



**UNIVERSIDAD TECNICA 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 de Licenciado En Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

ANEMIA FERROPENICA EN PACIENTE EMBARAZADA

AUTOR

ROCAFUERTE PADILLA ANDERSON WILMER

TUTOR

Lic. MARTINEZ ANGULO MARIA AUXILIADORA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
TITULO DEL CASO CLÍNICO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vi
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1. ANEMIA	1
1.2. CLASIFICACION DE LAS ANEMIAS	1
1.2.1. CLASIFICACION DE LA ANEMIA SEGÚN SEVERIDAD CLINICA SEGÚN LA OMS	1
1.2.2. CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA	2
1.2.3. CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA.....	2
1.3. ANEMIA FERROPENICA.....	4
1.4. CUADRO CLINICO	4
1.5. DIAGNOSTICO.....	5
1.5.1. Biometría hemática	5
1.5.2. Cuantificación del porcentaje de reticulocitos.....	5
1.5.3. Examen de hierro sérico.....	5
1.6. ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO	6
1.7. CLASIFICACION DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO SEGÚN LA CAUSA	7
1.7.1. Anemia absoluta.....	7
1.7.2. 1Anemia relativa	7
1.8. SUPLEMENTACION RUTINARIA DE HIERRO EN LA PREVENCION DE ANEMIA EN EL EMBARAZO	7
1.8.1. Composición de la suplementación	7
1.9. TRATAMIENTO CON HIERRO PARENTERAL	8
1.10. TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE GLOBULOS ROJOS (CGR) EN OBSTETRICIA	8
1.11. Recomendación para la indicación de transfusión en pacientes embarazadas anémicas	9
1.12. JUSTIFICACION.....	10
1.13. OBJETIVOS	11
1.13.1. Objetivo general.....	11
1.13.2. Objetivos específicos.....	11

1.14.	Datos generales.....	12
II.	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	13
1.15.	Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	13
1.15.1.	Historial clínico del paciente.	13
1.15.2.	Antecedentes patológicos personales	13
1.15.3.	Enfermedades de transmisión sexual	13
1.16.	Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	13
1.17.	Examen físico (exploración clínica)	13
1.17.1.	Signos vitales	14
1.17.2.	Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon) ..	14
1.17.3.	Patrones funcionales.....	16
1.17.4.	Patrones disfuncionales	16
1.18.	Información de exámenes complementarios realizados	16
1.18.1.	Biometría hemática	17
1.18.2.	Perfil de hierro.....	17
1.19.	Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	17
1.19.1.	Clasificación CIE 10.....	18
1.19.2.	Nota de enfermería	18
1.20.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.....	19
1.20.1.	Tratamiento.....	19
1.21.	Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	20
1.22.	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	24
1.23.	Seguimiento	25
1.24.	Observaciones	26
III.	CONCLUSIONES	27
IV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28

DEDICATORIA

Este estudio de caso clínico está dedicado de manera especial a mi madre la cual es mi pilar fundamental para seguir adelante y lograr cada uno de mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a mi madre por su amor y apoyo incondicional, que gracias a sus consejos y ejemplo me han permitido culminar esta etapa de mi vida.

A mi familia por el amor y apoyo brindado, también por los valores inculcados a lo largo de mi vida.

A mis a mis amigos y amigas que me han acompañado en esta etapa universitaria, de los cuales he recibido muchas alegrías y apoyo emocional para culminar esta etapa de mi vida.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTE EMBARAZADA

RESUMEN

La anemia es una afección sanguínea que ocurre cuando los glóbulos rojos son disfuncionales o cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 11 g/dl, lo cual dificulta la llegada necesaria de oxígeno hacia las diferentes partes del cuerpo, la hemoglobina es una hemoproteína de la sangre cuya función es captar el oxígeno de los alveolos para distribuirlo al resto del cuerpo y captar el dióxido de carbono el cual es llevado a los pulmones para su eliminación.

Se clasifican en leve moderada y grave en relación con los niveles de hemoglobina:

Anemia severa: <7,0 g/dl

Anemia moderada: 7,1 – 10,0 g/dl

Anemia leve: 10,1 – 10,9 g/dl

Existen diferentes tipos de anemia en relación con su causa, en el siguiente caso clínico se enfoca en anemia ferropénica la cual es el tipo más común de anemia, su causa principal se debe a la ingesta insuficiente de hierro en comparación a las necesidades, o también cuando nuestro organismo no es de absorber correctamente el hierro que ingerimos.

El siguiente caso clínico trata de una mujer de 31 años de edad embarazada con 32 semanas de gestación, secundigesta que acude al hospital por presentar síndrome anémico como: disnea, dificultad para respirar, fatiga, palidez generalizada. La cual es hospitalizada para recibir el tratamiento, cuidados y el proceso de atención de enfermería, de esta manera se manifiesta la importancia del proceso de atención de enfermería (PAE).

Palabras clave: Anemia Ferropénica, Hábitos Alimenticios, Embarazada.

ABSTRACT

Anemia is a blood condition that occurs when red blood cells are dysfunctional or when hemoglobin values are below 11 g / dl, which makes it necessary to get oxygen to different parts of the body, hemoglobin is a hemoprotein of the blood whose function is to capture the oxygen from the alveoli to distribute it to the rest of the body and capture the carbon dioxide which is taken to the lungs for disposal.

They are classified as mild moderate and severe in relation to hemoglobin levels:

Severe Anemia: <7,0 g/dl

Moderate Anemia: 7,1 – 10,0 g/dl

Mild Anemia: 10,1 – 10,9 g/dl

There are different types of anemia in relation to its cause, in the following clinical case it focuses on iron deficiency anemia which is the most common type of anemia, its main cause is due to insufficient iron intake compared to needs, or also when our organism is not to properly absorb the iron we ingest.

The following clinical case is about a 31-year-old pregnant woman with 32 weeks gestation, a secondary patient who goes to the hospital for presenting anemic syndrome such as dyspnea, shortness of breath, fatigue, generalized paleness. Which is hospitalized to receive the treatment, care and nursing care process, in this way the importance of the nursing care process (PAE) is manifested.

Keywords: Iron deficiency anemia, Eating habits, Pregnant.

