

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

**TITULO DEL CASO CLINICO:**

**ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTE FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD**

**AUTORA:**

**DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA**

**BABAHOYO - LOS RIOS**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACION



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDA. BLANCA ALVAREZ MACÍAS, MSC.  
DECANA  
O DELEGADO (A)

LCDA. LIGIA VARGAS ANGULO, MSC.  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)

LCDA. MARÍA C. VERA MARQUEZ, MSC.  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)

LCDA. DALILA GOMEZ ALVARADO  
SECRETARIA GENERAL (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO



## INDICE GENERAL

<b>PORTADA</b>	
<b>INDICE GENERAL</b> .....	2
<b>TABLA DE CONTENIDO DE IMÁGENES:</b> .....	3
<b>INTRODUCCION</b> .....	4
<b>MARCO TEORICO</b> .....	5
<b>FISIOPATOLOGÍA</b> .....	5
<b>ETIOLOGÍA</b> .....	6
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b> .....	7
<b>DIAGNÓSTICO</b> .....	8
<b>ANEMIA FERROPÉNICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL</b> .....	10
<b>TRATAMIENTO</b> .....	11
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	13
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> .....	14
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> .....	14
<b>DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b> .....	15
<b>METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	16
<b>ANÁLISIS MOTIVO DE CONSULTA</b> .....	16
<b>HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE</b> .....	16
<b>ANAMNESIS</b> .....	16
<b>ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.</b> .....	17
<b>EXPLORACIÓN CLÍNICA</b> .....	19
<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.</b> .....	20
<b>VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)</b> .....	21
<b>PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS</b> .....	22
<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.</b> .....	22
<b>CONDUCTA A SEGUIR</b> .....	23
<b>PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON ANEMIA FERROPÉNICA</b> .....	25
<b>INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.</b> .....	26
<b>CONCLUSIONES</b> .....	28
<b>ANEXOS</b> .....	29
<b>Figura N°1 Paciente con Oxigenoterapia</b> .....	30
<b>Figura N°2 Debilidad-Fatiga</b> .....	30
<b>Figura N°3 Valores de Laboratorio</b> .....	31
<b>Figura N°1 seguimiento de la paciente</b> .....	31
<b>REFERENCIAS</b> .....	32

## **TABLA DE CONTENIDO DE IMÁGENES:**

<b>FIGURA 1 PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA.....</b>	<b>30</b>
<b>FIGURA 2 SINTOMA: DEBILIDAD FATIGA.....</b>	<b>30</b>
<b>FIGURA 3 EXAMENES DE LABORATORIO.....</b>	<b>31</b>
<b>FIGURA 4 SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUCCION

Esta enfermedad se manifiesta como un descenso de las cifras de hemoglobina, hematíes pequeños (microcitosis). Se calcula que afecta al 2-5% de los hombres adultos y de las mujeres postmenopáusicas en el mundo desarrollado. en el caso de las mujeres en edad fértil se observa hasta en el 10%. (Ruiz , 2007)

El conocer las características de la anemia ferropénica ayuda al personal de salud a identificar correctamente los parámetros de esta patología, generando una fortaleza en los programas de salud pública respecto a dicha problemática.

La cual motiva a realizar el siguiente caso clínico: Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, que ingresa con un cuadro de fatigabilidad presentada desde hace un mes la cual se acompaña de mareos y palpitaciones. Por lo tanto, como estudiante de la carrera de enfermería pretendo investigar las características clínicas y epidemiológicas de la anemia ferropénica en esta paciente, con el propósito de dar a conocer dichas características y describir los procesos e intervenciones que el personal de enfermería podría realizar ante el manejo de un paciente con la patología antes mencionada.

## MARCO TEORICO

### FISIOPATOLOGÍA

El hierro se distribuye en metabólico activo y depósitos. El hierro corporal total es de alrededor de 3,5 g en hombres sanos y de 2,5 g en mujeres; la diferencia se relaciona con el menor tamaño corporal de ellas, los niveles de andrógenos más bajos y la escasez de hierro de reserva por las pérdidas menstruales y el embarazo. En un hombre promedio, la distribución del hierro corporal es Hb 2.100 mg, ferritina 700 mg (en células y plasma), hemosiderina 300 mg (en células), mioglobina 200 mg, enzimas tisulares (hemo y no hemo) 150 mg y compartimiento de transporte de hierro 3 mg. (Fernandez, Salas , & Arija, 1997)

