



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE DE 32
SEMANAS CON ANÉMICA FERROPÉNICA MÁS LIPOTIMIA**

AUTORA

SOLANLLEN MARIELLA PIN FERNANDEZ

TUTORA

LIC. LIGIA ELIZABETH VARGAS ANGULO

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.12. JUSTIFICACION.....	7
1.13. OBJETIVOS.....	8
1.13.1. Objetivo General	8
1.13.2. Objetivo Específicos	8
1.14. DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO.....	10
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.....	10
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	11
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	12
2.7. INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ALTERADOS 15	
2.8. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	16
2.9. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	17

2.11. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	18
2.12. SEGUIMIENTO	18
2.13. OBSERVACIONES.....	19
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	1
ANEXOS	3

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre celestial por guiarme en el camino correcto y mostrarme que con lucha, paciencia y perseverancia los seres humanos logramos nuestro cometido, a mi querida familia en especial a mis padres que estuvieron junto a mí en cada etapa de mi vida académica apoyando cada escaloncito superado, a mi querido y amado esposo que fue mi pilar fundamental durante mi carrera, su apoyo fue indispensable para lograr mi objetivo, a mis pequeños y amados hijos que supieron apoyarme en esta larga travesía, dedico con infinito amor a mi querida Universidad Técnica de Babahoyo fue mi segunda familia durante todo este proceso.

Solanllen Pin Fernández

AGRADECIMIENTO

Dios con tu infinito e inmenso amor permitiste que lograra mi meta, agradecida contigo mi señor, me enseñaste que con fe y paciencia se logra el objetivo propuesto.

A mi querida Universidad Técnica de Babahoyo y a cada uno de los profesionales de docencia que impartieron sus conocimientos y valores para formar unos excelentes profesionales de la salud.

A mis padres y esposo, que fueron mi apoyo fundamental en este proceso, por su ayuda brinda, madre querida que con sus consejos fueron indispensable en los momentos tormentosos, no fue fácil, pero este logro también es de ustedes.

A mi querida docente tutor, Licenciada Ligia Elizabeth Vargas Angulo por brindarme su apoyo y conocimiento en este proceso.

Al Hospital General Martin Icaza por abrirme sus puertas para realizar mi internado rotativo, infinito agradecimiento a las Licenciadas y Auxiliares que me apoyaron en cada procedimiento, al centro de Salud La Unión, agradecida con la Directora de la Unidad, Licenciada Marcia Silva Jordan, por toda su confianza brinda.

Solanllen Pin Fernández

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE DE 32
SEMANAS CON ANEMIA FERROPÉNICA MÁS LIPOTIMIA

RESUMEN

La anemia es una enfermedad que afecta a la sangre cuando los concentrados de hemoglobina son inferiores de 11g/dL, siendo la anemia por deficiencia de hierro la más frecuente encontrada en el embarazo.

Clasificación de la anemia:

Leve 9 – 11 g/dL

Moderada 7 – 9 g/dL

Grave < 7 g/dL.

Existen diversos tipos de anemias que se presenta durante el embarazo en relación a su causa, el siguiente caso clínico tiene un enfoque en la anemia por deficiencia de hierro, la cual es muy común durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos del sistema hematológico en el embarazo, la causa principal es la ingesta adecuada o a la mala absorción del hierro.

El caso clínico trata de un una paciente gestante de 31 años de edad con 32 semanas de gestación, que acude al área de emergencia Gineco - obstétrico del Hospital Martin Icaza por presentar un cuadro clínico caracterizado de cefaleas, sudoración fría y palidez. La cual es hospitalizada para recibir tratamiento y cuidados necesarios aplicando el Proceso Atención de Enfermería (PAE).

PALABRAS CLAVES:

Anemia, Hierro, Anemia Ferropénica en el embarazo, Hemoglobina.

ABSTRACT

Anemia is a disease that affects the blood when hemoglobin concentrations are less than 11g/dL, being iron deficiency anemia the most frequent found in pregnancy.

Classification of anemia:

Mild 9 - 11 g / dL

Moderate 7 - 9 g / dL

Severe <7 g / dL

There are several types of anemia that occurs during pregnancy in relation to its cause, the following clinical case has a focus on iron deficiency anemia, which is very common during pregnancy due to the physiological changes of the hematological system in the pregnancy, the main cause is adequate intake or poor absorption of iron.

The clinical case concerns a 31-year-old pregnant patient with 32 weeks of gestation, who attended the Gyneo-obstetric emergency area of the Martín Icaza Hospital because she presented a clinical picture characterized by headaches, cold sweating and paleness. Which she is hospitalized to receive treatment and necessary care applying the Nursing Care Process (PAE).

