



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 26 SEMANAS
CON ANEMIA MÁS SEPSIS URINARIA**

AUTOR

DANGIELIE GABRIELA MANZO ROMERO

TUTOR

LIC. MONICA ACOSTA GAIBOR

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO	III
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.2 DATOS GENERALES.....	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	12
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	12
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	12
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	15
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	16
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	16
.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	21
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIABIBLIOGRAFICA.....	
¡Error! Marcador no definido.	
ANEXOS.....	26

DEDICATORIA

Dedico con todo el amor, cariño y afecto un ser especial mi abuelita; quien ya no está con nosotros porque así fue el designio de Dios, pero fue ejemplo de superación, ahínco y responsabilidad de mi vida profesional. A mi hija Nemy Sharely, quien representa mi motivación, mi inspiración por quien lucho cada día para que tenga un futuro ameno, armónico, inculcándole el camino correcto y buenas costumbres. A mi esposo, quien supo apoyar, valorar, comprender y creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos duros, pero hemos sabido vencer, seguir adelante, forjando un mejor futuro. A mi Madre, quien, en todo mi proceso de formación, siempre eh contado con su apoyo, aunque ha sido padre y madre para mí, se esfuerza cada día para darnos lo mejor; inculcando buenas costumbres y sé que estará orgullosa de este logro. A mis hermanos quienes, con su apoyo, compañía, palabras de aliento, me motivaban a no decaer y ser ejemplo para ellos. A mi familia en general quienes han compartido conmigo cada logro ganado en mi vida. A las autoridades, maestros, compañeros quienes han sido de ayuda fundamental en el desarrollo de mi etapa profesional, cada anécdota, cada experiencia, cada conocimiento, para que este sueño se haya cumplido.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios su infinita misericordia para conmigo, quien me permite disfrutar y deleitarme ante mis logros, que son resultado de su ayuda incondicional, porque cuando por adversidades he querido dejar ahí las cosas, él me ha respaldado y levantado para seguir adelante. El presente ha sido una gran bendición en todo aspecto y te lo agradezco Padre Celestial, no me cansaré de decirte Gracias a ti, esta meta cumplida. Gracias por acompañarme desde el vientre de mi madre, en cada etapa de mi vida, poniéndome a personas gratas y sinceras al paso, para ser de mí una mejor persona, profesional eficaz, capaz de vencer cualquier obstáculo. Durante estos años, me has enseñado el valor de amar, enmendar y cruzar límites, empezar un nuevo día bajo tu bendición, Grato es para mí Bendecirte, a ti sea la Gloria, la honra y el poder... Gracias mil Gracias Padre Eterno.

TÍTULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 26 SEMANAS
CON ANEMIA MAS SEPSI URINARIA**

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como finalidad aplicar y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una Gestante de 18 años de 26 semanas con un diagnóstico Anemia más Sepsis Urinaria, mediante las taxonomías del NANDA, NIC y NOC.

De acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional. De acuerdo a la información suministrada por los puestos centinela de la Unidad de Nutrición del MSP del año 2012, el 46,9% de las mujeres embarazadas en Ecuador presenta anemia. Por esto, es política pública de salud suplementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental a partir de hierro, y con 400 µg de ácido fólico, durante todo el embarazo y tres meses posparto. (Ecuador, Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica, 2014)

La infección urinaria en el embarazo puede ser de diferentes grados de gravedad dependiendo del sector del aparato urinario que esté afectado, siendo el más grave cuando se afectan los riñones. El embarazo favorece la aparición de infecciones urinarias por los cambios hormonales que se presentan.

El propósito de la aplicación del proceso de atención de enfermería es poder brindar un cuidado integral mediante intervenciones que se le brindará durante su estancia hospitalaria, hasta conseguir su completo bienestar.

Palabras claves: Embarazo, Anemia, Sepsis Urinaria, Patrones funcionales de Marjory Gordon y Taxonomía NANDA NIC Y NOC,

ABSTRACT

The purpose of this case study is to apply and develop the Nursing Care Process (PAE) in a 26-week-old 18-year-old pregnant woman with a diagnosis of Anemia plus Urinary Sepsis, using the taxonomies of NANDA, NIC and NOC.

According to the information published in the National Survey on Health and Nutrition (ENSANUT-ECU 2011-2013), the prevalence of anemia in women of reproductive age is 15% nationwide. According to the information provided by the sentinel posts of the MSP's Nutrition Unit in 2012, 46.9% of pregnant women in Ecuador have anemia. For this reason, it is public health policy to supplement all pregnant women with 60 mg of elemental iron from iron, and with 400 µg of folic acid, throughout pregnancy and three months postpartum. (Ecuador, Diagnosis and treatment of anemia in pregnancy. Clinical Practice Guide, 2014)

Urinary infection in pregnancy can be of different degrees of severity depending on the sector of the urinary system that is affected, the most serious being when the kidneys are affected. Pregnancy favors the appearance of urinary infections due to the hormonal changes that occur.

The purpose of applying the nursing care process is to be able to provide comprehensive care through interventions that will be provided to you during your hospital stay, until your complete well-being is achieved.

Keywords: Pregnancy, Anemia, Urinary Sepsis, Marjory Gordon's functional patterns and NANDA NIC and NOC Taxonomy.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo ha sido elaborado con la intención de proporcionar todo el conocimiento adquirido durante todo el período académico, para el desarrollo de habilidades y destrezas teórico-prácticas, a través de la aplicación de nuestro propio método científico en enfermería PAE (Proceso de Atención de Enfermería), en el siguiente estudio de caso, cuyo tema es Proceso de Atención de Enfermería en una gestante de 26 semanas que presenta Anemia y Sepsis Urinaria, se va a enfocar y señalar las necesidades e identificar las complicaciones que se pueden presentar antes, durante o después del parto, afectando a la diada materno/fetal.

