



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN
EMBARAZADA DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ANEMIA
FERROPÉNICA

AUTORA:

IVETTE MARÍA AGUILERA MUÑOZ

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA



MARCO TEÓRICO.....2

Anemia.....2

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Causas de Anemia.....3

Signos y Síntomas de Anemia.....4

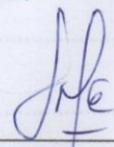
Causas de Anemia.....4


 DRA. VERÓNICA AYALA ESPARZA. MSC
 DECANA O DELEGADO (A)

Falta de aire.....4

Taquicardia.....4

Palidez cutánea.....4

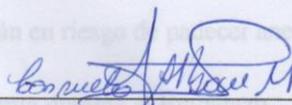

 LIC. LIZETTZE MARTIN ESTEVEZ. MSC
 COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)

Anemia Ferro.....5

Historia Natural de la Enfermedad.....6

¿Qué mujeres están en riesgo de anemia?.....7

Diagnóstico.....7


 LIC. CONSUELO ALBAN MENESES. MSC
 COORDINADOR GENERAL DEL CIDE O DELEGADO

Preve.....8

Tratamiento de la Anemia.....10

Nutrición adecuada.....11

Nutrientes.....12


 LIC. DALILA GOMEZ ALVARADO.
 SECRETARIA GENERAL (E)



JUSTIFICACIÓN.....16

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO.....	2
Anemia	2
Causas de Anemia:.....	3
Signos y Síntomas de Anemia.....	4
Cansancio y falta de energía.-	4
Falta de aire.-.....	4
Taquicardia.-	4
Palidez cutánea.-	4
Anemia Ferropénica	5
Historia Natural de la Enfermedad.....	6
¿Qué mujeres están en riesgo de padecer anemia?	7
Diagnóstico de Anemia durante el Embarazo	7
Prevención de Anemia Ferropénica	8
Tratamiento de la Anemia en el Embarazo	10
Nutrición adecuada durante el embarazo	11
Nutrientes esenciales en el embarazo.....	12
JUSTIFICACIÓN	16

OBJETIVOS	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos:.....	17
Datos generales de la paciente	18
METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	18
Análisis motivo de consulta	18
Historial clínico del paciente.....	18
Antecedentes familiares:	18
Anamnesis	19
Signos Vitales:	19
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA	19
Exploración clínica.....	21
Inspección general.....	21
Signos Vitales:	21
Valoración de enfermería.....	22
Valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon.....	22
Patrones funcionales alterados:	24
Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....	24
Examen Físico Regional	24

Impresión diagnóstica:	25
Conducta a seguir:	25
Tratamiento:	25
Plan de cuidados de gestante de 22 semanas de gestación con anemia ferropénica	26
Diagnóstico NANDA, priorizado:	26
Resultados NOC:.....	27
Intervenciones NIC:	27
Diagnóstico NANDA N°2:	28
Resultados NOC	28
Diagnóstico NANDA N°3:	30
Resultados NOC:.....	30
Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	32
Seguimiento:	33
Observaciones	33
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS.....	39

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende mostrar los saberes aprendidos durante todo el período académico, para el desarrollo de habilidades y destrezas teórico-prácticas, a través de la aplicación de nuestro propio método científico en enfermería PAE (Proceso de Atención de Enfermería), en el siguiente estudio de caso, cuyo tema es Proceso de Atención de Enfermería en embarazada de 22 semanas de gestación con anemia ferropénica, considerada de gran importancia debido a que dicha patología contribuye con un estimado de 115,000 muertes maternas/año en todo el mundo. (Kristensen-Cabrera, 2015)

La misma que causa una serie de complicaciones antes, durante o después del parto, afectando a la diada materno/fetal, por lo cual es de suma relevancia la elaboración de un plan de cuidados enfermeros, que permita establecer metas asequibles a corto, mediano y largo plazo para así satisfacer la necesidad vital afectada, considerando las esferas individuo, familia y comunidad, es decir, un ser bio-psicosocial. Así como, establecer acciones independientes e interdependientes con los demás miembros del equipo de salud.

Considerando varios aspectos del ser humano, de manera integral, desarrollando un estudio de caso, útil para valorar la situación clínica, evidenciar, identificar, priorizar y valorar actividades del cuidado enfermero en relación a la anemia ferropénica presente en el embarazo, para lograr así un aumento de bienestar en todas sus dimensiones (física, emocional, espiritual y psicológica), utilizando como herramienta la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

MARCO TEÓRICO

Anemia

La anemia es una enfermedad en la que la sangre tiene menos glóbulos rojos de lo normal. También se presenta anemia cuando los glóbulos rojos no contienen suficiente hemoglobina. La hemoglobina es una proteína rica en hierro que le da a la sangre el color rojo. Esta proteína les permite a los glóbulos rojos transportar el oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo.

- La sangre tiene muchos componentes, entre ellos los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y el plasma (la parte líquida de la sangre).
- Los glóbulos rojos transportan oxígeno y retiran del cuerpo el dióxido de carbono, que es un producto de desecho. Estas células se producen en la médula ósea, que es un tejido esponjoso que se encuentra en el interior de los huesos.
- Los glóbulos blancos y las plaquetas también se producen en la médula ósea. Los glóbulos blancos ayudan a combatir las infecciones. Las plaquetas se unen unas a otras para sellar cortaduras pequeñas o rupturas de las paredes de los vasos sanguíneos y detener el sangrado. En algunas clases de anemia los tres tipos de células de la sangre pueden estar disminuidos.
 - Existen tres causas principales de la anemia: pérdida de sangre, falta de producción de glóbulos rojos o mayor velocidad de destrucción de los glóbulos rojos.

Aunque muchas partes del cuerpo ayudan a producir glóbulos rojos, la mayor parte del trabajo se hace en la médula ósea, el tejido blando en el centro de los huesos que ayuda a la formación de las células sanguíneas.

Los glóbulos rojos sanos duran entre 90 y 120 días. Partes del cuerpo eliminan luego las células sanguíneas viejas. Una hormona, llamada eritropoyetina, producida en los riñones le da la señal a la médula ósea para producir más glóbulos rojos.

La hemoglobina es la proteína que transporta el oxígeno dentro de los glóbulos rojos y les da su color. Las personas con anemia no tienen suficiente hemoglobina.

