



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

Rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas.

Autora: Shayly Mercedes Pazmiño Alvarado

Tutora: Dra. Ángela Pico

Facultad Ciencias de la Salud

Manta, 15 de Agosto 2024

Rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado en el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 80 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es **“Rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación designe la autoría competente.

La autoría del tema desarrollado corresponde a la señorita **Shayly Mercedes Pazmiño Alvarado**, estudiante de la carrera de Enfermería, periodo académico 2022(2)-2023(1), quien se encuentra apta para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley contrario.

Manta-Agosto del 2024

Lo certifico

Dra. Ángela Pico

Docente Tutora

Facultad Ciencias de la Salud

DECLARACION DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”.

Srta. Shayly Mercedes Pazmiño Alvarado

C.I. 131558763-2

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y SUSTENTACIÓN

TÍTULO:

“Rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas.”

TRABAJO FINAL DE TITULACION

Sometido a consideración del tribunal de seguimiento y evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA DE ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

Lcda. Lastenia Cedeño Cobeña.

Lo certifica

Secretaria de la Facultad

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

Dios, el ser todo poderoso que me ha guiado y ha derramado bendiciones en mi vida.

A mis padres, por su amor, dedicación, apoyo incondicional y el sacrificio que hizo cada uno para yo poder lograr esta meta.

A mi hermano por estar presente en mi vida con sus consejos fueron pocos, pero algo es algo.

A Maura Pincay por ser uno de mis motores para seguir adelante y no rendirme, y a sus hijos Adrian Jeffery y Emilia Jeffery que inconscientemente también fueron parte muy importante de mi inspiración.

A mi compañero de vida, mi novio Gabriel Avellán por ser parte muy importante de mi apoyo psicológico, quien creyó en mí y en cada una de mis habilidades lo cual me permitió sentirme capaz de cualquier obstáculo.

A mis amigas Leslye Conforme y Wendy Palacios que me acompañaron hasta esta meta, creyeron en mí y por contribuir en el cumplimiento de mis sueños.

Shayly Mercedes Pazmiño Alvarado

RECONOCIMIENTO.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y docentes que forman parte de esta Facultad, por confiar en mí como estudiante en todo este proceso de formación académica.

En especial a la Dra. Ángela Pico. Por su orientación metodológica y su continuo estímulo durante todo el proceso.

Se agradece a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

Shayly Mercedes Pazmiño Alvarado

INDICE

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	3
EL PROBLEMA	4
JUSTIFICACION	5
CAMPO DE ACCION	5
OBJETO DE ESTUDIO	5
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
CAPÍTULO I.....	7
MARCO TEORICO	7
ANTECEDENTES.....	7
BASES TEORICAS	16
Embarazo Adolescente	16
La anemia.....	18
Tipos de anemia.....	18
Fisiología de los elementos forme de la sangre	20
Causas de la anemia.....	21
Qué hacen los glóbulos rojos	21
Factores de riesgo.....	22
Factores de riesgo modificables en adolescentes embarazadas	23
Factores de riesgo no modificables en adolescentes embarazadas	23
Causas de la anemia por deficiencia de hierro	24
Síntomas de la anemia por deficiencia de hierro	24
Complicaciones de la anemia por deficiencia de hierro.....	25
Tratamiento no farmacológico de la anemia por deficiencia de hierro	26
Tratamiento farmacológico de la anemia por deficiencia de hierro	26
Tratamiento de las causas de fondo de la deficiencia de hierro	28
Cuidados de enfermería.....	29
Teoría de Virginia Henderson.....	30
Teoría del Cuidado Humanizado de JEAN WATSON.....	41
Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.....	43
BASES LEGALES	47
CAPÍTULO II.....	52
METODOLOGÍA.....	52

Población y muestra documental	52
Tipo de Estudio	52
Métodos de estudio	52
Técnica de recolección de Datos	53
Criterios de búsqueda	55
Criterios de inclusión:	55
Criterios de exclusión:.....	55
Organización de la información	56
Flujograma	56
.....	56
ANÁLISIS Y RESULTADO.....	57
INTERPRETACIÓN	68
ANÁLISIS.....	68
DISCUSIÓN	69
Población documental	70
Muestra documental	70
Interpretación	70
Análisis	70
Discusión	71
CAPITULO III	72
DISEÑO DE LA PROPUESTA	72
3.1. Título de la Propuesta	72
3.2. Objetivo General de Manual Educativo.....	72
3.3. Objetivos Específicos.....	72
3.4. Fundamentación del Manual Educativo	72
3.5. A Quiénes Va Dirigido el Manual Educativo	73
3.6. Estructura del Manual Educativo	73
CONCLUSIÓN	75
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS.....	82

INTRODUCCION

La anemia es el estado por el cual el organismo tiene un déficit en su concentración de hemoglobina en los eritrocitos de la sangre periférica en un 10% o más.

La anemia es un trastorno nutricional muy frecuente hoy en día, es muy común en adolescentes, teniendo una mayor tasa de riesgo las de género femenino en edad fértil, principalmente aquellas que están en período de gestación.

La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada durante la gestación, por lo que todas las gestantes están en riesgo de padecer anemia en el embarazo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Es referida como un proceso dilucional secundario al aumento del volumen plasmático que ocurre durante el embarazo. Estudios clínicos revelaron que la anemia en el embarazo se asocia con complicaciones en la madre, en el feto y el recién nacido, relacionándose con mayor morbilidad fetal y perinatal, de ahí la importancia de un adecuado control prenatal con la suplementación de hierro necesaria para proveer las crecientes demandas en esta.

La prevalencia de anemia durante el embarazo es de aproximadamente un 41,8 % a nivel mundial. En países desarrollados es menor, con un valor mínimo de 5,7 % en Estados Unidos en comparación con países subdesarrollados en donde el valor máximo alcanza 75 % en Gambia. (Lina Martínez, 2018)

En Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia de anemia aún es un indicador de salud pública que se encuentra relacionado con tasas de morbilidad de los grupos poblacionales más vulnerables, como son las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años. Se estima que entre 20 y 39 % de las gestantes de la región presentan anemia, con un valor aproximado del 31,1 %. (Lina Martínez, 2018)

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo. Afecta a más de 56 millones de mujeres en todo el mundo. Según la Organización mundial de la salud (OMS) la prevalencia de anemia en el embarazo en Latinoamérica y en Uruguay es moderada, entre un 20 y 39%. (Grille, s.f.)

De acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición del año 2013 en Ecuador la prevalencia de anemia en mujeres de edad reproductiva es del 15%, aumentando así la prevalencia en embarazadas adolescentes en un 40%. En concordancia con la información dada por el Ministerio de Salud Pública en el año 2012 el 46.9% de las mujeres embarazadas en Ecuador presentan anemia. (Annabel Arana, 2017)

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En las mujeres adolescentes se produce un incremento en la demanda de hierro como consecuencia del crecimiento acelerado y del inicio de la menstruación y en adolescentes embarazadas el requerimiento es aún mayor, ya que se agrega el crecimiento de los tejidos fetales. Ante esta situación, las fuentes alimentarias no alcanzan a cubrir los requerimientos diarios de hierro, por lo que el riesgo de desarrollar anemia por deficiencia de hierro es muy alto. Debido a ello una medida preventiva recomendada durante el embarazo es la suplementación con hierro, y es adoptada por las políticas de salud pública de una gran cantidad de países. (Rosa Méndez, 2009)

Se ha demostrado que si la anemia por deficiencia de hierro, no se trata de manera requerida, principalmente en las adolescentes que ya han tenido su inicio de la menstruación y aquellas que se encuentran en período de gestación, puede causar complicaciones graves como fatiga, dolores de cabeza, síndrome de piernas inquietas, problemas cardíacos, complicaciones del embarazo y retrasos en el desarrollo de los niños.