INTRODUCCION

La anemia es una enfermedad que se produce por la deficiencia de glóbulos rojos, la presencia de glóbulos rojos disfuncionales en el cuerpo o la falta de hemoglobina ≤ 11 g/dL, la hemoglobina es una hemoproteína que proporciona el pigmento rojo presente en los glóbulos rojos, su función es captar el oxígeno que se encuentra en los alveolos pulmonares para transportarlo a las diferentes partes del cuerpo y recoger el dióxido de carbono de estos y transportarlo hasta los pulmones para ser expulsado.

Existen diferentes tipos de anemia, la anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es el tipo de anemia más común, y es producido cuando las cantidades de hierro son insuficientes para la formación de hemoglobina o cuando existe una mala absorción del hierro.

La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbilidad perinatal. (MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014)

El caso clínico presentado trata a un paciente de sexo femenino de 31 años de edad embarazada de 32 semanas de gestación diagnosticada con anemia ferropénica, la cantidad de hemoglobina varía en el embarazo con una disminución

normal en el inicio del embarazo, la anemia en el embarazo se puede clasificar en leve, moderada o grave, y se aplican diferentes tratamientos según el nivel de anemia y la causa que la provoque.

I. MARCO TEORICO

1.1. ANEMIA

Se considera anemia cuando los valores presentes de hemoglobina se encuentran por debajo del límite inferior considerando la edad, sexo o también considerando algunas situaciones especiales como la altura de residencia.

La hemoglobina es una hemoproteína de la sangre que se encuentra dentro de los glóbulos rojos cuya función consiste en el transporte de oxígeno a los diferentes tejidos del cuerpo y transportar el dióxido de carbono para ser expulsado.

1.2. CLASIFICACION DE LAS ANEMIAS

Las anemias se originan generalmente por uno de los siguientes mecanismos básicos: eritropoyesis deficiente, hemólisis excesiva o hemorragia (aguda o crónica).

1.2.1. CLASIFICACION DE LA ANEMIA SEGÚN SEVERIDAD CLINICA SEGÚN LA OMS

Anemia severa: <7,0 g/dl

Anemia moderada: 7,1 – 10,0 g/dl

Anemia leve: 10,1 – 10,9 g/dl

1.2.2. CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA

Se basa en los cambios que presentan los glóbulos rojos en el tamaño y en el contenido de hemoglobina.

Anemias macrocíticas

- Hematológicas
- Anemia megaloblástica
- Anemias hemolíticas
- Síndromes mielodisplásicos
- No hematológicas
- Alcoholismo
- Hepatopatía crónica

Anemias microcíticas

- Anemia ferropriva
- Talasemias

Anemia normocíticas

- Anemia aplástica
- Infiltración medular (Mieloptosis)
- Anemias secundarias a enfermedad crónica

1.2.3. CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA

se basa en la respuesta de la médula ósea para compensar la anemia, así se les clasifica en dos grupos anemias arregenerativas y anemias regenerativas.

A) ANEMIAS ARREGENERATIVAS

En estas anemias la médula ósea es incapaz de producir GR en forma adecuada para compensar la anemia, ya sea por un defecto de la misma (Ejs. anemia aplástica, leucemias) o por falta de nutrientes (hierro, vitamina B12, etc.).

Por depresión

- Infecciones extramedulares
- Mesenquimopatías
- Déficit de Hierro
- Síntesis alterada de DNA
- Déficit de eritropoyetina
- Déficit de tiroxina
- Déficit de transferrina

Por agresión

- Intoxicaciones endógenas
- Intoxicaciones exógenas
- Infecciones intramedulares
- Procesos autoinmunes

Por sustitución

- Proliferaciones celulares

B) ANEMIAS REGENERATIVAS.

Las anemias regenerativas son aquellas en que existe pérdida de GR por hemorragia o por hemólisis (intravascular o extravascular). Son anemias de causa periférica; la médula ósea intenta compensar la anemia aumentando la producción de hematíes, por lo cual el recuento de reticulocitos aumenta.

Anemias hemolíticas

Anemias hemolíticas intracorpúsculares

- Membranopatías
- Hemoglobinopatías
- Enzimopatías

Anemias hemolíticas extracorpúsculares

- Autoanticuerpos
- Aloanticuerpos
- Traumatismos constantes
- Microcirculación alterada
- Grandes hematomas
- Físicas
- Químicas
- Toxi-infecciosas
- Parasitarias (E-BOOK, 2009, págs. 110 - 113)

1.3. ANEMIA FERROPENICA

La anemia ferropénica (AF) es el tipo más frecuente de anemia y se produce básicamente cuando las cantidades de hierro son insuficientes, el cual es de vital importancia para la formación de hemoglobina que trabaja en conjunto con los glóbulos rojos en el transporte de oxígeno.

La AF se puede originar por diferentes motivos: nutricional, debida a una disminución en el aporte de hierro en la dieta, que representa la causa más común en poblaciones de bajo nivel económico y la más frecuente en nuestro país; otra razón para su aparición, cuando el aporte de hierro en la dieta es el adecuado, es la pérdida crónica de sangre en la mujer durante la menstruación y durante el embarazo, o en periodo de lactancia; en la infancia ocurre fisiológicamente un aumento en las demandas del mineral, de suerte que la asociación de diferentes causas de AF es muy común. En los adultos el sangrado por el tubo digestivo es causa frecuente. (Pérez, 2009, pág. 23)

1.4. CUADRO CLINICO

En anemia ferropénica podemos observar principalmente el síndrome anémico tales como fatiga, palidez, disnea, palpitaciones, hiporexia, astenia, cefalea. La intensidad de algunos de estos signos y síntomas es directamente proporcional a

intensidad del grado de anemia que presenta, y especialmente a la rapidez con la que haya evolucionado en su organismo; la mayoría de los casos evoluciona de una manera muy lenta lo que ocasiona una adaptación a niveles bajos de hemoglobina en el cuerpo y la manifestación de signos y síntomas se van a representar de una forma leve.

Existen otros signos y síntomas, aunque menos frecuentes tales como glositis, queilosis, estomatitis, coloniquia, parestesias, etc. Por lo general este tipo de casos se manifiestan cuando la evolución de la anemia es muy prolongada.