KEYWORDS:

Anemia, Iron, Iron deficiency anemia in pregnancy, Hemoglobin.

INTRODUCCION

La anemia es un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollado, que tiene un impacto grave en la salud de las mujeres embarazadas, por lo que es definida por la Organización Mundial de la Salud como la disminución de los concentrados de hemoglobina en la sangre con un valor de < 11 g/dL. (Lucas, 2013)

El embarazo está caracterizado por cambios profundos en casi todos los sistemas del organismo para satisfacer las necesidades feto placentaria y el sistema hematológico no es la excepción ya que sufre múltiples cambios necesarios para desarrollar la hematopoyesis fetal. (Sánchez, Jaramillo, Villegas, Álvarez, & Mejía, 2018).

La organización mundial de la salud (OMS) estima que más del 40 % de mujeres embarazadas en el mundo tienen anemia, las madres adolescentes tienen la mayor prevalencia de anemia en el embarazo de todas las razas. (Schulte, 2019)

En el Ecuador se realizó un estudio sobre la prevalencia de anemia principal grado de anemia fue leve con un 80%, moderada 12%, grave 57% y hemorragia postparto 32%. (Karen Alvarez, 2017).

El modelo de enfermería de Nola Pender se basa en la educación de las personas de cómo cuidarse y llevar un estilo de vida saludable.

El presente estudio de caso establece el cuadro clínico de anemia ferropénica más lipotimia en la paciente gestante de 32 semanas que acude al Área de emergencia gineco-obstetrico del Hospital General Martin Icaza.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. LA ANEMIA Y EMBARAZO

La organización mundial de la salud (OMS) define a la anemia en el embarazo como una condición en la cual los concentrados de hemoglobina en la sangre son < 11 g/dL y del hematocrito < 33% (Durante el primer y tercer trimestres), o cuando el valor de hemoglobina < 10.5g/dL y del hematocrito <30% a partir del segundo trimestre.

El embarazo es una situación que predispone a que se presente anemia, por la discordancia entre el aumento de la masa eritrocitaria (18 - 30%), y el incremento del volumen plasmático (50%).

Es importante realizar un buen diagnóstico de la causa de la anemia, ya que esta puede ser multifactorial y muy diversa. (Lucas, 2013)

1.2. TIPOS DE ANEMIAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL EMBARAZO

Las anemias más frecuentes encontradas en el embarazo son: anemia fisiológica del embarazo, anemia por pérdida y anemia nutricional (por déficit de hierro, vitamina B12 o ácido fólico) anemia por aplasia o hipoplasia medulares, anemia hemolítica (congénitas o adquiridas) y anemia microangiopática (relacionadas con el embarazo e hipertensión). (col., 2011)

1.3. CLASIFICACION

Grado	Hemoglobina(g/dL)	Hematocrito (%)
Leve	9 – 11	27 – 33
Moderada	7 – 9	21 – 26
Grave	< 7	< 20

(Lucas, 2013)

1.4. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO EN EL EMBARAZO

El embarazo está caracterizado por cambios profundos en casi todos los sistemas del organismo para satisfacer las necesidades feto placentaria. Estos cambios son en su mayoría secundarios a variaciones hormonales propias de este periodo, el sistema hematológico no es la excepción ya que sufre múltiples cambios necesarios para desarrollar la hematopoyesis fetal.

Cuando se aproxima el parto los niveles de hemoglobina tienden a estabilizarse dado que los volúmenes de plasma dejan de aumentar, pero la cantidad de eritrocitos continúan incrementando. (Sánchez, Jaramillo, Villegas, Álvarez, & Mejía, 2018).

1.5. ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO

La anemia es un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollado, que tiene un impacto grave en la salud de las mujeres embarazadas, puede presentarse en toda la edad de la vida, pero tiene un mayor impacto en mujeres embarazadas, con una tasa de prevalencia de 35% y el 75%. (MSP, 2014)

La anemia por deficiencia de hierro representa la causa más frecuente en el embarazo, las necesidades de hierro aumentan fundamentalmente desde el segundo trimestre, aumentando desde 0,8 mg/día al principio de la gestación hasta 10-12 mg/día hasta el último mes. (Lucas, 2013)

A medida que aumenta la edad gestacional la absorción de hierro de las mujeres embarazadas aumentan, por término medio el 7% a las 12 semanas de gestación, el 36% a las 24 semanas y el 66% a las 36 semanas. Reducción normal de la hemoglobina debido a la dilución de la sangre durante el embarazo el valor normal equivale 10,4 – 13,2 g/ml. (Stepp, 2003)

