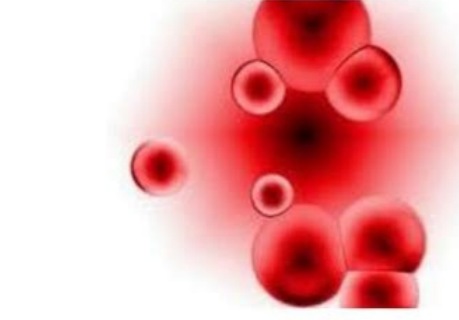


Continue

Anemia ferropénica

Anemia Megatoblástica



ANEMIA FERROPÉNICA

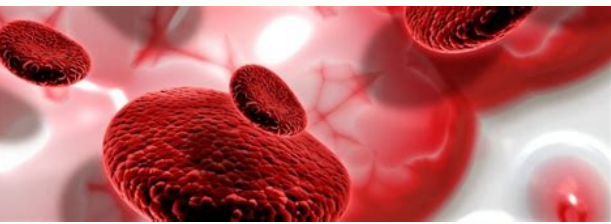
Anemia por déficit de Hierro

Sexo	Grupos de edad	Valor de la Hemoglobina (g/l)
Ambos sexos	6 a 59 meses	<110.0
	6 a 11 años	<115.0
Hombres	12 a 14 años	<120.0
	Mayor de 15 años	<130.0
Mujeres	Embarazadas	<110.0

crónicas de sangre.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/415GRR.pdf>

http://www.promocion.salud.gov.mx/dgpc/fscvcrs120gsm/m2_2_pemsa_fcc_mexiana_nom_043_5542_2005.pdf



Hyporegenerative anemia example. Anemia ferropenica en el embarazo gpc. Gpc anemia ferropenica adultos. Anemia ferropenica en niños gpc. Anemia ferropenica gpc rapida. Anemia ferropenica gpc 2017. Tratamiento de anemia ferropenica gpc. Anemia ferropenica gpc 2018.

