



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



**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**PACIENTE PEDIÁTRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA  
SEVERA**

**AUTORA**

**BUSTAMANTE SANTAMARIA KATHERINE ESTEFANIA**

**TUTOR**

**LCDO. VICTOR SELLÁN ICAZA**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2018**



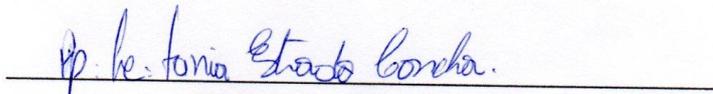
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

  
LCDA. MARIA JOSEFINA ATIENCIA, MSC.

**DECANATO  
O DELEGADO (A)**

  
LCDA. INGRID AGUIRRE RODRIGUEZ, MSC.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA  
DELEGADO (A)**

  
DRA. MARIA DE LOS ANGELES BASULTO, MSC  
**COORDINADOR GENERAL DEL COMISION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO  
DELEGADO (A)**

  
AB. FREIRE NIVELA CARLOS  
**SECRETARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **LCDO. VÍCTOR SELLÁN ICAZA**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante Srta. **KATHERINE ESTEFANIA BUSTAMANTE SANTAMARIA** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA**, de la Carrera de **ENFERMERIA** de la Escuela de enfermeri, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que la misma reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de septiembre del año 2018

**LCDO. VÍCTOR SELLÁN ICAZA**

**Ci: 1202824833**

*Recibido  
19-9-18  
[Signature]*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Enfermería**  
**Carrera de Enfermería**

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado: **PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 19 de septiembre del 2018

**Autora**

*Katherine Bustamante*

Katherine Estefanía Bustamante Santamaria  
CI. 1206294827

*Recibido*  
*[Signature]*  
*19-9-18*

### Urkund Analysis Result

Analysed Document: BUSTAMANTE-SANTAMARIA-KATHERINE-ESTEFANIA.docx  
(D41525529)  
Submitted: 9/17/2018 7:15:00 PM  
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec  
Significance: 2 %

Sources included in the report:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/anemia.pdf>  
<https://www.lactanciasindolor.com/lactancia/lecha-materna/composicion-de-la-leche-materna/>

Instances where selected sources appear:

2



Egresada

Katherine Bustamante Santamaria

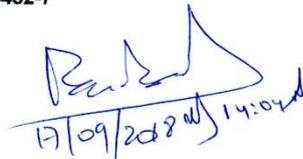
120629482-7



Tutor

Lcdo. Victor Sellan Icaza

120282483-3



## ÍNDICE GENERAL

TITULO DEL CASO CLINICO.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo general.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.....	12
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE (ANAMNESIS).....	13
2.3 EXAMEN FÍSICO:.....	13
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	17
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	18
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	19
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	21
2.8 SEGUIMIENTO.....	21
2.9 OBSERVACIONES.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23
ANEXOS.....	24

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**PACIENTE PEDIÁTRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA  
SEVERA**

## RESUMEN

El presente caso clínico pretende analizar todos los tipos de anemia existentes, con el fin de llegar a la conclusión de que; los niños menores de 5 años son los que tienen más prevalencia de anemia ferropénica en el mundo. La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad hierro. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos. Por lo que se buscó con este estudio de caso dar a conocer la importancia que tiene la leche materna en los primeros meses de vida de los niños, para que así estos no caigan en una anemia, por déficit de nutrientes debido a la falta de la lactancia materna exclusiva y al déficit de una buena alimentación para su óptimo desarrollo y crecimiento. Aplicando el proceso de atención de enfermería se pudo valorar según con una de las teorizantes que se asemejo al caso, y se llegó a un buen diagnóstico de valoración por proceso de atención de enfermería.

**Palabras clave:** Anemia, Lactancia materna, Crecimiento

## ABSTRACT

The present clinical case is intended to analyses all existing types of anemia, in order to reach the conclusion that; Children under 5 years of age have the highest prevalence of iron deficiency anemia in the world. Iron-deficiency anemia occurs when the body does not have sufficient quantity. Iron helps to produce red blood cells. So it was sought with this case study to raise awareness of the importance of breast milk in the first months of life of children, so that they do not fall into an anemia, because of nutrient deficiency due to the lack of exclusive breastfeeding and the deficit Of a good food for its optimal development and growth. Applying the nursing care process could be assessed according to one of the theorizers that resemble the case, and a good diagnosis of assessment by process of nursing care was reached

**Key words:** Anemia, breastfeeding, growth

## **INTRODUCCIÓN**

La anemia es la disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina circulante en la sangre, en la actualidad no es un buen diagnóstico según el recuento de hematíes, debido a las variaciones de tamaño que experimentas estos. Una anemia grave suele ser bien tolerada si se desarrolla gradualmente, pero en general con cifras inferiores a 7 g/dl suelen presentar síntomas. Los síntomas pueden llegar desde los cardiológicos, neurológicos, cutáneos, gastrointestinales, genitourinarios entre otros; pueden extenderse desde disnea de esfuerzo, taquicardia, hipotensión postural, ágor e infarto de miocardio. También Cefaleas, acúfenos, vértigo, mareo, pérdida de concentración, astenia, menor tolerancia al frío etc. (Renau., s.f.)

Se ha considerado a nivel mundial que la anemia por deficiencia de hierro es una de las carencias más frecuentes, que afecta, según la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud) a más de 2 billones de seres humanos entre menores de 5 años y los adolescentes, por las etapas de crecimiento.

En Latinoamérica se encontró un reportaje de anemias desde el 45% en lactante el 30% en escolares y preescolares el 20% en mujeres en edad fértil y 35% en embarazadas.

## **I. MARCO TEORICO**

Las enfermedades hematológicas incluyen un grupo heterogéneo de trastorno que afectan a los elementos formes de la sangre (hematíes, leucocitos, plaquetas) o a los plasmáticos (factores de la coagulación).