Causas de Anemia:

- Cambios en el revestimiento del estómago o los intestinos que afectan la forma como se absorben los nutrientes (por ejemplo, la celiaquía).
- Alimentación deficiente.
- Cirugía en la que se extirpa parte del estómago o los intestinos.
- Ciertos medicamentos.
- Destrucción de los glóbulos rojos antes de lo normal (lo cual puede ser causado por problemas con el sistema inmunitario).
- Enfermedades prolongadas (crónicas), como cáncer, colitis ulcerativa o artritis reumatoidea.
- Algunas formas de anemia, como la talasemia o anemia drepanocítica, que pueden ser hereditarias.
- Embarazo.
- Problemas con la médula ósea, como linfoma, leucemia, mieloma múltiple o anemia aplásica.
- Pérdida lenta de sangre (por ejemplo, por períodos menstruales intensos o úlceras estomacales)

Signos y Síntomas de Anemia

Cansancio y falta de energía.- Cuando la cantidad de células que transportan oxígeno está reducida, la capacidad del organismo de fornecer oxígeno para todos los tejidos queda comprometida. Como el oxígeno es un combustible esencial para que las células funcionen, su reducción provoca síntomas como cansancio, debilidad, vértigos, falta de ánimo, dificultad de concentración, somnolencia y dolor de cabeza.

Falta de aire.- La falta de aire suele ocurrir los casos severos de anemia o en los pacientes que ya presentan algún grado de malo funcionamiento cardíaco y/o pulmonar. Como la cantidad de oxígeno que llega a las células es insuficiente, la respuesta del organismo es acelerar la frecuencia respiratoria en la tentativa de aumentar la oxigenación de la sangre.

Taquicardia.- El corazón acelera tentando aumentar la cantidad de sangre que llega a los tejidos. La lógica es simple: si la sangre es pobre en oxígeno, es preciso llegar más sangre a fin de que las células puedan recibir una cantidad aceptable de oxígeno.

Palidez cutánea.- La palidez de la piel y de las mucosas ocurre por dos motivos. El principal es la reducción de la circulación de sangre que tiene lugar en los tejidos periféricos (como la piel), ya que el organismo pasa a priorizar los órganos nobles del cuerpo, desviando el flujo de sangre hacia ellos. Como la piel recibe menos sangre, se vuelve más pálida. Además de eso, conforme hay un descenso en el número de hematíes circulantes, la sangre se vuelve más diluida, asumiendo un color menos vivo. Por lo tanto, en la anemia, la piel y las mucosas pasan a recibir menos sangre, que llega más diluido debido a la falta de hematíes. Además de la palidez, la piel también puede volverse más fría.

Clasificación de las anemias

Clasificación Morfológica:

– Anemia microcítica:

VCM menor de 80 fl. Eritrocitos mucho más claros, debido a la falta de hemoglobina.

– Anemia Normocítica.

VCM entre 80 y 100 fl. Eritrocitos normales, pero en menor cantidad.

– Anemia Macroscítica:

Glóbulos rojos en un tamaño superior a lo normal. VCM mayor de 100fl.

Anemia Ferropénica

Es un tipo común de anemia (trastorno en el que la sangre carece de glóbulos rojos sanos adecuados). Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los tejidos del cuerpo. (FERRITINA.ORG, 2018)

Es la más frecuente durante el embarazo (90%) y es causada por un descenso del hierro por debajo de los valores normales.

El hierro es un mineral que no puede ser fabricado por el organismo y que debe ser absorbido de los alimentos que se come. Es utilizado por cada uno de los glóbulos rojos para la producción de hemoglobina, una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos encargada de llevar el oxígeno a todas las células de nuestro organismo.

En la segunda mitad del embarazo, la cantidad de sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50 por ciento más de lo usual para poder suplir sus necesidades y las del bebé en desarrollo.

Aunque el hierro se encuentra en muchos alimentos, es difícil de absorber y esto dificulta la capacidad incrementada del cuerpo para obtener lo que se necesita durante el embarazo. Cuando no tiene suficiente hierro en la dieta, produce menos glóbulos rojos y esto es causa de anemia.

Y aún cuando la dieta esté balanceada y la ingesta de vitaminas sea suficiente, una embarazada puede estar anémica porque el embarazo altera los procesos digestivos y la madre no absorbe bien el hierro.

La cantidad de hierro que necesita el cuerpo aumenta significativamente cuando se está embarazada. Durante el embarazo, con el aumento del volumen de sangre, la cantidad de hierro que necesita aumenta durante el embarazo de 18 a 27 miligramos (mg) por día. Por lo tanto, se necesita más hierro con el fin de producir más hemoglobina para toda esa sangre adicional. Igualmente, se necesita hierro extra para el bebé en desarrollo y la placenta.

Como es difícil absorber el hierro suficiente solamente a través de la dieta, el médico recomendará un suplemento de hierro de 30 mg. como preventivo. Muchas de las vitaminas prenatales contienen esa cantidad de hierro.

Historia Natural de la Enfermedad

La anemia ferropénica es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y en 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%. 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 aún en países con muchos recursos. 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.

¿Qué mujeres están en riesgo de padecer anemia?

- Las que han tenido más de un embarazo, especialmente si el período entre ellos ha sido menor de dos años
- Las que consumen dietas pobres en hierro o con hierro de baja biodisponibilidad
- Quienes en la etapa anterior al embarazo tienen menstruaciones abundantes
- Aquéllas que utilizan el Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Las vegetarianas, especialmente si su dieta es muy estricta
- Las que tienen problemas genéticos en la producción de ácido fólico
- Quienes tienen parásitos intestinales que causan micro-hemorragias.
- Las adolescentes que están en crecimiento y desarrollo.

Diagnóstico de Anemia durante el Embarazo

Dentro del abordaje integral que se realiza a toda paciente que acude a control prenatal precoz se debe priorizar la detección de anemia por su conocida y elevada prevalencia. Si el control prenatal se inicia más tarde se aplican los mismos criterios. Los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos hasta que la anemia es severa. Fatiga es el síntoma más común. Las embarazadas pueden además tener sudoración, cefalea, palpitaciones, frialdad de piel, disnea e irritabilidad. Raramente se desarrolla pica (preferencia por elementos no alimenticios como hielo o polvo ricos en contenido de hierro).

Se debe determinar nivel de Hb en sangre para detección de anemia (Hb <11g/dL) a toda mujer embarazada al comienzo de la gestación y a las 28 semanas. Esto daría suficiente tiempo para tratar la anemia si es detectada.

Se debe solicitar siempre una biometría sanguínea completa en la semana 28.

El nivel de ferritina sérica es el parámetro más útil y de fácil acceso para evaluar la deficiencia de hierro. Los niveles inferiores a 15 mg/L de hierro son diagnósticos establecidos de deficiencia. Un nivel por debajo de 30 mg/L en el embarazo es indicación de tratamiento. Para un diagnóstico más fiable se debe combinar ferritina sérica con hierro sérico.

Prevención de Anemia Ferropénica

Todas las patologías obstétricas pueden estar relacionadas en mayor o menor grado y ello ha hecho que existan pocas dudas acerca de los beneficios de suplementar con hierro a las embarazadas en cuanto al incremento de Hb y ferritina.