1.5. DIAGNOSTICO

El diagnostico de anemia ferropénica la mayoría de las veces se diagnostica de manera tardía, existen algunos exámenes muy efectivos para su diagnóstico tales como:

1.5.1. Biometría hemática: es un examen sanguíneo en el que muestra la cuantificación de las células sanguíneas tales como glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

1.5.2. Cuantificación del porcentaje de reticulocitos: nos revela el porcentaje de reticulocitos que explica la incapacidad de la medula ósea para producir glóbulos rojos, que al mantener las cantidades normales puede evidenciar el diagnóstico de anemia ferropénica

1.5.3. Examen de hierro sérico: cuantifica la cantidad de hierro presente en la sangre.

1.6. ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO

Hemoglobina (Hb) con valores menores a 11 g/dL (Hcto < 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina (Hb) con valores menores <10,5 g/L (Hcto <32%) en el segundo trimestre. (MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014)

La carencia de los aportes de hierro en la alimentación o a través de suplementación de hierro puede traer consecuencias importantes para el desarrollo de la enfermedad, otra causa importante de anemia ferropénica es cuando si se ingiere cantidades normales de hierro, pero el cuerpo no tiene la capacidad de absorberlo para su utilización.

Es normal que las necesidades de hierro aumenten en la gestación por el incremento del volumen plasmático materno, aumento de las necesidades de hierro para el desarrollo del feto y la placenta.

La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal. (MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014, pág. 9)

1.7. CLASIFICACION DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO SEGÚN LA CAUSA

1.7.1. Anemia absoluta

Es una verdadera disminución en el contaje de eritrocitos y tiene importancia perinatal. Involucra un aumento de la destrucción del eritrocito, disminución del volumen corpuscular o disminución de la producción de eritrocitos.

1.7.2. Anemia relativa

Es un evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal, no hay verdadera reducción de la masa celular. El ejemplo más común es la disminución observable en el contenido de Hb y contaje de eritrocitos por aumento del volumen plasmático en el segundo trimestre del embarazo, aún en la gestante con depósitos de hierro normales. (MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014, pág. 13)

1.8. SUPLEMENTACION RUTINARIA DE HIERRO EN LA PREVENCION DE ANEMIA EN EL EMBARAZO

1.8.1. Composición de la suplementación

Hierro: 30 a 60 mg de hierro elemental

Ácido fólico: 400 µg (0,4 mg)

Frecuencia: Un suplemento diario

Duración: Durante todo el embarazo, la suplementación con hierro

más ácido fólico debería inicial, lo más temprano posible

Grupo objetivo: Todas las embarazadas- adolescentes y adultas (MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014)

1.9. TRATAMIENTO CON HIERRO PARENTERAL

Ocasionalmente se hace necesario administrar el hierro por vía parenteral. Las indicaciones son malabsorción. intolerancia al hierro tomado oralmente, necesidades de hierro que exceden una cantidad que pueda ser tomada oralmente y la no colaboración del paciente. La administración parenteral de hierro, junto con eritropoyetina. parece aliviar la anemia que de otro modo puede complicar el tratamiento crónico con diálisis de los pacientes con enfermedad renal crónica. En raros casos, la incapacidad del paciente para seguir las instrucciones o para volver al seguimiento pueden justificar la utilización del hierro parenteral. Sin embargo, a la vista de los riesgos significativamente mayores del tratamiento parenteral, las indicaciones deben ser consideradas cuidadosamente. (WILLIAMS, 2004)

Para la infusión práctica de hierro sacarosa parenteral se debe considerar:

- Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas)
- Dosis máxima recomendada a aplicar en una semana: 500 mg

La velocidad de infusión debe realizarse de la siguiente manera práctica:

- 100 mg de hierro sacarosa en 100 cc de SS 0,9% pasar en una hora
- 200 mg de hierro sacarosa en 200 cc de SS 0,9% pasar en dos horas
- 300 mg de hierro sacarosa en 300 cc de SS 0,9% pasar en tres horas
(MSP, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO, 2014)

1.10. TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE GLOBULOS ROJOS (CGR) EN OBSTETRICIA

El volumen plasmático intravascular aumenta entre 2,5 a 3,8 litros durante las 40 semanas de gestación. La masa de glóbulos rojos también se incrementa, pero este aumento es menor que el del volumen plasmático. El resultado de esto es la

disminución del hematocrito durante la gestación de 38-40% a alrededor de 33-35 %, lo cual produce la llamada anemia fisiológica del embarazo. El grado de esta disminución va a estar dado por la disponibilidad de hierro en los depósitos, y por el hierro y ácido fólico suplementarios que se prescriben profilácticamente a la embarazada.

El 12 % de las mujeres entre los 20 y los 50 años tienen deficiencia de hierro, el 37% de las mujeres embarazadas presentan algún grado de anemia.

La consecuencia de las deficiencias del hierro y ácido fólico es la anemia de diferentes niveles de severidad, y la que generalmente se hace más marcada en el tercer trimestre del embarazo.

La administración de hierro durante el embarazo ha resultado posible, segura y beneficiosa; recomendándose las formas intravenosas de administración cuando las pacientes son refractarias o intolerantes al hierro oral. Si se prescribe la suplementación o el tratamiento adecuado las gestantes llegan al parto en condiciones de tolerar las pérdidas de sangre asociadas a él.

Los autores de ese estudio concluyeron recomendar la indicación de las transfusiones durante el parto en base a los signos y síntomas, y no a los niveles de hemoglobina.

1.11. Recomendación para la indicación de transfusión en pacientes embarazadas anémicas

- En una paciente con signos y síntomas de anemia y un nivel de Hb ≤ 7 g/dL, debe transfundirse CGR.
- Cuando la paciente tiene entre 8 y 10g/dL de hemoglobina la indicación de la transfusión de CGR debe estar basada en la severidad de los signos y síntomas que presente. (MSP, 2013)

1.12. JUSTIFICACION

El embarazo es una de las etapas más transformadoras por las que puede pasar una mujer, pero a su vez existen muchas patologías propias del embarazo, es decir fisiológicas normales como es el caso de la anemia por deficiencia de hierro, ya que en el embarazo las necesidades de hierro aumentan para el desarrollo del feto y la placenta, es por esto que es de vital importancia diagnosticar y aplicar tratamiento a tiempo con el fin de evitar diversos tipos de complicaciones materno neonatales.