La finalidad de este estudio es determinar por medio de una investigación bibliográfica estrategias para prevenir la anemia en adolescentes y adolescentes embarazadas, para que así haya una mejor aplicación del rol enfermero en este problema de salud tan frecuente hoy en día.

EL PROBLEMA

¿La intervención de enfermería por medio de la aplicación de un plan de capacitación educativa puede ayudar a disminuir la tasa actual de anemia en adolescentes embarazadas?

JUSTIFICACION

Este estudio nos permite distinguir con claridad que, durante el período de la adolescencia (10-19 años), la anemia es el principal problema nutricional. La anemia en las adolescentes y adultas jóvenes puede tener efectos negativos sobre su rendimiento cognitivo y sobre su crecimiento. Si la adolescente se embaraza, la anemia no solo incrementa la morbilidad y mortalidad materna, también incrementa la incidencia de problemas en el bebé (por ejemplo, bajo peso al nacer y prematurez), también tiene un impacto negativo sobre el hierro corporal del lactante. Por otra parte, debido a sus efectos en el rendimiento cognitivo y laboral, la anemia también produce un impacto actual y futuro en la productividad económica. Los efectos negativos de la anemia durante la adolescencia justifican el desarrollo de acciones de salud pública a todos los niveles. Desafortunadamente, debido a que las iniciativas para prevenir la anemia frecuentemente se orientan, con mayor énfasis hacia los lactantes, niños pequeños, embarazadas y mujeres que dan de lactar y no necesariamente tienen un enfoque hacia los adolescentes, las necesidades de este grupo poblacional continúan sin ser satisfechas y las consecuencias de la anemia en las adolescentes persisten. Por todo lo expuesto anteriormente se justifica.

CAMPO DE ACCION

Adolescentes embarazadas con anemia.

OBJETO DE ESTUDIO

Adolescentes embarazadas.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de capacitación educativo como propuesta de la prevención de anemia en adolescentes embarazadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar los fundamentos teóricos que sustentan la investigación mediante la revisión bibliográfica.

Realizar un diagnóstico de la situación actual sobre la anemia en adolescentes embarazadas.

Valorar los resultados de los referentes bibliográficos en relación con el rol enfermero en el cuidado a adolescentes anémicas gestantes.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Introducción: La anemia es una de las carencias nutricionales más importantes que afecta a diversos estratos sociales y socioeconómicos. Es más común en los países en desarrollo, y los niños y adolescentes corren un riesgo significativamente mayor de padecer la afección. **Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la anemia ferropénica en la adolescencia como problema de salud pública y sobre los factores de riesgo que pueden contribuir a las deficiencias nutricionales, retraso en el crecimiento y desarrollo en este grupo etario, enfatizando la fisiopatología y causas de la anemia, los diferentes diagnósticos enfoques, y sus características clínicas, prevención y tratamiento. **Metodología:** Para el estudio se consultaron las bases de datos LILACS-BIREME, SCIELO y PUBMED. Se seleccionaron para su inclusión artículos científicos publicados en español, portugués o inglés entre 2000 y 2013 sobre el tema de la anemia ferropénica en adolescentes. Se identificaron y evaluaron un total de 102 estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de junio de 2013. Cuarenta y dos artículos que cumplían con el criterio de inclusión (adolescentes con anemia) fueron seleccionados para esta revisión. Finalmente, se realizó un análisis y se evaluaron los trabajos de acuerdo con los objetivos del estudio. **Resultados y discusión:** Los estudios revisados revelaron una prevalencia de anemia ferropénica de alrededor del 20% en adolescentes y describieron los efectos nocivos de la anemia en este grupo etario. **Conclusión:** Se requiere una acción preventiva con respecto a la anemia ferropénica. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la necesidad de un diagnóstico, profilaxis y tratamiento tempranos. (Castro De Andrade, 2014)

Antecedentes: Según datos de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF del año 2009, la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más extendida a nivel mundial. Esta deficiencia provoca un desequilibrio entre las necesidades y el suministro de hierro, lo que en consecuencia se traduce en anemia. En todo el mundo, dos millones de personas padecen anemia, la mitad de las cuales se debe a la deficiencia de hierro. Los grupos más afectados son los niños y adolescentes, por sus mayores requerimientos derivados del proceso de crecimiento, y las mujeres en edad reproductiva, por su pérdida de hierro derivada de la menstruación o por sus mayores necesidades de hierro durante el embarazo. Este aumento de necesidades no se satisface con la dieta habitual, ya que incluye una cantidad insuficiente y/o baja biodisponibilidad de hierro. **Propósito:** Compartir con la comunidad médica que atiende a mujeres embarazadas la experiencia de un grupo de expertos para que siempre tengan presente las repercusiones que provoca la anemia durante el embarazo, conozcan más las posibilidades diagnósticas y tengan un punto de referencia para la prescripción de suplementos de hierro. **Método:** Se utilizó el método de consenso a través de la técnica de grupo de panel de expertos. Se realizaron dos rondas para la estructuración de las preguntas clínicas. El primero fue facilitar a los grupos de trabajo su enfoque en los temas clínicos y la población de interés; el segundo fue para ayudar a plantear preguntas específicas observando la estructura Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (PICO). Las variables primarias y clínicas secundarias de estudio fueron definidas por los grupos de trabajo a partir de las preguntas desarrolladas previamente y durante el periodo de trabajo presencial, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad: factores de riesgo, clasificación diagnóstica, (ya sea farmacológica o no farmacológica) tratamiento y pronóstico. **Resultados:** En México, el 20.6 % de las mujeres embarazadas padece anemia, en especial las que tienen entre 15 y 16 años, quienes prevalecen en el 42.4 % y 34.3 % por ciento, respectivamente. Casi la mitad de los casos se deben a deficiencia de hierro. Este tipo de anemia se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro,

bajo peso al nacer y muerte perinatal. La primera valoración de una mujer embarazada anémica incluirá la historia clínica, un examen físico y la cuantificación de los índices eritrocíticos, concentraciones séricas de hierro y ferritina. La medición de este último tiene la mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de deficiencia de hierro. La administración diaria de suplementos de hierro por vía oral, en dosis de 60 a 120 mg, puede corregir la mayoría de las anemias de leves a moderadas. El tratamiento más adecuado es con sales de hierro (sulfato de hierro, complejo de hierro polimaltosa o fumarato de hierro). En caso de intolerancia al sulfato o fumarato de hierro, el hierro polimaltosa es una opción mejor tolerada. El tratamiento se administrará hasta que los valores de hemoglobina sean $> 10,5$ gy la ferritina esté entre 300 y 360 microg/dL, y dichos niveles se observarán durante al menos un año. La administración parenteral es una alternativa para pacientes con intolerancia severa a la administración oral; aun cuando se debe considerar la posibilidad de anafilaxia, ésta es menor cuando se utiliza sacarato ferroso. La transfusión se reserva para pacientes con hemoglobina inferior a 7 g/dl o con descompensación cardiorrespiratoria inminente. y dichos niveles se observarán durante al menos un año. La administración parenteral es una alternativa para pacientes con intolerancia severa a la administración oral; aun cuando se debe considerar la posibilidad de anafilaxia, ésta es menor cuando se utiliza sacarato ferroso. La transfusión se reserva para pacientes con hemoglobina inferior a 7 g/dl o con descompensación cardiorrespiratoria inminente. y dichos niveles se observarán durante al menos un año. La administración parenteral es una alternativa para pacientes con intolerancia severa a la administración oral; aun cuando se debe considerar la posibilidad de anafilaxia, ésta es menor cuando se utiliza sacarato ferroso. La transfusión se reserva para pacientes con hemoglobina inferior a 7 g/dl o con descompensación cardiorrespiratoria inminente. **Conclusiones:** La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente en todo el mundo y sus consecuencias durante el embarazo pueden ser de alto riesgo tanto para la madre como para el

niño. El diagnóstico de anemia se puede lograr fácilmente a través de un análisis de sangre que incluya la determinación de ferritina sérica. La medición del hierro sérico no se utilizará como único marcador para establecer el diagnóstico. Es importante descartar otras causas, además de las carencias, que produzcan anemia en un paciente. Es esencial sugerir la administración de suplementos de hierro no solo durante el período prenatal sino también después del nacimiento o incluso después de un aborto espontáneo para satisfacer la necesidad de hierro empobrecido. En anemias severas (hemoglobina inferior a 9,0 g/L), pueden ser necesarias dosis de hierro superiores a 120 mg al día. El tratamiento se iniciará siempre por vía oral, y si ésta no es bien tolerada. (José de Jesús Romero, 2012)