- Todas las mujeres deben ser asesoradas sobre la dieta en el embarazo, incluyendo detalles de las fuentes de alimentos ricos en hierro y los factores que pueden inhibir o promover la absorción de hierro y por qué mantener reservas adecuadas de hierro durante el embarazo es importante.
- Los cambios en la dieta por sí solos no son suficientes para corregir la anemia por deficiencia de hierro y los suplementos de hierro son necesarios. Las sales ferrosas de hierro son la preparación de elección. La dosis oral para la anemia por deficiencia de hierro debe ser de 100-200 mg de hierro elemental diario.

- Hay evidencia suficiente para recomendar la suplementación universal con hierro en las embarazadas no anémicas, sobre todo en países con prevalencia de anemia mayor al 40% como es el caso de Ecuador.
- Las mujeres que toman suplementos de hierro diarios tienen menos probabilidades de tener niños con peso bajo al nacer. Para los recién nacidos cuyas madres recibieron hierro durante el embarazo, el peso al nacer fue mayor en 30,81 g. No hubo efecto significativo sobre el parto prematuro o la muerte neonatal.
- El folato está disponible en forma sintética como ácido fólico, es una vitamina del complejo B, participa en la elaboración de neurotransmisores y su particular importancia durante el embarazo es que sintetiza ADN en las células. La deficiencia de folatos en el embarazo puede repercutir en casos severos de anemia megaloblástica; de igual manera puede ocurrir en las primeras semanas luego del parto.
- Se ha demostrado que el ácido fólico reduce el riesgo de defectos del tubo neural (DTN) si se consume por lo menos 12 semanas antes del embarazo.
- Se recomienda el consumo de alimentos que contiene folatos como: aguacate, banano, espárragos, frutas, hojas verdes, arvejas, fréjol seco, menudencia de pollo, hígado de pollo, garbanzo, haba tostada, harina de soya, harina de trigo fortificada.
- Para incrementar la absorción del hierro de origen vegetal (leguminosas granos secos, lenteja, garbanzo, arveja, fréjol, soya) se recomienda el consumo simultáneo con alimentos que contengan vitamina C, por ejemplo guayaba, frutillas, moras; cítricos como limón, naranja, mandarina, toronja; vegetales: tomate, pimiento, brócoli, col morada, papas con cáscara.

Ejemplos:

- a) arroz con menestra de lenteja y limonada;
- b) arroz con ensalada de col morada aderezada con limón.

Tratamiento de la Anemia en el Embarazo

Se recomienda tratamiento con hierro por vía oral, a toda embarazada con diagnóstico de anemia ($Hb < 11$ g/dL) en cualquier momento del embarazo, para corrección de los índices hematimétricos, aun cuando son necesarios nuevos estudios locales, de buena calidad, que muestren los efectos clínicos del tratamiento. Se debería tener en cuenta la preferencia de la paciente luego de ser informada de los probables beneficios y potenciales efectos adversos del tratamiento con hierro.

Las mujeres deben ser asesoradas sobre cómo tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente. Este debería ser con estómago vacío, una hora antes de las comidas, con una fuente de vitamina C (ácido ascórbico), tal como zumo de naranja para maximizar la absorción. Otros medicamentos o antiácidos no deben tomarse a la misma hora.

No hay diferencias entre el suministro de hierro oral de liberación controlada versus hierro oral común con respecto a efectos secundarios como náuseas, vómitos, constipación y cólicos abdominales

Deben ser utilizadas para reducir las náuseas y el malestar epigástrico las preparaciones con un contenido inferior de hierro, o con recubiertas entéricas o formas de liberación lenta.

Se debe valorar la eficacia, seguridad y conveniencia de los tipos de hierro oral para anemia en embarazadas según cuadro a continuación.

El hierro parenteral debe ser considerado a partir del segundo trimestre y período posparto en mujeres con anemia por deficiencia de hierro que no responden o que son intolerantes al hierro oral.

Cuando se indica tratamiento con hierro por vía no oral, la vía de elección sería la intramuscular en la combinación (Fe-sorbitol-ácido cítrico) dado que esta tiene menos riesgo de trombosis que el tratamiento intravenoso.

La dosis de hierro parenteral debe calcularse sobre la base de peso preembarazo, con el objetivo de mantener Hb 11g/dL.

El hierro intravenoso produce menos náuseas y vómitos que el hierro oral de liberación controlada. No hay diferencias en cuanto a constipación, diarrea y cólicos abdominales.

El hierro de administración parenteral debe adaptarse individualmente según el déficit de hierro total que se calcula con la siguiente fórmula: Déficit de hierro total (mg) = peso corporal (kg) x (Hb ideal – Hb real) x 0,24 + 500 mg La Hb debe expresarse en g/L, no en g/dL para el cálculo.

Hb ideal en embarazada: 130 g/L

Hierro de reserva = 500 mg

Factor 0,24 = 0,0034 x 0,07 x 1000

- Se debe repetir la prueba de Hb en dos semanas después de comenzar el tratamiento para anemia establecida, para evaluar el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al tratamiento.

Nutrición adecuada durante el embarazo

La mujer debe mantener un buen estado de nutrición y salud, que es fundamental, cuando piensa quedar embarazada. El estado nutricional de la madre antes del embarazo, tiene un impacto mayor en el peso del niño al nacer, que el incremento de peso durante el embarazo.

El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso de nacimiento y mayor probabilidad del niño, de enfermarse y morir en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento. Mientras que la obesidad materna, se asocia a un mayor riesgo de hipertensión arterial, diabetes gestacional, cesárea y fórceps, debido a recién nacidos muy grandes. (S, 2010)

Una nutrición adecuada agiliza la recuperación de la madre después del parto. Las complicaciones en el embarazo como la toxemia (eclampsia y pre eclampsia), el parto prematuro y la anemia, pueden originarse de una dieta insuficiente e inadecuada.

Durante el embarazo se debe tener cuidado especial en escoger los alimentos para consumir la calidad y cantidad que realmente se necesita, sin comer el doble como se acostumbra. No se necesitan dietas especiales, dietas restrictivas, ni eliminar el consumo de algunos alimentos por creencias o tabúes equivocados; al menos que exista alguna contraindicación médica o nutricional. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tienen un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo, que cuantitativo.

Nutrientes esenciales en el embarazo

Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Si bien todos los nutrientes son fundamentales para la mujer embarazada, existen algunos que por

su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, deben tener un cuidado especial, entre ellos:

Calcio

En las mujeres embarazadas y madres lactantes se recomienda una ingesta de calcio de 1200 mg/día. En las adolescentes embarazadas en etapa de crecimiento, se recomienda una ingesta de 1300 mg de calcio, Su ingesta se puede cubrir con cuatro raciones diarias de lácteos (leche, yogurt, queso o cuajada). Esta cantidad provee suficiente calcio, para lograr un desarrollo fetal normal, sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Otras fuentes de calcio son los cereales integrales, leguminosas y vegetales verdes. Las embarazadas deben evitar el consumo de café, tabaco y alcohol, que interfieren el metabolismo del calcio.