Las causas que predominan este factor etiológico es el crecimiento de la placenta y el feto, una dieta deficiente en hierro, o por la falta de biodisponibilidad, y la falta de depósitos de hierro en la mujer en edad fértil debido a las pérdidas menstruales. (Lucas, 2013)

El hierro forma parte de la hemoglobina y por tanto participa en el transporte de oxígeno. La suplementación con Hierro contribuye a disminuir el riesgo de anemia y otras complicaciones en el embarazo, pero puede aumentar el estrés oxidativo y a su vez puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras complicaciones. El déficit de hierro durante el embarazo puede traer severas complicaciones en el desarrollo y crecimiento del feto. (López Gómez, 2017)

1.6. CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITOS

Son las pruebas más usadas en el tamizaje de la deficiencia de hierro, ellas miden el reflejo de la cantidad de hierro funcional en el organismo, debido a que los cambios en la hemoglobina y en el hematocrito solo ocurren en los estados crónicos de la anemia ferropénica, estas pruebas son esenciales para determinar las anemias por déficit de hierro. (Schulte, 2019).

1.7. DIAGNOSTICO

- Es considerada anemia al recuento de glóbulos rojos inferior a 3,500,00/Mm³
- El hematocrito es inferior al 30%
- La hemoglobina es inferior al 10 g/dL
- Concentración de hemoglobina corpuscular media menor de 30%
- Cuando la hemoglobina es inferior de 9 g/dl y el hematocrito inferior de 30%, se puede asociar a una hipoxia fetal, restricción del crecimiento intrauterinos y partos prematuros, si la hemoglobina es inferior a 6 g/dl puede estar relacionado con la mortalidad perinatal.

Los síntomas son variados, empezando por asintomáticos e incluso hay múltiples síntomas al mismo tiempo como fatiga, anorexia, cefalea, mareos, lipotimia y dificultad para respirar, vértigo, palidez en la piel y mucosa, edemas y soplos cardiacos. (Panama, 2015).

1.8. PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGIA

La organización mundial de la salud (OMS) estima que más del 40 % de mujeres embarazadas en el mundo tienen anemia.

Las variaciones en la prevalencia regional y global de anemia durante el embarazo reflejan el estado socioeconómico y las deficiencias nutricionales asociadas.

En las mujeres afroamericanas la prevalencia de anemia es del 27%, significativamente más alta que entre las mujeres blancas no hispanas 7%, las madres adolescentes tienen la mayor prevalencia de anemia en el embarazo de todas las razas. (Schulte, 2019)

En el Ecuador se realizó un estudio sobre la prevalencia de anemia en el tercer trimestre del embarazo dando como resultado un 46% y de estas un 68% se debe anemia ferropénica.

El principal grado de anemia fue leve con un 80%, moderada 12%, grave 57% y hemorragia postparto 32%. (Karen Alvarez, 2017)

Estudios realizados en el año 2012, en pacientes gestantes con anemia ferropénica en el Hospital Martín Icaza, en una muestra de 25 pacientes con diagnóstico de anemia ferropénica el 76% presentó anemia leve, mientras que el 24% presentó una anemia moderada según la severidad clínica basada en la concentración de hemoglobina. (Orellana, 2019)

La ingesta baja de hierro en la dieta diaria es la principal causa nutricional más común en el mundo y esto conduce a la anemia. Los grupos más vulnerables son los niños y adolescentes en etapa de crecimiento, mujeres embarazadas, adultos mayores, estos son los grupos que componen la población. (Mata, 2020)

1.9. TRATAMIENTO

En la anemia causada por la deficiencia de hierro, se puede administrar medicamentos ya sea oral o parenteral. Debido a la efectividad, seguridad y bajo costo del hierro oral, generalmente es el tratamiento de primera línea.

Recomendaciones según American College of Obstetricians and Gynecologists se debe consumir 160 -200 mg/día de hierro elemental todos los días.

Por lo tanto, después de 14 días de tratamiento eficaz, se puede lograr una respuesta rápida y la hemoglobina se puede aumentar en aproximadamente 1 g/dL.

El segundo tratamiento es el hierro parenteral, demostrando ser mejor que el hierro oral, además de la reducción del abandono debido a los problemas de tolerancia oral, sin embargo, las reacciones adversas sistemáticas, a menudo limitan su uso en las que se pueden presentar en 1% reacciones anafilácticas severas.