Antecedentes: Las deficiencias de micronutrientes entre las mujeres embarazadas están muy extendidas en los países de bajos ingresos, incluido Egipto. La anemia ferropénica (IDA) es la deficiencia nutricional más frecuente durante el embarazo, con impacto en la morbilidad materna y fetal. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la IDA materna y el estado nutricional sobre la antropometría al nacer, el perfil de hierro en la sangre del cordón umbilical y los micronutrientes de la leche materna en 50 mujeres anémicas (hemoglobina <11 g/dl) y 30 embarazadas sanas. **Procedimiento:** Se registraron medidas antropométricas maternas y neonatales. Se midieron los índices de hemoglobina, glóbulos rojos (RBC) e índices de nutrientes de hierro en la sangre materna y del cordón umbilical. minerales de la leche materna; Se evaluaron hierro, cobre, zinc, calcio y magnesio. **Resultados:** Los índices de hemoglobina, glóbulos rojos y el perfil de hierro mostraron diferencias significativas en los recién nacidos de madres anémicas en comparación con los controles, particularmente en anemia moderada a severa y se encontraron correlaciones lineales con los niveles maternos de hemoglobina, hierro y ferritina ($P < 0.01$). Las medidas antropométricas de madres anémicas y sus recién nacidos se correlacionaron positivamente ($P < 0,05$). Los micronutrientes de la leche materna se redujeron significativamente en todas las madres anémicas, mostrando

relaciones significativas con el hierro sérico materno ($P < 0,01$). **Conclusiones:** La IDA materna ejerce una influencia significativa sobre el estado nutricional materno y fetal. La IDA durante el embarazo afecta negativamente tanto el hierro de la sangre del cordón umbilical como el estado mineral de la leche materna, particularmente en casos de anemia moderada a grave y se producen deficiencias de micronutrientes concurrentes en la IDA materna. Se necesitan más investigaciones que incluyan una población más grande de mujeres embarazadas con anemia severa para verificar la interrelación nutricional entre la anemia materna y el estado mineral de la leche materna. (Rania Ali El-Farrash, 2012)

Antecedentes: La práctica obstétrica estándar ha incluido la terapia con hierro para pacientes con anemia sin requerir la determinación de la deficiencia de hierro. Sin embargo, la proporción de mujeres embarazadas con anemia que tienen tal deficiencia puede ser relativamente modesta. Instituímos un protocolo de práctica utilizando los niveles de ferritina sérica para determinar la proporción de mujeres que recibían atención prenatal que tenían tanto anemia como deficiencia de hierro. **Métodos:** Se evaluaron mujeres consecutivas que ingresaron al control prenatal. Aquellos con anemia (nivel de hemoglobina <11 mg/dL) se sometieron a pruebas de nivel de ferritina sérica y otras variables hematológicas. **Resultados:** Un total de 182 pacientes ingresaron a control prenatal. Los datos de hemoglobina estaban disponibles para 173 (95%). Treinta y ocho (22%) tenían anemia (nivel de hemoglobina <11 mg/dL); 1 de esas mujeres fue excluida del estudio. Usando un nivel de ferritina de 12 mg por dL como punto de corte para la deficiencia de hierro, el 54 % (20) de los 37 pacientes restantes con anemia tenían una deficiencia de hierro y el 46 % (17) tenían anemia no relacionada con dicha deficiencia. El uso de índices hematológicos proporcionados en el hemograma completo no fue útil para predecir la deficiencia de hierro en función de los niveles de ferritina sérica. **Conclusiones:** En nuestra población de pacientes prenatales con anemia, solo aproximadamente la mitad tenía deficiencia de hierro. Los enfoques diagnósticos y

terapéuticos para la detección de anemia en el embarazo deben reconsiderarse y evaluarse más a fondo. (BS Alper, 2000)

Introducción: la anemia durante el embarazo se produce como resultado de deficiencias nutricionales y constituye un problema de salud. Es una de las afecciones coincidentes con más frecuencia en el embarazo. **Objetivo:** describir los resultados perinatales en pacientes con diagnóstico de anemia en el momento de la captación del embarazo. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 543 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez" de La Habana, Cuba, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico, las investigaciones diagnósticas realizadas y las historias clínicas. **Resultados:** casi la mitad de las pacientes estuvieron representadas por las adolescentes y las mayores de 35 años (45,4 %). Las múltiparas iniciaron la gestación con anemia para un 36,6 %. Las nulíparas presentaron infecciones durante el embarazo para un 59,2 %. El 83,9% de las pacientes con partos anteriores tenían un periodo intergenésico corto. El parto antes del término y el recién nacido con bajo peso al nacer estuvo presente en 15,4 %. No hubo mortalidad materno-fetal. Hubo tres muertes neonatales precoces. **Conclusiones:** la multiparidad y el período intergenésico corto fueron antecedentes frecuentes en las gestantes con anemia en la captación. La prematuridad y el bajo peso al nacer fueron bajas y no se produjeron muertes maternas ni fetales. La mortalidad perinatal fue a expensas de los recién nacidos menores de siete días. (Janete Fernández, 2017)

Objetivo: Conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. **Métodos:** Estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático

Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza.

Resultados: Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). **Conclusión:** Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas. (Diana Huanco, 2012)

Objetivo: Conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. **Métodos:** Estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza.

Resultados: Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo

(OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). **Conclusión:** Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas. (Diana Huanco, Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008, 2012)

Objetivo: Evaluar la prevalencia de anemia en gestantes rurales que viven a 540 metros sobre el nivel del mar en Colima, México. **Material y método:** Se realizó un estudio transversal, se incluyeron mujeres que asistieron a la consulta prenatal entre enero de 1996 y diciembre de 2000, que no estaban recibiendo suplementos prenatales de hierro y folato anteriormente. Se examinaron muestras de sangre para determinar la concentración de hemoglobina (Hb). Se registró información sobre fecha de examen, nombre, domicilio particular, edad, edad gestacional, estado civil, nivel educativo, trabajo, menarquia, paridad, cesáreas, abortos, lapso de intergestación y niveles de hemoglobina. La información fue confirmada por visita a residencia privada. La altitud se derivó de mapas oficiales. Nuestras medidas para diagnosticar la anemia fueron la edad gestacional y la baja concentración de hemoglobina. Se integraron tres grupos con los siguientes criterios: GRUPO I: Edad gestacional 1ra a 5ta semana, Hb menor a 12,0 g/dL. GRUPO II: Edad gestacional 6 a 15 semanas, Hb menor de 11,0 g/dL. GRUPO III: Edad gestacional semana 16 a 40, Hb menor de 10,4 g/dL. Calculamos porcentajes, frecuencias y prevalencias. **Resultados:** Se encontraron 35 mujeres, el 25,7% presentó anemia, la concentración de Hb mayor fue de 14,6 g/dL y la menor de 9 g/dL. **Conclusiones:** La prevalencia de anemia fue de 0 x 1000 mujeres en el grupo I, 117 x 1000 mujeres en el grupo II y 437 x 1000 mujeres en el grupo III. (Carlos Navarro, 2003)

Antecedentes: la anemia nutricional es uno de los principales problemas de salud pública de la India. La prevalencia de la anemia oscila entre el 33 % y el 89 % entre las mujeres embarazadas y supera el 60 % entre las adolescentes. En el marco del programa de prevención y control de la anemia del Gobierno de la India, se distribuyen tabletas de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas, pero no existe un programa de este tipo para las adolescentes.