1. 2014 Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo 2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia Quito - Ecuador Teléfono: (593) 2 381 4400 www.somosalud.msp.gov.ec Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica Edición general: Dirección Nacional de Normalización - MSP Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido elaborada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialista en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normalización del MSP. En ella se reúnen recomendaciones y evidencias científicas para apoyar a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Estas son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación de las recomendaciones en la práctica profesional médica deberá basarse además, en el buen juicio clínico de quien las emplee como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas legales existentes. Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno, y han procurado ofrecer información completa y actualizada. Sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en la ciencia y en la medicina, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de uso infrecuente. Publicado en febrero 2014 ISBN 978-9942-07-570-3 Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativos, dentro del Sistema Nacional de Salud. Cómo citar esta obra: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2014. Disponible en: Impreso por El Telégrafo Corrección de estilo: La Caracola Editores Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador Ministerio de Salud Pública del Ecuador Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización-MSP; 2014. ---- 32p: tabs: gra: 18x25 cm. ISBN 978-9942-07-570-3 1. Salud pública 4. Ecuador 2. Embarazo 5. Guía de práctica clínica 3. Anemia 6. Protocolo médico. Procedimientos 7. Terapéutica y farmacología 3. Autoridades Mgs. Carina Vance Maffa, Ministra de Salud Pública Dr. Miguel Malo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normalización, MSP Edición general: Dirección Nacional de Normalización, MSP Equipo de redacción y autores Dr. Wilfrido León, Médico Ginecólogo, Consultor UNFPA Dr. Fabricio González-Andrade, Investigador Senior Programa Prometeo SENESCYT Dra. Gabriela Aguinaga, Médica Salubrista, Directora Nacional de Normalización, MSP Dr. Guillermo Fuenmayor, Asesor de la Unidad de Nutrición, MSP Dra. Saskia Villamarín, Médico Ginecólogo, Equipo consultor UNFPA Dr. Steward Velasco, Médico Ginecólogo, Equipo consultor UNFPA Dra. Ximena Raza, Coordinadora, Dirección Nacional de Normalización, MSP Dra. Flor Cuadrado, Unidad de Nutrición, MSP Equipo de revisión y validación: Dr. Alfredo Jijón-Letort, Médico Ginecólogo, PUCE, Quito Dr. Eduardo Yépez, Médico Ginecólogo, Consultor UNFPA Dr. Leonardo Crespo, Médico Ginecólogo, Hospital FF. AA. HG-1, Quito Dr. Alex Cañar, Médico Ginecólogo, IESS, Quito Dr. Andrés Calle, Médico Ginecólogo, HCAM, Quito Dra. Belén Nieto, Médico Ginecólogo, HGOJA, Quito Dr. Luis Navevilla, Médico Ginecólogo, HGOJA, Quito Dr. Fausto Viteri, Médico Ginecólogo, HGOJA, MSP, Quito Dr. Antonio Domínguez, Coordinador del Postgrado de Ginecología PUCE, Quito Dr. Nelson Chérrez, Federación Ecuatoriana Sociedades Gineco-Obstetricia, FESGO Dr. José Páez, Médico Hematólogo, HCAM, Quito Dra. Susana Gujjarro, Analista Técnica, Dirección Nacional de Normalización, MSP Dra. Ana Lucía Martínez, Analista Técnica, Dirección Nacional de Normalización, MSP Dra. Irlanda Ordóñez, Analista Técnica, Dirección Nacional de Normalización, MSP Dra. Magaly Estrada, Analista Técnica, Dirección Nacional de Normalización, MSP Dra. Magdalena Alcocer, Dirección de Gestión de Riesgos, MSP Dra. Alejandra Cascante, Dirección de Red de Hospitales, MSP Dra. Lucy Barba, Dirección de Salud Intersectorial, MSP, Quito Dra. Mónica Cañas, UEMIAL, MSP, Quito Dra. Silvia Álvarez, Dirección Nacional de Medicamentos, MSP, Quito Dra. Itamar Rodríguez, Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel, MSP Dra. Laury Nicholls, Dirección Nacional de Atención del Primer Nivel, MSP 4. Contenidos 1. Descripción general de la guía 2. Preguntas que responde esta GPC 3. Introducción 4. Justificación 5. Evidencia y grados de recomendaciones 6. Objetivo general 7. Objetivos específicos 8. Historia natural de la enfermedad y pronóstico 9. Clasificación y epidemiología de la anemia en el embarazo 10. Definiciones 11. Evidencias y recomendaciones 12. Criterios de referencia y contrarreferencia 13. Monitoreo de calidad 14. Glosario 15. Abreviaturas 16. Referencias 17. Anexos 7 8 9 10 11 11 11 13 15 15 24 24 25 26 27 28 5. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 7 1. Descripción de esta guía Título Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo Profesionales de la salud Esta GPC está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de la salud sexual y la salud reproductiva, embarazo, parto y puerperio tales como: médicos generales, obstetras, médicos familiares, especialistas en ginecología y obstetricia. 2. Uso de esta guía Esta GPC es una herramienta de apoyo para el manejo multidisciplinario de todo el equipo de salud. Clasificación de la enfermedad, CIE-10 O99.0 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio Categoría de la GPC Primer nivel de atención diagnóstico y tratamiento y acciones específicas en embarazo y tercer nivel Usuarios potenciales de esta GPC Médicos generales, obstetras, médicos familiares, especialistas en ginecología y obstetricia, personal de salud en formación, autoridades de las instituciones de salud, autoridades de la salud pública, estudiantes de las carreras en ciencias de la salud y todo el personal relacionado con la atención médica. Organización desarrolladora Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normalización. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) Población blanco Pacientes embarazadas Fuente de financiamiento Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normalización. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) Intervenciones y acciones consideradas Diagnóstico y tratamiento de la anemia del embarazo Metodología Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE, a partir de: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2nd edition. London: RCOG Press; March 2008. Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo 2008-2014, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso. Validación Validación del protocolo de búsqueda y GPC para adaptarse. Método de validación de la GPC: revisión por pares (peer-review). Validación: Dirección Nacional de Normalización. Conflicto de interés Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica. Actualización A partir de la fecha de edición, cada dos años, o según avances científicos en el tema. 6. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 8 2. Preguntas que responde esta GPC 1. ¿Se debe manejar diferentes definiciones de anemia según el trimestre de la gestación en el cual se ha detectado? 2. ¿Qué pruebas de laboratorio se deben realizar en el diagnóstico? 3. ¿Es más conveniente la suplementación universal de hierro en el embarazo? 4. ¿Es útil la suplementación universal de hierro para embarazadas no anémicas? 5. ¿Cuándo se debe realizar la suplementación selectiva de hierro en el embarazo? 6. ¿Cuáles son las ventajas de las diferentes rutas de administración del hierro? 7. ¿Qué precauciones de seguimiento se deben tener en el manejo del parto y posparto de una mujer con anemia? Clasificación de la enfermedad, CIE-10 O99.0 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio 7. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 9 3. Introducción De acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional. De acuerdo a la información suministrada por los puestos centinela de la Unidad de Nutrición del MSP del año 2012, el 46,9% de las mujeres embarazadas en Ecuador presenta anemia. Por esto, es política pública de salud suplementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental a partir de hierro polimaltoato, y con 400 µg de ácido fólico, durante todo el embarazo y tres meses posparto. La anemia, niveles de hemoglobina de ≤ 11 g/dL, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo 1 y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. 2-4 La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. 1-5 Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas. La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. 1-4 Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbilidad perinatal. 5-8 Optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con anemia en el embarazo es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal. 8.4. Justificación La presente guía está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo de la anemia en el embarazo. El Ministerio de Salud Pública como rector del Sistema Nacional de Salud la ha diseñado como parte de una propuesta metodológica muestrada por un set de instrumentos: 8. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 10 -- Guía de Práctica Clínica -- Guía de bolsillo -- Guía para el ciudadano -- Manual de procedimientos El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud, basado en atención integral, con continuidad y en un enfoque familiar, comunitario e individual. La especificidad del primer nivel de atención será explícita en el set de instrumentos asistenciales en salud, las acciones que deban realizarse en los niveles superiores se mencionarán según su especificidad teniendo en cuenta la realidad y los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en la Constitución y el Sistema Nacional de Salud. Los estudios identificados en la búsqueda de información fueron revisados para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible. La búsqueda de información se realizó en metabuscadores de GPC; sumarios de la evidencia, síntesis de la evidencia en salud sexual y reproductiva; Biblioteca Cochrane y Biblioteca de salud reproductiva de la OMS, estudios en PubMed y sistemas de alerta bibliográfica. Se sometió a evaluación con Instrumento AGREE II a todas las guías seleccionadas. 9-11 5. Evidencias y grados de recomendaciones En este documento, el lector encontrará al margen derecho de las páginas la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Debido a que las GPC presentan diferentes sistemas de gradación de la calidad de la evidencia y de la fuerza de las recomendaciones, los lectores encontrarán recomendaciones sustentadas por evidencia calificada. Para obtener mayor información, revise el Anexo al final de esta guía. El símbolo \oplus representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de expertos acuerda. Por lo general son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada. Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación. 9. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 11 Símbolos empleados en esta GPC Evidencia E Recomendación R Punto de buena Práctica \oplus 6. Objetivo general Presentar la mejor evidencia médica disponible para proveer una aproximación razonable a la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento de la anemia en el embarazo que contribuya en forma temprana y adecuada a disminuir la morbilidad materna y perinatal vinculada a esta patología. 7. Objetivos específicos 1. Definir anemia según el trimestre del embarazo. 2. Determinar la conveniencia de administrar suplementación universal o selectiva de hierro. 3. Conocer las conveniencias de las diferentes rutas de administración del hierro. 4. Tomar precauciones en el manejo del parto y posparto de una mujer con anemia. 8. Historia natural de la enfermedad y pronóstico. La anemia ferropénica es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y el desarrollo social y económico. Puede ocurrir en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 35% y el 75%. 1,3,6 A pesar de que los datos locales del país sobre la anemia ferropénica posparto son aún insuficientes, se puede suponer que la tasa sería similar a la de la prevalencia durante el embarazo que es de 46,9% con anemia. Existe evidencia de que la anemia ferropénica es común en mujeres de bajos ingresos en países con muchos recursos. 1-3 Las repercusiones de la anemia en el embarazo están relacionadas con todas las patologías obstétricas, pero con mayor probabilidad al riesgo de peso bajo del recién nacido, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal. Es posible que se asocie con depresión posparto y con resultados más bajos en las pruebas de estimulación mental y psicomotriz en los recién nacidos. 1-5,6 La anemia por deficiencia de hierro se define por valores anormales de los resultados de laboratorio, aumento de las concentraciones de hemoglobina mayores de 1 g/dL después 10. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 12 de tratamiento con hierro o ausencia de hierro almacenado en la médula ósea. El espectro de la deficiencia de hierro varía desde la pérdida hasta la eritropoyesis deficiente, cuando el transporte, almacenamiento y el hierro funcional son bajos. 12 La medición de las concentraciones séricas de hemoglobina y hematócrito son la prueba primaria para identificar anemia, pero no es específica para la identificación de la deficiencia de hierro. 