Por lo cual en este trabajo se aplicó el proceso de atención de enfermería ya que es un método sistemático y organizado el cual permite brindar cuidados con base científica y así intervenir de una manera oportuna en cada una de las necesidades del paciente.

1.13. OBJETIVOS

1.13.1. Objetivo general

Desarrollar el proceso de atención de enfermería (PAE) en paciente con anemia ferropénica.

1.13.2. Objetivos específicos

- Aplicar el proceso de atención de enfermería
- Describir el proceso de atención de enfermería
- Identificar las causas y consecuencias que conlleva la presencia de anemia ferropénica en embarazadas.

1.14. Datos generales

- Nombres: NN
- Cedula de identidad: 120394563-5
- Género: Femenino
- Edad: 31
- Estado civil: Unión libre
- Historia clínica: 1302684012
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Lugar de nacimiento: Guayaquil
- Grado de instrucción: Bachiller
- Profesión u oficio: Costurera
- Raza: Mestiza
- Número de embarazos y partos: Secundigesta (2^{do} embarazo)
- Religión: Evangélica
- Dirección de residencia habitual: Guasmo central
- Fecha de Nacimiento: 19/03/1988

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

1.15. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

paciente de sexo femenino de 31 años de edad secundigesta con embarazo de 32 semanas de gestación llega al hospital general guasmo sur la cual es atendida en el servicio de emergencia en el área de gineco - obstetricia por presentar debilidad, dificultad para respirar, palidez generalizada, cefalea y nauseas.

1.15.1. Historial clínico del paciente.

1.15.2. Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea (hace 11 meses) Apendicetomía (hace 4 años)

1.15.3. Enfermedades de transmisión sexual: No refiere.

1.16. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad embarazada con 32 semanas de gestación diagnosticada por fecha de ultima menstruación, la cual indica malestar general, disnea, mareo, aturdimiento, taquicardia, conjuntivas pálidas, palidez generalizada, presentando este cuadro clínico hace una semana atrás, por lo que acude a consulta y acepta su hospitalización.

1.17. Examen físico (exploración clínica)

- Constitución: Somatotipo ectomorfo
- Nivel de conciencia: consciente, orientada en tiempo y espacio.
- Deambulación: Deambula con dificultad
- Peso y Talla.
 - Peso: 53 kg
 - Talla: 163 cm
 - IMC: 19,9 / valor referencial (25 – 29)

- Fascie: Facie de la talasemia mayor
- Piel y anexos: Palidez generalizada y mucosas deshidratadas

1.17.1. Signos vitales

Signos vitales	Resultado	Valor referencial
Presión arterial sistólica	110 mm/hg	110 – 140 mm/hg
Presión arterial diastólica	76 mm/hg	70 – 90 mm/hg
Frecuencia cardiaca	92 latidos x min	60 – 80 latidos x min
Frecuencia respiratoria	14	12 – 20 resp x min
temperatura	36,4 °c	36,5 – 37,5 °c
Saturación de oxígeno	92 %	95 – 100 %

1.17.2. Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon)

Patrón 1: promoción de la salud: Refiere solo haber cumplido 4 controles prenatales por no disponer de tiempo para asistir al centro de salud porque trabajaba, cuenta con el carnet de vacunación en el cual se evidencia el cumplimiento de las 2 primeras dosis de la vacuna contra el tétano. En el diagnostico medico represento anemia ferropénica, por los exámenes de laboratorio y la presencia de signos y síntomas como disnea, palidez generalizada, dificultad respiratoria, se le brinda charlas educativas de los beneficios de llevar una alimentación saludable y el consumo de suplementos (hierro y ácido fólico).

Patrón 2: nutricional – metabólico: mantiene una dieta no balanceada, menciona que no ingiere sus comidas en un horario especifico por el trabajo, no consume ningún suplemento vitamínico, se toma 4 vasos de agua al día aproximadamente.

Patrón 3: eliminación e intercambio: realiza sus deposiciones y diuresis con normalidad.

Patrón 4: actividad – ejercicio: no realiza ninguna clase de ejercicio físico, pero refiere malestar general, a moderado esfuerzo al trabajar.

Patrón 5: sueño – descanso: duerme 7 horas al día aproximadamente, de vez en cuando tiene problemas para conciliar el sueño, cuando llega a casa después del trabajo refiere descansar media hora.

Patrón 6: cognitivo – perceptual: es consciente que el estado de salud en el que se encuentra no es favorable y está dispuesta a seguir el tratamiento recomendado por el equipo de salud para mejorar su estado de salud.

Patrón 7: auto percepción – autoconcepto: se considera una buena persona predispuesta a ayudar si alguien lo necesita, trabajadora, no presenta ninguna dificultad al hablar y postura ideal.

Patrón 8: rol – relaciones: estado civil unión libre, trabaja de costurera, mantiene una buena relación con la mayoría de los miembros de su familia.

Patrón 9: sexualidad – reproducción: se encuentra en etapa de gestación, tuvo su primer hijo hace menos de un año, paciente refiere que desea usar un método anticonceptivo luego del presente embarazo.

Patrón 10: afrontamiento – tolerancia al estrés: conoce que esta enfermedad engloba muchos riesgos tanto para ella como para su hijo, de no ser tratada correctamente.

Patrón 11: valores y creencias: es evangélica, asiste algunas veces a la iglesia evangélica desde temprana edad en compañía de sus padres.