La Anemia y la Sepsis Urinaria constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Se considera varios aspectos del ser humano, de manera integral, desarrollando un estudio de caso, útil para valorar la situación clínica, evidenciar, identificar, priorizar y valorar actividades del cuidado enfermero para lograr así un aumento de bienestar en todas sus dimensiones (física, emocional, espiritual y psicológica), utilizando como herramienta método directo la entrevista, recopilando datos objetivos y subjetivos a través de la valoración de los patrones funcionales de salud, el examen físico y la taxonomía NANDA, NIC y NOC. (Ecuador, Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica, 2013)

I. MARCO TEÓRICO

ANEMIA EN EL EMBARAZO

Hemoglobina (Hb) con valores menores a 11 g/dL (Hcto < 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina (Hb) con valores menores <10,5 g/L (Hcto < 32%) en el segundo trimestre.

ANEMIA POSPARTO

Hemoglobina (Hb) con valor < 10 g/dL

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fatiga es el síntoma más común. Las embarazadas pueden además tener: sudoración, cefalea, palpitaciones, frialdad de piel, disnea e irritabilidad.

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN EL EMBARAZO POR TAMIZAJE EN CONTROL PRENATAL

Lo inespecíficos de estos síntomas obligan al tamizaje de laboratorio. Se debe solicitar siempre una biimetría sanguínea completa en la semana 28.

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

Para un diagnóstico más fiable se debe combinar ferritina sérica con hierro sérico.

El reconocimiento precoz de la deficiencia de hierro en el período prenatal seguido de terapia con hierro puede reducir la necesidad de transfusiones de sangre posteriores.

SUPLEMENTACIÓN RUTINARIA DE HIERRO EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA EN EL EMBARAZO

Todas las mujeres deben ser asesorada sobre la dieta en el embarazo, incluyendo detalles de las fuentes de alimentos ricos en hierro y los factores que

pueden inhibir o promover la absorción de hierro y por qué mantener reservas adecuadas de hierro durante el embarazo es importante. La dosis oral para la anemia por deficiencia de hierro debe ser de 100-200 mg de hierro elemental diario. Las mujeres que toman suplementos de hierro diarios tienen menos probabilidades de tener niños con peso bajo al nacer. Para los recién nacidos cuyas madres recibieron hierro durante el embarazo, o, el peso al nacer fue mayor en 30,81 g. No hubo efecto significativo sobre el parto prematuro o la muerte neonata

Hierro: 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 iniciar, lo más temprano posible

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA EMBARAZADA

Si una mujer clínicamente es diagnosticada con anemia debe ser tratada con 120 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4mg) de ácido fólico hasta que su concentración de Hb vuelva a la normalidad. Se recomienda tratamiento con hierro por vía oral, a toda embarazada con diagnóstico de anemia (Hb <11g/dl) en cualquier momento del embarazo, para corrección de los índices hematimétricos, aun cuando son necesarios nuevos estudios locales, de buena calidad, que muestren los efectos clínicos del tratamiento. Se debería tener en cuenta la preferencia de la paciente luego de ser informada de los probables beneficios y potenciales efectos adversos del tratamiento con hierro.

Las mujeres deben ser asesoradas sobre cómo tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente. Este debería ser con estómago vacío, una hora antes de las comidas, con una fuente de vitamina C (ácido ascórbico), tal como zumo de naranja para maximizar la absorción

SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN EL EMBARAZO

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

Una vez que la concentración de hemoglobina está en el rango normal, la suplementación debe continuarse durante tres meses y hasta por lo menos seis semanas después del parto para reponer las reservas de hierro.

Las mujeres que siguen anémicas en el momento del parto pueden requerir precauciones adicionales para el parto que incluyen un entorno hospitalario para asegurar: vía intravenosa disponible tipificación de grupo sanguíneo manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto planes para hacer frente a una hemorragia posparto.

El reconocimiento precoz de la deficiencia de hierro en el período prenatal seguido de terapia con hierro puede reducir la necesidad de transfusiones de sangre posterior

Para parto hospitalario, el corte sugerido de Hb es $<10\text{g/dL}$ y $<9,5\text{g/dL}$ para parto en una unidad liderada por obstetra.

Mujeres posparto con pérdida de sangre estimada $> 500\text{ mL}$ anemia, sin corregir detectado en el período prenatal o síntomas indicativos de anemia después del nacimiento deben tener Hb comprobado dentro de las 48 horas.

Las mujeres que están hemodinámicamente estables, asintomáticas o ligeramente sintomáticas, con Hb $<10,0\text{g/dL}$ deben recibir hierro elemental 100-200 mg al día durante tres meses con repetición de Hb y ferritina al final de la terapia para asegurarse de que la Hb y las reservas de hierro están repletadas.