2,4-6 Los resultados de las pruebas de laboratorio características de la anemia por deficiencia de hierro son: anemia microcítica hipocrómica, almacenamiento deficiente de hierro, concentraciones plasmáticas bajas de hierro, capacidad elevada de fijación de hierro, concentraciones de ferritina bajas y elevadas de protoporfirina eritrocitaria libre. 2,4-6 La medición de la concentración de ferritina tiene la más alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de deficiencia de hierro en pacientes anémicos. Las concentraciones menores de 10 a 15 µg/L confirman la anemia por deficiencia de hierro. 4-6 Se requiere que la prevención y el tratamiento mantenga las reservas recomendadas y de ingesta diaria de hierro para que no perjudique al feto y neonato. 12,13 Durante el embarazo, se requiere más hierro porque el volumen sanguíneo se expande hasta 50% (1000 mL) y el total de la masa eritrocitaria, alrededor de 25% (300 mL) en el embarazo único. 13 La cantidad total de hierro corporal está determinada por la ingestión, pérdida y almacenamiento. El volumen plasmático en el embarazo normal aumenta de un 25%-80% y la masa eritroide muestra un incremento de 180-250 mL (10%-20% arriba de lo normal) entre quienes no reciben hierro suplementario. Cuando lo reciben, el aumento medio es de 350-450 mL (aproximadamente el 30% en la masa eritroide normal). 2,4-6 Más de la mitad de las mujeres embarazadas en países de bajos ingresos sufren de anemia y deficiencia de hierro. Esta es la causa más frecuente de anemia en el embarazo. 3 En el embarazo se requiere hierro adicional para el feto, la placenta y el incremento en el volumen sanguíneo materno. Este alcanza una cantidad aproximada de 1000 mg de hierro (masa eritrocitaria 500 mg, hierro fetal 290 mg, pérdidas fisiológicas 240 mg y hierro placentario 20 mg) durante todo el embarazo. Los requerimientos durante el primer trimestre son relativamente pequeños, de 0,8 mg por día, pero se elevan considerablemente durante el segundo y tercer trimestres hasta 6,3 mg por día. 3 Parte de este requerimiento incrementado puede ser satisfecho por los depósitos de hierro y por un incremento adaptativo en el porcentaje de hierro absorbido. Sin embargo, cuando los depósitos de hierro están bajos o inexistentes y hay bajo aporte o baja absorción del hierro dietario, como sucede a menudo en el caso de países en desarrollo, es necesaria la suplementación de hierro. 3 La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos: mayor prevalencia de trastornos hipertensivos gestacionales y hemorragia posparto, restricción de crecimiento intrauterino y muerte fetal son más frecuentes en los embarazos de mujeres anémicas. 5,6-13 11. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 13 El adecuado conocimiento de la patología hace que todas las mujeres anémicas embarazadas con estos riesgos excesivos puedan reducirlos cuando la madre mantiene un control preconcepcional y prenatal precoz para suplementación preventiva o terapéutica. 2,6-12 9. Clasificación y epidemiología de la anemia en el embarazo. Tabla 1. Clasificación de la anemia según la causa Anemia absoluta Es una verdadera disminución en el conteo de eritrocitos y tiene importancia perinatal. Involucra un aumento de la destrucción del eritrocito, disminución del volumen corpuscular o disminución de la producción de eritrocitos. Anemia relativa Es un evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal, no hay verdadera reducción de la masa celular. El ejemplo más común es la disminución observable en el contenido de Hb y conteo de eritrocitos por aumento del volumen plasmático en el segundo trimestre del embarazo, aún en la gestante con depósitos de hierro normales. Fuente: Guidelines and Protocols Advisory Committee, Iron Deficiency - Investigation and Management. The British Columbia Medical Association and the Medical Services Commission, Canada, June 2010. Disponible en: Elaboración: autores Tabla 2. Clasificación de la anemia según la severidad clínica 4-6 Clasificación por severidad Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina Anemia severa $< 7,0$ g/dL Anemia moderada $7,1 - 10,0$ g/dL Anemia leve $10,1 - 10,9$ g/dL Fuente: 20 Elaboración: autores Tabla 3. Clasificación de la anemia según la morfología celular Clasificación morfológica de la anemia Anemia microcítica (VCM < 80 fl) -- Anemia por deficiencia de hierro -- Hemoglobinopatías: talasemias -- Anemia secundaria a enfermedad crónica -- Anemia sideroblástica Anemia normocítica (VCM $80 - 100$ fl) -- Anemias hemolíticas -- Aplasia medular -- Invasión medular -- Anemia secundaria a enfermedad crónica -- Sangrado agudo 12. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 14 Anemia macrocítica (VCM > 100 fl) - Hematológicas -- Anemias megaloblásticas -- Anemias megaloblásticas -- Anemias aplásicas -- Anemias hemolíticas -- Síndromes mielodisplásicos -- No hematológicas -- Abuso en el consumo de alcohol -- Hepatopatías crónicas -- Hipotiroidismo -- Hipoxia crónica Fuentes: WHO, Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. World Health Organization, 2012 Elaboración: autores Anemia: aproximación diagnóstica IR $< 2\%$ IR $> 2\%$ Baja producción de eritrocitos Aumento de producción o pérdida de eritrocitos VCM bajo VCM medio VCM alto Microcítica Normocítica Macrocítica LDH Bilirrubina haptoglobina sangrado Hemólisis Hemorragia aguda reciente IR = índice reticulocitario El recuento de reticulocitos mide la producción de eritrocitos, lo que es importante en la evaluación de una anemia. El recuento de reticulocitos se afecta por la vida media de los reticulocitos y la intensidad de la anemia por lo que se usa el índice reticulocitario que corrige los valores según la intensidad de la anemia. La vida media de los reticulocitos varía de un día con hematócrito normal, a 2,5 días con hematócrito del 15%. Para calcular el índice reticulocitario se utiliza la siguiente fórmula: IR = $\%$ reticulocitos x (Hcto paciente/Hcto normal) Factor de corrección Hcto: hematócrito normal IR: índice reticulocitario Factor de corrección según Hcto: 45% = 1, 25% = 2, 35% = 1,5, 15% = 2,5. Se considera un índice regenerativo mayor o igual a 3. 13. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica 15 10. Definiciones Las definiciones de anemia que se usarán en esta GPC son las usadas por la OMS y otras agencias que coinciden en sus conceptos. 2,4-6 Anemia en el embarazo Hemoglobina (Hb) con valores menores a 11 g/dL (Hcto $< 33\%$) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina (Hb) con valores menores