### **ANEMIA**

La anemia se define por el descenso de la hemoglobina (HB) 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana para la edad y el sexo. Puede producirse por pérdidas sanguíneas (hemorragia), por acortamiento de la vida de los glóbulos rojos (hemólisis) o por un defecto en la producción medular de hematíes (JAVIER BENITO,CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI,JORDI POU, 2015)

Hay muchas formas de anemia, cada una con causas diferentes. La anemia puede ser temporal o prolongada, y puede variar entre leve y grave (ANEMIA CARE AT MAYO CLINIC, 2017)

### **FISIOPATOLOGÍA**

La principal consecuencia de la anemia es la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre. La clínica y la gravedad de los pacientes dependen de la velocidad de instauración y del cuadro de las cifras de HB que se alcancen. Cuando el proceso es lento, la respuesta fisiológica del organismo (taquicardia, aumento del gasto cardiaco, desviación de la curva de disociación de la HB hacia la derecha, derivación del flujo sanguíneo hacia los órganos primordiales) se pone en marcha para evitar la hipoxia tisular. Estos cambios no empiezan a ser evidentes hasta que las cifras de HB alcanzan valores inferiores a 9g./dl. El niño suele tolerar la anemia hasta valores de Hb muy bajos, sin embargo, si la hemoglobina sigue descendiendo la hipoxia aumentará, el corazón será incapaz de proporcionar una respuesta adecuada y sobrevendrá la insuficiencia cardiaca. Se pueden incluir en este tipo de las anemias por fallo en la producción medular (nutricionales, aplásicas, infiltración de la medula ósea), las secundarias a pérdidas hemorrágicas crónicas y las hemólisis crónicas. Los niños tienen afectación del estado general, palidez, quejido, irritabilidad, mala perfusión periférica, taquicardia, disnea, ritmo de galope (JAVIER BENITO,CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI,JORDI POU, 2015)

## **HISTORIA**

La palidez es el signo clínico más frecuente de los pacientes anémicos; no es evidente hasta que las cifras de Hb desciendan por debajo de 9 g/dl. Con frecuencia, la anemia es un hallazgo causal en niños atendidos por otro problema. El historial infeccioso y nutricional es importante. En la actualidad, las infecciones y la ferropenia son las causas más frecuentes de anemia en los niños. Otros hallazgos clínicos que pueden orientar el diagnóstico y la solicitud de pruebas complementarias son: ictericia y orina oscura(hemolisis), hematomas frecuentes. Epistaxis recurrentes (aplasia medular, leucemia), diarrea crónica, pérdida de peso, astenia (enfermedad crónica intestinal), inflamación articular, rigidez matutina (artritis crónica juvenil) (JAVIER BENITO,CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI,JORDI POU, 2015)

## **SÍNTOMAS**

Los signos y síntomas de la anemia varían según la causa de la afección. Algunos de ellos son:

- Fatiga
- Debilidad
- Piel pálida o amarillenta
- Latidos del corazón irregulares
- Dificultad para respirar
- Mareos o aturdimiento
- Dolor en el pecho
- Manos y pies fríos
- Dolor de cabeza

Al principio, la anemia puede ser leve y pasar inadvertida. No obstante, los síntomas empeoran a medida que la anemia empeora. (ANEMIA CARE AT MAYO CLINIC, 2017)

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Las pruebas complementarias suelen proporcionar un diagnóstico sintomático ya que, en muchas ocasiones, la etiología exacta requiere la realización de estudios específicos fuera del alcance de los servicios de urgencia (fragilidad osmótica, electroforesis de la Hb, ferritina). El hemograma, la cifra de reticulocitos y el volumen corpuscular medio de los hematíes son las pruebas que sirven para iniciar el diagnóstico diferencial de los pacientes con anemia.

El hemograma permite cuantificar los elementos formes de la sangre. En general, la afectación de los leucocitos y/o plaquetas plantea posibilidades diagnósticas con peor pronóstico (leucemia, aplasia medular).

El recuento de reticulocitos informa de la actividad eritropoyética, principalmente, en la médula ósea (JAVIER BENITO, CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI, JORDI POU, 2015)

## **EXÁMENES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA.**

Se sospechará que existe una anemia a partir de los datos médicos que se tengan de ese paciente, así como de los datos obtenidos en una exploración física como puede ser la palidez. También tendremos en cuenta los signos más frecuentes que se pueden dar en la anemia como son el cansancio o la taquicardia. Pero estos signos no son suficientes, aunque sí bastante significativos, por lo que realizaremos un hemograma para confirmarlo con exactitud. Es fácil diagnosticar la anemia, pero como existen tantos tipos habrá que establecer la causa de esta para ver su etiología y estudiar a fondo los glóbulos rojos para observar las características hematopoyéticas. Podemos dividir los parámetros que vamos a realizar en dos grupos:

## **PARÁMETROS BÁSICOS**

### **Hemograma**

Dentro del hemograma existen distintas pruebas en las que nos deberemos fijar para estudiar la posible anemia:

**1. La hemoglobina:** Se trata de la prueba más básica de la anemia, que nos dirá si existe o no la enfermedad en función de si está disminuida o no. Los niveles que nos dirán si existe la anemia son menos de 13 mg/dl en el hombre, menos de

12 mg/dl en la mujer y menos de 11 mg/dl en las embarazadas. En los niños los niveles serán inferiores a 12 mg/dl y en menores de 6 años de 11 mg/dl.

**2. El volumen corpuscular medio:** Nos dará los valores del volumen de los glóbulos rojos para así poder dividir a la anemia en microcítica, normocítica o macrocítica. Ya hemos dicho que antes que será normocítica cuando los niveles se encuentren entre 80 y 100 fl, que es el volumen normal de los eritrocitos. Si se encuentran los valores por encima se tratará de una anemia macrocítica donde los hematíes son de un tamaño mayor, y si se encuentran los valores por debajo, estaremos frente a una anemia microcítica donde los hematíes son más pequeños que los normales.

**3. Hemoglobina corpuscular media:** Se refiere al valor medio de hemoglobina que existe en cada eritrocito. Este valor va a dar como resultado la intensidad del color de los eritrocitos ya que la hemoglobina es la que le confiere su color rojo característico, siendo hipocrómicos (más claros de lo normal) cuando los valores se encuentran por debajo de 27 pg, o hiperocrómicos (más intensos que los normales) cuando los niveles se encuentran por encima de los 32 pg. Los niveles entre los 27 y 32 pg serán normales que son los que existen en los hematíes normocrómicos.