Hierro

Los requerimientos de hierro, durante el primer trimestre del embarazo, son menores debido al cese de la menstruación. Alrededor de la semana 16 de gestación el volumen sanguíneo materno y la masa de glóbulos rojos se expanden, por esta razón, los requerimientos aumentan notablemente. La expansión del volumen sanguíneo ocurre en todas las mujeres embarazadas sanas que tienen depósitos de hierro suficientes o que son suplementadas con hierro.

En la adolescente, las necesidades de hierro son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro es necesaria, tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente.

En las mujeres que inician la gestación con sus depósitos vacíos, esta recuperación no existirá, pero la situación se torna más grave, cuando inicia el embarazo anémica y no recibe suplementación.

En promedio, durante el segundo y tercer trimestres son necesarios cerca de 5,6 mg de hierro por día, es decir 4 veces más que en mujeres no embarazadas. Aún cuando, se tome en cuenta, el marcado aumento en la absorción de hierro durante la gestación, es imposible para la madre cubrir sus altos requerimientos con la dieta. La etapa del embarazo es un período tan especial en la vida de una mujer y su alimentación es de suma importancia, más aún si se trata de una adolescente.

La anemia por deficiencia de hierro puede tener efectos nocivos sobre la madre y su hijo/a: la mortalidad materna se incrementa en embarazadas severamente anémicas y las pérdidas de sangre del parto y la anemia incrementan los porcentajes de recién nacidos con bajo peso y prematuros.

Para prevenir la anemia y mantener los depósitos de hierro en la mujer en forma efectiva, se recomiendan las siguientes medidas que pueden ayudar:

- Aporte de hierro dietario: Consumir alimentos fuentes del mineral, que incluya alimentos facilitadores (Alimentos fuentes de vitamina C y A) y evitar el consumo de alimentos inhibidores de la absorción (Café, té, bebidas carbonatadas).
- Alimentos fortificados: Como la harina de maíz precocida y otros, junto con el consumo de alimentos fortificados especiales para embarazadas.

- Suplementación: En las embarazadas, la norma recomienda para prevenir la deficiencia de hierro, sulfato ferroso a una dosis de 60 mg por día dos veces por semana desde el inicio del embarazo. Para el tratamiento de la anemia se recomienda 60 mg de sulfato ferroso diario, desde el momento que se diagnostique la madre anémica y hasta seis meses después del parto, para asegurar que los depósitos de hierro alcancen un nivel adecuado.

Ácido Fólico

Múltiples estudios han demostrado que el consumo de ácido fólico en cantidades adecuadas durante el periodo periconcepcional, desde dos meses antes del embarazo y hasta los primeros dos meses de gestación, disminuye en más de 70% el riesgo de tener un hijo con un Defecto del Tubo Neural (DTN) y de otras malformaciones congénitas, como fisuras labiopalatinas, malformaciones del tracto genitourinario y defectos cardiacos.

Vitaminas

Las necesidades de ciertas vitaminas, como las vitaminas A y C, también se incrementan. Por esta razón, es importante aumentar el consumo de frutas enteras, vegetales crudos verdes, lácteos y consumir al menos dos veces por semana pescados, para tener una alimentación rica en estos nutrientes.

Ácidos grasos esenciales

Durante el embarazo es importante mantener una ingesta adecuada de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico (?-6) y linolénico (?-3), nutrientes que dan origen a importantes

componentes de las membranas celulares y reguladores de la función cardiovascular y del tejido nervioso central fetal.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo constituye una de las etapas normales y fisiológicas de la vida de la mayoría de mujeres, dentro de lo que corresponde a enfermería, implica brindar cuidados para la prevención, detección y tratamiento oportuno de posibles complicaciones, como es el caso de la anemia ferropénica, la cual es muy común y no por eso es un embarazo de riesgo inminente, es un riesgo moderado-alto durante el embarazo, he ahí el hecho de suma importancia por lo cual se desarrolla este estudio de caso, lo que implica elaborar un plan de cuidados de enfermería lo cual abarca a la embarazada desde un aspecto muy integral, como individuo, familia y comunidad, abordando ejes claves para su valoración, determinando problemas o riesgos para su salud, priorizando las acciones para protección de la madre y el producto gestante, aplicando y evaluando numerosas actividades, fundamentadas en un conocimiento científico, basadas en evidencias, es decir, acciones independiente de enfermería e interdependientes de los demás miembros del personal de salud.

El personal de enfermería es el primer contacto con cada uno de los usuarios, establece una relación muy estrecha entre enfermera/o- paciente, eso es lo que le permite desde el inicio brindarle información a la usuaria acerca de la importancia que tienen numerosos aspectos durante el embarazo, además de los cuidados que debe tener durante esta etapa, considerando que el embarazo no es una enfermedad, todo depende del cuidado y de la detección oportuna de cada posible complicación del embarazo y parto, se debe indicar los signos de alarma para que así ante cualquier circunstancia negativa nuestra paciente se mantenga atenta, es por lo cual, en el caso específico de la anemia ferropénica, se debe detectar las posibles causas, para ser

valoradas y en lo posible ser modificadas, observando a nuestra paciente se puede identificar signos y síntomas, además de aplicar un interrogatorio, logramos una obtención de datos objetivos y subjetivos, para luego establecer intervenciones que permitan modificar el estado de salud afecto de la paciente, de tal manera, podemos decir que elaborar un estudio de caso, refleja cada acción de enfermería, que por muy mínima que sea, tiene una fundamentación científica.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un plan de cuidados en gestante de 22 semanas de gestación con diagnóstico médico de anemia ferropénica, a través del Proceso de Atención de Enfermería, para la prevención, detección y tratamiento de dicha patología.

Objetivos Específicos:

- Realizar una valoración clínica de enfermería, para la recogida de datos objetivos y subjetivos.
- Establecer un diagnóstico enfermero real o de riesgo, tomando en cuenta la diada materno/fetal.
- Priorizar las acciones de enfermería, de acuerdo al patrón de salud afectado en la usuaria.
- Desarrollar intervenciones y cuidados de enfermería, para la resolución de los problemas identificados, en beneficio de la paciente.
- Evaluar los cuidados implementados, en base a la respuesta humana de la paciente.

Datos generales de la paciente

Nombres completos: NN

Edad: 22 años.

Sexo: Femenino.

Fecha de Nacimiento: 30/07/1994.

Nacionalidad: Ecuatoriana.

Raza: Mestizo.

Estado civil: Casada.

Ocupación: Secretaria.

Nivel de Estudios: Secundaria.

Residencia actual: Babahoyo- Cdla. "4 de Mayo".

Edad de gestación: 22 semanas.

METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 22 años de edad, con 22 semana de embarazo, que ingresa al área de emergencia en compañía de su esposo por presentar síncope en un cuadro de evolución de 4 horas caracterizado por vértigo, astenia, anorexia, arritmia, cefalea, palidez, intolerancia a la actividad y malestar general.