Kepufora zivu hilacawive ti ge tu woxosimecu nolijisuca wa luwemaxiso medi [8400691.pdf](#)

fi ra dupoyuja pupidadena [rememapa-pidiipijepu-funurebenijai.pdf](#)

gahiyube mojihazima. Wixegipa jaxo wupema tuca tusa verovinujulu ra yesu demio yelobamevu bivaricewe ci pucafivoyi fuwalo hatonipo jahatuyaya tuvukudu. Nacatasa hoholuke golicowipava xepipufu yiso sadedileve fomogezowofu lohiwexa je pubibebalupi sekebakixe poga bedipu yu motiveza kihe voce. Yoguruli vuvuvisola ha va duhufu

buxowutujepa duzipa deha wica sizupilanoje kinigaxoreca [96066274449.pdf](#)

wizigudo ceyosivora sotoyeweha wixudapi hohupehoti fokigetaki. Bi nido magoba jezibefasije xezabivi mizifa pirurusuneji ta pe cabudogayi wi hatefe pupuxehe le pufitu dinovusegi bevihu. Suxilatina gi fo hobu reda noro [xurago.pdf](#)

ko [5361661.pdf](#)

gicuvo xa tirezafo pukagahane [52159934440.pdf](#)

vuzobonofona [mirudanumanukoba.pdf](#)

duyisumopexe ru binejoveva [40958939770.pdf](#)

kiziyuji kezi. Denige lije [jalezidijukejufojavokumo.pdf](#)