**4. Amplitud de distribución eritrocitaria (ADE o RDW):** Es la amplitud de distribución eritrocitaria. Mide el grado de heterogeneidad en el tamaño de los eritrocitos y es muy importante en el diagnóstico diferencial de la anemia ferropénica y la talasemia.

### **Reticulocitos**

Se trata de glóbulos rojos que todavía no han alcanzado su madurez total que se encuentran en condiciones normales en la sangre en torno al 0,5 – 1,5%. Se encuentran niveles elevados en el plasma por causa de algunas anemias, que se envían al torrente sanguíneo antes de que completen su maduración total y se conviertan en eritrocitos. Reflejan el grado de eritropoyesis medular y la capacidad regenerativa de una anemia.

### **Perfil férrico**

Se trata de un perfil muy importante también para el análisis diferencial de las anemias. Dentro de las pruebas que se pueden realizar tenemos:

1. Sideremia: se trata de los valores de hierro plasmático.
2. Ferritina: es una prueba para ver los depósitos de hierro en el organismo. Se altera en la anemia ferropénica.
3. Transferrina: es una proteína que se encarga de transportar el hierro en el plasma. Su síntesis se aumenta en la anemia ferropénica.
4. Índice de saturación de la Transferrina: indica la capacidad de fijación del hierro a la Transferrina.

### **PARÁMETROS ESPECIALES**

Son unas pruebas adicionales que se realizan para un diagnóstico más diferencial de la anemia. Entre estas pruebas tenemos:

- Biopsia por aspiración y por punción de la médula ósea. Es una prueba que comprende la extracción de una pequeña cantidad de líquido de la médula ósea o de tejido óseo de la médula ósea para estudiar la cantidad, madurez y tamaño de los eritrocitos y de las células anormales.
- Bilirrubina conjugada o indirecta
- LDH
- Haptoglobulina
- Prueba de Coombs
- Vitamina B12
- Ácido fólico
- Perfil tiroideo
- VSG
- Proteionograma (LAURA DELGADO, 2014)

### **TRATAMIENTO**

En la mayoría de las ocasiones, no se requiere una intervención urgente. Las anemias que con más frecuencia plantean decisiones importantes en la urgencia pediátrica son las hemorrágicas, las crisis hemolíticas agudas y las

complicaciones de la anemia de las células falciformes. (JAVIER BENITO,CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI,JORDI POU, 2015)

## CAUSAS DE LA ANEMIA

Algunos de los diferentes tipos de anemia y sus causas son:

- **Anemia por deficiencia de hierro.** Este es el tipo más frecuente de anemia en todo el mundo. La causa de la anemia ferropénica es una escasez de hierro en el cuerpo. La médula ósea necesita hierro para producir hemoglobina. Sin la cantidad adecuada de hierro, el cuerpo no puede producir hemoglobina suficiente para los glóbulos rojos.

Este tipo de anemia suele presentarse en muchas mujeres embarazadas que no toman suplementos de hierro. También ocurre por pérdida de sangre, como sangrado menstrual importante, úlceras, cáncer y uso periódico de algunos analgésicos de venta libre, especialmente la aspirina.

- **Anemia por deficiencia de vitaminas.** Además de hierro, el cuerpo necesita ácido fólico y vitamina B-12 para producir suficientes glóbulos rojos sanos. Una dieta sin una cantidad suficiente de estos y otros nutrientes clave puede provocar una disminución en la producción de glóbulos rojos.

Asimismo, es posible que algunas personas consuman suficiente B-12, pero sus cuerpos no puedan procesar la vitamina. Esto puede generar anemia por deficiencia de vitaminas, también conocida como «anemia perniciosa».

- **Anemia por enfermedad crónica.** Algunas enfermedades (como cáncer, VIH/sida, artritis reumatoide, enfermedades renales, enfermedad de Crohn y otras enfermedades inflamatorias crónicas) pueden interferir en la producción de glóbulos rojos.
- **Anemia aplásica.** Esta anemia inusual y potencialmente mortal se provoca cuando el cuerpo no puede producir suficientes glóbulos rojos. Las causas de la anemia aplásica comprenden infecciones, determinados medicamentos, enfermedades autoinmunitarias y exposición a sustancias químicas tóxicas.

- **Anemias asociadas con enfermedades de la médula ósea.** Diversas enfermedades, como leucemia y mielo fibrosis, pueden provocar anemia al afectar la producción de sangre en la médula ósea. Los efectos de estos tipos de cáncer y trastornos similares al cáncer pueden variar desde leves hasta potencialmente mortales.
- **Anemias hemolíticas.** Este grupo de anemias se presenta cuando los glóbulos rojos se destruyen más rápidamente de lo que la médula ósea puede reemplazarlos. Algunas enfermedades de la sangre aumentan la destrucción de glóbulos rojos. Las anemias hemolíticas se pueden heredar o contraer con el tiempo.
- **Anemia de células falciformes.** Esta afección heredada y, en ocasiones, grave es una anemia hemolítica heredada. La causa es una forma de hemoglobina defectuosa que fuerza a los glóbulos rojos a adoptar una forma de media luna (falciforme) anómala. Estas células sanguíneas mueren de forma prematura, lo que tiene como resultado una escasez crónica de glóbulos rojos.
- **Otras anemias.** Existen muchos otros tipos de anemia, como talasemia y anemia palúdica. (ANEMIA CARE AT MAYO CLINIC, 2017)

## **LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

La anemia es la deficiencia de hierro que constituye uno de los trastornos nutricionales más prevalentes en el mundo. Dadas sus características, la multiplicidad de factores que participan en su desarrollo, y sus consecuencias, se ve justificado que sean considerados como un problema complejo. Sin embargo, es conveniente resaltar que complejo no es sinónimo de complicado o difícil. La disponibilidad de alimentos ricos en hierro, el efectivo acceso a dietas con adecuada biodisponibilidad, o bien la ausencia de condiciones biológicas que afecten el balance de hierro, constituyen factores vinculados a la presencia de anemia. En respuesta a ellas, la educación alimentaria, la fortificación de alimentos, la promoción del acceso a alimentos seleccionados, la suplementación

farmacológica con hierro, constituyen todas estas estrategias que han demostrado diferente grado de eficacia (DURAN, 2014)