Objetivo: Evaluar el estado de la anemia entre las mujeres embarazadas y las adolescentes de 16 distritos de 11 estados de la India. **Métodos:** Se utilizó un método de muestreo aleatorio en dos etapas para seleccionar 30 conglomerados sobre la base de la probabilidad proporcional al tamaño. La anemia se diagnosticó mediante la estimación de la concentración de hemoglobina en la sangre con el uso del método indirecto de la cianometahemoglobina. **Resultados:** Los datos de la encuesta mostraron que el 84,9% de las gestantes (n = 6.923) presentaban anemia (hemoglobina < 110 g/L); El 13,1% tenía anemia severa (hemoglobina < 70 g/L) y el 60,1% anemia moderada (hemoglobina > o = 70 a 100 g/L). Entre las adolescentes (n = 4.337) de 16 distritos, la prevalencia general de anemia (definida como hemoglobina < 120 g/l) fue del 90,1 %, con un 7,1 % con anemia grave (hemoglobina < 70 g/l). **Conclusiones:** Cualquier estrategia de intervención para esta población debe abordar no solo el problema de la deficiencia de hierro, sino también las deficiencias de otros micronutrientes, como la B12 y el ácido fólico y otros posibles factores causales. (GS Toteja, 2006)

Introducción: Las mujeres jóvenes presentan un mayor riesgo de padecer anemia, porque necesitan un mayor aporte de hierro para su crecimiento corporal y debido a las pérdidas por la menstruación, así mismo en la adolescencia pueden aparecer trastornos de la conducta alimentaria que llevarían a no ingerir un aporte adecuado de hierro para su desarrollo.

Objetivo: Determinar la frecuencia del consumo de alimentos y anemia en mujeres adolescentes de secundaria de un colegio nacional público de Lima. **Métodos:** Estudio transversal analítico. La hemoglobina fue medida por hemoglobinómetro portátil. El estado

nutricional se evaluó a través del índice de masa corporal, según las tablas de la OMS. La dieta y frecuencia del consumo alimentario se evaluaron utilizando encuestas de opción múltiple.

Resultados: Se incluyeron un total de 125 adolescentes. La frecuencia de anemia fue 16 %. En el estado nutricional, 81,6 % presentó peso saludable, 13,6 % sobrepeso y 4 % obesidad. El alimento más consumido fue el pan (47,2 %) y el menos consumido las vísceras (16,8 %); el 28 % no consume desayuno diariamente. Al 48 % de alumnas le preocupa engordar, así mismo 28 % de ellas hacen dietas para bajar de peso. **Conclusiones:** Se apreció un bajo porcentaje de anemia y obesidad en la población estudiada, un bajo porcentaje de alumnas consume alimentos ricos en hierro como vísceras. Existe además un alto porcentaje de alumnas que les preocupa engordar y que hacen dietas para bajar de peso. (Cindy Quispe, 2018)

BASES TEORICAS

Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia, que la OMS establece en los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados. En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica. El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso económico de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos

métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Asimismo, en el embarazo y la maternidad adolescentes influyen un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

Las niñas que quedan embarazadas a una edad temprana corren mayores riesgos de padecer mortalidad y morbilidad materna. El embarazo durante los primeros años después de la pubertad aumenta el riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, hemorragia posparto, hipertensión relacionada con el embarazo y afecciones debilitantes durante toda la vida, como la fístula obstétrica. Tener hijos muy jóvenes también significa que las mujeres y las niñas son más vulnerables a otros resultados negativos para la salud materna por los partos frecuentes, los embarazos no planeados y los abortos inseguros. consecuencias del embarazo precoz

Los bebés que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer muertos, prematuros o con bajo peso y corren mayor riesgo de morir en la infancia, debido a la corta edad de la madre. Este riesgo se agrava por la falta de acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva integrales.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las niñas de entre 10 y 14 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo y el parto. Las niñas de 15 a 19 años tienen el doble de probabilidades que las de más de 20 de morir en el parto o el embarazo y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Cada año, unos 3 millones de niñas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

La anemia

La anemia es una afección en la cual careces de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. La anemia, también conocida como nivel bajo de hemoglobina, puede hacer que te sientas cansado y débil.

Existen muchas formas de anemia, cada una con su propia causa. La anemia puede ser temporal o prolongada y puede variar de leve a grave. En la mayoría de los casos, la anemia tiene más de una causa. Los tratamientos para la anemia, que dependen de la causa, abarcan desde tomar suplementos hasta someterse a procedimientos médicos.

Tipos de anemia

Anemia aplásica

La anemia aplásica es una afección que ocurre cuando el cuerpo deja de producir la cantidad necesaria de células sanguíneas nuevas. La afección hace que sientas fatiga y aumenta la propensión a infecciones y sangrados descontrolados. La anemia aplásica es una afección rara y grave, que puede desarrollarse a cualquier edad. Puede ocurrir repentinamente, o puede aparecer lentamente y empeorar con el tiempo. Puede ser leve o grave. El tratamiento de la anemia aplásica puede incluir medicamentos, transfusiones sanguíneas o un trasplante de células madre, también conocido como trasplante de médula ósea.

Anemia de células falciformes

La anemia de células falciformes forma parte de un grupo de trastornos hereditarios conocido como "enfermedad de células falciformes". Afecta la forma de los glóbulos rojos que llevan oxígeno a todo el cuerpo. Normalmente, los glóbulos rojos son redondos y flexibles para desplazarse fácilmente por los vasos sanguíneos. En la anemia de células falciformes, algunos glóbulos rojos tienen forma de hoz o de media luna. Estos glóbulos también se vuelven rígidos

y pegajosos, lo que puede retrasar o bloquear el flujo sanguíneo. Para la mayoría de las personas con anemia de células falciformes, no hay cura. Los tratamientos pueden aliviar el dolor y ayudar a prevenir las complicaciones asociadas con la enfermedad.

Anemia por deficiencia de hierro

La anemia por deficiencia de hierro es un tipo frecuente de anemia, trastorno en el cual la sangre no tiene la cantidad suficiente de glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los tejidos del cuerpo. Como su nombre lo indica, la anemia por deficiencia de hierro se debe a la falta de hierro. Sin el hierro necesario, el organismo no puede producir una cantidad suficiente de hemoglobina, sustancia presente en los glóbulos rojos que les permite transportar oxígeno. Como consecuencia, la anemia por deficiencia de hierro puede hacerte sentir cansado y con dificultad para respirar. En general, la anemia por deficiencia de hierro se puede corregir con suplementos de hierro. A veces es necesario realizar pruebas o tratamientos adicionales para la anemia por deficiencia de hierro, especialmente, si el médico sospecha que puede haber sangrado interno.

Anemia por deficiencia de vitaminas

La anemia por deficiencia de vitaminas es la falta de glóbulos rojos saludables cuya causa se atribuye a tener cantidades inferiores a las normales de vitamina B-12 y de folato. Esto puede ocurrir si no comes suficientes alimentos que contengan folato o vitamina B-12, o si tu cuerpo tiene problemas para absorber o procesar estas vitaminas. Sin estos nutrientes, el cuerpo produce glóbulos rojos que son demasiado grandes y que no funcionan adecuadamente. Esto reduce su capacidad de llevar oxígeno. Los síntomas pueden incluir fatiga, falta de aire y mareos. Los suplementos vitamínicos, en forma de píldoras o inyecciones, pueden corregir las deficiencias.