1.17.3. Patrones funcionales

- **Patrón 3:** eliminación e intercambio
- **Patrón 5:** sueño – descanso
- **Patrón 6:** cognitivo – perceptual
- **Patrón 7:** autopercepción – autoconcepto
- **Patrón 8:** rol – relaciones
- **Patrón 9:** sexualidad – reproducción
- **Patrón 10:** afrontamiento – tolerancia al estrés
- **Patrón 11:** valores y creencias

1.17.4. Patrones disfuncionales

- **Patrón 1:** promoción de la salud
- **Patrón 2:** nutricional – metabólico
- **Patrón 4:** actividad – ejercicio

1.18. Información de exámenes complementarios realizados

1.18.1. Biometría hemática

BIOMETRIA			
HEMOGRAMA COMPLETO	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
Hematíes	3,3	Millones/mm ³	4,7 - 6,1
Hemoglobina	7,2	g/dL	14 - 18
Hematocrito	22	%	42 - 52
Volumen Corpuscular Medio	66	fL	80 - 99
Hemoglobina Corpuscular Media	20	Pg	27 - 33
Concentración De Hemoglobina Corpuscular Media	25	g/dL	33 - 37
Ancho Distribución Eritrocitaria	9,8	%	11,5 - 14,5
Plaquetas	230	Millones/mm ³	130 - 400
Volumen Plaquetar Medio	8	fL	7,2 - 11,1
Leucocitos	7,9	Millones/mm ³	4,1 - 10,9
Neutrófilos %	65	%	40 - 74
Linfocitos %	39	%	20 - 48,5
Monocitos %	7,8	%	3,4 - 9
Eosinófilos %	2,1	%	0 - 7
Basófilos %	0,6	%	0 - 1,5
Neutrófilos/mm ³	5,3	Millones/mm ³	1,9 - 8
Linfocitos/mm ³	4,3	Millones/mm ³	0,9 - 5,2
Monocitos/mm ³	0,38	Millones/mm ³	0,16 - 1
Eosinófilos/mm ³	0,2	Millones/mm ³	0 - 0,8
Basófilos/mm ³	0	Millones/mm ³	0 - 0,2

1.18.2. Perfil de hierro

PERFIL DE HIERRO			
Hierro Sérico	28	ug/dl	50 - 140
Ferritina	9	ng/dl	14 - 200
Capacidad de fijación de hierro	139	Ug/dl	220 - 450

1.19. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad cruzando su segundo embarazo, en etapa de gestación 32 semanas diagnosticada por fecha de última menstruación, se encuentra consciente orientada en tiempo y espacio, la cual acude a la casa de salud por presentar debilidad, disnea, aturdimiento, mareo.

Al momento de realizar el examen físico regional se observó: cabeza normocefalica, cabello distribuido uniformemente, cabello muy fino y frágil, ojos simétricos, pupilas isocóricas normoreactivas con presencia de palidez en la conjuntiva, pabellón auricular simétrico, mucosas pálidas, músculos del cuello de iguales dimensiones, cabeza centrada, sin presencia de adenopatías, movimientos continuos y coordinados sin molestia, simetría de la caja torácica y expandible, mamas simétricas con presencia de tubérculos de Montgomery , ausencia de secreción de los pezones, abdomen globuloso compatible con embarazo, presencia de estrías de color blanco y línea alba, en extremidades superiores simétricos, se evidencio tono muscular flácido, en las uñas se observó coiloniquia, lechos ungueales pálidos con tintes cianóticos en la prueba del llenado capilar ungueal, extremidades inferiores en forma leve de genu valgo, presencia de venas varicosas situados en la corva, se observó edema leve en pies y tobillos sin signo de fovea, arcos de movimiento completos.

1.19.1. Clasificación CIE 10: Anemia por deficiencia de hierro (D50)

1.19.2. Nota de enfermería

Recibo paciente de sexo femenino de 31 años de edad embarazada con 32 semanas de gestación en el área hospitalización ginecología 1, paciente despierta, consciente orientada en tiempo y espacio, con Diagnostico medico: Anemia Ferropénica, Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades, en la valoración céfalo-caudal se observó: cráneo normocefalico sin presencia de cicatrices, cabello distribuido uniformemente, facie pálida, cavidad bucal integra con presencia de halitosis, piezas dentales completas, mamas integras simétricas, con presencia de tubérculos de Montgomery, en la valoración abdominal se observa abdomen globoso con presencia de línea alba con presencia de estrías, feto único vivo, movimientos fetales presentes, extremidades superiores simétricas, en extremidad superior derecha se encuentra catéter periférico #18, extremidades inferiores presencia de varices en la corva, edema leve situados en tobillos y pies, paciente manifiesta que no consume ninguna suplementación vitamínica, se valoran signos vitales en los que presento: 110/76 mm/hg, frecuencia respiratoria 16 x minuto, frecuencia cardiaca 82 x minuto, saturación 96%, se

administra medicación prescrita por médico, paciente evoluciona favorablemente, se brindan cuidados de enfermería.

1.20. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROBLEMA

Biológicas: hábitos alimenticios inadecuados para las necesidades biológicas, consumo insuficiente de hierro, la cual es la causa principal de la enfermedad que presenta.

Físicas: dificultad para respirar, disnea al realizar sus actividades diarias (caminar, trabajar, agacharse).

Sociales: mantiene una buena relación con los miembros de su familia y su esposo.

1.20.1. Tratamiento

2 Concentrado de glóbulos rojos (IV)

Criterio científico

Las transfusiones de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y, cuando es clínicamente apropiado, sangre completa constituyen una práctica indispensable para la atención de pacientes cuyas condiciones clínicas no pueden ser tratadas con otras tecnologías sanitarias. Contar con existencias suficientes de estos componentes de la sangre en los hospitales adquiere, por lo tanto, importancia crítica para la salud de la población. (OPS, 2010)

Hierro Sacarosa (IV)

200mg de hierro sacarosa en 200 ml de solución salina al 0,9% en 2 horas stat (33 gtt x min).

100mg de hierro sacarosa en 100 ml de solución salina al 0,9% en 1 hora (lunes - miércoles - viernes)

Criterio científico

La inyección de sacarosa de hierro se usa para tratar la anemia por deficiencia de hierro (un número de glóbulos rojos más bajo que lo normal debido a muy poco hierro) en personas con enfermedad renal crónica (daño a los riñones que puede empeorar con el tiempo y que puede provocar que los riñones dejen de funcionar). La inyección de sacarosa de hierro es una clase de medicamentos llamados productos de reemplazo de hierro. Funciona al reabastecer los depósitos de hierro de manera que el cuerpo pueda producir más glóbulos rojos. (ASHP, 2014)

Ácido Fólico (V.O.)