Se debe asegurar insumos anticonceptivos para garantizar la salud materna en el puerperio y el espaciamiento adecuado hasta estabilización de Hb

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referir la paciente a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutive, una vez que se ha establecido el diagnóstico permite tomar decisiones de especialidad acertadas y oportunas. Si la respuesta a la sustitución de hierro por vía oral es pobre, causas concomitantes que pueden contribuir a la anemia, tales como deficiencia de folato o de anemia crónica, deben ser excluidos y la

paciente debe remitirse para atención secundaria. Se debe considerar la referencia si existen importantes síntomas y/o anemia grave (Hb <7g/dL) o se trata una gestación avanzada (>34 semanas) o si hay falta de respuesta a un ensayo de hierro oral. Toda paciente en el puerperio debe egresar con plan de manejo preciso indicado por el gineco-obstetra o por la severidad por el internista o hematólogo con indicaciones de seguimiento en cuanto a terapéutica y controles de laboratorio. (Ecuador, Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica, 2014)

SEPSIS URINARIA

Se describe como infección de las vías urinarias la presencia de bacterias en cualquier parte del sistema renal, asociada a síntomas urinarios

SEGÚN LA LOCALIZACIÓN:

Sepsis urinaria baja. Se presenta como infección uretral (uretritis) o uretrovesical (cistitis).

Sepsis urinaria alta. Ocurre cuando la infección alcanza los riñones (pielonefritis) y puede originar daños renales irreversibles.

ETIOLOGÍA

Los microorganismos más frecuentes, como causas de las infecciones urinarias, son las siguientes:

Escherichia coli, bacteria gran negativa adhesiva, que aparece en la gran mayoría de las personas infectadas por primera vez, en 90 % de las infecciones extra-hospitalarias y en 50 % de las intra-hospitalarias; además, se encuentran con elevada frecuencia *Proteus*, *Pseudomonas* y *Klebsiella*, entre otros.

Otros gérmenes que aparecen en el urocultivo son los estafilococos aureus (algunos abscesos renales), *Pseudomona aureginosa* y *Salmonella* en otros cuadros de sepsis. En los pacientes que presentan tuberculosis, el riñón es el órgano extra pulmonar más afectado por el bacilo de Koch, también debe significarse la aparición de infecciones fúngicas en pacientes instrumentados con catéteres, así como en diabéticos y niños con malformaciones anatómicas.

Existen factores mecánicos que favorecen la bacteriuria, tales como: la cateterización por sonda (sobre todo de forma permanente); la cirugía uretral, vesical y prostática; las relaciones sexuales en la mujer y el prolapso vaginal que se presenta en mujeres multíparas.

Entre los factores que retienen la orina en la vejiga se encuentran las micciones infrecuentes, inadecuada ingestión de líquidos, obstrucción debida a estrechez uretral e hipertrofia prostática, constipación, reflujo vesicoureteral, trastornos en el control neurológico de la vejiga, divertículos vesicales y otros.

CUADRO CLÍNICO

La sintomatología de las infecciones del tracto urinario es amplia. Un elevado número de pacientes se encuentran asintomáticos y presentan bacteriuria (cuando la cantidad de gérmenes en orina es igual o superior a 10^5 de 100 000 colonias/mL de orina). La bacteriuria asintomática merece especial atención en las embarazadas, diabéticas o en aquellas mujeres que requieran sonda vesical permanente.

LA SEPSIS URINARIA BAJA: se caracteriza por el aumento de la frecuencia miccional, disuria, nicturia, malestar suprapúbico y, en ocasiones, hematuria. En dependencia de la localización de la infección se presentan las siguientes manifestaciones clínicas:

- Cistitis. Cuando se inflama la vejiga, el paciente experimenta urgencia miccional, polaquiuria, sensación de calor dolor al orinar, nicturia, dolor o espasmo en la región de la vejiga y malestar suprapúbico.
- Uretritis. Cuando se inflama la uretra el paciente presenta polaquiuria, disuria y piuria. Es importante cuando los cultivos de orina son negativos, valorar enfermedad venérea, que en los hombres provoca inflamación del meato uretral con ardor a la micción y secreción uretral purulenta por el meato, después de 3 a 14 días ó más del contacto sexual.

LA SEPSIS URINARIA ALTA: (pielonefritis) es la infección de la pelvis renal, túbulos y tejido intersticial de uno o ambos riñones, puede ser aguda o crónica.

Los pacientes con pielonefritis aguda incluyen otros síntomas, tales como: escalofríos, fiebre elevada, dolor en el flanco, dolor lumbar, malestar general, náuseas, vómitos, cefalea y astenia marcada. Generalmente, el tamaño de los riñones está aumentado por infiltraciones intersticiales de células inflamatorias, es posible la existencia de micro-procesos intrarrenales.

El paciente con pielonefritis crónica suele tener antecedentes de haber presentado pielonefritis aguda, repetidamente; donde los riñones muestran cicatrices, se contraen y, por lo general, los pacientes no presentan signos de infección. Puede aparecer fatiga, cefalea, anorexia, poliuria, sed excesiva y pérdida de peso.

FISIOPATOLOGÍA

El sistema urinario desde el punto de vista fisiológico es estéril. Existe equilibrio entre los medios de defensa y los gérmenes, incluyendo los de la flora normal. Cuando se rompe el equilibrio por la cantidad de gérmenes y(o) su virulencia o cuando se afectan los mecanismos de defensa, como puede ocurrir en pacientes diabéticos, en estados de caquexia, inmuno-suprimidos, embarazo u otros procesos, pueden instalarse infecciones del tracto urinario.

En condiciones fisiológicas normales la vejiga elimina la colonización en 2 ó 3 días, se produce fallo cuando hay residuo miccional por la presencia de cuerpos extraños, cálculos, disfunción vesical, lesiones inflamatorias o reflujo vesicouretral.

Se considera que la sepsis urinaria en 95 % de los pacientes se produce por vía ascendente. Se inicia por colonización de la uretra distal y tejido periuretral, por gérmenes procedentes del reservorio intestinal.

En la mujer, por razones anatómicas fundamentalmente, es mucho más frecuente, dada la vecindad de la uretra y el ano.