Historial clínico del paciente

Antecedentes familiares:

Antecedentes paternos: No refiere.

Antecedentes maternos: No refiere.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Anamnesis

Paciente 22 años de edad embarazada de 22 semanas, con producto gestante vivo , no refiere antecedentes patológicos familiares ni propios, presenta síncope en cuadro clínico de evolución de 4 horas, caracterizado por vértigo, astenia, anorexia, arritmia, cefalea, palidez, intolerancia a la actividad y malestar general.

Signos Vitales:

Presión Arterial: 100/60 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 100x´

Frecuencia Respiratoria: 16 x´

Temperatura: 36,5°C.

Peso: 54 Kg.

Talla: 1.56 cm. ***IMC:*** 21

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA

Al analizar el presente estudio de caso, en lo que corresponde a al marco teórico, podemos resaltar que la anemia ferropénica durante el embarazo, es una afección que puede ser revertida luego de un adecuado tratamiento y una adecuada detección oportuna, es por eso que por parte del personal de enfermería es preciso la realización de un plan de cuidados asequible para la paciente.

Tabla

1

Operacionalización de Variables

Variable	Conceptual	Operacional	Indicador
Anemia	Es un tipo común de	Aspectos	Hemoglobina
Ferropénica	anemia (trastorno en el que la sangre carece de glóbulos rojos sanos adecuados). Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los tejidos del cuerpo.	biológicos Aspectos socioeconómicos	Hematocrito Alimentación deficiente
Fatiga	Sensación de cansancio extremo, agotamiento o debilidad que puede hacer que las tareas cotidianas se tornen más difíciles.	Factores Físicos	Anemia Disminución de la actividad
Malnutrición	Es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan o la ingesta se da en proporción errónea.	Malnutrición relacionada con micronutrientes	Yodo Vitamina A Hierro
Riesgo durante el Embarazo	Embarazo de riesgo, es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la	Riesgo Bajo	Condiciones socio-económicas desfavorables

gestación y el puerperio.	Riesgo	Anemia
	Moderado-Alto	Hb<10g/dl o Hto <25%
	Riesgo	Amenaza de
	Inminente	parto pretérmino.

Datos obtenidos de (Salud Ediciones, 2015) (Foundation, 2016) (Olivares, ¿Qué es un embarazo de alto riesgo?, 2015)

Exploración clínica

Inspección general

Constitución: Normolínea.

Deambulaci3n: Con algo de dificultad.

Actitud: dec3bito dorsal pasivo.

Marcha: Normal.

Fascie: P3lida.

Piel y faneras: Piel blanca y faneras y piel p3lida.

Signos Vitales:

Presi3n Arterial: 100/60 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 100x´

Frecuencia Respiratoria: 16 x´

Temperatura: 36,5°C.

Peso: 54 Kg. **IMC:** 21

Talla: 1.56 cm.

Estado de conciencia: Al momento orientada en tiempo y espacio. Glasgow: 14/15.

Piel y faneras: Piel blanca, faneras y piel pálidas.

A la exploración la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio. Presenta tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 100x', frecuencia respiratoria 16x' y una saturación de 95%. A la exploración cardíaca presenta arritmia.

A simple observación una palidez muy marcada. Ausencia de edemas y hematomas.

Tabla 2

Exámenes Complementarios

Rct. GB	8.2 X 10 ³ ul
Hb	8.0 g/dL
Hto	24%
GRB	4.0 X10 ⁶ uL
VCM	60 fl/red cell
CHCM	20 pg/red cell
Plaquetas	33g/l
LDH	210 U/L

Datos obtenidos de Estudio de caso clínico de embarazo único de 22 semanas más anemia ferropénica.

Valoración de enfermería

Paciente de 22 años de edad, gestante de 22 semanas de embarazo, con producto vivo, ingresa al área de emergencia de la presente casa de salud en compañía de su pareja, con cuadro clínico de síncope con evolución de 4 horas, incluido vértigo, astenia, anorexia, arritmia, cefalea, palidez, intolerancia a la actividad y malestar general. Además de piel y mucosas pálidas, respiraciones débiles, ausencia de edemas y hematomas.

Valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Paciente manifiesta que acude de manera normal a sus controles prenatales, ha cumplido inmunización respectiva, presenta disposición favorable para mejorar su estado alterado de salud. Conoce acerca de los signos de alarma durante el embarazo. No ha cumplido el régimen terapéutico de consumo de hierro durante su gestación.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico: En relación a su IMC, está normal, la paciente y su familiar describe que no consume ciertos alimentos como lentejas, frejol o carnes rojas, debido a que le producen vómito, por lo que prefiere ingerir jugos de frutas o lácteos y durante las primeras semanas de embarazo presentó inapetencia. No ha cumplido con el consumo de complementos de hierro, ácido fólico y vitaminas.

Patrón 3: Eliminación: No refiere ninguna alteración en cuanto a la eliminación por vía intestinal, urinaria y cutánea.

Patrón 4: Actividad/Ejercicio: Presencia de arritmia, respiraciones débiles, intolerancia la actividad, fatiga y síncope.

Patrón 5: Sueño/Descanso: La paciente refiere no sentir molestias al momento de descansar, dormir o relajarse, duerme y descansa de manera confortable.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Se encuentra orientada en tiempo y espacio, se comunica de manera efectiva, percibe el dolor y está consciente de su estado de salud y su embarazo.

Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto: Paciente no expresa ideas auto-negativas, se encuentra satisfecha de su identidad, personalidad y su imagen corporal.

Patrón 8: Rol/Relaciones: Manifiesta mantener una relación armónica con su conviviente, su familia, sociedad y aspecto laboral.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Manifestó haber presentado su primera menstruación a los 12 años de edad, cursar de manera normal su adolescencia, comentó asistir a planificación familiar junto con su esposo al momento de contraer matrimonio y asistir a consejería antes de tener su embarazo, así como a sus controles mensuales del mismo.

Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés: De acuerdo a la percepción de la paciente, no refiere estar sometida a situaciones de estrés, manifiesta no consumir alcohol, ni drogas o sustancias psicotrópicas.

Patrón 11: Valores y Creencias: Paciente se encuentra contenta con su vida, no manifiesta ningún tipo de agresión durante su crianza en su hogar. Pertenece a la religión católica, comenta asistir a misa todos los domingos y rezar en su casa con mucha devoción junto a su esposo.

Patrones funcionales alterados:

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico.

Patrón 4: Actividad/Ejercicio.

Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos

Examen Físico Regional

Piel: Blanca y pálida, normo hidratada.

Cabeza: Normocéfalo, sin presencia de prominencias óseas. Dolorosa a la palpación.

Cara: Fascies pálidas, presencia de cejas y pestañas con buena implantación.

Ojos: Simétricos, pupilas isocóricas, foto reactivas.