5mg Q/D

Criterio científico

El folato (vitamina B-9) es importante para la formación de los glóbulos rojos, así como para el normal crecimiento y funcionamiento de las células. Este nutriente es fundamental durante las primeras etapas del embarazo para reducir el riesgo de que el bebé tenga defectos congénitos en el cerebro y la columna vertebral. (MFMER, 2018)

1.21. Aplicación del proceso de atención de enfermería



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



DISPOSICION para mejorar la gestión de la salud

NANDA:
NOC:
NIC:

M
E
T
A

R/C: presencia de signos y síntomas

E/P: expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad

Dominio: 4 CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD

Clase: S CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD

Etiqueta: 1855 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE (PAG. 191)

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

Campo: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

Clase: D APOYO NUTRICIONAL

Etiqueta: 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
PESO PERSONAL OPTIMO		X			
INDICE DE MASA CORPORAL OPTIMO		X			
SUPLEMENTOS RECOMENDADOS DE VITAMINAS	X				
IMPORTANCIA DE LOS EXAMENES PREVENTIVOS		X			

ACTIVIDADES

1. DETERMINAR LA INGESTA Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL PACIENTE
2. ESTABLECER METAS REALISTAS A CORTO Y LARGO PLAZO PARA EL CAMBIO DEL ESTADO NUTRICIONAL
3. UTILIZAR NORMAS NUTRICIONALES
4. PROPORCIONAR INFORMACIÓN SI ES NECESARIO ACERCA DE LA NECESIDAD DE LA MODIFICACIÓN DE LA DIETA POR RAZONES DE SALUD: ANEMIA
5. DETERMINAR EL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE DE LOS CUATRO GRUPOS ALIMENTARIOS BÁSICOS
6. COMENTAR LAS NECESIDADES NUTRICIONALES Y LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA DIETA PRESCRITA RECOMENDADA.



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES.

NANDA:
NOC:
NIC:

M
E
T
A

R/C: FACTORES BIOLÓGICOS

E/P: EMBARAZO DE 32 SG

Dominio: 2 SALUD FISIOLÓGICA

Clase: K DIGESTION Y NUTRICION

Etiqueta: 1009 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTION DE NUTRIENTES. (PAG. 369)

Campo: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

Clase: D APOYO NUTRICIONAL

Etiqueta: 1100 MANEJO DE LA NUTRICION

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
100902 INGESTION PROTEICA		X			
100904 INGESTION DE HIDRATOS DE CARBONO			X		
100905 INGESTION DE VITAMINAS	X				
100907 INGESTION DE HIERRO	X				

ACTIVIDADES

1. DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE Y SU CAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES NUTRICIONALES.
2. INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES, FOMENTANDO LA INGESTA DE HIERRO.
3. DETERMINAR EL NUMERO DE CALORÍAS Y EL TIPO DE NUTRIENTES NECESARIOS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES NUTRICIONALES.
4. AJUSTAR LA DIETA, AJUSTANDO LOS APORTES DE HIERRO NECESARIOS.
5. ENSEÑAR AL PACIENTE SOBRE LOS REQUISITOS DE LA DIETA EN FUNCIÓN DE SU ENFERMEDAD.
6. MONITORIZAR LAS TENDENCIAS DE AUMENTO Y PÉRDIDA DE PESO.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



NANDA:
NOC:
NIC:

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

R/C: DESEQUILIBRIO ENTRE EL APORTE Y DEMANDA DE OXIGENO.

E/P: DEBILIDAD GENERALIZADA, FATIGA, DISNEA.

M
E
T
A

Dominio: 1 SALUD FUNCIONAL

Clase: A MANTENIMIENTO DE LA ENERGIA

Etiqueta: 0005 TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
000501 SATURACION DE OXIGENO EN RESPUESTA A LA ACTIVIDAD				X	
000508 ESFUERZO RESPIRATORIO EN RESPUESTA A LA ACTIVIDAD			X		
000507 COLOR DE PIEL				X	
000518 FACILIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			X		

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

Campo: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

Clase: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Etiqueta: (0180) MANEJO DE LA ENERGIA

- ACTIVIDADES**
1. CORREGIR LOS DÉFICITS DEL ESTADO FISIOLÓGICO DE LA ANEMIA COMO ELEMENTOS PRIORITARIOS
 2. SELECCIONAR INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA FATIGA COMBINANDO MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS, SEGÚN PROCEDA
 3. CONTROLAR LA INGESTA NUTRICIONAL PARA ASEGURAR RECURSOS ENERGÉTICOS ADECUADOS
 4. VIGILAR LA RESPUESTA CARDIORRESPIRATORIA A LA ACTIVIDAD (DISNEA, PALIDEZ, FRECUENCIA RESPIRATORIA)
 5. AYUDAR AL PACIENTE A COMPRENDER LOS PRINCIPIOS DE CONSERVACIÓN DE ENERGÍA (REPOSO EN CAMA)
 6. AYUDAR EN LAS ACTIVIDADES FÍSICAS NORMALES (DEAMBULACIÓN, TRASLADOS, CUIDADO PERSONAL)

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

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Volumen 1 unidad= 350 ml

Hto=55-60%.

Hb=60 g/dL (depende de la Hb del donante).

Plaquetas no funcionales.

Plasma con anticoagulante (CPD)=30 mL (no contiene factores lábiles de la coagulación en niveles significativos).

Solución aditiva (Manitol)=100 mL.

Conservación

A 4°C ± 2°C por un período de 42 días posteriores a su extracción. Unidades que permanecen por más de 30 minutos a temperatura no controlada fuera del Servicio de Hemoterapia deben ser devueltas al Servicio.

Compatibilidad según agrupamiento ABO

Paciente	1ª opción	2ª opción	3ª opción	4ª opción
O	O	Ninguna	Ninguna	Ninguna
A	A	O	Ninguna	Ninguna
B	B	O	Ninguna	Ninguna
AB	AB	A	B	O

Dosis

- 14 mL/kg de peso del paciente
- Por cada unidad administrada es esperable un aumento de 10g/L la hemoglobina o 3% el hematocrito. (MSP, TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES , 2013)

MODELO NOLA PENDER:

- Promoción de la salud
- Asistir al centro de salud más cercano según indicaciones medicas
- Fomentar una dieta balanceada, que abastezca las necesidades nutricionales, alimentarse en horarios específicos.
- Consumo de micronutrientes durante y después del embarazo (por lo menos 6 semanas después del parto)

1.23. Seguimiento

Después de 9 días de estar hospitalizada hasta su recuperación, es referida a centro de salud Mariuxi Febres cordero, en donde debe realizarse prueba de hemoglobina una semana después del alta y seguir adquiriendo suplementación de hierro y ácido fólico.