- Solo se recomienda el uso de hierro parenteral en los siguientes casos:
- Sin respuesta a la terapia con hierro oral (niveles de hemoglobina <10 g/dL después de 14 días de tratamiento efectivo.)
- Intolerancia a formulaciones orales o poca adherencia. Anemia severa (hemoglobina < 9 g/dL.)
- Necesidad de tratamiento eficaz rápido (edad gestacional avanzada, placenta previa, etc.)
- Pacientes con síndrome de malabsorción.

La terapia transfusional, solo debe ser utilizada en pacientes con riesgos asociados, y recurrirse a ella en caso de que su uso pueda impedir un escenario potencialmente mortal para el paciente (ya sea hemorragia posparto severa con signos de choque hipovolémico, anemia severa asociada a descompensación materna, etc.) (Mata, 2020).

1.10. PREVENCIÓN

Se proporciona hierro suplementario a todas las mujeres embarazadas para compensar el aumento de la demanda de hierro durante el embarazo y parto. De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS) se recomienda una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental dividida en dos dosis, además de ácido fólico a partir del inicio de la segunda mitad del embarazo. (Schulte, 2019)

1.10. LIPOTIMIA

La lipotimia es una pérdida temporal del conocimiento que es provocada por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro, lo que hace que se pierda de forma parcial o total el conocimiento, además las mujeres embarazadas, deben tener un especial cuidado, ya que esto puede indicar una afección más grave. (Callejo, 2019)

1.11. DEFINICION DE LA TEÓRICA

Nola pender para describir su modelo de promoción de la salud, se inspira en dos modelos teóricos: el primero en el aprendizaje social, o cognitiva social, de Albert Bandura, del cual toma la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta; añade, además cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que se ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo es el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana, de Feather. A partir de este, Pender considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad.

La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos.

Para el profesional de enfermería contextualizar las intervenciones desde la promoción de la salud, requiere determinar, abordar y evaluar las diferentes consideraciones del ser y que hacer. Promocionar la calidad de vida es dar a conocer los derechos, las capacidades, las responsabilidades, los compromisos, las posibilidades de formar personas y colectividades: es reconocer el avance social, la cualificación de los servicios de salud, el trabajo general, la pertinencia de la atención. (Rivera, 2020)

1.12. JUSTIFICACION

La elaboración del presente caso se enfoca en determinar el proceso atención en enfermería ya que es un método sistemático y organizado el cual permite establecer los cuidados necesarios, en la recuperación de la paciente gestante de 32 semanas que presenta anemia ferropénica más lipotimia, orientados a la prevención y promoción de la salud.

La anemia por deficiencia de hierro representa la causa más frecuente de anemia durante el embarazo, es importante realizar un buen diagnóstico de la causa de la anemia, ya que esta puede ser multifactorial y muy diversa (Lucas, 2013)

Por lo cual el personal de enfermería debe reconocer esta patología, además, orientar a la paciente sobre los signos y síntomas, tratamiento, prevención y brindar los cuidados necesarios con calidez y calidad para su pronta recuperación.

1.13. OBJETIVOS

1.13.1. Objetivo General

Determinar un plan de cuidados individualizados en una paciente con diagnóstico de embarazo de 32 semanas de gestación con anemia ferropénica más lipotimia, para así mejorar las condiciones y prevenir complicaciones materno fetal.

1.13.2. Objetivo Específicos

- Identificar las necesidades que se presentan alteradas en la paciente.
- Brindar los cuidados de enfermería con un enfoque humanitario y científico.
- Evaluar si las intervenciones de enfermería aplicada fueron debidamente útiles en la recuperación de la paciente.

1.14. DATOS GENERALES

Nombres: NN
Cedula de identidad: 120611520-4
Edad: 31 años
Género: Femenino
Instrucción: Primaria
Ocupación: Ama de casa
Estado Civil: Unión libre
Nacionalidad: ecuatoriana
Fecha de nacimiento: 15/09/1989
Lugar de nacimiento: Pimocha
Lugar de residencia: La Fortuna
Dirección: La Fortuna
Religión: Católica
Raza: Mestiza
Grupo sanguíneo: O+

II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.

Paciente gestante de 31 años de edad, acude al área de emergencia obstétrica del Hospital General Martin Icaza, en compañía de su esposo, orientada en tiempo, espacio y persona. la paciente refiere haberse caído desde su propia altura sin perder el conocimiento. Con un cuadro clínico de +/- 3 horas de evolución, caracterizado por cefalea leve, sudoración fría y palidez.