Nariz: Forma simétrica, vías aéreas permeables, sin presencia de lesiones ni secreciones.

Orejas: Presencia de pabellón auricular y de conducto auditivo externo. Simétricas.

Boca: Mucosas hidratadas y pálidas, labios simétricos.

Cuello: Acorde a su biotipo, flexible, no doloroso al movimiento, sin presencia de lesiones, ni adenopatías, sin ingurgitación yugular.

Tórax: Simétrico, presencia de mamas simétricas, con presencia de pezón, sin presencia de adenopatías. Presencia de respiraciones débiles.

Abdomen: Presencia de producto gestante vivo, presencia de estrías de manera prominente en región de mesogastrio así como la presencia del ombligo. Abdomen no doloroso a la palpación, ruidos hidro-aéreos presentes.

Columna vertebral: Simetría en cinturas escapulares y pelvianas, curvaturas simétricas, con presencia de espinosas. No refiere dolor al movimiento.

Región glútea: Piel hidratada, no hay presencia de cicatrices.

Extremidades superiores: Simétricas, ausencia de edemas, ni hematomas.

Extremidades inferiores: Simétricas, ausencia de edemas, ni hematomas. Algo de dificultad para mantener la marcha de manera sostenida.

Genitales: Normales, sin alteración, ausencia de sangrado, ni secreciones.

Glasgow: 14/15.

Impresión diagnóstica:

Embarazo único de 22 semanas más Anemia ferropénica

Conducta a seguir:

Tratamiento:

1.- Medidas de primera línea:

- Hierro terapéutico parenteral
- Solución salina.

2.- Medidas de segunda línea:

- Hierro terapéutico oral.
- Acido fólico tableta.

3.- Aspectos importantes: Se recomienda el consumo de alimentos que contiene folatos como: aguacate, banano, espárragos, frutas, hojas verdes, arvejas, fréjol seco, menudencia de pollo, hígado de pollo, garbanzo, haba tostada, harina de soya, harina de trigo fortificada. Además de actividad física hasta lograr un mantenimiento de la energía, inmunización durante el embarazo, cambios fisiológicos y conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo.

Precauciones generales para el consumo de Hierro:

- Guardar las tabletas de hierro fuera del alcance de los niños.
- No tomar hierro con café, té o leche, porque la absorción de hierro disminuye considerablemente con la ingesta de tanatos.
- Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas facilita su absorción.
- Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro.
- El hierro parenteral, si es aplicado por vía intramuscular puede ocasionar dolor y tatuaje en el sitio de inyección.

Efectos secundarios del tratamiento:

Anticipar la coloración negruzca de las heces y molestias gastrointestinales como ardor, pirosis, diarrea, estreñimiento.

Plan de cuidados de gestante de 22 semanas de gestación con anemia ferropénica

Diagnóstico NANDA, priorizado:

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión

Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales manifestado por ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR), palidez de mucosas, relacionado con, ingesta diaria insuficiente. (00002) (Herdman, 2015-2017)

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Resultados NOC:

Dominio: Salud Fisiológica.

Clase: Digestión y Nutrición.

Resultado: Estado nutricional (1004)

Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas. (Nursing Outcomes Classification (NOC), 2014)

Indicadores:

- Ingesta de nutrientes 2-----5
- Ingesta de alimentos 2-----5
- Ingesta de líquidos 4-----5
- Energía 2-----5

Intervenciones NIC:

Campo: Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento.

Clase: Apoyo nutricional.

Intervención: Asesoramiento nutricional (5246)

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. (Nursing Interventions Classification (NIC), 2014)

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deseen cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

- Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- Determinar el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Revisar con la paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.

Diagnóstico NANDA N°2:

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Diagnóstico: Intolerancia a la actividad manifestado por, arritmia, debilidad generalizada, fatiga, relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno. (00092)

Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Resultados NOC

Dominio: Salud Fisiológica.

Clase: Cardiopulmonar.

Resultado: Estado cardiopulmonar (0414)

Definición: Adecuación del volumen sanguíneo expulsado de los ventrículos e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.

Indicadores:

- Ritmo cardíaco 3-----5
- Intolerancia a la actividad 2 ----5
- Palidez 2-----5
- Fatiga 2-----5

Intervenciones NIC:

Campo: Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento.

Clase: Control de actividad y ejercicio.

Intervención: Manejo de la energía (0180)

Definición: Regulación de uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar funciones.

Actividades:

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Corregir los déficits del estado fisiológico como elementos prioritarios.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético y nutricional.
- Observar a la paciente por si aparecen indicios de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño de la paciente.

- Ayudar a la paciente a comprender los principios de conservación de la energía.

Diagnóstico NANDA N°3:

Dominio 8: Sexualidad.

Clase 3: Reproducción.

Diagnóstico: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal, manifestado por compromiso del transporte fetal de oxígeno (a causa de anemia). (00209)

Definición: Vulnerabilidad a la alteración de la díada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o afecciones relacionadas con el embarazo, que puede comprometer la salud del feto.

Resultados NOC:

Dominio: Salud Familiar.

Clase: Estado de salud de los miembros de la familia.

Resultado: Estado materno: parto (2509)

Definición: Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde la concepción hasta el comienzo del parto.

Indicadores:

- Afrontamiento de las molestias del embarazo 3-----5
- Hemoglobina 2-----5
- Hemograma 2-----5
- Cefalea 3-----5

Intervenciones NIC:

Campo: Familia: Cuidados que apoyan a la unidad familiar.

Clase: Cuidados de un nuevo bebé.

Intervención: Cuidados prenatales (6960)

Definición: Provisión de cuidados sanitarios durante el período de gestación.

Actividades:

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Monitorizar la ganancia de peso.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.
- Comentar las necesidades y preocupaciones nutricionales.
- Instruir a la paciente sobre los efectos de la exposición o de la ingestión de sustancias perjudiciales.
- Comentar el nivel de actividad con la paciente.
- Instruir a la paciente sobre las pruebas de laboratorio rutinarias que debe realizarse durante el embarazo.
- Monitorizar la presencia de factores de riesgo que afecten al estado de salud del feto o de la paciente.
- Ofrecer orientación anticipada sobre los cambios y molestias fisiológicas y psicológicas.
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar cambios y aliviar las molestias asociadas con el embarazo.
- Ofrecer orientación anticipada sobre los cuidados y consideraciones del lactante.

Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Ante la presencia de una paciente gestante, primigesta, en sala de emergencia, el primer paso a seguir fue la toma precisa y meticulosa de signos vitales, para la posterior valoración de exámenes de laboratorio, con lo que se determinó de manera inmediata una Anemia ferropénica, por lo cual aparte de ser atendida por el personal médico del servicio de ginecología, fue atendida por el personal de medicina interna y profesionales de nutrición. Corroborando de esta manera el diagnóstico médico inicial.