El valor de hemoglobina se encuentra dentro de los parámetros normales (12,2 g/dl) por lo que se recomienda la suplementación por lo menos hasta seis semanas después del parto para reponer reservas de hierro.

Paciente acude al centro de salud a realizarse los controles prenatales

Fomento de alimentos saludable alta en hierro hacia la paciente y su familia tales como:

- Carnes rojas magras
- Lenteja
- Espinacas
- avena
- Controles prenatales

1.24. Observaciones

Paciente aceptaba todas las indicaciones indicadas por parte del equipo de salud, ya que estaba decidida a mejorar su estado de salud por el bien de ella y su hijo, el equipo de salud le informo cada uno de los procedimientos a realizar y su evolución.

Se le explico la importancia y beneficios de la transfusión sanguínea, la cual acepto y firmo la hoja de consentimiento informado.

Paciente respondió favorablemente a la transfusión sanguínea de 2 CGR

Se brindaba información a sus familiares acerca de su evolución, y signos de alarma, en caso de presentar uno informar al personal de salud.

III. CONCLUSIONES

Frente a la evidencia recaudada se puede evidenciar la mejoría del estado de salud de la paciente a través de los cuidados aplicados, tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico como charlas educativas sobre cómo llevar una mejor alimentación.

Luego de desarrollar el proceso de atención de enfermería (PAE) enfocado en una paciente embarazada con anemia ferropénica pude mejorar mis conocimientos acerca del proceso fisiopatológico que esta conlleva y cuáles son los riesgos obstétricos que se pueden presentar de no ser tratada a tiempo.

Al aplicar el proceso de atención de enfermería me ayudo a identificar cuáles eran las alteraciones de salud a mejorar e intervenir de una manera eficiente y eficaz, pues la labor de la enfermería no está solo dedicada a la atención del individuo enfermo sino también al sano con el fin de realizar promoción de la salud para de esta manera prevenir muchas enfermedades futuras.

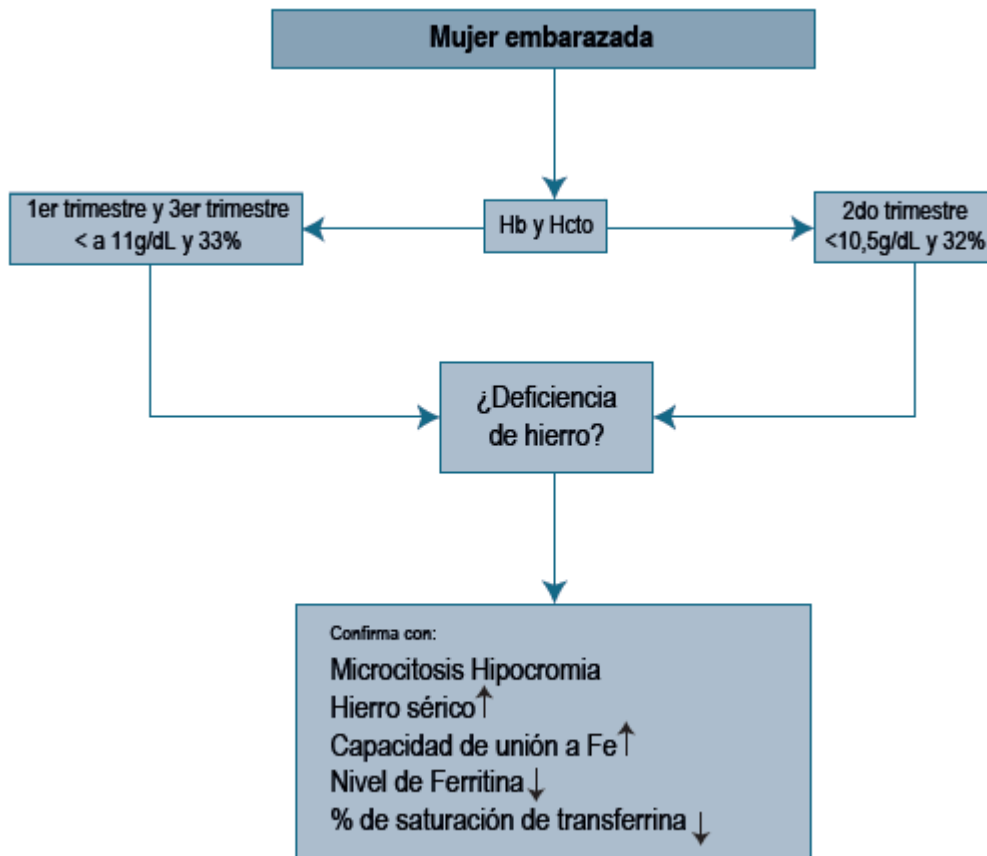
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) ASHP. (15 de ABRIL de 2014). *Medline Plus*. Obtenido de The American Society of Health-System Pharmacists: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a614017-es.html>
- 2) E-BOOK. (2009). *HEMATOLOGIA FISIOPATOLOGIA Y DIAGNOSTICO*. TALCA: UNIVERSIDAD DE TALCA.
- 3) MFMER. (3 de JUNIO de 2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic Healthy Living: <https://www.mayoclinic.org/es-es/seo/art-20364625>
- 4) MSP, G. (2013). *TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES* . QUITO: Direccion nacional de normatizacion - MSP.
- 5) MSP, G. (2014). *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO*. QUITO: Direccion Nacional de Normatización – MSP.
- 6) OPS. (2010). *Recomendaciones para la Estimación de las Necesidades de Sangre y sus Componentes*. Washington, D.C.: Convención Universal.
- 7) Pérez, J. C. (2009). *HEMATOLOGIA LA SANGRE Y SUS ENFERMEDADES*. México, D.F.: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.
- 8) WILLIAMS. (2004). *HEMATOLOGIA*. new york: Virgil F. Fairbanks y Ernest Beutler.
- 9) American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008 Jul; 112 (1): 201-7.
- 10) Spence RK, Carson JA, Poses R, McCoy S, Pello M, Alexander J, et al. Elective surgery without transfusion: influence of preoperative hemoglobin level and blood loss o mortality. *Am J Surg*. 1990; 159:320-4.

V. ANEXOS



DESCRIPCION: CONTROLANDO SIGNOS VITALES.

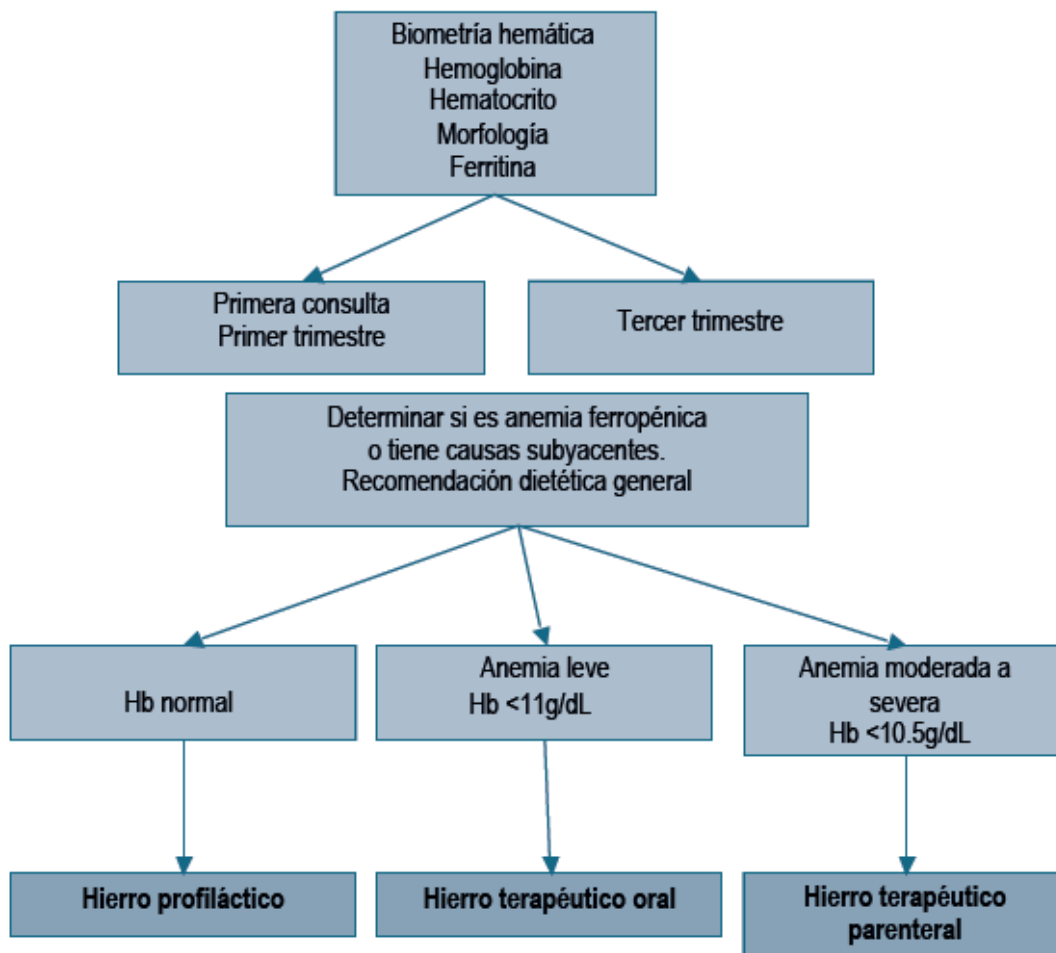


DESCRIPCION: FLUJOGRAMA DE DIAGNOSTICO DE ANEMIA EN EL EMBARAZO (GPC MSP

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO).

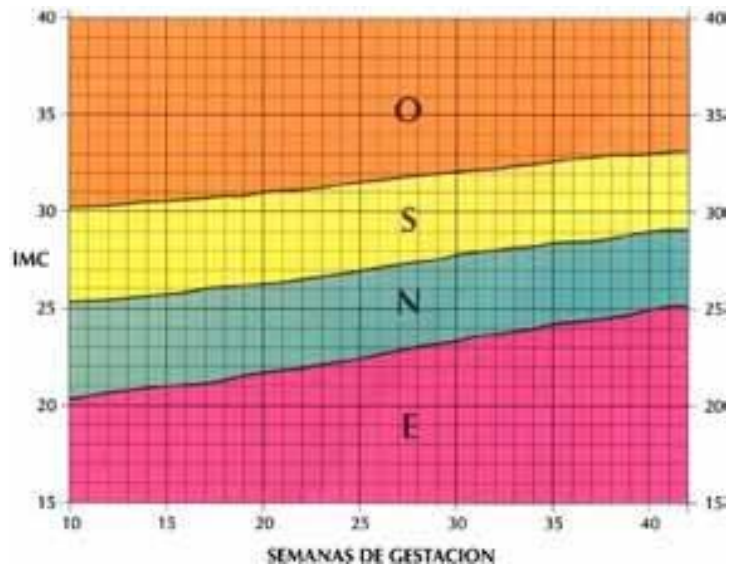
Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia severa	< 7,0 g/dL
Anemia moderada	7,1 –10,0 g/dL
Anemia leve	10,1- 10,9 g/dL

DESCRIPCION: CLASIFICACION DE LA ANEMIA SEGÚN SU SEVERIDAD.



DESCRIPCION: FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO (GPC

MSP DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO).



DESCRIPCION: TABLA DE PESO (CON INDICE DE MASA CORPORAL Y SEMANAS DE EMBARAZO).

Recomendación para la indicación de transfusión en pacientes embarazadas anémicas	Nivel / Grado
En una paciente con signos y síntomas de anemia y un nivel de Hb ≤ 7 g/dL, debe transfundirse CGR.	1C
Cuando la paciente tiene entre 8 y 10g/dL de hemoglobina la indicación de la transfusión de CGR debe estar basada en la severidad de los signos y síntomas que presente.	2A

DESCRIPCION: INDICACIONES PARA TRANSFUSION SANGUINES (GPC MSP TRANSFUSION DE SANGRE).