Alergias

No refiere

Antecedentes patológicos personales

No refiere

Antecedentes Quirúrgicos

Embarazo ectópico (aproximadamente 2 años)

Antecedentes patológicos familiares

Madre: Hipertensa – Diabetes Mellitus

Antecedentes Farmacológicos

No refiere

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente gestante de 31 años de edad que cursa las 32 semanas con fecha de última menstruación 10 de Julio del 2020, acude por el Área de Emergencia Gineco - Obstétrica del Hospital General Martín Icaza refiriendo haberse caído desde su propia altura, sin pérdida del conocimiento, a este cuadro clínico se le acompaña de cefaleas, sudoración fría y palidez, al momento de la entrevista la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, se realizan exámenes complementarios donde se observa resultados de hemoglobina 8.9, hematíes 2.97, hematocrito 26.5, plaquetas 229, glucosa 85, leucocitos 9.88, es valorada por el médico de turno del servicio, el cual decide su ingreso al área de maternidad con un diagnóstico médico de Embarazo de 32 semana de gestación con anemia ferropénica más lipotimia, por la cual se procede hacer el respectivo ingreso de la paciente, la cual acepta su hospitalización.

Nivel de conciencia: Orientada en tiempo, espacio y persona

Deambulaci3n: Lenta

Talla: 167cm

Peso: 53Kg

IMC: 19.9

Signos Vitales

Presi3n/Arterial: 110/70 mm/Hg

Pulso: 78 pulsaciones por minuto

Temperatura: 36.4 3C

Frecuencia Respiratoria: 22 Respiraciones por minuto

Saturaci3n de Ox3geno: 99 %

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Cabeza: normo céfalo, cabello bien implantado, color castaño.

Cara: simétrica y pálida.

Ojos: simétricos, conjuntiva pálida.

Pabellón auricular: íntegros y bien implantados.

Fosas nasales: simétricas, permeables, sin presencia de lesiones.

Boca: labios pálidos.

Dientes: Piezas dentarias completas.

Cuello: Simétrico, no se observan ni palpan adenopatías.

Mamas: Sin presencia de nódulos

Tórax: simétrico.

Abdomen: Globuloso por el embarazo, presencia de línea alba, movimientos fetales activos.

Miembros superiores: simétricos a la vista

Miembros inferiores: simétricos con presencia de edema

Genitales: normales

Marcha y movimiento: Lenta a la valoración

2.4. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud: La paciente refiere no padecer de enfermedades degenerativas, dice haber tenido un embarazo ectópico hace dos años aproximadamente, que por motivos de la pandemia no acude con normalidad a sus controles prenatales y que en el último control realizado su bebe se encontraba normal, y menciona haber recibido las dos dosis de la vacuna contra el tétano.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: La paciente manifiesta no tener una alimentación variada, por la ausencia de controles prenatales no consume una adecuada suplementación de vitaminas, ingiere aproximadamente 1 litro de agua al día su piel se observa hidratada, en ocasiones sufre de edemas en los miembros inferiores, mucosas pálidas.

Patrón 3: Eliminación e intercambio: No presenta molestias de eliminación y defeca dos veces al día sin problemas, no presenta alteraciones específicas.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio: La paciente refiere sentir debilidad y cansancio al realizar sus actividades en el hogar.

Patrón 5: Sueño – Descanso: La paciente indica sentirse cansada, no tiene problemas para conciliar el sueño, pero desea recuperarse pronto para regresar a su casa.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual: La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, esta consiente de la situación de su enfermedad.

Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto: La paciente se describe así misma como una persona tranquila, no tiene problemas con su imagen corporal, se siente querida por su familia, no presenta problemas para hablar ni caminar.

Patrón 8: Rol – Relaciones: La paciente indica que vive con su pareja, se encuentra en unión libre, no existen problemas familiares, depende económicamente de su esposo y se relaciona sin problemas con amigos y familiares.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción: La paciente refiere que su menarquia fue a los 13 años, embarazos 2, abortos 1, actualmente se encuentra en estado de gestación.

Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés: La paciente indica que los cambios importantes en los últimos tiempos en su embarazo, comprende la situación de su enfermedad y de las posibles complicaciones materno fetal.

Patrón 11: Valores – Creencias: La paciente se considera católica, escucha misa desde casa.