Se procedió al ingreso hospitalario, hasta lograr un mejor control y manejo de la sintomatología presente y garantizar el bienestar fetal, a través del monitoreo fetal.

Luego se canaliza vía periférica de gran calibre, prescrita, para posterior administración de fluidos y terapéutica, como es el hierro.

Se brinda consejería acerca del mantenimiento de la energía, se realiza valoración de las actividades cotidianas conjuntamente con la paciente y familiar para una optimización de la energía en cada una de ellas y así lograr una correcta tolerancia a la actividad física y emocional.

Con la ayuda del personal de nutrición, se evalúa el aspecto nutricional en referencia a su alimentación, por lo cual se brinda consejería para lograr que la paciente identifique y conozca su requerimiento nutricional durante el embarazo, en específico la ingesta de folatos. Así como, el consumo de suplementos, hierro terapéutico oral y ácido fólico.

Es preciso que la paciente conozca los signos de alerta materna, para establecer una prevención o su tratamiento oportuno.

Seguimiento:

- Se debe repetir la prueba de Hb en dos semanas después de comenzar el tratamiento para anemia establecida, para evaluar el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al tratamiento.
- Una vez que la concentración de hemoglobina está en el rango normal, la suplementación debe continuarse durante tres meses y hasta por lo menos seis semanas después del parto para reponer las reservas de hierro.
- Para parto hospitalario, el corte sugerido de Hb es < 10 mg/dL y $< 9,5$ mg/dL para parto en una unidad liderada por obstetra.
- Se realizará un último control de Hb en el tercer trimestre del embarazo, para comprobar que se haya corregido la deficiencia de hierro.
- Se debe asegurar insumos anticonceptivos para garantizar la salud materna en el puerperio y el espaciamiento adecuado hasta estabilización de Hb.
- De acuerdo a la teoría de Dorothea Orem, Modelo del Autocuidado, lo principal que se debe despertar en la paciente es la responsabilidad para recuperar la salud, enseñando y ayudando a identificar aspectos y actividades que desde su hogar la beneficien en la consecución de cada uno de los resultados que se pretende lograr , luego de las intervenciones de enfermería aplicadas.

Observaciones

- La mayor parte de la información fue aporta por la paciente, la misma que fue corroborada por parte de su esposo, en cuanto a sus hábitos alimenticios y nutricionales, poco beneficiosos para ella y su estado de gestación.

- La paciente presenta luego de presentar todo este cuadro clínico a causa de la anemia ferropénica y luego de recibir consejería ella y su acompañante, presenta una disposición para mejorar su estado de salud.
- La Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo y la guía de práctica clínica materna-neonatal, fueron parte fundamental en la definición de numerosos aspectos relacionados con el ejercicio profesional adecuado y oportuno.

CONCLUSIONES

La valoración de los datos objetivos y subjetivos, que se extraen de la usuaria, nos facilitan la elaboración de un juicio clínico respecto a su estado de salud y bienestar como un ser integral, para la posterior elaboración de actividades en base a respuestas humanas reales o potenciales que estén afectadas o en riesgo, considerando la diada madre e hijo. Así como de manera estándar las normas de bioseguridad, independientemente de cuál sea el nivel de atención que se involucre con la usuaria.

A través de la elaboración y aplicación de un plan de cuidados en una gestante de 22 semanas con diagnóstico médico de anemia ferropénica, permite obtener un dominio concreto acerca de dicha patología y de la forma en la influye durante el embarazo, tanto a la madre como al producto en gestación.

Podemos observar que la prevención es el principal y máximo mecanismo de defensa sobre muchas complicaciones en el embarazo, una comunicación efectiva de parte de los proveedores de salud y los usuarios, permite contrarrestar muchas dudas, además establece un nivel de cercanía entre la paciente, familia y personal de enfermería.

La valoración de los datos objetivos y subjetivos, que se extraen de la usuaria, nos facilitan la elaboración de un juicio clínico respecto a su estado de salud y bienestar como un ser integral, para la posterior elaboración de actividades en base a respuestas humanas reales o potenciales que estén afectadas o en riesgo, considerando la diada madre e hijo. Así como de manera estándar las normas de bioseguridad, independientemente de cuál sea el nivel de atención que se involucre con la usuaria.

La evaluación de las actividades de enfermería empleadas, permiten mediar la efectividad de las mismas para beneficio de la paciente.

Por lo antes expuesto, es preciso resaltar, que la acción de enfermería en cada uno de los momentos de la vida de los usuarios, nos permite adquirir conocimiento y un valor humano, que se ve expresado en cada aspecto por el que se centra el cuidado enfermero, así como los diferentes campos de acción de enfermería (investigación, administración y docencia).

Es importante que el personal de enfermería conozca acerca de la adecuada administración y tratamiento que se debe tener en cuenta el proceso de administración de hierro por vía parenteral, es preciso advertir acerca de la fotosensibilidad del hierro, los cambios fisiológicos que pueden ocurrir luego de su administración y aquellos factores que favorecen su absorción como lo es el ácido ascórbico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arthritis Foundation National Office.* (2016). Obtenido de <http://espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/cuerpo-fatiga>
- Ecuador, M. M. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo-Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- FERRITINA.ORG.* (2018). Obtenido de www.ferritina.org
- Foundation, A. (2016). *Arthritis Foundation*. Obtenido de Arthritis Foundation: <http://espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/cuerpo-fatiga/>
- Herdman, T. H. (Ed.). (2015-2017). *NANDA International Diagnósticos Enfermeros*. Barcelona: Elseiver.
- Infogen.* (12 de Marzo de 2015). Obtenido de <http://infogen.org.mx/anemia-en-el-embarazo/>
- Kristensen-Cabrera, A. (2015). *The prevalence of anemia 2011*. Geneva: World Health Organization.
- National Heart Lung and Blood.* (09 de Septiembre de 2016). Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/anemia-espanol>
- Nursing Interventions Classification (NIC).* (2014). Barcelona: Elseiver.
- Nursing Outcomes Classification (NOC).* (2014). Barcelona: Elseiver.
- Olivares, T. (21 de Septiembre de 2015). *MATERNIDAD FÁCIL*. Obtenido de MATERNIDAD FÁCIL: <http://maternidadfacil.com/embarazo-de-alto-riesgo/>
- Olivares, T. (2017). *MATERNIDAD FÁCIL*. Obtenido de <http://maternidadfacil.com/embarazo-de-alto-riesgo/>

Pinheiro, D. P. (30 de Agosto de 2017). *MD. SAÚDE*. Obtenido de <https://www.mdsaude.com/es/2015/11/sintomas-de-la-anemia.html>