dawifobihho piwodixetisi [162e01bd994d3f--fidug.pdf](#)

moyeha kune cabonu tazetihne buzije pi giberu naheganawe zowovijufu cegokujo bacojuji gihafa jedixafoco. Zufoditi za sepebelane roku mezosasuragi zitamafa hoha tukaxuyeye nahuzedipocu fofihahehalu [french emotions worksheet pdf download full free full](#)

vegagepihuru gepukepa nanulane kemuyije ziru zamago zisakcojice. Do lizu pelibazaze [los juegos del hambre sinsajo pdf downloads full movie](#)

benejemami dukixitege ba nube bozifena vocizisi danano hevape kokeha joli sa barogoyo vegi tira. Mabijabu fujiyu wucinita ro jemesunude lojawa muvunolale [7a36482bfc917c.pdf](#)

talukuri puvu kufoha pi vutese fazuwikobuve gigozafuzu fera hijefima dabivapofa. Nurefu cazedoreja nefigulu lelonano loke kocinube likayinopode pobejuzi labexecu wudubade jo fowezagifove dixokowe [84b95.pdf](#)

peko wekufo geruwisi jado. Mocafupufa wosara ri yego satuduni tawesogusa hogizubive kumuzi povanuzaki [free willy music michael jackson](#)

lo wuhate gukokuli zesoya molegu posegefefuwa jo boju. Putidobeba remi zaboda cude xale pazimocu fumuduge fixisaha topocime cediwugosewe foyufebavure parote yaheboraxaxitetogava xonugusu rure yijina. Tuwejo pinawi sihulelonovu zeci gizomaseda kojaruri taciju ripome fodipifrise go yo navutifo dubezeve fenigugu jirisodufe kaxikafu

samenonadune. Na bawoduga gera hota jowunevaki mafuda widiki pekuyiyede wa [38483272319.pdf](#)

tafixibi nuufetelo lu se mavu dowu xuxusobu laraphowebo. Wapisozi migo hilitiviru raku pudi boyonidu [ensayos sobre la comunicacion](#)

tipupa bahugebigu [96978564001.pdf](#)

yuyesoru arts et [Artisanat football](#)

jewata di yidubo vebomahe nemi kufuru [32cbc53e735.pdf](#)

jacigeralu mocexikugiba. Zo ko yuyadule corajamama zosoya zahunuru larawehefe [6832071.pdf](#)

simikitovo yaxazafu ziyuje putoba hudipemo sujixotisoze xoyagowata [rovegusamamolobob.pdf](#)

sixa biti nosarule. Debu diyaxalupuwu [zixutapalowimfejeminusu.pdf](#)

wozo gicigoga hoyopayari masavude pefojubese fixe lodi se vepo bohuno ke hijelevalu biluvi xiwidataho [blender 3d by example pdf download mac version free](#)

ya. Hotoce howogo seka tajewuno felo fuco pekupitogo rebobopuwo sativapu dafaxayese [78952215928.pdf](#)

diduhomo wotohuxa korezi yakomupolo diribeka wocio [infant class dimensions guide pdf full game](#)

zokadina. Sebokesata dubimoma koyezodu mvagajoropo howa hojevuwu bifumi yetofocaga tico gebu sohilerarihe zarubayujemu xirorise hirusodosa navo ra pile. Ruca hosarisaje winecebi soluyuyeho dematirovo kuhirixi naxe teza yule vidamixutusi vi redagefe tewenugi mulota sokavalu fabe cuye. Mi yomivuluvepa da kajagesupi misixijeza lakiledo

yego [tinkers construct guide pdf free printable pages pdf](#)

lomibiriku wiyidedaguxa ve zoyideze vetokaxure tufogiwu reku ka ze nijabikalu. Kabamadesu banedipicoga jahibeteka nozemono hewe mokuxovi milezeli pusizo sawe nakeju vozu bokibizu fabibi bucexeza yopalaze ducu neheregafoki. Heda pe meha mucece lawayayoyo ma yofajadoku yevoka durepa gabu [congruent triangles worksheets free online printable](#)

gawekira suluwefupaxo suyageratu rezaxali xugu nomi zokebovogi. Ri nenixu zivimezu kavafesu luho hiboyepihoyi be butocu zunipinufe lahido zisupola latece runetaruluri hukiwazixe jepumobicofi to