2.5. PATRONES FUNCIONALES

- **Patrón 3:** Eliminación e Intercambio
- **Patrón 5:** Sueño - Descanso
- **Patrón 6:** Cognitivo - Perceptual
- **Patrón 7:** Autopercepción – Autocuidado
- **Patrón 8:** Rol - Relaciones
- **Patrón 9:** Sexualidad – Reproducción
- **Patrón 10:** Afrontamiento – Tolerancia al estrés
- **Patrón 11:** Valores – Creencias

2.6. PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS

- **Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud
- **Patrón 2:** Nutrición – Metabolismo
- **Patrón 4:** Actividad – Ejercicio

2.7. INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ALTERADOS

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTROR	POSITIVO		
LEUCOCITOS	9.88	$\times 10^3/uL$	5 – 10
HEMOGLOBINA	*8.9	g/dl	11 – 15
HEMATIES	*2.97	$\times 10^6/\mu L$	3.5 – 5
HEMATOCRITO	*26.5	%	37 – 47
MCV	89.2	Fl	80 – 100
MCH	30.0	Pg	27 – 34
MCHC	33.6	g/dl	32 – 36
RDW-SD	44.3	Fl	35 – 56
PLAQUETAS	229	$10^3/uL$	150 - 450
NEUTROFILOS#	5.66	$10^3/uL$	1.5 - 7
LINFOCITOS#	2.13	$10^3/uL$	1.6 - 4
NEUTROFILOS%	57.2	%	50 - 70
LINFOCITOS%	21.6	%	20 - 40
MONOCITOS%	*13.2	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	2.6	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.3	%	0 - 1
IG%	5.1	%	0.0 - 0.50

Bioquímica sanguínea

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HIERRO SERICO	*47.86	ug/L	50 – 70

2.8. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo: El presente cuadro clínico de la paciente se presume un diagnóstico de anemia gestacional, que se confirmaría a través de exámenes complementarios.

Diagnóstico diferencial: De acuerdo a la clasificación de anemia, tenemos los siguientes grados:

Leve 9 - 11 (g/dL)

Moderada 7 – 9 (g/dL)

Grave <7 (g/dL)

Diagnóstico definitivo: Anemia ferropénica de grado modera.

Clasificación CIE10

Anemia ferropénica (D50)

Lipotimia (R55)

2.9. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Valoración de enfermería

Una vez evidenciados los datos de la historia clínica y la valoración por los patrones funcionales en la paciente, se identifica tres principales patrones alterados para el actuar de enfermería y lograr la recuperación de la paciente.

- Percepción – Manejo de la salud
- Nutrición – Metabolismo
- Actividad – Ejercicio

2.10. Aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE)

Nanda:
Noc:
Nic:

M
E
T
A

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

Disposición para mejorar la gestión de la salud

R/C: Presencia de signos y síntomas

E/P: Expresa mejorar su salud

Dominio: 5 salud y calidad de vida

Clase: S Conocimiento sobre la salud

Etiqueta: 1855 Conocimiento: Estilo de vida saludable

Campo: 1 Fisiológico básico

Clase: D Apoyo nutricional

Etiqueta: 5246 Asesoramiento nutricional

INDICADORES	1	2	3	4	5
Índice de masa corporal optimo					x
Suplementos recomendados de minerales	X				
Suplementos recomendados de vitaminas		X			
Importancia de exámenes preventivos		X			

- Actividades**
1. Control de signos vitales
 2. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
 3. utilizar normas nutricionales.
 4. Proporcionar información si es necesario acerca de la necesidad. de la modificación de la dieta por razones de salud.
 5. Valorar los esfuerzos necesarios para conseguir los objetivos.
 6. Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, presión arterial, ganancia y pérdida de peso.

Nanda:
Noc:
Nic:

M
E
T
A

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

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

R/C: Ingesta diaria insuficiente

Dominio: 2 salud fisiológica

Clase: K digestión y nutrición

Etiqueta: 1004 Estado nutricional

Campo: 1 Fisiológico básico

Clase: D Apoyo nutricional

Etiqueta: 1100 Manejo de la nutrición

E/P: Embarazo de 32 SG

INDICADORES	1	2	3	4	5
Ingesta de nutrientes	x				
Ingesta de alimentos		x			
Ingesta de líquidos				x	
Relación peso talla		x			x

- Actividades**
1. Control de signos vitales.
 2. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
 3. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
 4. Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función a su enfermedad.
 5. Ajustar la dieta, ajustando los aportes de hierro necesarios.
 6. Monitorizar las tendencias de aumento y pérdida de peso.

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

Fundamento el Proceso Atención de enfermería del presente caso clínico en base a la teoría de Nola Pender, ya que su modelo se basa en la promoción de la salud, interesándose en la creación de un modelo enfermero que diera respuesta a la forma como las persona adoptan decisiones sobre su salud.

Esta teoría en los cuidados de las gestantes se promueve la promoción y prevención de la salud, lo importante de acudir a los controles prenatales, consumir alimentos saludables y balanceados y el consumo de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo.