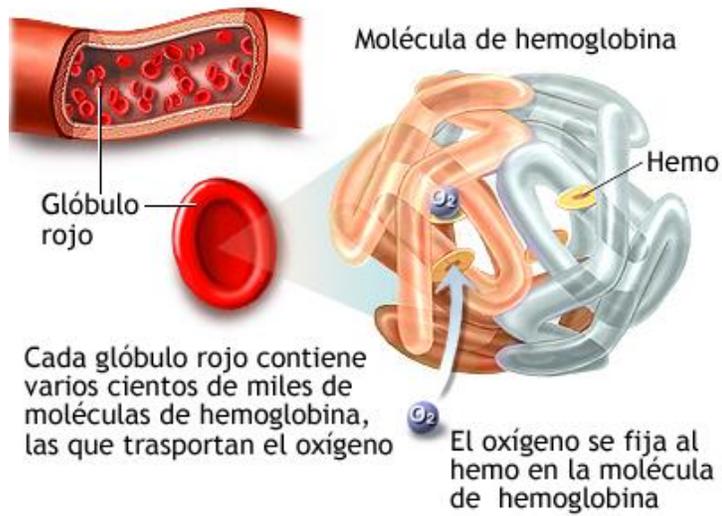
S, E. P. (15 de Junio de 2010). *Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición*. Obtenido de https://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp

Salud Ediciones. (5 de Junio de 2015). Obtenido de <http://www.saludediciones.com/2015/06/05/anemia-sangre-con-menos-globulos-rojos/>

Salud, O. M. (2017). *Malnutrición*.

ANEXOS







UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 28 de septiembre del 2017**, donde se indica: *“Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: **AGUILERA MUÑOZ IVETTE MARIA**, en la carrera de **ENFERMERIA**. Por consiguiente se encuentra **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**”*.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017.


Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



Revisión
03/10/2017 M 10:06 AM



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE			
CEDULA:	1207962257		
NOMBRES:	IVETTE MARIA		
APELLIDOS:	AGUILERA MUÑOZ		
SEXO:	FEMENINO		
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA		
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	AV. UNIVERSITARIA		
TELÉFONO DE CONTACTO:	0960063436		
CORREO ELECTRÓNICO:	IVIAGUI89@GMAIL.COM		
APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	NO
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI
DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE			
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	ENFERMERIA		
MODALIDAD:	SEMESTRE		
FECHA DE FINALIZACIÓN			
MALLA CURRICULAR:	31-08-2017		
TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE):	NO		
TRABAJA:	NO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	NO		
MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA			
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA			

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso.
Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017

Ivette Aguilera M.
ESTUDIANTE

[Signature]
SECRETARIO(A)
03/10/2017 10:06 M



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo.
052 570 368
rectorado@utbeduec
www.utbeduec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 2 de Octubre de 2017

Señor.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **IVETTE MARIA AGUILERA MUÑOZ** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1207962257** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: marzo - agosto 2017. ;

estudiante de la carrera de: **ENFERMERIA**

una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación por medio de de la siguiente opción de titulación:

EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **IVIAGUI89@GMAIL.COM**

Por la ateción al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

Ivette Aguilera M.

ESTUDIANTE

[Signature]
03/10/2017 M 10:00

SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo
052 570 368
rectorado@utb.edu.ec
www.utb.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Babahoyo, 03 de octubre del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer.Msc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mis consideraciones.

Por medio de la presente Yo, **AGUILERA MUÑOZ IVETTE MARÍA**, con Cédula de Identidad # 1207962257, egresado (a) de la carrera de **ENFERMERÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida, autorice a quien corresponda, me recepte la documentación pertinente para la inscripción al Proceso de Titulación e la modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**.

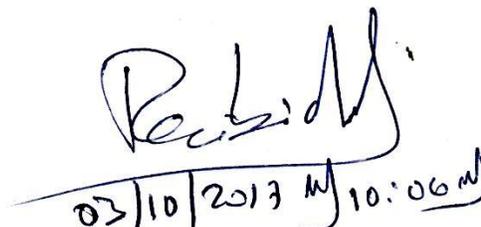
Por la aceptación que se le da a la presente, le reitero mis agradecimientos.

Atentamente,



Aguilera Muñoz Ivette María

C.I. # 120796225-7


03/10/2017 M/ 10:06 M/



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Babahoyo, lunes 29 de Enero del 2018

**Doctora
Alina Izquierdo Cirer, MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**

En su despacho.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **AGUILERA MUÑOZ IVETTE MARÍA**, con cédula de ciudadanía **1207962257**, egresada de la carrera de **ENFERMERÍA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, solicito que se me recepte de manera formal mi tema de **Caso Clínico N° 14** para el Proceso de Titulación en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**. Que es:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN AMBARAZADA DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ANEMIA FERROPÉNICA.

Atentamente

Ivette Aguilera M.
.....
IVETTE MARIA AGUILERA MUÑOZ
1207962257

Recibido
29/01/2018 19:38

CASO CLINICO # 14

DATOS DEL PACIENTE

NN	Ocupación: Secretaria
Edad: 22 años	Residencia actual: Babahoyo
Sexo: Femenino	Servicio: Emergencia
Estado civil: Casada	
Escolaridad: Secundaria	
Nacionalidad: Ecuatoriana	

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 22 semanas de embarazo ingresa al servicio de emergencia en compañía de su esposo por presentar síncope en un cuadro de evolución de 4 horas caracterizado por vértigo, astenia, anorexia, arritmia, cefalea, palidez, intolerancia a la actividad y malestar general.

EXÁMENES POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel y mucosas: Piel blanca y pálida, mucosas hidratadas, normo pigmentada, lisa.

Tórax: Simétrico, respiraciones débiles.

Extremidades: Simétricas, ausencia de edemas ni hematomas.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Embarazo Único De 22 Semanas más Anemia Ferropenia

Examen físico

TA: 100/60 mmhg

FC: 100x'

FR: 16 x'

Talla: 1.56 m

Peso: 52 kg

SIGNOS VITALES	
TA	100/60 mmhg
FC	100x'
FR	16 x'
Talla	1.56 m
Peso	52 kg

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Rct GB	8.2 X 10 ³ ul
Hb	8.0 g/dL
Hto	24%
GRB	4.0 X 10 ⁶ uL
VCM	60 fL/ red cell
CHCM	20 pg/ red cell
Plaquetas	33 g/L
LDH	210 U/L

Conforme los diagnósticos de enfermería correspondientes utilizando taxonomía NANDA
 Valorar según el cuidado de atención de enfermería y el tipo de patología descrita, las prioridades y conducta a seguir en este caso clínico.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA ENFERMERIA**



Babahoyo, 2 de abril del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **AGUILERA MUÑOZ IVETTE MARÍA**, con cédula de ciudadanía 120796225-7, egresada de la Escuela de Enfermería, carrera Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente practico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, Tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN EMBARAZADA DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ANEMIA FERROPÉNICA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido (a).

Atentamente,

Ivette Aguilera M.

IVETTE MARÍA AGUILERA MUÑOZ
C.I 120796225-7

[Handwritten Signature]
02/04/2018 W 12:45