Talasemia

La talasemia es un trastorno sanguíneo hereditario que hace que tu cuerpo tenga menos hemoglobina de lo normal. La hemoglobina permite que los glóbulos rojos transporten oxígeno. La talasemia puede causar anemia, lo que te hace sentir con fatiga. Si tienes talasemia leve, es posible que no necesites tratamiento. Pero las formas más graves podrían requerir transfusiones de sangre regulares. Puedes tomar medidas para lidiar con la fatiga, como elegir una dieta saludable y hacer ejercicio regularmente.

Fisiología de los elementos forme de la sangre

La sangre es tejido vivo formado por líquidos y sólidos. La parte líquida, llamada plasma, contiene agua, sales y proteínas. Más de la mitad del cuerpo es plasma. La parte sólida de la sangre contiene glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

Los glóbulos rojos suministran oxígeno desde los pulmones a los tejidos y órganos. Los glóbulos blancos combaten las infecciones y son parte del sistema inmunitario del cuerpo. Las plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre cuando sufre un corte o una herida. La médula ósea, el material esponjoso dentro de los huesos, produce nuevas células sanguíneas. Las células de la sangre constantemente mueren y su cuerpo produce nuevas. Los glóbulos rojos viven unos 120 días y las plaquetas viven cerca de seis. Algunos glóbulos blancos de la sangre viven menos de un día, pero otros viven mucho más tiempo.

Hay cuatro grupos de sangre: A, B, AB y O. Asimismo, la sangre es Rh positivo o Rh negativo. Así, si su tipo de sangre es A, es A positivo o A negativo. Su tipo de sangre es importante si necesita una transfusión de sangre. Y su factor de sangre puede ser importante si usted queda embarazada, ya que la incompatibilidad entre su tipo de sangre y el de su bebé puede crear problemas.

Los análisis de sangre como las pruebas de conteo sanguíneo ayudan a los médicos a analizar ciertas enfermedades y afecciones. También ayudan a comprobar la función de los

órganos y muestran qué tan bien están funcionando los tratamientos. Algunos problemas de la sangre pueden incluir problemas de coagulación, coágulos sanguíneos y desórdenes plaquetarios. Si pierde mucha sangre, usted puede necesitar una transfusión.

Causas de la anemia

La anemia puede deberse a una afección presente al nacer (congénita) o a una afección que se desarrolla (adquirida). La anemia se produce cuando la sangre no tiene suficientes glóbulos rojos.

Esto puede suceder si: el cuerpo no produce suficientes glóbulos rojos, el sangrado hace que pierdas glóbulos rojos más rápidamente de lo que pueden ser reemplazados, el cuerpo destruye los glóbulos rojos.

Qué hacen los glóbulos rojos

Tu cuerpo produce tres tipos de glóbulos: glóbulos blancos para combatir las infecciones, plaquetas para ayudar a que la sangre coagule y glóbulos rojos para transportar oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo y dióxido de carbono del cuerpo de regreso a los pulmones.

Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, una proteína rica en hierro que le da a la sangre el color rojo. La hemoglobina permite que los glóbulos rojos transporten el oxígeno de los pulmones a todas las partes del cuerpo y que lleven el dióxido de carbono de otras partes del cuerpo hasta los pulmones para que se exhale.

La mayoría de las células sanguíneas, incluidos los glóbulos rojos, se producen regularmente en la médula ósea, un material esponjoso que se encuentra dentro de las cavidades de muchos de los huesos grandes. Para producir hemoglobina y glóbulos rojos, el cuerpo necesita hierro, vitamina B-12, folato y otros nutrientes de los alimentos que consumes.

Factores de riesgo

Estos factores te exponen a un mayor riesgo de anemia:

Una dieta que carece de ciertas vitaminas y minerales. Una dieta consistentemente baja en hierro, vitamina B-12, folato y cobre incrementa tu riesgo de anemia.

Trastornos intestinales. Tener un trastorno intestinal que afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado, como la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca, te pone en riesgo de anemia.

Menstruación. En general, las mujeres que no han tenido menopausia tienen un mayor riesgo de anemia por deficiencia de hierro que los hombres y las mujeres posmenopáusicas. La menstruación causa la pérdida de glóbulos rojos.

Embarazo. Estar embarazada y no tomar un multivitamínico con ácido fólico y hierro, aumenta tu riesgo de desarrollar anemia.

Afecciones crónicas. Si tienes cáncer u otra afección crónica, podrías estar en riesgo de desarrollar anemia por enfermedad crónica. Estas afecciones pueden derivar en una escasez de glóbulos rojos. La pérdida lenta y crónica de sangre por una úlcera u otra fuente dentro del cuerpo puede agotar la reserva de hierro del cuerpo, y llevar a que se presente anemia por deficiencia de hierro.

Antecedentes familiares. Si tu familia tiene antecedentes de anemia hereditaria, como anemia de células falciformes, también podrías tener un mayor riesgo de padecer esta afección.

Otros factores. Los antecedentes de ciertas infecciones, enfermedades de la sangre y trastornos autoinmunitarios aumentan tu riesgo de padecer anemia. El alcoholismo, la exposición a sustancias químicas tóxicas y el uso de algunos medicamentos pueden afectar la producción de glóbulos rojos y derivar en anemia.

Edad. Las personas mayores de 65 años tienen un mayor riesgo de anemia.

Factores de riesgo modificables en adolescentes embarazadas

La malnutrición materna: es una condición que permite la colonización de la vagina por infecciones polimicrobianas alterando el pH vaginal, favoreciendo el desarrollo de una flora anaeróbica que aumenta la virulencia de gérmenes que se encuentran en vagina. El 90 % de los líquidos amnióticos de gestantes malnutridas carece de actividad antimicrobiana; permitiendo infección fetal, que reafirma la relación existente entre desnutrición materna y una de las principales causas de prematuridad: los procesos infecciosos.

Tienes vómitos frecuentes debido a las náuseas matutinas: Las náuseas y los vómitos propios de esta afección son tan intensos que pueden tener efectos nocivos tanto sobre la madre como el bebé. La incapacidad de retener alimentos después de ingerirlos dificulta que una mujer satisfaga sus necesidades nutricionales. Por lo tanto, puede perder peso. Y la pérdida de líquidos, acompañada de la pérdida de jugos gástricos durante los vómitos, también puede provocar deshidratación y desequilibrios electrolíticos.

Una hiperémesis gravídica no tratada puede causar muchos problemas, incluyendo fallos o insuficiencias en muchos órganos y el nacimiento prematuro del bebé.

Factores de riesgo no modificables en adolescentes embarazadas

. Tiene un embarazo múltiple: La anemia es más común en los embarazos múltiples que en los de un solo bebé.

Tiene un flujo menstrual abundante antes del embarazo: El sangrado menstrual fuerte puede hacerte más susceptible a la anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica).

Tiene antecedentes de anemia antes del embarazo: se asocia a tener un bebé con bajo peso al nacer y a sufrir depresión posparto. Algunos estudios también indican un mayor riesgo de muerte infantil inmediatamente antes o después del nacimiento.

Causas de la anemia por deficiencia de hierro

Una de las causas más frecuente en anemia en la embarazada es la anemia por deficiencia de hierro.

Este tipo de anemia es el más común y es causado por la escasez de hierro en el cuerpo. La médula ósea necesita hierro para producir hemoglobina. Sin el hierro adecuado, el cuerpo no puede producir suficiente hemoglobina para los glóbulos rojos.

Sin la administración de suplementos de hierro, este tipo de anemia ocurre en muchas mujeres embarazadas. También es causada por pérdida de sangre (como por el sangrado menstrual abundante), una úlcera en el estómago o en el intestino delgado, cáncer en el intestino grueso y el uso regular de algunos analgésicos que se pueden comprar sin receta médica, especialmente la aspirina, la cual puede inflamar el revestimiento del estómago, lo que genera pérdida de sangre. Es importante determinar el origen de la deficiencia de hierro para evitar la recurrencia de la anemia.