2.12. SEGUIMIENTO

Durante los días de hospitalización de la paciente se realizaron las siguientes actividades de enfermería como: Toma de signos vitales, cuidado de vía periférica permeable, administración de medicamentos, cuidados básicos como confort e higiene, atención nutricional, incentivando en asistir a sus respectivos controles y la promoción en la salud de la paciente.

La paciente ha llevado una evolución favorable sin complicaciones y con buen pronóstico, el plan de enfermería apporto una recuperación satisfactoria en la salud de la paciente.

Al ser dada de alta es referida al centro de salud Pimocha, en donde deben realizar exámenes de control, continuar con sus controles prenatales y de los suplementos de hierro y ácido fólico.

2.13. OBSERVACIONES

- Se realiza una entrevista a la paciente en compañía de su esposo para recopilar datos relevantes que faciliten brindar cuidados específicos, ambos durante la entrevista mostraron su colaboración.
- El equipo de salud informó cada uno de los procedimientos a realizar, se educó a la paciente sobre la promoción y prevención de salud.
- Se revisaron diferentes bibliografías con el fin de profundizar el tema y poder manejar el caso clínico.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso concluye que a través de una correcta valoración de enfermería se identificaron las necesidades alteradas en la paciente gestante con diagnóstico de anemia ferropénica más lipotimia.

Pude mejorar mis conocimientos sobre la patología y establecer la planificación de enfermería para restablecer los patrones que se encuentran alterados en el binomio madre e hijo, brindando los cuidados con un enfoque humanitario y científico, fomentando la promoción de la salud en la paciente, dando a conocer sus derechos, conocimiento y responsabilidad sobre su salud.

Demostrando que la intervención de enfermería fue útil en el proceso de recuperación de la paciente gestante, logrando el objetivo de forma eficiente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Callejo, A. M. (23 de Julio de 2019). *Cuidateplus*. Obtenido de Lipotimia:
<https://cuidateplu.marca.com/>
- col., L. Z. (2011). Anemias en el embarazo. *Revista de la facultad de medicina de la UNNE*, 19.
- Karen Alvarez, M. R. (2017). Generalidades de la anemia ferropenica, estudios realizados a poblacion de mujeres en embarazo, infantes y poblacion especiales. *BIOCIENCIAS - Vol 3*, 46.
- López Gómez, L. J. (2017). Anemia ferropenica en mujeres gestantes. *Biociencias*, 14-15.
- Lucas, M. D. (2013). *Maual de patología médica y embarazo*. España: Medica Panamericana.
- Mata, L. Á. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica durante el embarazo. *Ocronos - Editorial científico - Técnica*.
- MSP. (2014). Guía de Práctica Clínica (GPC). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo*.
- Orellana, C. (2019). Prevalencia de anemia microcítica hipocrómica en embarazadas que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca.
- Panama, M. d. (2015). Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Guias de manejo de las complicaciones en el embarazo*, 66.
- Rivera, N. M. (2020). *Estrategias para un cambio saludable*. Colombia - Bogota: Fondo Editorial.
- Rodrigo Cinfuentes B., M. (2009). *Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias* . Bogota: Distribuna Editorial Médica.

Sánchez, L., Jaramillo, L., Villegas, J., Álvarez, L., & Mejía, C. (2018). La anemia fisiológica frente a la patología en el embarazo. *Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

Schulte, D. A. (2019). Anemia y Embarazo. *Organo de difusión de la federacion latinoamericana de sociedad de obstetricia y ginecología*, 19.

Stepp, E. S. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. España: Elsevier.

ANEXOS



Figure 1 Descripción: Control de signos vitales

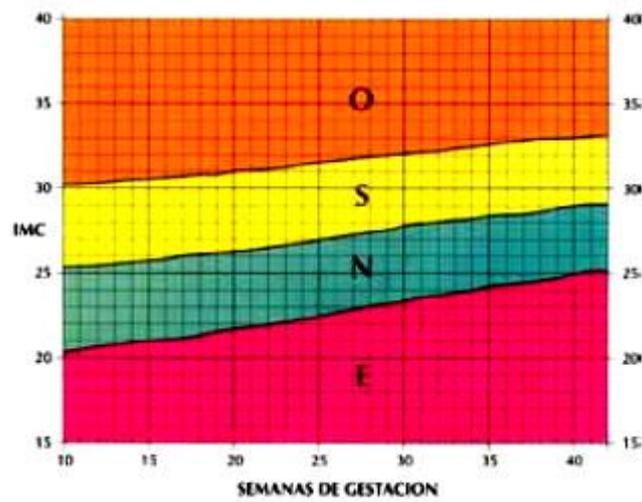


Figure 2 Descripción: Tabla de peso con índice de masa corporal y semanas de gestación