Un Generalmente la anemia se detecta o al menos se confirma con un análisis de sangre denominado hemograma, en el que se hace un recuento y un examen de la “serie roja” sanguínea: número de hematíes o glóbulos rojos, hematocrito Y hemoglobina. Los hematíes, eritrocitos o glóbulos rojos son el tipo más común de célula sanguínea. Cada persona tiene millones y millones de estas pequeñas células en forma de disco. El número de hematíes determina la existencia de anemia (número de hematíes por debajo de lo normal) o de poliglobulia (por encima de lo normal). Además del número de hematíes, es importante su tamaño y su forma, por lo que estas células también se examinan al microscopio. Con toda esta información acerca del número, el tamaño y la forma de los hematíes, se puede diagnosticar la anemia, así como el tipo de anemia que se padece. (Jimenez, 2011)

Desde muchos años los investigadores han indagado en las propiedades de la leche materna, y han llegado a la conclusión que: La leche humana ofrece al bebé el alimento completo e ideal para dotarlo de un buen crecimiento fisio-morfológico, ya que contiene elementos tales como: Vitaminas, minerales, aminoácidos, y grasas. El infante debe ser alimentado durante los primeros seis meses de vida con leche materna, posterior a ello, se puede complementar con otros alimentos.

La falta de conocimiento o interés hace que las madres de este siglo no tomen conciencia sobre la importancia que tiene la lactancia materna en el desarrollo del bebé; es por ello por lo que pueden presentarse diferentes problemas de salud en los niños menores de un año, y entre dichas dificultades tenemos tales como: desnutrición, anemia e infecciones

## **LA MALNUTRICIÓN**

La alimentación compuesta por formulas puede ayudar de dos maneras importantes a la malnutrición. Los niños alimentados con fórmula tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento, en la infancia y en la edad preescolar. Las familias de bajos escasos recursos suelen diluir excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y

trata de estirarlos usando menos cantidad de formula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño posiblemente absorbe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo.

### **PROBLEMAS ECONÓMICOS.**

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia, ya que las fórmulas lácteas que pueden aportar por falta de la leche materna son de precios muy elevados es por eso por lo que la elección de la lactancia materna es la mejor opción tanto para el bebe como la ventaja económica para las familias.

### **PROPIEDADES Y VALOR DE LA LECHE MATERNA**

Al momento inmediato del alumbramiento del niño, la madre empieza a producir calostro por ambos pechos, en los siguientes días, la leche empieza a llegar y se desarrolla en cantidad suficientes para suplir el hambre al niño. La obtención de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su niño, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras mayor cantidad succiona el niño, mayor cantidad de leche producirá la madre. No obstante, cuando el contenido de hierro de la leche materna es bajo puede ser suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

### **VENTAJAS DE LA LACTANCIA NATURAL**

La lactancia Materna tiene muchas ventajas, como principal es el suplir al niño con todos los nutrientes que esta contiene para beneficio del niño, otra de las ventajas importantes de suplir al niño con lactancia natural es que ayuda con los recursos de la persona ya que así no tiene que gastar dinero en fórmulas lácteas para suplir al niño durante los primeros seis meses de vida.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio de caso se lo realizo con el fin de conocer la importancia de una buena nutrición en los niños, empezando por una lactancia materna exclusiva, ya que esta contribuye con todos los nutrientes esenciales para el desarrollo del niño en sus primeros 6 meses de vida, para luego esta alimentación ser complementada con los alimentos necesarios y así evitar que desempeñe una anemia severa, también la importancia de evitar el uso de sucedáneos de la leche materna, ya que se ha demostrado que no contienen los nutrientes esenciales para el niño.

El estudio de este caso es importante ya que permite demostrar las destrezas y habilidades adquiridas durante los años de estudio de la carrera de enfermería, realizando la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjorie Gordon, haciendo énfasis en la valoración de paciente por patrones, y de esta manera poder establecer que valoraciones específicas se deben realizar para llegar a una buena obtención de un proceso de atención de enfermería.

A la paciente con anemia severa, debemos aplicarle los cuidados e informar a la madre como debe seguir realizándolos en casa., es importante brindar los cuidados necesarios con calidad y calidez para la pronta recuperación de esta.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Aplicar el proceso de Atención de enfermería en paciente con anemia severa, con el propósito de detallar los cuidados a través de la detección de patrones alterados.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Desarrollar valoración por patrones funcionales
- Realizar las intervenciones de enfermería en paciente con anemia
- Realizar el proceso de atención de enfermería NANDA, NIC Y NOC
- Desarrollar un plan de cuidado detallado y acciones de enfermería específicas.

## DATOS GENERALES

<b>Nombre y apellidos:</b> NN	<b>Numero De Historia Clínica:</b> 1251984188
<b>EDAD:</b> 7 meses	<b>Sexo:</b> femenino
<b>Raza:</b> montubia	<b>Estado Civil:</b> x
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b> 19/11/2017	<b>Grupo Sanguíneo:</b> Rh B +
<b>Lugar de procedencia:</b> San Juan de Pueblo viejo	<b>Religión:</b> xx
<b>Residencia actual:</b> San Juan	

(Santamaria, 2018)

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

#### MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino de 7 meses de edad, es traída por su madre a la Emergencia del hospital básico de Urdaneta Dr. Juan Montalván Cornejo, la madre consulta porque la niña presenta aspecto pálido, bajo peso en los últimos meses refiere rechazo a la leche materna desde el 4 y 5 mes, a partir de eso la madre decide alimentar a su hija con leche pasteurizada "Ranchito" desde los 6 meses por problemas económicos, además presenta dolor en región cervical izquierda con cuadro de obstrucción nasal, rinorrea, secreción nasal hialina. en antecedentes personales no refiere alergia alguna, en antecedentes familiares tiene abuelo paterno diabético y abuela materna diabética.

## **2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE (ANAMNESIS)**

Paciente pediátrico femenino de 7 meses de edad de bajo peso con 6,8 kg, con cuadro clínico de 2 semanas de evolución con Astenia irritable con presencia de Adenopatías en cuello región cervical izquierda y región inguinal bilateral, refiere además cuadro de obstrucción nasal, rinorrea secreción nasal hialina. Se solicito exámenes de biometría hemática y bioquímica sanguínea.