Embarazo. Si no toman suplementos de hierro, muchas mujeres embarazadas podrían tener anemia por deficiencia de hierro porque sus reservas de hierro tienen que satisfacer la demanda de un mayor volumen de sangre y proporcionar hemoglobina para el feto en desarrollo.

Síntomas de la anemia por deficiencia de hierro

Inicialmente, la anemia ferropénica puede ser tan leve que pasa desapercibida. Pero a medida que el cuerpo se vuelve más deficiente en hierro y la anemia empeora, los signos y síntomas se intensifican.

Los signos y síntomas de la anemia ferropénica pueden incluir: fatiga extrema; debilidad; piel pálida; dolor torácico, latidos cardíacos rápidos o falta de aliento; dolor de cabeza, mareos o vértigo; manos y pies fríos; inflamación o dolor en la lengua; uñas quebradizas; antojos inusuales de sustancias no nutritivas, como hielo, tierra o almidón; falta de apetito, especialmente en bebés y niños con anemia ferropénica.

Complicaciones de la anemia por deficiencia de hierro

La anemia leve por deficiencia de hierro normalmente no causa complicaciones. Sin embargo, si no se trata, la anemia por deficiencia de hierro puede volverse grave y ocasionar problemas de salud, entre ellos:

Problemas de corazón: La anemia por deficiencia de hierro puede ocasionar latidos del corazón irregulares o acelerados. Cuando tienes anemia, el corazón debe bombear más sangre para compensar la falta de oxígeno en la sangre. Esto puede ocasionar un corazón dilatado o insuficiencia cardíaca.

Problemas durante el embarazo: En las mujeres embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro grave está asociada con partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. Pero la enfermedad puede prevenirse si las mujeres embarazadas toman suplementos de hierro como parte de sus cuidados prenatales.

Problemas con la embarazada en el parto: La anemia grave por deficiencia de hierro durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un parto prematuro (cuando el parto se produce antes de las 37 semanas completas de embarazo).

Problemas de crecimiento: En los lactantes y niños, la deficiencia de hierro grave puede ocasionar anemia y también retrasos en el crecimiento y desarrollo. Además, la anemia por deficiencia de hierro está asociada con una mayor vulnerabilidad a las infecciones.

Tratamiento no farmacológico de la anemia por deficiencia de hierro

Puedes reducir tu riesgo de anemia por deficiencia de hierro eligiendo alimentos ricos en hierro.

Elige alimentos ricos en hierro: Los siguientes son algunos alimentos ricos en hierro: carne roja, carne de cerdo y aves de corral; mariscos; porotos; vegetales de hojas verdes oscuras, como la espinaca; frutas desecadas, como uvas pasas y chabacanos (albaricoques, damascos); cereales, panes y fideos fortificados con hierro; arvejas (guisantes, chícharos).

Tu cuerpo absorbe más hierro de la carne que de otras fuentes. Si eliges no comer carne, es posible que necesites aumentar el consumo de alimentos vegetales ricos en hierro para absorber la misma cantidad de hierro que alguien que come carne.

Elige alimentos que contengan vitamina C para mejorar la absorción de hierro: Puedes mejorar la absorción de hierro en el cuerpo tomando jugo de cítricos o comiendo otros alimentos ricos en vitamina C al mismo tiempo que ingieres alimentos ricos en hierro. La vitamina C en los jugos cítricos, como el jugo de china (naranja), ayuda al cuerpo a absorber mejor el hierro de la dieta.

La vitamina C también se encuentra en los siguientes alimentos: brócoli; pomelo; kiwi; hortalizas de hoja verde; melones; naranjas; pimientos; fresas; mandarinas; tomates.

Tratamiento farmacológico de la anemia por deficiencia de hierro

Cuando la hemoglobina es inferior a 10,5-11 g/dl es cuando se va a necesitar un suplemento específico de hierro para la adolescente embarazada, en forma de comprimidos, ampollas o sobres. (Por ejemplo, **Tardyferon** o **Ferro Sanol**).

Se recomienda tomar las pastillas de hierro en ayunas, una hora antes de comer. También puede tomarse 3 horas después de haber comido. Se debe tomar los comprimidos enteros, sin masticar, partir. Con ayuda de un poco de agua.

La razón es bien sencilla, si se mezcla el hierro con alimentos se corre el riesgo de que no se absorba correctamente, con lo que se estaría tomando una cantidad inferior a la recomendada.

El problema es que los efectos secundarios que aparecen con más frecuencia a la hora de tomar hierro son los de origen gastro-intestinal, como dolor abdominal, acidez o ardor de estómago, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea.

Si al tomar el hierro siente molestias o se agravan las que ya tiene, se puede tomar después de comer, pero se debe evitar algunos alimentos si se quiere aprovecharlo al máximo: leche y derivados como yogures o queso, alimentos integrales, alimentos con mucha fibra, bebidas con cafeína, café, té, refrescos o bebidas energéticas, también pueden reducir su absorción algunos medicamentos como los suplementos de calcio o los que contienen bicarbonato.

En la actualidad, las principales opciones de tratamiento para la anemia incluyen hierro por vía oral, hierro parenteral, la estimulación de la hematopoyesis con factores de crecimiento (por ejemplo, eritropoyetina recombinante humana) y la administración de sangre heteróloga.

Para tratar la anemia por deficiencia de hierro, el médico puede recomendarte que tomes suplementos de hierro. El médico también tratará la causa de fondo de la deficiencia de hierro si fuera necesario.

Suplementos de hierro

El médico puede recomendar comprimidos de hierro de venta libre para reponer las reservas de hierro en el cuerpo. Tu médico te hará saber la dosis correcta para ti. El hierro también está disponible en forma líquida para bebés y niños. Para mejorar las posibilidades de que tu cuerpo absorba el hierro en comprimidos, es posible que se te indique lo siguiente:

- Toma los comprimidos de hierro con el estómago vacío. Si es posible, toma los comprimidos de hierro con el estómago vacío. Sin embargo, debido a que los comprimidos de hierro pueden causar malestar estomacal, es posible que debas tomarlos con las comidas.
- No tomes hierro con antiácidos. Los medicamentos que alivian inmediatamente los síntomas de la acidez estomacal pueden interferir con la absorción de hierro. Toma el hierro dos horas antes o cuatro horas después de tomar los antiácidos.
- Toma los comprimidos de hierro con vitamina C. La vitamina C mejora la absorción del hierro. Tu médico podría recomendarte tomar los comprimidos de hierro con un vaso de jugo de naranja o con un suplemento de vitamina C.

Los suplementos de hierro pueden causar estreñimiento, por lo que el médico también puede recomendar un laxante emoliente. El hierro puede hacer que tus heces se vuelvan negras, lo cual es un efecto secundario inofensivo.

La deficiencia de hierro no se puede corregir de la noche a la mañana. Es posible que necesites tomar suplementos de hierro durante varios meses o más para reponer tus reservas de hierro. Generalmente, comenzarás a sentirte mejor después de una semana de tratamiento. Pregúntale a tu médico cuándo debes volver a realizarte un análisis de sangre para medir tus niveles de hierro. Para asegurarte de que tus reservas de hierro estén repuestas, es posible que necesites tomar suplementos de hierro durante un año o más.

Tratamiento de las causas de fondo de la deficiencia de hierro

Si los suplementos de hierro no aumentan los niveles de hierro en sangre, es probable que la anemia sea a causa de una fuente de sangrado o de un problema de absorción del hierro que el médico tendrá que investigar y tratar. Según la causa, el tratamiento de anemia por deficiencia de hierro puede comprender lo siguiente:

- Medicamentos, como anticonceptivos orales para aligerar el flujo menstrual fuerte
- Antibióticos y otros medicamentos para tratar úlceras pépticas
- Cirugía para extirpar un pólipo, un tumor o un fibroma que sangra

Si la deficiencia de hierro es grave, puede ser necesario que te administren hierro por vía intravenosa o que requieras transfusiones de sangre para ayudarte a reemplazar rápidamente el hierro y la hemoglobina.

Cuidados de enfermería

El cuidado de enfermería es un conjunto de acciones que busca el crecimiento y el bienestar del ser cuidado, esto implica ser facilitadores de la satisfacción de necesidades, generando una relación interpersonal enfermero-paciente y logrando la promoción, prevención, conservación de la salud y recuperación de su equilibrio físico, social, mental y espiritual.

La práctica profesional de la enfermera se centra en el cuidado a la persona, familia y comunidad que en continua interacción con su entorno vive experiencia de salud, toman decisiones, realizan acciones pensadas y reflexionadas, que responden a las necesidades individuales y colectivos. Por ello la enfermera requiere desarrollar no solo competencias asistenciales si no también competencias administrativas, educativas y de investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud.

Las estrategias de educación y comunicación, tiene como objetivo promover la adopción e prácticas saludables orientadas al cuidado de la gestante, el recién nacido, adolescentes, niños y niñas, para contribuir con la reducción, la prevención y control de la anemia.

El rol del profesional de enfermería es prevenir la anemia nutricional mediante la adecuada información a la familia, la cual se brinda a través de la educación y la comunicación. El objetivo es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones responsables del cuidado, para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. Dentro del equipo de salud la enfermera desempeña un rol indispensable para satisfacer las necesidades derivadas del proceso salud-enfermedad de la población, ese rol es el área de acción enfocado en la investigación, con esa función se obtiene información sobre la efectividad de las intervenciones, para así mejorarlas con el propósito de reducir la anemia.

Este plan incluye:

Teoría de Virginia Henderson

Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de **Virginia Henderson**, orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos y sociales y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar.

Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía II de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC y desarrollo de los resultados,

indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Las actuaciones se deberán seleccionar e individualizar en cada paciente de acuerdo con su situación de salud y la respuesta humana ante la misma.

Es importante la valoración continua del/de la paciente y su seguimiento para asegurar la continuidad de los cuidados. El plan de cuidados deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos.

Este plan de cuidados ha sido elaborado por enfermeras de distintos niveles asistenciales expertas en cuidados a pacientes con anemias y enfermeras expertas en calidad y procesos.

Resumen del plan de cuidados enfermeros en el Proceso Asistencial Integrado Anemias

DIAGNÓSTICOS
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00093 Fatiga
00002 Desequilibrio nutricional por defecto
00043 Protección inefectiva
00004 Riesgo de infección

RESULTADOS
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
1813 Conocimiento: régimen terapéutico
0002 Conservación de la energía
0001 Resistencia
0005 Tolerancia de la actividad
1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes
1802 Conocimiento: dieta
1007 Estado nutricional: energía
1004 Estado nutricional
1302 Superación de problemas
1807 Conocimiento: control de la infección
1902 Control del riesgo
1601 Conducta de cumplimiento

INTERVENCIONES
4420 Acuerdo con el/la paciente
5246 Asesoramiento nutricional
5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
4360 Modificación de la conducta
4410 Establecimiento de objetivos comunes
0180 Manejo de la energía
1100 Manejo de la nutrición
4310 Terapia de actividad
0200 Fomento del ejercicio
5614 Enseñanza: dieta prescrita
1260 Manejo del peso
5230 Aumentar el afrontamiento
1800 Ayuda al autocuidado
6550 Protección contra las infecciones

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
00078.-Manejo inefectivo del régimen terapéutico	<p>1601.-Conducta de cumplimiento</p> <p>01. Confianza en el/la profesional sanitario/a sobre la información obtenida</p> <p>04. Acepta el diagnóstico del /de la profesional sanitario/a</p> <p>06. Modifica la pauta orientada por el/la profesional sanitario/a</p> <p>1609.-Conducta terapéutica</p> <p>02. Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p>14. Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición</p> <p>15. Busca consejo de un/a profesional</p>	<p>4420.-Acuerdo con el/la paciente</p> <p>5246.-Asesoramiento nutricional</p> <p>5602.-Enseñanza del proceso de la enfermedad</p> <p>5618.-Enseñanza: procedimiento/tratamiento</p> <p>4360.-Modificación de la conducta</p>	<p>- Ayudar al/a la paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar</p> <p>- Ayudar al/a la paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos</p> <p>- Explorar con el/la paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos</p> <p>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p> <p>- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados</p> <p>- Reforzar nuevas habilidades</p> <p>- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del/de la paciente</p>

	<p>sanitario/a cuando es necesario</p> <p>1813.-Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>01. Descripción de la justificación del régimen terapéutico</p> <p>05. Descripción de la dieta prescrita</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del/de la paciente de la dieta prescrita/recomendada - Informar del tiempo que debe llevar la dieta - Comentar los gustos y aversiones alimentarias del/de la paciente - Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico - Determinar la motivación al cambio - Explicar el procedimiento/tratamiento - Describir actividades del procedimiento/tratamiento
--	---	--	--

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
00093.-Fatiga	<p>0002.-Conservación de la energía</p> <p>01. Equilibrio entre actividad y descanso</p> <p>02. Siestas en el rango esperado (ERE)</p> <p>05. Adapta el estilo de vida al nivel de energía</p> <p>0001.-Resistencia</p> <p>01. Realización de la rutina habitual</p> <p>03. Aspecto descansado</p> <p>10. Ausencia de agotamiento</p> <p>13. Hemoglobina DLN</p> <p>0005.-Tolerancia de la actividad</p> <p>02. Frecuencia cardiaca ERE en respuesta a la actividad</p> <p>08. Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad</p> <p>13. Realización de las actividades de la vida diaria (AVD) referidas</p>	<p>4410.-Establecimiento de objetivos comunes</p> <p>0180.-Manejo de energía</p> <p>1100.-Manejo de la nutrición</p> <p>4310.-Terapia de actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el reconocimiento por parte del/de la paciente de su propio problema - Ayudar al/a la paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse - Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del/de la paciente - Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones - Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados - Ayudar al/a la paciente a programar periodos de descanso - Instruir al/a la paciente a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad - Ayudar al/a la paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía - Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida

			<ul style="list-style-type: none">- Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede - Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
--	--	--	--

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
00002.-Desequilibrio nutricional por defecto	<p>1009.-Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>01. Ingestión calórica</p> <p>07. Ingestión de hierro</p> <p>1802. -Conocimiento: dieta</p> <p>01. Descripción de la dieta recomendada</p> <p>03. Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada</p> <p>05. Explicación de las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal</p> <p>10. Selección de las comidas recomendadas por la dieta</p> <p>1007.-Estado nutricional: energía</p> <p>01. Energía</p> <p>02. Resistencia</p>	<p>5246.-Asesoramiento nutricional</p> <p>1100.-Manejo de la nutrición</p> <p>0200.-Fomento del ejercicio</p> <p>5614.-Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>1260.-Manejo del peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Establecer metas - Ayudar al/a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos - Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados - Reforzar nuevas habilidades - Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida - Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede - Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento - Determinar la capacidad del/de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales - Informar al/a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio

			<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al/a la paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del/ de la paciente
--	--	--	---