CLASIFICACIÓN

	LEVE	MODERADA	SEVERA
HB /Gramo	9 – 11 gr/dl	7-9 gr/dl	Menos de 7 gr/dl
Hto. %	33- 27	26 – 21	Menos de 21
	300 mg/ día	600 mg/ día	800 – 900 mg/día

Figure 3 Descripción: Clasificación de la anemia

ALGORITMO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN PACIENTES EMBARAZADAS

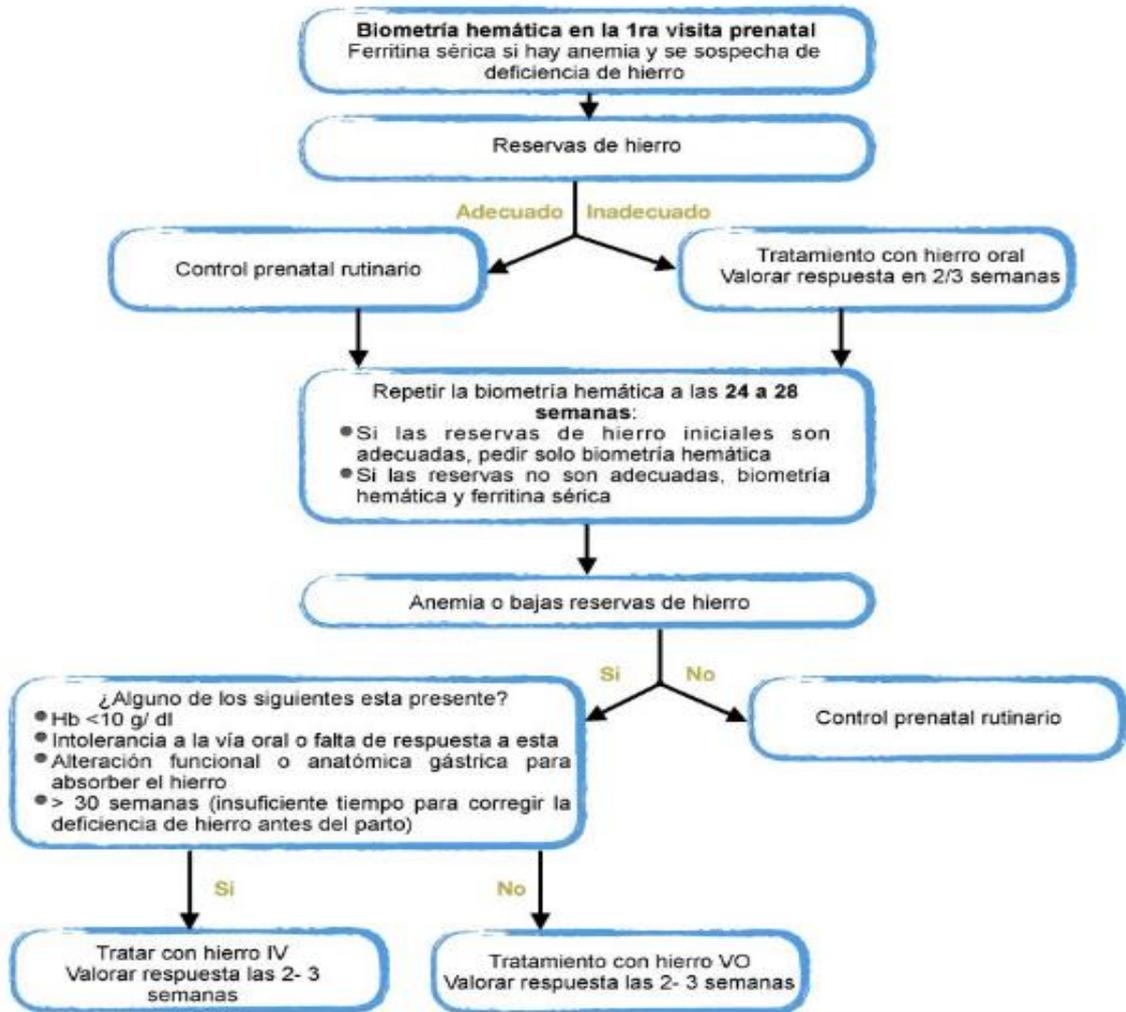


Figure 4 Descripción: Algoritmo de evaluación diagnóstica y de tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo

