ.	Responsab.
8:30		128x'				1/10/25''	110/70	98x'	36			
9:00		130x'				2/10/25''						
9:30		136x'				2/10/25''						
10:00		136x'	4cm	100%	-1	3/10/25''						
10:30		135- 137x'				3/10/25''					MF+/++	
11:00		133- 137x'				3/10/25''					MF+/++	
11:30		135- 141x'				3/10/25''					MF+/++	
12:00		139- 145x'				2-3/10/25''					MF+/++	
12:30		134- 140x'				3/10/25''					MF+/++	
13:00												

Fuente: Historia clínica

ANEXO 4: ATENCIONES PRENATALES

Atenciones prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4
Fecha y hora de atención	20/06	20/07	20/08	05/09
Edad gestacional (semanas)	23 4/7	27,6	32,3	34,4
Peso materno (kg)	62.800	63.500	61.700	67
Temperatura (°C)	36.4	36.2	36.3	36.4
Presión arterial (mmHg)	102/56	100/65	99/63	90/57
Pulso materno (por min.)	77	79	81	84
Altura uterina (cm.)	21	26	31	33
Situación (L/T/NA)	T	L	L	L
Presentación (C/P/NA)		C	C	C
Posición (D/I/NA)		D	I	D
F.C.F. (por minuto/NA)	138	118 – 142	136 – 144	140 – 148
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)	+++	++	+++	+++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE	SE	+
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	++	++	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	F	F	F	F
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	30	30	15	15
Indic. Calcio	30	30	15	15
Indic. Ac. Fólico	NA	NA	NA	NA
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	SA/ITS/NU T/IH	PF / NUT	NUT	NUT
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	23 4/7		-	NA
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	-	-	NA
Cita (a/m/d)	20/07	20/08	05/09	19/09
Visita domicil. (si/no/NA)	-	-	SI	SI
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	-	-	-	-
Estab. De atención	P.S. LOS	P.S. L.A	P.S. LA	P.S. L.A
Responsable de atención	TALA	LGP	ATB	RTLA
Nª Formato SIS	8581	9906	11346	12227

Fuente: Historia Clínica

Atenciones prenatales	Atención 5	Atención 6	Atención 7
Fecha y hora de atención	19/09	26/09	03/10
Edad gestacional (semanas)	36,5	37,4	38,4
Peso materno (kg)	67	68.200	69.800
Temperatura (°C)	36.2	36.5	36.6
Presión arterial (mmHg)	103/56	100/65	107/63
Pulso materno (por min.)	88	81	7
Altura uterina (cm.)	31	32	32
Situación (L/T/NA)	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	C	C	C
Posición (D/I/NA)	D	D	I
F.C.F. (por minuto/NA)	130	128 – 130	129 – 133
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)	+++	++	++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE	SE
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	++	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	F	F	F
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	7	7	-
Indic. Calcio	7	7	-
Indic. Ac. Fólico	NA	NA	NA
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	NUT	PF / NUT	NUT / PF
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	-		-
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	-	-
Cita (a/m/d)	26/09	03/10	10/10
Visita domicil. (si/no/NA)	NO	NO	NO
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	-	-	-
Estab. De atención	P.S. L.A	P.S. L.A	P.S. LA
Responsable de atención	ULLC	ATB	ULLC
Nª Formato SIS	11569	13334	13733

Fuente: Historia Clínica