El resto de las infecciones del tracto urinario (5 %) se produce por vía hematógena.

INVESTIGACIONES

Se realizan los análisis clínicos siguientes:

Parcial de orina. Mediante el estudio del sedimento urinario es posible obtener datos, con respecto al estado de los riñones.

Características de la orina normal:

Densidad: 1 005 a 1 025.

Color: amarillo claro a ámbar oscuro.

Turbidez: generalmente clara.

Acidez: pH de 4,8 a 7,5.

Proteína: nada o indicios.

Glóbulos rojos: 0

Glóbulos blancos: 0 a 4 por campo de gran aumento.

Cilindros: 0

Cituria. Esta prueba brinda un bosquejo del estado de respuesta renal a una posible sepsis, mediante la valoración del sedimento urinario.

Urocultivo. Permite identificar en la orina el germen causal de la sepsis urinaria y el antibiótico al cual es sensible en condiciones de laboratorio.

Urograma. Estudio radiográfico que permite visualizar las estructuras anatómicas del sistema renal. Indicado ante sospecha de litiasis, tumoraciones, mal formación u otros estados que pueden condicionar sepsis urinaria.

Uretrocistografía miccional. Para este estudio radiológico se instalan medios de contraste en la vejiga a través de una sonda uretral. Permite la visualización de la vía urinaria baja, donde se obtienen varias vistas.

- **EN LA SEPSIS BAJA**, que predomina ampliamente en el sexo femenino, se recomienda la realización de las siguientes pruebas diagnósticas:

Siembra de uretra.

Siembre de cuello.

Exudado vaginal. Este estudio se realiza en busca de *Candida albicans* o *Tricomonas*, fundamentalmente.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

En la sepsis baja, el tratamiento medicamentoso oral o parenteral puede asociarse a curaciones locales (uretra, cérvix o vagina). Para la prescripción de los agentes antibacterianos se deben analizar las condiciones particulares de los pacientes (embarazo, diabetes, disfunción renal, etc.). Los agentes más utilizados, son:

Derivados de los nitrofuranos (nitrofurantoina, macrodantin).

Derivados sintéticos de la penicilina (ampicillin, amoxicilina, clavulónicos).

Asociaciones de trimetropina-sulfametoxazol (sulfaprín, practrín).

Cefalosporinas (cefalexinas, ceftriaxone).

Quinolonas (ácido nalidíxico, ciprofloxacino).

Amino-glucósidos (amikasina, kanamicina).

El tratamiento en monodosis o ciclos cortos puede resultar de utilidad, pues minimiza los riesgos de los efectos colaterales indeseables de ciertos agentes, tales como: nefrotoxicidad u ototoxicidad.

Ante recidiva de sepsis urinaria, el tratamiento se prolonga de 3 a 7 días y si persiste se administra antibióticos, según resultados de antibiograma, de 2 a 6 semanas. Se han obtenido resultados favorables en los pacientes tratados con ciprofloxacina, 250 ó 500 mg, cada 12 horas. Los medicamentos deben tomarse después de vaciar la vejiga y antes de ir a la cama para favorecer la concentración del fármaco durante la noche.

En pacientes afectados por sepsis alta (pielonefritis) el tratamiento se emplea por vía endovenosa hasta que el paciente esté afebril, generalmente de 24 a 48 horas, posteriormente se pasa a la terapéutica por vía oral.

Es importante la valoración cuidadosa de los pacientes para prevenir recurrencia de las infecciones del tracto urinario y sus posibles complicaciones (insuficiencia renal crónica, piodrositis, etc.). (Ecuador, Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica, 2013)

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico motiva a buscar alternativas de solución al problema en el medio profesional, determinando la calidad de atención en las mujeres embarazadas que presentan anemia y sepsis urinaria las mismas que cuando no se tratan adecuadamente pueden llegar a causar una amenaza de parto prematuro, con acciones que contribuyan a satisfacer las necesidades de las pacientes que acuden a una casa de salud, haciendo énfasis sobre todo en la importancia de los controles prenatales. Se destaca el hecho que la anemia y la sepsis urinaria han pasado de ser consideradas como una complicación leve del embarazo a un problema de salud pública; por lo que se debe establecer estrategias para el manejo de las mismas, mejorando así la calidad de vida materno fetal con disminución de las estancias hospitalarias de las respectivas pacientes.

Aplicando los conocimientos científicos y experiencia adquiridas de acuerdo a la patología que está siendo presentada, se va a realizar una valoración para poder determinar un diagnóstico de enfermería eficaz, el cual se pueda intervenir y brindar una excelente atención mediante la aplicación de las etapas del PAE ,cuyo efecto será derribar de las embarazadas temores y miedos a los controles, ya que las consecuencias de no tratar a tiempo la anemia e infecciones urinarias ,pueden desencadenar en problemas serios tanto para la madre como para el feto por lo que es necesario que las familias asuman comportamientos saludables, realizando cambios en sus comportamiento aceptando que la prevención es posible.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una gestante de 26 semanas con un diagnóstico de Anemia más Sepsis Urinaria determinando el diagnóstico enfermero priorizado y así emplear los cuidados inmediatos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir la etiología, complicaciones y prevención de la enfermedad.
- Determinar las necesidades de la paciente basada en los patrones afectos.
- Analizar y desarrollar el plan de cuidados del paciente en estudio para mejorar el estado de salud de la paciente.

1.2 DATOS GENERALES

Paciente: XX

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 19 de septiembre del 2000

Lugar de Nacimiento: Babahoyo

Estado civil: Unión libre

Nivel de estudios: Bachiller

Nivel sociocultural/económico: Medio

Raza: Mestizo

Dirección: El salto (cooperativa 12 de agosto)

Ocupación: Ama de casa

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de 18 años de edad con 26 semanas de gestación orientada en tiempo y espacio que acude al centro hospitalario por presentar: dolor pélvico tipo contráctil de moderada intensidad, disuria, taquicardia y cefalea.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

Refiere haber padecido de un derrame facial derecha a los 2 años de edad; manifestó que estuvo en tratamiento hasta los 11 años de edad. niega fumar y consumir alcohol y drogas, menarquia a los 10 años; ciclos regulares (3/30), sangrado escaso, sin dolor. FUM: 5/01/2019

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES.

Antecedentes paternos: Diabetes.

Antecedentes maternos: no refiere.

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

Paciente de 18 años de edad con embarazo de 26 semanas de gestación ingresa a esta casa de salud por el área de emergencia por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico contráctil, disuria, taquicardia y cefalea, al momento de la valoración física se observó signos de deshidratación, palidez, decaimiento, malestar hipogástrico, con un score mama de (0).

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

- Temperatura: 37 °C
- Presión arterial: 110/ 60
- Frecuencia cardiaca: 100 por minuto

- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Saturación de oxígeno: 99%

EXAMEN ENCÉFALO CAUDAL

Piel. Caliente, rubor, signos de deshidratación, con elasticidad cutánea disminuida.

- Cabeza. Normocefálica, cabello de implantación normal
- Ojos. Hundidos, escleras anictéricas, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación Iris intacto, buena implantación de cejas y pestañas.
- Nariz. Fosas nasales secas, no se evidencia desviación de tabique nasal.
- Oreas. Implantación normal, conducto auditivo externo permeable. • Boca. Mucosas deshidratadas, no cianosis, no lesiones.
- Cuello. Movilidad conservada, no se palpan adenopatías. 13
- Tórax. Simétrico, expansibilidad conservada
- Auscultación. Corazón ruidos cardiacos irregulares o acelerados, presencia de taquicardia
- Pulmones. Focos pulmonares limpios no ruidos sobreañadidos.
- Abdomen. Globuloso por presencia de producto gestante vivo, presencia de estrías violáceas de manera prominente en región de mesogastrio, así como la presencia del ombligo, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio que irradia región lumbosacra, ruidos hidroaereos normales.
- Pelvis: dolor pélvico tipo contráctil de moderada intensidad.
- Extremidades superiores e inferiores. Simétricas, ausencia de edemas, ni hematomas.
- Genitales. Sin alteraciones evidentes, no secreciones.

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

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

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

Patrón 3: Eliminación e intercambio: Presenta molestias y dolor al orinar, micciones frecuentes y deposiciones normales.

Patrón 4: Actividad y ejercicio: Reposo absoluto.

Patrón 5: Sueño y descanso: Refiere no dormir bien durante la noche y se despierta muchas veces debido a la disuria y el dolor pélvico.

Patrón 6: Cognitivo/perceptivo: La gestante no refiere alguna alteración tras su cuadro clínico.

Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto: La gestante presenta sentimientos de alegría y nerviosismo, no siente ningún tipo de rechazo hacia su cuerpo.

Patrón 8: Rol/relaciones: La gestante en la actualidad vive con su esposo, tienen una buena relación, su esposo le brinda el apoyo necesario y ayuda en los quehaceres de la casa, su vivienda cuenta con todos los servicios básicos.

Patrón 9: Sexualidad/reproducción: Este patrón se ve alterado debido a que la gestante presenta disuria cantidad por lo que se le prohibió tener relaciones sexuales.

Patrón 10: Afrontamiento/tolerancia al estrés: Gestante se encuentra con un estado de tensión y ansiedad al pensar que corre peligro la vida del bebe.

Patrón 11: Valores/creencias: Gestantes refiere que es de religión católica y que cree en Dios nuestro Señor de una manera voluntaria.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón 2: Nutricional-Metabólico:

Patrón N° 3: Eliminación.

Patrón N° 4: Actividad – Ejercicio.

Patrón N° 5: Sueño – Descanso.

Patrón 9: Sexualidad/reproducción:

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Se le realizó exámenes de biometría sanguínea, hematología y ecografía pélvica y Renal

BIOMETRÍA SANGUÍNEA			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS REFE.
COLESTEROL	252.6	Mg%	0-200
TRIGLICERIDOS	170.7	Mg%	50-150

HEMATOLOGÍA			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS REFE.
HEMATIES	3.24	X10 ⁶ /UL	3.5-5
HEMOGLOBINA	7.7	Mg%	11-15
HEMATOCRITO	25.1		37-47
MCV	77.5		80-100
MCH	23.8		27-34
LEUCOCITOS	12.48		5-10
NEUTROFILOS#	9.95		1.5-7
LINFOCITOS#	0.85		1.6-4
NEUTROFILOS%	79.8		50-70

LINFOCITOS%	6.8		20-40
MCHC	30.7		32-36

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo

Amenaza de parto prematuro + infección de vías urinarias

Diagnóstico Diferencial

Desprendimiento Ruptura de las membranas

Diagnóstico definitivo.