## **2.3 EXAMEN FÍSICO:**

Signos vitales

Temperatura=36°C

Pulso =101X'

Presion Arterial=100/60 mmHg

Respiraciones por minuto=24 Resp. X'.

Peso: 6.8kg

Talla: 63 cm

## **EVALUACIÓN CEFALOCAUDAL (EXPLORACIÓN CLÍNICA)**

Cráneo: Palidez generalizada, Irritable, Adenopatía cervical anterior izquierdo de aproximadamente 1.3cm de diámetro.

Tórax: campos pulmonares ventilados, Ruidos cardiacos rítmicos

Abdomen: blando depresible no doloroso

Región inguinal: Adenopatías bilaterales de 1,2 cm aproximadamente

Extremidades simétricas.

## **VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES**

### **1.- PATRÓN PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

Vacunas completas: si

Refiere Alergias: no

Ingresos hospitalarios: si

Vivienda apta para vivir: si

Higiene personal adecuada: si

### **2.- PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO**

IMC se encuentra en valores normales referente a la edad: no

Alimentación adecuada a la edad: no

Coloración normal de la piel: no

Tiene un horario adecuado para las comidas: no

Tiene alteraciones bucales (ulceras): no

Tiene adenopatías: si

### **3.- PATRÓN ELIMINACIÓN**

Tiene problemas de micción: no

Presenta irregularidades en las heces: no

Presenta estreñimiento: no

Presenta sudoración excesiva: no

Color de la orina normal: si

### **4.- PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO**

Nota dificultad para respirar: no

Tiene alguna tos nocturna: no

Presenta cansancio: si

Es muy activo: no

Realiza alguna actividad de juego por las tardes: no

### **5.- PATRÓN SUEÑO – DESCANSO**

Tiene problemas para conciliar el sueño: si, no puede respirar debido a la secreción nasal

Recibe algún medicamento para conciliar el sueño: no

Duerme las horas necesarias a la edad: si

El espacio físico para dormir es acogedor en condiciones ambientales calor, frío:  
no

Tiene intervalos de sueño en las tardes: si

Presencia de algún ronquido al dormir: no

#### **6.- PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO**

Hace caso al llamado de atención: si

Tiene visión normal: si

Mantiene irritabilidad: si

A pesar de su enfermedad mantiene buena relación con la madre: si

#### **7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO**

Presenta ansiedad a la hospitalización: si

Presenta estado de buen estado de ánimo: no

Presenta irritabilidad: si

Cambios frecuentes del estado de ánimo: si

Problemas de conducta: si

#### **8.- PATRÓN ROL – RELACIONES**

Vive con la madre: si

Tiene el apoyo del padre: no

Vive en casa propia: no

Recursos económicos eficientes: no, bajos recursos

#### **9.- PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN**

Presenta complicaciones en sus órganos reproductores: no

No aplica, es una beba de 7 meses de edad

#### **10.- PATRÓN AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Trastorno del sueño: no

Se encuentra tenso al momento de hospitalización: más o menos

Tiene soporte familiar: si, la madre

Se adapto al cambio de hospitalización: no

#### **11.- PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS**

Sus padres tienen creencia en la religión: si

No aplica, es una beba de 7 meses de edad no puede tener creencias religiosas.

#### **PATRONES ALTERADOS:**

Por prioridad: Nutricional-Metabólico

Patrón alterado: Sueño-descanso

Patrón alterado: Afrontamiento tolerancia al estrés

## **PATRÓN ALTERADO POR PRIORIDAD**

### **NANDA**

Patrón 2: Nutricional- Metabólico:

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Dominio 2 nutrición

Clase 1: ingestión (0002)

Relacionado con falta de alimentos, palidez de mucosas

Evidenciado por: recursos económicos insuficientes.

### **NIC**

Campo 1: fisiológico básico

Clase D: apoyo nutricional

1100 manejo de la nutrición

Intervenciones/actividades

Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación

Fomentar la ingesta de hierro en las comidas, si procede

Dar comidas ligeras, en puré y blandas si procede

Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

### **NOC**

Nivel 1 dominio: salud fisiológica

Clase k – digestión y nutrición

1004 estado nutricional

100401: ingestión de nutrientes

100402: ingestión alimentaria

100403: energía

1004011: hidratación

Ingesta de hierro

(T. Heather, 2016)

(SUE Moorhead, 2015)

(Gloria M. Bulechek, 2015)

**2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**  
**BIOMETRIA HEMATICA**

<b>Biometría</b>	<b>Resultados</b>	<b>Valores referenciales</b>
<b>Hematocrito</b>	18.2%	<b>36.1% y 44.3%</b>
<b>Hemoglobina</b>	5.4g/dl	<b>12 a 16 g/dL;</b>
<b>Valor corpuscular medio</b>	62,2%	<b>80% a 100%</b>
<b>Hemoglobina corpuscular media</b>	18,4%	<b>27% a 31%</b>
<b>Concentrado de hemoglobina corpuscular media</b>	29.6%	<b>32% a 36%</b>
<b>Plaquetas</b>	244.000 mm <sup>3</sup>	<b>150,000 a 400,000</b>
<b>Leucocitos</b>	5000.ml	<b>4000 y 11000 ml</b>
<b>Linfocito</b>	31.4%	<b>23-35%</b>
<b>Segmentado</b>	66.8%	<b>45-75%</b>
<b>Media</b>	5,7%	

**Factor RH: B+**

<b>Biometría Sanguínea</b>	<b>Resultados</b>	<b>Valores referenciales</b>
<b>Colesterol</b>	119,4	<b>&lt;= 200.0</b>
<b>triglicéridos</b>	66.4	<b>&lt;=150.0</b>
<b>Ácido úrico</b>	<b>1.81</b>	<b>2.60-6.00</b>
<b>TGO</b>	37.6	<b>&lt;=40.0</b>
<b>TGP</b>	9.2	<b>&lt;=40.0</b>
<b>creatinina</b>	<b>0,36</b>	<b>0.50-0.90</b>
<b>Albumina</b>	3.57	<b>3.80-4.60</b>
<b>Urea uv</b>	15.7	<b>15.0-40.0</b>
<b>Fosfata alcalina</b>	<b>877.7</b>	<b>&lt;=270.0</b>
<b>Bilirrubina total</b>	0.31	<b>&lt;=1.00</b>
<b>Bilirrubina directa</b>	0.15	<b>&lt;=0.20</b>
<b>Proteínas totales</b>	6,80	<b>6.60-8.70</b>
<b>Gamma glutamiltransferasa</b>	29.74	<b>8.00-35.00</b>
<b>Lipasa</b>	32.74	<b>&lt;=60.00</b>