### ABSORCIÓN DE HIERRO

La dieta estadounidense promedio, que contiene 6 mg de hierro elemental/kcal de alimento, es adecuada para la homeostasis del hierro. De alrededor de 15 mg/día de hierro de la dieta, los adultos absorben sólo 1 mg, que es la cantidad aproximada que se pierde diariamente por descamación celular de la piel y el intestino. En la depleción de hierro, se incrementa la absorción, aunque no se conoce el mecanismo de señalización exacto; sin embargo, la absorción rara vez aumenta a > 6 mg/día, a menos que se agregue un suplemento de hierro. Los niños tienen mayor necesidad de hierro y parecen absorber más para satisfacerla. (Crosby, 1987)

## ALMACENAMIENTO Y RECICLADO DE HIERRO

El hierro que no se utiliza para la eritropoyesis es trasladado por la transferrina, una proteína transportadora de hierro, a los depósitos de hierro; el hierro se almacena en 2 formas: ferritina y hemosiderina. La más importante es la ferritina (un grupo heterogéneo de proteínas que rodean un núcleo de hierro), que es una fracción soluble y de depósito activo localizada en hígado (hepatocitos), médula ósea y bazo (en macrófagos), en los eritrocitos y en el suero. Se dispone fácilmente del hierro almacenado en forma de ferritina para cualquier requerimiento corporal. La concentración de ferritina circulante (suero) corre paralela al tamaño de las reservas corporales ( $1 \text{ mg/mL} = 8 \text{ mg}$  de hierro en el pool de almacenamiento). El segundo depósito de hierro es la hemosiderina, que es relativamente insoluble y se almacena sobre todo en el hígado (en las células de Kupffer) y en la médula ósea (en macrófagos). (Paz & Hernandez, 2005)

Como la absorción es tan limitada, el cuerpo recicla y conserva el hierro. La transferrina capta y recicla el hierro disponible de los eritrocitos envejecidos que son fagocitados por fagocitos mononucleares. Este mecanismo aporta alrededor del 97% del hierro diario requerido (alrededor de 25 mg). Con el envejecimiento, los depósitos de hierro tienden a aumentar porque la eliminación de éste es lenta.

## ETIOLOGÍA

Como el hierro se absorbe poco, el incorporado con la dieta apenas cubre el requerimiento diario en la mayoría de las personas. Aun así, es improbable que los que consumen una dieta occidental habitual presenten deficiencia de hierro sólo como resultado de déficits alimentarios. Sin embargo, las pérdidas incluso

modestas, el aumento de los requerimientos o la menor ingesta provocan fácilmente una deficiencia de hierro. (Mearin , Balboa , & Castells, 2010)

Casi siempre la causa es una pérdida de sangre. En los hombres, el motivo más frecuente es la pérdida de sangre oculta y crónica, en general del aparato digestivo. En las mujeres premenopáusicas, la pérdida de sangre menstrual acumulada (media, 0,5 mg hierro/día) es una causa común. (Guy J, 1995) Otra posible causa de hemorragia en hombres y mujeres es la hemólisis intravascular crónica cuando la cantidad de hierro liberado durante la hemólisis supera la capacidad de unión de la haptoglobina. La deficiencia de vitamina C puede contribuir a la anemia por deficiencia de hierro, al causar fragilidad capilar, hemólisis y sangrado.

Puede haber disminución de la absorción de hierro en caso de gastrectomía y de síndromes de malabsorción del intestino delgado alto. Rara vez, la absorción disminuye por privación dietética secundaria a desnutrición. (Venofer, 2002)

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

La mayoría de los síntomas de deficiencia de hierro se deben a anemia. Estos síntomas son cansancio, pérdida de resistencia, disnea, debilidad, mareos y palidez. El cansancio también puede deberse a una disfunción de las enzimas celulares que contienen hierro. (ORTÍN, 2003)

Además de las manifestaciones habituales de la anemia, la deficiencia de hierro pronunciada provoca algunos síntomas infrecuentes. Los pacientes pueden presentar pica, un ansia anormal de comer o lamer sustancias no nutritivas y poco usuales (p. ej., hielo, tierra, pintura). Otros síntomas de deficiencia grave son la



glositis, la queilosis, las uñas cóncavas (coiloniquia) y, rara vez, una disfagia causada por una membrana esofágica poscricoidea (síndrome de Plummer-Vinson).

## DIAGNÓSTICO

- Hemograma completo, hierro sérico, capacidad de fijación de hierro y ferritina sérica
- Rara vez, examen de la médula ósea

Se sospecha una anemia ferropénica en pacientes con pérdida de sangre crónica o anemia microcítica, en particular si hay pica. En estos pacientes, se solicita un hemograma completo, hierro sérico y evaluación de la capacidad de fijación de hierro.

Por lo general, el hierro y la capacidad de fijarlo (o transferrina) se miden porque su relación es importante. Hay diversas pruebas; el rango de valores normales se relaciona con la prueba usada. Por lo general, el hierro sérico normal es de 75 a 150  $\mu\text{g/dL}$  (de 13 a 27  $\mu\text{mol/L}$ ) en hombres y de 60 a 140  $\mu\text{g/dL}$  (de 11 a 25  $\mu\text{mol/L}$ ) en mujeres; la capacidad total de fijación de hierro es de 250 a 450  $\mu\text{g/dL}$  (de 45 a 81  $\mu\text{mol/L}$ ). La concentración sérica de hierro es baja en la ferropenia y en numerosas enfermedades crónicas, y es alta en los trastornos hemolíticos y en los síndromes de sobrecarga de. El rango de lo normal es de 3,0 a 8,5  $\mu\text{g/mL}$ . Los niveles aumentan en la deficiencia de hierro temprana y con la mayor eritropoyesis. (Moreira & Lopez, 2009)

Las concentraciones séricas de ferritina se asocian estrechamente con los depósitos de hierro corporal total. En la mayoría de los laboratorios, el rango

normal es de 30 a 300 ng/mL, y la media es de 88 ng/mL en hombres y de 49 ng/mL en mujeres. Las bajas concentraciones (< 12 ng/mL) son específicas de deficiencia de hierro. Sin embargo, la ferritina es un reactante de fase aguda, y las concentraciones se incrementan en trastornos inflamatorios y neoplásicos, de manera que también puede aumentar en caso de lesión hepática (p. ej., hepatitis) y en algunos tumores (en especial, leucemia aguda, linfoma de Hodgkin y tumores digestivos).

#### ESTADIOS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO

Los resultados de las pruebas de laboratorio ayudan a estadificar la anemia ferropénica.

**El estadio 1** se caracteriza por disminución de los depósitos de hierro de médula ósea; la Hb y el hierro sérico se mantienen normales, pero la concentración sérica de ferritina desciende a < 20 ng/mL. El aumento compensatorio de la absorción de hierro causa un incremento de la capacidad de fijación de hierro (concentración de transferrina).

**Durante el estadio 2** hay alteración de la eritropoyesis. Si bien aumenta la concentración de transferrina, la concentración sérica de hierro disminuye, y también la saturación de transferrina. La eritropoyesis se altera cuando el hierro sérico desciende a < 50 µg/dL (< 9 µmol/L) y la saturación de transferrina, a < 16%. Aumenta la concentración sérica de receptores de ferritina (> 8,5 mg/L).

**Durante el estadio 3**, aparece una anemia con eritrocitos de aspecto normal e índices hematimétricos normales.

**Durante el estadio 4**, sobreviene la microcitosis y luego la hipocromía.

**Durante el estadio 5**, la deficiencia de hierro afecta los tejidos, con los consiguientes signos y síntomas. (S.R, 2004)

El diagnóstico de anemia ferropénica insta a considerar su causa, en general hemorragia. Los pacientes con pérdida de sangre evidente (p. ej., mujeres con menorragia) pueden no requerir más estudios. Los hombres y las mujeres posmenopáusicas sin pérdida de sangre evidente deben ser sometidos a una evaluación del aparato digestivo, porque la anemia puede ser la única manifestación de un cáncer digestivo oculto. Rara vez, el paciente subestima la epistaxis o la hemorragia urogenital crónica, que requiere evaluación en caso de resultados normales del estudio digestivo.

#### ANEMIA FERROPÉNICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

En la mujer en edad fértil (de 15 a 50-55 años), el interrogatorio acerca de las características de la menstruación (cantidad, duración, existencia de coágulos, duración de los ciclos ...) permitirá orientar muchos de los casos. Hasta el 5-10% de las mujeres en edad fértil presentan anemia ferropénica. La percepción que la mujer tiene de sus propias pérdidas menstruales muy a menudo no es exacta, por ello en la anamnesis debe insistirse en el número de compresas y/o tampones empleados en cada menstruación, para poder tener una información lo más precisa posible. Hay que considerar que, aunque no exista una causa orgánica ginecológica, pueden

producirse alteraciones funcionales de origen hormonal que condicionen pérdidas hemorrágicas excesivas que produzcan un déficit de hierro, que si se perpetúa dará lugar a la aparición de una anemia ferropénica. Las ferropenias por falta de aporte son infrecuentes en la práctica clínica de los países desarrollados. Únicamente se ha constatado en mujeres sometidas a regímenes dietéticos exentos de hierro, trastornos de la alimentación (anorexia/bulimia). (Rodriguez , 2001).

## TRATAMIENTO

La OMS recomienda intervenir en las poblaciones de riesgo con un plan de ataque en tres direcciones que evite el desarrollo de anemia: Administrar suplementos de hierro en los grupos de riesgo. Controlar infecciones o infestaciones (parásitos) que inducen pérdidas digestivas como la malaria y la esquistosomiasis. Mejorar el estado nutricional con campañas informativas sobre las características que debe reunir una dieta equilibrada. (VF, 2009) Dieta rica en hierro Se recomienda dieta rica en hierro como prevención primaria del déficit. Para asegurar un aporte adecuado, es recomendable incrementar los alimentos ricos en hierro biodisponible en las poblaciones de riesgo. Anemia ferropénica / ferropenia  
Ferroterapia oral Hierro elemental 100-200 mg/día /6 meses Intolerancia Falta de absorción Requerimientos rápidos de reposición Hierro parenteral 600 mg/hierros semanales máximo Buscar y tratar la causa. No obstante, el tratamiento principal de la anemia ferropénica es la administración oral de hierro inorgánico en forma ferrosa.

Las Mujeres en edad fértil Pueden presentar pérdidas menstruales copiosas que predisponen al déficit de hierro. Otras causas pueden ser el uso de dispositivos intrauterinos, multiparidad y dietas hipocalóricas frecuentes. Las recomendaciones

para este grupo son: Fomentar el consumo de alimentos ricos en hierro y alimentos que favorezcan su absorción. En las dietas vegetarianas estrictas es útil el empleo de alimentos fortificados como cereales o bien alimentos con alto contenido en hierro, como algunos tipos de algas, soja o tofu. Las mujeres sometidas a dietas hipocalóricas pueden requerir la suplementación farmacológica. (Garcia, 2009)

## **JUSTIFICACIÓN**

La Enfermera y los demás profesionales de salud deben siempre brindar un cuidado de calidad y calidez, esto permite una mejor comprensión de las enfermedades y en particular la influencia que tiene el tratamiento en la modificación del patrón comportamiento habitual del paciente.

La identificación temprana de la anemia ferropénica permitiría una mejor y oportuna intervención por parte de los profesionales e instituciones involucradas en el manejo de los mismos. La información adecuada nos permitirá diseñar estrategias que conllevan a intervenciones oportunas para disminuir y prevenir el riesgo de la deficiencia de hierro y presencia de anemia ferropénica en mujeres por parte del profesional de enfermería.

Siendo la anemia ferropénica un problema de gran magnitud a nivel mundial; surge de aquí el propósito fundamental de evidenciar las condiciones que afectan directamente el estado de salud y calidad de vida de un paciente con deficiencia de hierro; con inversiones en salud, educación y economía y nutrición.

**OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar el manejo de los pacientes con anemia ferropénica, mediante el análisis de un estudio de caso.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Fomentar el autocuidado de los pacientes con anemia ferropénica.
- Describir un plan de cuidados estandarizados para los pacientes con anemia ferropénica.

## **DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

**Nombres completos:** NN

**Edad:** 25 años

**Sexo:** Femenino

**Fecha de nacimiento:** 25/03/1992

**Lugar de Nacimiento:** Guaranda

**Estado civil:** Soltera

**Hijos:** No

**Nivel de estudios:** Secundaria

**Nivel sociocultural/económico:** Medio Bajo

**Raza:** Mestizo

**Religión:** ninguna

**Procedencia Geográfica:** Quito - Prov. Pichincha.

**HC:** 1050367899

**CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR:** Casa de construcción mixta sin pintar con dos cuartos, poco alumbrado, cuenta con agua potable y energía eléctrica, no hace uso de líneas de teléfonos e internet.

## **PRESUPUESTO ECONÓMICO**

**Ocupación:** Empleada Domestica

**Salario:** 320 dólares

**INGRESO TOTAL:** 320 dólares mensuales



## **METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **ANALISIS MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 25 años de edad, de sexo femenino ingresa al área hospitalaria refiriendo fatiga iniciada desde hace un mes asociada a disnea con esfuerzo con mareos frecuentes y palpitaciones, al interrogatorio dirigido no refiere dolor toraxico rectorragia ni melena.

### **HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE**

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Antecedentes paternos: NO REFIERE

Antecedentes maternos: NO REFIERE

Antecedentes patológicos personales: La paciente refiere haber tenido flatulencias y aumento de peso este último año y haber tenido resfriado hace una semana también comunico que hace 10 años atrás fue hospitalizada por presentar un cuadro de neumonía.

#### **ANAMNESIS**

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad con antecedentes de neumonía presentada hace 10 años, refiere haber tenido fluctuaciones en su peso y cuadros

De resfriado, paciente en la actualidad se encuentra orientada en tiempo y espacio, aunque físicamente denota palidez generalizada y una alteración en su respiración motivo por el cual amerita su visita a la unidad hospitalaria, ya que ah presentado mareos y episodios de fatiga acompañado de disnea hace un mes.

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

Al analizar el cuadro clínico llegamos a la observación que las mujeres en edad fértil son muy propensas a padecer anemia ferropénica una enfermedad producida por la deficiencia de hierro provocando cuadros de fatiga por la falta de oxigenación celular, debido a que muchas veces no mantienen un buen comportamiento nutricional, que les permita prevenir patologías por la escasa o excesiva ingesta de alimentos o sustancias vitales para el buen funcionamiento del organismo.

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTUAL</b>	<b>OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>
Anemia ferropénica	Patología producida por la deficiencia de hierro en las células del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutricional</li> <li>• Disminución de la absorción</li> <li>• Inflamación intestinal crónica</li> </ul>	Fatiga Mareos Palidez generalizada Disnea Palpitacion

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de sangre</li> </ul>	es
Fatiga	Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de fatiga crónica</li> <li>• Fatiga respiratoria</li> </ul>	Leve Moderado Intenso
Nutrición	La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales.	Autótrofa  Heterótrofa	Dieta Control de peso Desnutrición Vitaminas Obesidad

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Inspección general

Actitud: Semifowler

Facies: Excesivamente pálida

Marcha y movimiento: Eubásica

Estado de conciencia: Orientada en tiempo y espacio.

Piel y faneras: Edema a nivel de los pies, tórax y abdomen con una leve coloración azulada.

A la exploración el paciente se encuentra orientado y bien nutrido. Presenta una tensión arterial de 125/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto y una saturación basal de oxígeno del 89%. Auscultación cardíaca con presencia de soplo sistólico y eyección de intensidad, Auscultación pulmonar se manifiesta disnea con sonidos crepitantes existentes.

Destacable observación en la disminución de la saturación de la paciente así como su cuadro de debilidad intensa, Los exámenes de laboratorio revelan que su hemoglobina se encuentra en 9g/dl lo cual explica su debilidad y baja saturación acompañado de un hematocrito de 38%g/dl y su valor de hierro en sangre en

45mg/dl, leucocitos en 6800 ( $10^3$ /ul) neutrófilos en 60%, linfocitos en 54% y su albumina en 3%

## **FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.**

Examen físico:

**Cabeza:** Simétrica, con presencia de caspa

**Fascies:** Notablemente pálidas

**Ojos:** Simétricos, conjuntivas pálidas

**Nariz:** Mucosas húmedas, permeable, sin laceraciones

**Boca:** Presenta lengua saburral

**Oídos:** Simétricos bilaterales sin problemas auditivos

**Cuello:** sin adenopatías, su estructura morfológica se encuentra dentro de lo normal

**Auscultación cardiaca:** presencia soplo sistólico y eyección de intensidad

**Tórax:** Presenta coloración azulada con tiraje, disnea, se escuchan sonidos crepitantes pulmonares.

**Miembros superiores:** Morfológicamente normales sin presencia de edemas, dermatitis, eritemas.

**Abdomen:** Simétrico, Depresible, presenta un abdomen con coloración azulada. Se observa cicatriz en la región de fosa iliaca derecha.

**Miembros inferiores:** Simétricos, con presencia de edemas a nivel de los pies, no se observan varices.

**Órganos genitales:** No valorados

## **VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)**

**1. Percepción / Control De Salud** Antecedentes de neumonía hace 10 años, alteraciones en su peso el último año.

**2. Nutricional Y Metabólico** Piel y membranas notablemente pálidas, mucosas Integras y limpias. Fluctuaciones en su peso.

**3. Eliminación:** no refiere alteraciones en orina, sin presencia de melenas, edema en región de los pies.

**4. Actividad / Ejercicio:** Disnea de esfuerzo, fatigabilidad, saturación baja de oxígeno.

**5. Sueño / Descanso:** Sin alteraciones

**6. Cognitivo / Perceptual:** Mareos frecuentes.

**7. Autocontrol / Autoconcepto:** - No valorable

**8. Rol Y Relaciones** - Soltera. Vive sola por trabajo, buena relación con sus amistades.

**9. Sexualidad / Reproducción** - No valorable.

**10. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés:** Aspecto débil, pero orientada en tiempo y espacio, colabora a interrogatorio.

**11. Valores Y Creencias:** Ninguna.

#### **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS**

- Patrón Actividad- Ejercicio
- Patrón Nutricional-Metabólico
- Cognitivo-Perceptual

#### **FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.**

Tomando en cuenta el recopilado de exámenes y valoraciones realizados a la paciente denotando en ella que en primer lugar se encuentra con una saturación por debajo de los límites normales, y que al observar en ella su dificultad para respirar y mantenerse tranquila se apoya el diagnóstico en los valores de laboratorio en los cuales resalta como prioridad su alarmante descenso de hemoglobina y hierro en sangre con valores de 9g/dl en hemoglobina y 45mg/dl en hierro, se descarta

también una patología presuntivamente cardiaca o pulmonar aunque las complicaciones podrían afectar otros órganos y desencadenar alteraciones si no se da un debido manejo a la patología de base.

### **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

- Anemia Ferropénica

### **CONDUCTA A SEGUIR**

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

El hierro se administrará por vía oral, la ferroterapia debe tener en cuenta:

1. El hierro se absorbe mejor en el duodeno y en la porción proximal del yeyuno.
2. La dosis diaria debe aportar entre 150 y 200 mg de hierro elemental. Esta dosis se puede ingerir en tres o cuatro tomas diarias, con cápsulas o comprimidos de 50 a 100 mg de hierro.
3. El hierro se absorbe mejor en forma de sulfato ferroso y en un medio ácido. Por esta razón se debe tomar una hora antes de las comidas. La ingestión de hierro con vitamina C también favorece la absorción.
4. La administración de hierro puede causar efectos secundarios digestivos tales como pirosis, estreñimiento y diarrea.

### **Intervenciones de Enfermería**

1. Suministrar oxígeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.



2. Administración de medicamentos como:

- Sulfato ferroso
- Vitamina b 12

3. Explicar los efectos adversos de estos como en el caso específico de le sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un negro

4. Informar sobre una dieta correcta, indicando que alimentos son ricos en hierro.

5. Informar sobre las pruebas diagnósticas para establecer la causa de la anemia.

6. Determinación de Hb y recuento de eritrocitos para valorar la respuesta del tratamiento.

7. Hacer hincapié en el cumplimiento de la dieta y tratamiento farmacológico:

<b>PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON ANEMIA FERROPÉNICA</b>		
<b>DIAGNOSTICO NANDA</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>
<p><b>DX:</b> INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p><b>R/C:</b> Déficit de aporte de oxígeno a los tejidos.</p> <p><b>M/P:</b> Fatiga ya que al reducir los niveles de hemoglobina no hay adecuado aporte de oxígeno.</p>	<p><b>0001 RESISTENCIA</b> 000107PATRON ALIMENTARIO 000112 CONCENTRACION SANGUINEA DE OXIGENO</p> <p><b>0002 CONSERVACION DE ENERGIA</b> 000207MANTIENE UNA NUTRICION ADECUADA</p> <p><b>0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b> 000502 FRECUENCIA CARDIACA EN RESPUESTA A LA ACTIVIDAD</p>	<p><b>OXIGENOTERAPIA (3320)</b> -Mantener la permeabilidad de las vías aéreas -Administración de oxígeno y control de su eficacia -Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, pulsímetro, gasometría arterial, si procede - Vigilar el flujo del litro de oxígeno - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</p> <p><b>MANEJO DE LA NUTRICION (1100)</b> -Determinar las preferencias de las comidas del paciente -fomentar la ingesta de alimentación adecuada y estilo de vida</p> <p><b>MANEJO DE ENERGIA (0180)</b> -Determinar las limitaciones físicas el paciente -Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria.</p>

## **INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Cuando se diagnostica la anemia ferropénica, muy aparte de la implementación de hierro o el disminuir la sintomatología referida por la paciente , es indispensable en el proceso de recuperación el rol que desempeña el equipo de enfermería implementando la teoría de Dorothea Oren y su principal propósito lograr el autocuidado, brindare todas las herramientas que permitan que mi paciente adopte estilos de vida saludable , mejorando así su salud y estilo de vida.

- Se realizó interconsultas al servicio de Nutrición, para ayudar a un correcto manejo de su deficiencia de hierro.
- Al ingreso se monitorizaron las constantes vitales y se implementó oxigenoterapia
- Se administra dosis de hierro a manera de capsulas de 200mg las cual se realiza en tomas de 4 veces al día.
- Se realizaron controles analíticos periódicos ajustando los aportes de hierro según los resultados.
- Durante el proceso de recuperación se le brindo consulta con el nutricionista el cual le indico el tipo de alimentación que debería llevar.

- Se mostro mejoría en su aportación de oxígeno lo cual favoreció al destete de oxigenoterapia de la paciente.
  
- Se produjo una progresiva mejoría de hemograma y sintomatología.

## **CONCLUSIONES**

La anemia ferropénica representa un problema de salud pública mundial, afectando a los principales grupos de riesgo como (niños, ancianos, y mujeres en edad reproductiva).

Posterior a la realización del proceso de atención de enfermería se pudo conocer más a fondo y de manera práctica acerca de la patología “Anemia ferropénica” y todas las complicaciones que se pueden ocasionar. Así mismo se pudieron realizar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades que requería la paciente y lograr así su pronta recuperación.

Se debe fomentar el cuidado con medidas dietéticas a todos los pacientes con anemia en sus diferentes tipos, además de realizar controles de manera periódica con la finalidad de preservar una vida saludable.

# ANEXOS



**Figura N°1 Paciente con Oxigenoterapia**



**Figura N°2 Debilidad-Fatiga**

**Tabla 2.** Resultados del hemograma inicial practicado a la paciente.

Parámetros	Unidades	Resultado	Valores de referencia
Hematocrito	%	29.5	35.2-52.8
Hemoglobina	%	9.6	12.7-16.3
Eritrocitos	eri/ $\mu$ l	4.760.000	3.000.000-8.000.000
Leucocitos	leu/ $\mu$ l	12.000	8.300-7.500
Neutrófilos	%	72	65-73
Eosinófilos	%	2	1-8
Linfocitos	%	26	9-26
Plaquetas	pt/ $\mu$ l	32.000	160.000-525.000
Proteínas	g/dl	7	6 - 8

Otros: anisocitosis ++, microcitosis ++, macrocitos ++, hipocromia ++, policromatofilia ++ macroplaquetas

### Figura N°3 Valores de Laboratorio



**Figura N°1** seguimiento de la paciente



## REFERENCIAS

- Crosby, W. (1987). *El sistema hematopoyetico* (Vol. VII). (B. JE, Ed.) Barcelona, España: Bockus Gastroenterology.
- Fernandez, B. J., Salas, S. J., & Arija, V. V. (1997). *Carencia de hierro y anemia ferropenica*. España: Med Esp.
- Garcia, M. (2009). *Tasa de desnutricion y recomendaciones de nutricion* (Vol. II). Alemania. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2968/SanchezBreversA.pdf>
- Guy J, P. M. (1 de Septiembre de 1995). Prevención y control de la anemia y la deficiencia de hierro en Cuba. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 52-61.
- M, G. (2009). *Tasa de desnutricion y recomendaciones de nutricion* (Vol. II). Alemania. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2968/SanchezBreversA.pdf>
- Mearin, F., Balboa, A., & Castells, A. (2010). *Anemias Ferropenicas* (Vol. 8). Madrid.
- Moreira, V., & Lopez, A. (Enero de 2009). Tratamiento en anemia ferropenica. *Española de Enfermería*, 101(01), 25-32.
- ORTÍN, P. V. (2003). *Cuidados de Enfermería al paciente con anemia ferropénica* (Vol. 21). Londres.
- Paz, R., & Hernandez, N. F. (2005). *Manejo, prevención y control del síndrome anémico secundario a deficiencia férrica*. *Nutrición Hospitalaria* (Vol. 20). Madrid, España.
- Rodriguez, S. (2001). *Anemia en mujeres de edad fértil* (Vol. 51). Caracas, Colombia.
- Ruiz, L. R. (2007). *Anemia Ferropenica*.
- S.R. (Septiembre de 2004). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/anemias-causadas-por-deficiencia-de-la-eritropoyesis/anemia-ferrop%C3%A9nica>
- Venofer. (Abril de 2002). *Anemias*. *Vifor International Inc*.
- VF, M. (2009). Anemia ferropenica, Tratamiento. En S. Roman. España. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2968/SanchezBreversA.pdf>



**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: **VARGAS CANDELA DOLORES MORELIA, C.I. 1207968353** 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**



*Realizado*  
 03/10/2017 13:33M





# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

### DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

IDENTIFICACION:	1207968353
NOMBRES:	DOLORES MORELIA
APPELLIDOS:	VARGAS CANDELA
SEXO:	FEMENINO
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	CDLA LOS CARACOLES
TÉLEFONO DE CONTACTO:	0992100845
CORREO ELECTRÓNICO:	MORELIAVARGASC@HOTMAIL.COM

### APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	NO
AFILIACIÓN 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	
PLAN CURRICULAR:	09/30/2017
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

*Morelia Vargas C*

ESTUDIANTE

*[Signature]*  
02/19/2017 17:33

SECRETARIO(A)





# 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: **DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1207968353** ; 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: **MORELIAVARGASC@HOTMAIL.COM**

Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

*Morelia Vargas C*

ESTUDIANTE

*[Signature]*  
03/10/2017 13:33

SECRETARIO(A)





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



Babahoyo, 3 de octubre del 2017

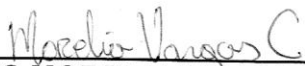
Dra. Alina Izquierdo Cirer MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Presente.-

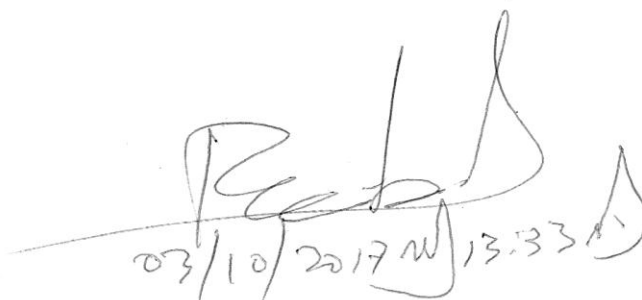
De mis consideraciones.

Por medio de la presente Yo, **DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA** con Cedula de Identidad **#120796835-3**, de la carrera de **ENFERMERIA** 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 en la modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**.

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

Atentamente,

  
**DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA**  
C.I. # 120796835-3

  
03/10/2017 13:33



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE TITULACION**



Lunes 29 de Enero del 2018

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

En su despacho.-


De mi consideración:

Por medio de la presente. Yo, **DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA**, con cedula de ciudadanía **1207968353** egresado de la carrera de **ENFERMERIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, solicito que se me recepte de manera formal mi tema de Caso Clínico N° 27 para el Proceso de Titulación en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**. Que es:

**ANEMIA FERROPENICA EN PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD**

Atentamente

  
.....  
**DOLORES MORELIA VARGAS CANDELA**  
**1207968353**

  
**29/01/2018** 5:26 PM



**CASO CLINICO #27****DATOS:****NOMBRE Y APELLIDOS: NN****EDAD: 25 AÑOS****RAZA: MESTIZA****GRUPO SANGUINEO: ORH+****LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 25-MARZO-1992****LUGAR DE PROCEDENCIA: GUARANDA****FECHA DE INGRESO: 19-11-2017****ESTADO CIVIL: UNION LIBRE****RELIGION: NINGUNA****SEXO: FEMENINO****RESIDENCIA ACTUAL: QUITO****NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 1050367899****MOTIVO DE CONSULTA: MAREOS FRECUENTES****ANTECEDENTES PERSONALES:**

Paciente refiere haber tenido flatulencias y aumento de peso en este último año y haber tenido un resfriado hace una semana también comunico que hace 10 años atrás fue hospitalizada por presentar un cuadro de neumonía.

**ANTECEDENTES FAMILIARES: SE DESCONOCE****EXAMEN FISICO:****Cabeza: Simétrica, con presencia de caspa****Ojos: Simétricos, conjuntivas pálidas****Nariz: Mucosas húmedas, permeable, sin laceraciones****Boca: Presenta lengua saburral****Oídos: Simétricos bilaterales sin problemas auditivos****Cuello: sin adenopatías, su estructura morfológica se encuentra dentro de lo normal****Auscultación cardiaca: presencia soplo sistólico y eyección de intensidad****Tórax: Presenta coloración azulada con tiraje, disnea, se escuchan sonidos crepitantes pulmonares.****Miembros superiores: Morfológicamente normales sin presencia de edemas, dermatitis, eritemas.****Abdomen: Simétrico, Depresible, presenta un abdomen con coloración azulada. Se observa cicatriz en la región de fosa iliaca derecha.****Miembros inferiores: Simétricos, con presencia de edemas a nivel de los pies, no se observan varices.****EXAMEN DE LABORATORIO:****HB: 9G/DL****HTO: 38% G/DL****LEUCOCITOS: 6.800 103/UL****NEUTROFILOS: 60%****ALBUMINA: 3%****FE: 45MG/DL****LINFOCITOS: 54%****HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente de 25 años de edad, de sexo femenino ingresa al área hospitalaria refiriendo fatiga iniciada desde hace un mes asociada a disnea con esfuerzo con mareos frecuentes y palpitaciones, al interrogatorio dirigido no refiere dolor torácico rectorragia ni melena.