Gestante de 26 semanas con Anemia más Sepsis urinaria

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

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

OPERALIZACION DE VARIABLES ANEMIA			
VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	INDICADOR
Anemia Ferropénica	Trastorno en que la sangre carece de glóbulos rojos sanos adecuados	Aspectos biológicos Aspectos socioeconómicos	Hemoglobina Hematocrito Alimentación deficiente
Fatiga	Sensación de cansancio, agotamiento o debilidad	Factores físicos	Anemia disminución de la actividad
Malnutrición	Es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan.	Malnutrición relacionada con micronutrientes	Yodo Vitamina A Hierro
Riesgo durante el embarazo	Complicaciones durante la gestación y el puerperio	Riesgo moderado-alto	Anemia Hb<10g/dl o Hto <25% Amenaza de parto pretérmino
OPERALIZACION DE VARIABLES ANEMIA			
VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	INDICADOR
Pielonefritis	Infección del riñón que provoca la inflamación aguda o crónica de la pelvis renal y el tejido de los	Aguda Crónica	Urocultivo positivo Hipertermia Disuria

	riñones		
Hipertermia	Aumento de la temperatura del cuerpo por encima del valor normal	Factores físicos	Deshidratacion Taquicardia Taquipnea
Dolor lumbar	Trastorno doloroso común que afecta la zona inferior de la columna vertebral	Localizacion Irradiacion	Leve Moderado Intenso

2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS.

Previo al análisis de la información recopilada por medio de la paciente realizamos el respectivo diagnostico según el proceso de atención de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS EN EMBARAZADA DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ANEMIA + SEPSIS URINARIA

NANDA: 401
 NOC: 533
 NIC: 379

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (00016)

R/C: Infección del tracto urinario

E/P: dolor pélvico, disuria

M
E
T
A
S

Dominio: IV- Conocimiento y conducta de salud

Clase: T- Control del riesgo de salud

Etiqueta 1924: Control del riesgo: proceso infeccioso

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Identifica signos y síntoma de infección					X
Desarrolla estrategias efectivas de control					X
Ingesta de líquidos					X
Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo					x

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

Campo: 4- Seguridad

Clase: V Control de Riesgos

Etiqueta 6540: Control de Infecciones

- ACTIVIDADES**
1. Instruir a la paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección, notificar al cuidador.
 2. Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.
 3. Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda
 4. Fomentar el reposo
 5. Enseñar a la paciente y a la familia a evitar reinfecciones

NANDA: 401
 NOC: 533
 NIC: 379

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)

R/C: por compromiso del transporte fetal de oxígeno

E/P: taquicardia, cefalea, valores de hemoglobina y hemograma

M
E
T
A
S

Dominio: VI- Salud Familiar

Clase: 2- Estado de salud de los miembros de la familia

Etiqueta 2509: Estado materno: parto

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Afrontamiento de las molestias del embarazo					X
Hemograma					X
Hemoglobina					X
Cefalea					X

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

Campo: 5- Familia

Clase: W- Cuidados de un nuevo bebé

Etiqueta 6960: Cuidados prenatales

- ACTIVIDADES**
1. Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar cambios y aliviar las molestias asociadas al embarazo
 2. Instruir a la paciente sobre los signos que requieren de su notificación inmediata.
 3. Comentar sobre las necesidades y preocupaciones nutricionales.
 4. Monitorizar la presencia de factores de riesgo que afecten al bienestar materno/fetal.
 5. Ofrecer apoyo emocional a la paciente sobre los cambios

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

Para la utilización del Proceso de Atención de Enfermería PAE es preciso tener un fundamento científico, por lo cual he seleccionado dos teorías de enfermería: la teoría de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson y la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

Virginia Henderson: Tendencia de Suplencia o Ayuda. – Henderson utiliza las teorías de las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona, identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas muy similares a las de Maslow. Henderson menciona que “El único objetivo de la enfermera es ayudar al individuo sea este sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuye a la salud y recuperación (De las Nieves & Amezcua, 2014).

Dorothea Orem: Déficit del Autocuidado. – Orem menciona que “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar. Por lo que puedo mencionar que el autocuidado es la acción que las personas aprenden y hacen para su mismo bienestar y mantener una salud integra (Fundamentos, 2012)

2.8 SEGUIMIENTO

- Ante la presencia de una paciente gestante, primigesta, en sala de emergencia obstétrica, el primer paso a seguir fue la toma precisa y meticulosa de signos vitales en donde presento un score mama de (0)
- La valoro el Ginecólogo de turno y se le realizó ecografía, monitoreo fetal y exámenes de laboratorio.
- Luego de obtener los resultados de los exámenes de laboratorio con lo que se determinó de manera inmediata una Anemia e Infecciones de vías urinarias el medico decidió hospitalizarla y le prescribió los siguientes medicamentos:
 - ✚ Solución salina al 0.9% 1000cc vía intravenosa a 30 gotas por minuto
 - ✚ Solución salina al 0.9% 500cc+ 3 ampollas de hierro a 15 gotas por minuto
 - ✚ Omeprazol 40mg iv stat

- ✚ Ceftriaxona de 1g vía intravenosa cada 12 horas
- ✚ Paracetamol 500mg vo cada 8 horas
- ✚ Betametaxona 12mg im cada 12 horas
- Se le canalizo con un catéter #18 para la administración de farmacoterapia y para hidratar a la paciente debido a que presenta signos de deshidratación.
- Se realizaron controles analíticos periódicos.
- Se produjo una progresiva mejoría de analítica y sintomatología.

El 10 DE JULIO del 2019: ingreso por el área de Triage obstétrico del hospital Martín Icaza una paciente de 18 años de edad primigesta con 26 semanas de gestación orientada en tiempo y espacio junto a su esposo; manifestó que presentaba dolor pélvico, disuria, taquicardia y cefalea.

SIGNOS VITALES:

P.A: 110/60

FC: 100 por minuto

FR:20 por minuto

SATURACION DE OXIGENO: 99%

TEMPERATURA: 37 centígrados

11 DE JULIO del 2019: la paciente se encuentra en la sala de maternidad orientada en tiempo y espacio se le realiza un control de signos vitales se encuentra con una dieta general la valoro el ginecólogo y nos dio una nueva prescripción

- Lactato de Ringer 1000ml intravenosa pasar a 40 gotas/min
- Ceftriaxona 1g intravenosa cada 12 horas
- Nifedipina 20mg via oral cada 8 horas
- Paracetamol 1g via oral si tiene >38.5 centigrados

12 de julio del 2019: la paciente cursa 2 días de hospitalización se encuentra estable orientada en tiempo y espacio con un riesgo de caída medio la prescripción del médico:

Cloruro de sodio 0.9% 200cc + 2 ampollas Venofer a 20 gotas

13 de julio del 2019: se le administro lactato de ringer 1000ml + complejo b 10 ml 20 gotas ´

Se realizó exámenes en donde los resultados fueron :

Hematocrito 22

hemoglobina 6.8

Leucocitos 11.38

Orina

leucocito 12-15 xc

Hematies 2-4

Células epitelias: abundantes

Bacterias: abundantes

14 de julio del 2019: paciente orientada en tiempo y espacio se le realizo control signos vitales me manifestó que el dolor no se ha disminuido no presenta sangrado; medico prescribe

* Solución salina 0.9% 1000cc a 30 gotas

* Ceftriaxona 1g cada 12

* Paracetamol 500mg vo c 8 h

* Pendiente interconsulta urología y ecografía renal

* Se realiza transfusión 1 unidad de glóbulos rojos sin capa leuco plaquetaria

16 de julio del 2019: paciente orientada en tiempo y espacio cursa 6 dias de hospitalización farmacoterapia administrada con reposo no refiere dolor ni perdidas vaginales; se le realiza exámenes de biometría en donde los resultados fueron favorable.

2.9 OBSERVACIONES

Se realizó una entrevista para obtener datos relevantes y exponerlos, durante el proceso se mostró colaboradora, brindando la información requerida.

- Gracias a la información brindada se logró identificar diferentes factores que de cierta manera influyeron en la evolución de este caso clínico.
- Se brindó información a la paciente sobre la enfermedad. El cuadro clínico que presentaba y el tratamiento médico que se le aplicaría.

CONCLUSIONES

Después de haber culminado la realización del caso clínico de una gestante de 26 semanas con Anemia más Sepsis Urinaria se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La sepsis urinaria en el embarazo debe ser detectadas en primeras instancias durante los controles prenatales que se realizan las gestantes para evitar las complicaciones que pueden provocar esta patología, si no son tratadas adecuadamente.

Gracias al proceso de atención de enfermería que es un medio de recolección de datos objetivos y subjetivos me permitió valorar a la paciente por medio del método directo la entrevista, identificando las necesidades y/o problemas que interfieren en su salud y bienestar, realizando los diagnósticos de enfermería y llevarlos a la planificación de los cuidados correspondientes, garantizando al paciente cuidados planificados y específicos los cuales aliviaron el estado de salud en el que se encontraba, contribuyendo al mejoramiento y mantenimiento de la salud tanto física como emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Cota, J. (2016). *Medicina de urgencia*. España: Panamericana.

De las Nieves, B., & Amezcua, M. (2014). *Tendencia de suplencia o ayuda*. Obtenido de <http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

Doenges, M. (2016). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Barcelona: El Manual Moderno, S.A.

Ecuador, M. d. (2013). *Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica*. Quito : Dirección Nacional de Normatización.

Ecuador, M. d. (2013). *Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica*. Quito .

Ecuador, M. d. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.

Ecuador, M. d. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica*. QUITO.

Fundamentos, U. (09 de junio de 2012). *El cuidado*. Obtenido de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>

Garcia, J. (2017). *Urgencias en pediatría*. Mexico: sexta edic.

Latarjet, M. P. (2020). *Anatomía humana*. Madrid: Panamerica.

Mininder, S. B. (2017). *Cirugía ortopedica pediattica*. Mexico: Elsevier.

Valdespina, C. (2018). *Clasificaciones Nanda, Noc, Nic*. Barcelona: Salusplay S.A.

Bulecheck, B. (2008). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Barcelona: Elsevier. Fundación Wikimedia, Inc. (29 de Enero de 2018). Wikipedia. Recuperado el 5 de Febrero de 2018, de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano Herdman, T. H. (2012-2014).

NANDA International Diagnosticos enfermeros. Barcelona: Elsevier. Herráiz, M. Á. (23 de Diciembre de 2005).

Elsevier. Obtenido de Elsevier: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-embarazada-13091447> Infogen. (22 de Julio de 2015).

Infogen. Obtenido de Infogen: <http://infogen.org.mx/infeccionurinaria-durante-el-embarazo/> Ministerio de Salud Publica. (20 de Agosto de 2008).

Control Prenatal. Componente Normativo Materno. Quito, Pichincha, Ecuador: Lapid y Papel. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (1 de Septiembre de 2013).
Infeccion de las Vias Urinarias en el Embarazo. Guia Practica Medica (2013).

Quito, Pichincha, Ecuador: El Telegrafo. Moorhead, J. (2008). Clasificacion de resultados de enfermeria NOC. Barcelona: Elsevier. OMS. (5 de Febrero de 2018).

Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/> Ortega, L. (26 de Septiembre de 2017).

Bebes y Mas. Obtenido de Bebes y Mas: <https://www.bebesymas.com/embarazo/infeccion-urinaria-durante-el-embarazoprevencion-y-sintomas>

ANEXOS

Hospital Martin Icaza

Paciente: Saldaña Andrade Erika Deyalid Sala: LABOR DE PARTO Análisis: 1190710184
 Fecha Orden: 10-07-2019 Cama: CI: 1250459128
 Fecha Ingreso: 10-07-2019 Area: Edad: 18 años
 Médico: Ezeta MariÁ o Griselda Del Rocio Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea Enzimas **Hematología** Hemostasia Inmunoserología Uroanálisis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	* 3.24	x 10 ⁶ /µL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	* 7.7	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	* 25.1	%	37 - 47
MCH	* 23.8	pg	27 - 34
RDW-CV	15.8	%	11 - 16
PLAQUETAS	186	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	11.2	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	* 12.48	10 ³ /uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	* 9.95	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 0.85	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.52	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.38	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	* 79.8	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 6.8	%	20 - 40
MONOCITOS%	4.2	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	3.0	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.2	%	0 - 1
MCHC	* 30.7	g/dl	32 - 36
RDW-SD	44.6	fL	35 - 56
GRUPO SANGUINEO	O		-
FACTOR RH	POSITIVO		-
	6.0	%	-

siglab/vieworders_search.php#

[HORARIO JULIO 2019 (2) (1)... Hospital Martin Icaza - Goog...

IZACIÓN
 IZACIÓN
 IZACIÓN
 Siguiente

192.168.11.204:8088/siglab/view/orders_search.php#

R MIS...

Hospital Martin Icaza

Paciente: Saldaña Andrade Erika Deyalid Sala: LABOR DE PARTO Análisis: 1190710184
 Fecha Orden: 10-07-2019 Cama: CI: 1250459128
 Fecha Ingreso: 10-07-2019 Area: Edad: 18 años
 Médico: Ezeta MariÁ o Griselda Del Rocio Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Inmunoserología Uroanalysis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
COLESTEROL	* 252.6	mg%	0 - 200
TRIGLICERIDOS	* 170.7	mg%	50 - 150
UREA	20.0	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	0.39	mg/dl	0.50 - 1.20

Usuario Valida: JULIO CESAR MORA OÑATE
10-07-2019 18:26:06

Consultar Ordenes

✕ Cerrar

1250459128	SALDAÑA ANDRADE ERIKA DEYALID	1190716177	16/07/2019	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZAC
1250459128	SALDAÑA ANDRADE ERIKA DEYALID	1190713057	13/07/2019	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZAC
1250459128	SALDAÑA ANDRADE ERIKA DEYALID	1190710184	10/07/2019	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZAC

MATRIZ NEAR MIS...

Hospital Martin Icaza

Paciente: Saldaña Andrade Erika Deyalid Sala: QUIROFANO Análisis: 1190716177
 Fecha Orden: 16-07-2019 Cama: CI: 1250459128
 Fecha Ingreso: 16-07-2019 Area: Edad: 18 años
 Médico: Arpi Rivera Roberto Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	* 3.39	x 10 ⁶ /µL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	* 8.8	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	* 27.7	%	37 - 47
MCV	81.7	fL	80 - 100
MCH	* 26.0	pg	27 - 34
MCHC	* 19.8	%	11 - 16
PLAQUETAS	162	10 ³ /µL	150 - 450
VPM	10.6	fL	6.5 - 12
VSG	55	mm/h	HOMBRES: 0 - 15 MUJERES: 0 - 20
LEUCOCITOS#	* 15.47	10 ³ /µL	5 - 10
NEUTROFILOS#	* 9.18	10 ³ /µL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	2.73	10 ³ /µL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.81	10 ³ /µL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.83	10 ³ /µL	> 0.40
BASOFILOS#	0.03	10 ³ /µL	> 0.10
NEUTROFILOS%	59.4	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 17.6	%	20 - 40
MONOCITOS%	5.2	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	* 5.4	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.2	%	0 - 1
MCHC	* 31.8	g/dl	32 - 36
RDW-SD	47.8	fL	35 - 56
IG%	12.2	%	-

Usuario Valida: MARIA ELENA MAYORGA FONSECA
16-07-2019 11:58:45

Consultar Ordenes

IZACIÓN
IZACIÓN
IZACIÓN
Siguiente

[HORARIO JULIO 2019 (2) (1)... Hospital Martin Icaza - Goog...

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
PH	6.5		
ASPECTO	Turbid		
PROTEINAS	1+	mg/dL	
GLUCOSA	neg	mg/dL	-
CETONA	4+	mg/dL	-
UROBILINOGENO	1+	mg/dL	-
BILIRRUBINA	1+	mg/dL	-
NITRITOS	neg		
LEUCOCITOS	215.33 /uL	X C	-
HEMATIES	6.60 /uL	X C	-
CILINDROS	neg		-
CRISTALES	neg		-
FILAMENTOS MUCOSOS	neg		-
CELULAS EPITELIALES	2+		-
BACTERIAS	1+		-
LEVADURAS	neg		-
LEUCOCITOS	3+		-
HEMOGLOBINA	neg		-
COLOR	Amber		-
DENSIDAD	1.026		-

Usuario Valida: JULIO CESAR MORA OÑATE
10-07-2019 18:16:40


HEMOTECA HOSPITAL MARTIN ICAZA BABAHOYO
GRUPO SANGUINEO
O
Rh: +

Fecha: 10/07/2019
 Receptor: *[Handwritten Signature]*
 Lugar: *[Handwritten Location]*

EXAMENES NEGATIVOS PARA:
 VIH
 HEPATITIS B
 HEPATITIS A
 SIFILIS
 CHAGAS

VOLUMEN: 307 mL
 MITO