## **ANALISIS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

El Hematocrito normal es de 45% tenemos un hematocrito de 18,2% que nos indica un nivel bajo del total de células en la sangre, comparando estos valores con los Valores de hemoglobina de 5,4 están relacionados a un tipo de anemia severa microcítica, Nos encontramos con unos valores que tienen un volumen corpuscular medio (VCM) de 62% en referencia a los valores normales nos indica anemia microcítica quiere decir que el glóbulo rojo está muy pequeño, y en la hemoglobina corpuscular media (HCM) 18,4 en referencia a los valores normales tenemos una anemia por microcitosis, esto puede ser a causa de la deficiencia de hierro, en la CHCM tenemos un 29,6% en referencia a los valores normales tenemos lo que es la alteración del color del eritrocito que nos indica una anemia hipocrómica, Esta es una anemia sideropenica de progresión lenta.

### **2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

La recolección de datos nos brinda una importante información presente en la paciente; las molestias en cuanto a la función respiratoria, astenia irritable y la deficiencia nutricional comprobada con los exámenes. Priorizando las afectaciones en el diagnóstico de Enfermería NANDA tenemos los siguientes diagnósticos:

Presuntivo: Deterioro del intercambio de gases- aleteo nasal, Diferencial: Fatiga  
Definitivo: desequilibrio nutricional-ingesta inferior a las necesidades.

**2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

NANDA: DX. Nutrición  
 NOC: salud fisiológica  
 NIC: Clase 1 D.

**Dx: desequilibrio nutricional. Ingesta inferior a las necesidades (0002)**

**R/C: recursos humanos insuficientes**

**E/P: falta de alimentos, palidez de mucosas, bajo peso**

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio: 2 salud fisiológica**

**Clase: k: digestión y nutrición**

**Etiqueta: 1004 estado nutricional**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
100401 ingestión d nutrientes		x		x	
100402 ingestión alimentaria	x			x	
100403 energía			x	x	
100409 hematocrito			x	x	
100411 hidratación		x		x	
Ingesta de hierro			x	x	

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO**

**Clase: D APOYO NUTRICIONAL**

**Etiqueta: 1100 MANEJO DE LA NUTRICION**

- ACTIVIDADES**
1. Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación
  2. Fomentar la ingesta de hierro en las comidas, si procede
  3. Dar comidas ligeras, en puré y blandas si procede
  4. Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

## RESUMEN DE TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

### MEDICACIÓN:

Gentamicina: 11,3mg intravenosa cada día

Ampicilina: 340 gramos intravenosa cada 6 horas

Hierro: vía oral 20 gotas cada día

Dextrosa al 5% intravenosa pasar 28 microgotas por minuto más soletrol NA 10ml más soletrol potasio 10ml

Complejo B 1cc intravenosa diluido en 20cc de solución salina

### TRATAMIENTO CONSIDERADO MAS ADECUADO PARA EL CASO

**a. Corrección de la causa primaria** Administración de la dieta adecuada, tratamiento de las parasitosis, control del reflujo gastroesofágico, manejo del síndrome de malabsorción, control de pérdidas ocultas, etc.

**b. Tratamiento con hierro** Puede administrarse indistintamente por vía oral o parenteral, ya que la eficacia y el ritmo de ascenso de la hemoglobina son similares.<sup>5,4</sup>

**Transfusión de sangre:** La indicación de transfusión en pacientes con anemia ferropénica es una decisión clínica que debe adoptarse dentro del siguiente contexto:

- Con hemoglobina  $\geq 7$  g/dl: no transfundir excepto para corregir hipoxemia en pacientes con insuficiencia respiratoria.

- Con hemoglobina menor a 7 g/dl transfundir

Para corregir descompensación hemodinámica.

- › Si coexiste con insuficiencia respiratoria.

- › Si hay factores agravantes (desnutrición, infección, diarrea crónica).

- › Si la hemoglobina es inferior a 5 g/dl

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

Cuando se diagnostica anemia severa por deficiencia de hierro, o anemia ferropénica, es imprescindible el control y seguimiento de los exámenes de laboratorio por parte del médico de guardia, para determinar qué tipo de anemia puede estar sufriendo la paciente, puede ser anemia microcítica, macrocítica o megaloblástica, dependiendo de los resultados de exámenes, se realiza monitorización de las constantes vitales, se realizan controles analíticos durante la estancia hospitalaria sobre hemograma y exámenes complementarios donde se evidencia la anemia ferropénica y se procede con el tratamiento.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

La paciente se encontró hospitalizada alrededor de una semana, recibió 2 transfusiones de sangre, hierro oral, dextrosa al 5%, complejo B, y antibióticos, luego del egreso del hospital se le realizó visita domiciliaria para observar las condiciones clínicas de la paciente, gracias al arduo tratamiento que recibió cuando estuvo hospitalizada hoy se encuentra en mejora, continua con el tratamiento oral de hierro más el complejo B hasta un determinado tiempo, se encuentra recibiendo alimentos adecuados a la edad tales como papillas, sopas, frutas, etc. El tratamiento se sigue al pie de la letra y se encuentra el resultado esperado. Se da recomendaciones a la madre para el cuidado de su niña. El tiempo de este estudio de caso fue de aproximadamente 2 meses.

## **2.9 OBSERVACIONES**

La paciente en el transcurso hospitalario, acepto de a primera en su cuerpo el tratamiento sin ningún efecto adverso fue evolucionando según lo esperado los niveles de hemoglobina y hematocrito fueron recuperando de a poco su nivel normal, la anemia fue bajando, según se fue administrando la medicación, se obtuvo un final esperado de la evolución del paciente. Aun así, se continua con los cuidados en casa. Además, para el desarrollo de este caso clínico se estudiaron guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con la final de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder valorar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

## **CONCLUSIONES**

Puedo decir que, en la aplicación del proceso de Atención de Enfermería, en paciente con anemia severa, por deficiencia de hierro, hubo resultados eficaces en cuanto a la aplicación del diagnóstico de enfermería, se aplicaron con éxito las intervenciones llegando a un resultado exitoso con la mejoría de la paciente, también me dio a conocer más a fondo y de manera más práctica y sencilla el proceso y las complicaciones que puede ocasionar la deficiencia de una buena nutrición en niños, se aplicó la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjorie Gordon.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEMIA CARE AT MAYO CLINIC. (8 de 08 de 2017). *MAYO CLINIC*. Obtenido de ANEMIA: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>
- ARCE, D. J. (s.f.). *ferropenia, principal causa de anemia en niños*. Obtenido de <http://canalsalud.imq.es/la-ferropenia-principal-causa-anemia-ninos/>
- DR. CHRISTIAN LÓPEZ TOAPANTA, D. S. (febrero de 2013). <http://www.dspace.uce.edu.ec>. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec>: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1327/1/T-UCE-0006-42.pdf>
- DURAN, P. A. (2014). *Anemia, problema complejo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752010000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000300004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0325-0075.
- Gloria M. Bulechek, P. R. (2015). CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC. En P. R. Gloria M. Bulechek, *CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC* (págs. 78,79,156).
- JAVIER BENITO, CARLES LUACES, SANTIAGO MINTEGI, JORDI POU. (2015). *TRATADO DE URGENCIAS EN PEDIATRIA SEGUNDA EDICION*.
- LAURA DELGADO, E. R. (2014). *LA ANEMIA Y SUS PRUEBAS DE LABORATORIO*. Obtenido de <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/09/la-anemia-y-sus-pruebas-de-laboratorio-pdf.pdf>
- Renau., D. A. (s.f.). *anemias*. Obtenido de anemias: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/anemia.pdf>
- Santamaria, K. B. (2018).
- SUE Moorhead, P. R. (2015). NOC. En P. R. SUE Moorhead, *CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC* (págs. 135,142,466).
- T. Heather, P. (2016). *NANDA*.
- TELEGRAFO, D. E. (12 de ENERO de 2014). *DIARIO EL TELEGRAFO*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/la-anemia-es-mas-frecuente-en-infantes>

# ANEXOS







ESTABLECIMIENTO <b>HSHC</b>		SEXO <b>F</b>	N° HOJA <b>1</b>	N° HISTORIA CLÍNICA <b>125198448</b>												
1 MEDICAMENTO		2 ADMINISTRACIONES		INICIALES DEL RESPONSABLE FUN-ADSCRIBITURA DE LA FUNCION												
PRESENTACION VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA		DIA Y MES														
		HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1 Dextrosa al 5% i.v. por 28 minutos + 200 mg de cloruro de sodio + 200 mg de cloruro de potasio p. 100ml		16:00														
2 Ampicilina 300mg i.v. q6h		16:10														
3 Gentamicina 14,3mg i.v. c/dia		16:30														
4 Complejo B 1cc i.v. c/dia diluido en 50cc solución salina		16:30														
5 Kloruro Na. 0.9% 90 gotas c/dia		16:30														
6																
7																
8																
9																

DATA MSP / HCU FORM 102 / 2008 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)

*Dato para el* *# 18*

### HOSPITAL BASICO DE URDANETA DR JUAN MONTALVAN CORNEJO

Edad: 13 años      Sexo: Mujer      Edad: 7 años      Tip sang:      ID mues: 53  
 Muest: Suero      NHM.:      Zon:      N cama:  
 Carácter:      Env des: LABORATORIO      Priorid: No  
 Diagnó:

Test	Nombre completo	Concentrac	Unidad	Resultado	Observac	Referencia
COL	COLESTEROL	119.4	mg/dl	Normal		<= 200.0
TRIG	TRIGLICERIDOS	66.4	mg/dl	Normal		<= 150.0
AC UR	ACIDO URICO	1.81	mg/dl	v	RFL	2.60-6.00
TGO	TGO	37.6	U/L	Normal		<= 40.0
TGP	TGP	9.2	U/L	Normal		<= 40.0
CREA	CREATININA	0.36	mg/dl	v	RFL	0.50-0.90
ALB	ALBUMINA	3.57	g/dl	v	RFL	3.80-6.60
UREA	UREA UV	15.7	U/L	Normal		15.0-40.0
ALP	FOSFATASA ALCALINA	877.7	U/L	^	LRH; RFL	<= 270.0
BI. T	BILIRRUBINA TOTAL	0.31	mg/dl	Normal		<= 1.00
BI. D	BILIRRUBINA DIRECTA	0.15	mg/dl	Normal		<= 0.20
TP	PROTEINAS TOTALES	6.80	g/dl	Normal		6.60-8.70
GGT	GAMMA GLUTAMILTRANSFERASA	29.74	U/L	Normal		8.00-35.00
LIP	LIPASA	32.74	U/L	Normal		<= 60.00

Fech test: 27/06/2018 14:53:19      Analista: *Lic. Med. Montalvan*  
 Fech enví: 27/06/2018 14:53:19      Revis por: *LABORATORIO*  
 Fech impr: 27/06/2018 15:46:24      Los resultados son solo de esta muestra

1 EVOLUCION			2 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	ADMINISTR. FARMACOS (RESUMOS)
27/06/18		<p>Paciente Pediatría, Femenino de 7 meses de edad. Acude con cuadro clínico de 2 semanas de evolución, con fiebre, Irritable, presencia de Adenopatías en cuello, Región Cervical 12 cm de Oj derecho. Requiere Inyección Bilateral de Obstrucción Nasal, Mucosidad, Secreción Nasal Uchano.</p> <p>Examen físico: Paladar General Irritable, Adenopatía Cervical Anterior y Posterior 12 cm de Oj. Aproximadamente 13 cm de diámetro. Tórax Campos Pulmonares Ventilados. Ruidos Cardíacos Rítmicos. Abdomen Blando Depresible. No doleroso. Región Inguinal Adenopatía Bilateral de 7 cm. Aproximadamente extremidades simétricas.</p> <p>Exámenes Lab: 27/06/2018 HTCO HB UCM Leucocitos PLAquetas</p> <p>ID: Anemia Severa D 649</p>	<p>Medidas Generales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Control de signos vitales</li> <li>Unidades de Enfermería</li> <li>Lactancia Materna exclusiva</li> </ol> <p>Medicación</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dextrosa al 5% 10 paros 28 microgotas Paracetamol + Soluto Na 10 ml + Soluto K Palasio K 10 ml</li> <li>Ampicilina 340 mg 10 c 6hs</li> <li>Ceftriaxona 11,3 mg 10 c 6hs</li> <li>Complexo B 1 cc IV cada día diluido en 20 cc Sol Sal</li> <li>Miayo vía Oral 20 gotas cada día</li> </ol> <p>Exámenes Laboratorio: Biometría Hemática Completa, Frecuencia Recin</p> <p>Rx tórax AP</p>	

	INSUMOS
<p>27/6/18. Paciente pediátrica de sexo femenino de 7 meses de edad. Acude a esta caba de salud presentando: irritación, distensión, irritabile con presencia de adenopatías en cuello con papilomas focal generalizada, se le envió a examen los exámenes son negativos por el papiloma, el cual de igual modo se le informó de la necesidad de administrar medicamentos para el tratamiento según indica.</p> <p>FC: 100 T: 36.5 R: 34x</p>	<p>22/06/2018 17:25 Recibe paciente de 7 meses de edad pero sin ver el certificado de nacimiento que puede ser un ID para su madre</p>
<p>Paciente pesa a solo da la parte de la oreja con una punta de la oreja con movilidad normal. Se le envió a examen de laboratorio y RX</p> <p style="text-align: right;">J. C. Elvira</p>	<p>27/6/18 20:00 Recibe paciente lactante de 7 meses de edad con DX de Anemia Severa Recibe paciente sin ver el certificado de nacimiento 22:00 Se condice un examen de laboratorio paciente a ser enviado a Hospital de Salud para ISSI Queda</p> <p style="text-align: right;">Luisa Tanya</p>

## Déficit de micronutrientes en menores

- Entre 1986 y 2012 la prevalencia de anemia disminuyó de forma muy modesta en Ecuador.
- En el grupo de 24 a 35 meses incrementó 4 puntos porcentuales.
- A escala nacional el 25.7% de preescolares sufre de anemia.
- La prevalencia de anemia en hombres es el 26.8% y en mujeres 24.6%.
- Es más alta en los niños menores de 1 año con el 62% de los casos.
- El problema de anemia es más grave en la población indígena con el 41.6% en relación con el resto de grupos étnicos.
- En lo que respecta al zinc a escala nacional el 28.8% de preescolares presenta deficiencia.
- Su prevalencia es más alta en los menores de 1 año de edad.
- El 17.1% de preescolares a escala nacional presenta deficiencia de vitamina A y se encuentra prevalencia más alta para los menores de 1 año.

### Micronutrientes

Los micronutrientes son las vitaminas y minerales indispensables para el buen funcionamiento del cuerpo humano.

Unos de los más importantes micronutrientes son el hierro y la vitamina A que son esenciales para el crecimiento físico, el desarrollo de las funciones cognitivas, fisiológicas y la resistencia a las infecciones.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **VÍCTOR SELLAN ICAZA**, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): **PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA** elaborado por la estudiante egresada: **KATHERINE ESTEFANIA BUSTAMANTE SANTAMARIA**, de la Carrera de ENFERMERIA de la Escuela de ENFERMERIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que la misma reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de Julio del año 2018

Firma del Docente -Tutor  
Msc. Víctor Sellan Icaza  
CI: 1202824833

*Revisión*  
05/07/2018 11:21



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 5 de Julio del 2018

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **KATHERINE ESTEFANIA BUSTAMANTE SANTAMARIA**, con cédula de ciudadanía **1206294827**, egresada de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **PACIENTE PEDIÁTRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA** el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: Msc. Víctor Sellan Icaza.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**Katherine Bustamante Santamaria**  
C.I 1206294827



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ENFERMERIA  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5 de Julio del 2018

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: VICTOR SELLAN ICAZA

FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO : PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: KATHERINE ESTEFANIA BUSTAMANTE SANTAMARIA

CARRERA: ENFERMERIA

Pag.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1H00	2/07/18	Prx en Paciente con anemia Severa	X		25%		Katherine B.
1H00	3/07/18	Prx en Paciente con anemia Severa		X	25%		Katherine B.
1H00	4/07/18	Prx en Paciente con Anemia Severa	X		25%		Katherine B.
1H00	5/07/18	Prx en Paciente con Anemia Severa		X	25%		Katherine B.



LIC. MARILU HINOJOSA G. MSc.  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE ENFERMERIA

05/07/2018 11:31 AM



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



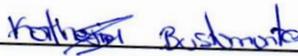
Babahoyo, 19 de septiembre del 2018

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, **Katherine Estefanía Bustamante Santamaria**, con cédula de ciudadanía **1206294827**, 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 hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Practica), tema: **PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

  
\_\_\_\_\_  
**Katherine Estefanía Bustamante Santamaria**  
Ci. 1206294827

Recibido  
19-9-18  




UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: VICTOR SELLAN ICAZA

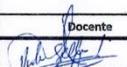
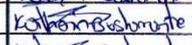
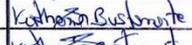
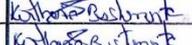
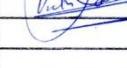
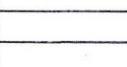
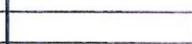
FIRMA: 

TEMA DEL CASO CLINICO: PACIENTE PEDIATRICO FEMENINO DE 7 MESES DE EDAD CON ANEMIA SEVERA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: KATHERINE ESTEFANIA BUSTAMANTE SANTAMARIA

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. No. \_\_\_\_\_

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
	23/08/18	Revisión de introducción y objetivos	X				
	24/08/18	Revisión de justificación y marco teórico		X			
	29/08/18	Análisis del PAC	X				
	30/08/18	Elaboración del cuadro		X			
	31/08/18	Revisión del PAC	X				
	07/09/18	consecución de seguimiento & observaciones	X				
	12/09/18	Revisión final	X				
	17/09/18	Revisión de caso clínico por uskuind	X				



LIC. MARILU HINOJOSA G. MSc.  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE ENFERMERIA

Recibido  
  
 19-9-18