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
00043.- Protección inefectiva	<p>1004.-Estado nutricional</p> <p>01. Ingestión de nutrientes</p> <p>02. Ingestión alimentaría y de líquidos</p> <p>1302.-Superación de problemas</p> <p>01. Identifica patrones de superación eficaces</p> <p>06. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento</p> <p>07. Modifica el estilo de vida cuando se requiere</p> <p>0001.-Resistencia</p> <p>01. Realización de la rutina habitual</p> <p>03. Aspecto descansado</p> <p>10. Ausencia de agotamiento</p> <p>13. Hemoglobina DLN</p>	<p>1100.-Manejo de la nutrición</p> <p>5230.-Aumentar el afrontamiento</p> <p>1800.-Ayuda al autocuidado</p> <p>6550.-Protección contra las infecciones</p>	<p>- Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente</p> <p>- Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro si procede</p> <p>- Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</p> <p>- Ajustar la dieta al estilo de vida del /de la paciente, según cada caso</p> <p>- Determinar la capacidad del/de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales</p> <p>- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p> <p>- Ayudar al/a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo</p> <p>- Animar al/a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades</p> <p>- Fomentar las actividades sociales y comunitarias</p> <p>- Animar la implicación familiar, si procede</p> <p>-Valorar la comprensión del/de la</p>

			<p>paciente del proceso de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al/a la paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ellas
--	--	--	---

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
00004.-Riesgo de infección	<p>1609.-Conducta terapéutica: enfermedad lesión</p> <p>01. Cumple las precauciones recomendadas</p> <p>02. Cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p>04. Cumple las actividades prescritas</p> <p>08. Supervisa los efectos terapéuticos</p> <p>14. Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición</p> <p>15. Busca consejo de un/a profesional sanitario/a cuando es necesario</p> <p>1004.-Estado nutricional</p> <p>01. Ingestión de nutrientes</p> <p>02. Ingestión alimentaría y de líquidos</p> <p>1807.-Conocimiento: control de la infección</p> <p>04. Descripción de signos y síntomas</p> <p>07. Descripción de actividades para aumentar la resistencia a la infección</p> <p>1902.-Control del riesgo</p> <p>01. Reconoce el riesgo</p>	<p>1100.-Manejo de la nutrición</p> <p>6550.-Protección contra las infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente - Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro si procede - Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento - Ajustar la dieta al estilo de vida del /de la paciente, según cada caso - Determinar la capacidad del /de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales - Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada - Observar el grado de vulnerabilidad del/de la paciente a las infecciones - Fomentar una ingesta nutricional suficiente - Facilitar el descanso - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad /malestar - Instruir al/a la paciente y familiares sobre los signos y síntomas de infección y cuando

	<p>02. Supervisa los factores de riesgo medioambientales</p> <p>03. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal</p> <p>04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> <p>16. Reconoce cambios en el estado de salud</p>		deben informar de ellos
--	---	--	-------------------------

Teoría del Cuidado Humanizado de JEAN WATSON

Watson, teórica del cuidado humano, que guía el presente informe, define el cuidado como las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, para el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte.

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas y del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que borda el enfermero es "una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana "lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.

Para Watson, cuidar significa "compromiso con", es un razonamiento y una ideal moral profundo, donde su objetivo fundamental es el de la protección y preservación de las dimensiones humanas (respeto a la dignidad, la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y emociones del que cuidamos, y a su vez señala que este concepto es una

característica esencial de la enfermería "El cuidado es tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera".

Jean Watson En esta teoría de enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

Metaparadigma

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson define el ambiente como un espacio de curación importante para calmar al paciente. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos

para guiar la actividad. Esta asociación humanísticas-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir.

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda acciones dirigidas a fomentar cambios en el autocuidado en mujeres en estado de gestación incorporando hábitos saludables que perduren durante toda la vida y más aún en este período, el autocuidado se considera un factor determinante en la disminución de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, así como conservar la salud del recién nacido dependen del conocimiento y la calidad de vida que mantenga la embarazada.

El autocuidado es definido como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud sin vigilancia de un profesional de la salud; se refiere a las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas efectivas para conservar la salud y prevenir complicaciones. Orem en 1958 estableció el modelo conceptual basado en el déficit de autocuidado abordando este aspecto como una necesidad humana y se define básicamente cuando la persona no es suficientemente capaz de realizar actividades para satisfacer sus requerimientos de autocuidado; en esta teoría se promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación de la persona para satisfacer sus necesidades, con el propósito de lograr la autonomía de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud.

Una intervención educativa mejora los conocimientos en mujeres embarazadas para el cuidado de su embrazo y detección oportuna de signos de alarma de complicaciones maternas.

Es bueno considerar que las actividades de intervención deben realizarse en 1ro y 2do nivel de atención enfocándose en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en mujeres embarazadas que afectan su calidad de vida, originando complicaciones que puedan presentarse durante la gestación.

Orem considera las necesidades de autorrealización cuando desarrolla la teoría de autocuidado, ya que requiere que la persona reconozca sus capacidades, limitaciones y conocimiento de sí mismo para desarrollar acciones encaminadas a su propio cuidado y por ende satisfacer sus necesidades.

Respecto al concepto del cuidado entendido como: cuidar y vigilar representan el conjunto de actos para la vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida; desde este punto se hizo necesario conocer que la salud es una condición de la persona para poder mantener su capacidad para cuidarse y con ello para cuidar de otros.

Estos propósitos descritos por Dorothea Orem como Requisitos de Autocuidado entre los que se diferencian tres tipos:

Requisitos de Autocuidado Universal:

- Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos.
- Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social.
- Proporción de cuidados asociados con la eliminación.
- Prevención de peligros.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad.

Requisitos para el desarrollo:

- Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia y edad adulta.
- Proporcionar cuidados en deprivación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos profesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud y condiciones de vida, enfermedad terminal.

Requisitos de desviación de la Salud:

- Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología.
- Atención de los resultados del estado patológico.
- Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología.
- Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario.
- Aprender a vivir con la patología.

Principios para el autocuidado:

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de las personas para consigo misma.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de la vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de la salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimientos y elaboración de un saber y da lugar a las interrelaciones.

- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejoraran a su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación, y la resiliencia.

La disciplina de enfermería cuenta con teorías y modelos que abordan el cuidado de la persona, tal es así la teoría de Dorothea Orem, quien desarrolla su modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí; Teoría del autocuidado, Teoría de déficit de autocuidado y Teoría de los sistemas de enfermería.

BASES LEGALES

Constitución de la República del Ecuador

No 00004701

La Ministra de Salud Pública

Considerando:

Que; la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;

Que; es necesario asistir a los prestadores de salud del Sistema Nacional de Salud, en la toma de decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo, mediante una guía desarrollada de manera sistemática a ser aplicada dentro de dicho Sistema; y,

EN EJERCICIOS DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA

**REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL
REGIMEN JURIDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

ACUERDA:

Art.1: Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica **“DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO”**, adaptada por el Ministerio de Salud Pública e instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normalización y de expertos en la materia.

Art.2: Disponer que la Guía de Práctica Clínica **“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO”**, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

UNICEF Ecuador, a través del programa de Salud y Nutrición, apoya al Gobierno del Ecuador en el cumplimiento de indicadores sanitarios relacionados con prevención de mortalidad materna e infantil, prevención de la desnutrición crónica infantil, diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia, inmunizaciones, especialmente en niños y niñas en situación de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, en el Art. 43 establece que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los siguientes derechos: a) no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral; b) la gratuidad de los servicios de salud materna; c) la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; d) a disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

También, los Art. 358 y 359 establecen que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, la protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles.

Intervenciones en Salud

Prevención y recuperación nutricional

Los programas de prevención y atención a la desnutrición deben destinarse prioritariamente a mujeres embarazadas, niñas y niños entre los 0 y 2 años de edad, aprovechando la ventana de oportunidad de los primeros 1.000 días de vida, con un enfoque preventivo. Los programas de prevención deben incluir: controles prenatales completos, entrega de micronutrientes a la mujer embarazada, prácticas integradas al parto (que incluyen pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz y alojamiento conjunto de la madre y el niño, y el inicio de lactancia materna durante la primera hora después del parto), así como controles de crecimiento y desarrollo completos y adecuados para la edad, con entrega y consumo de micronutrientes e inmunizaciones completas.

En cuanto a la recuperación nutricional, la población objetivo-priorizada deben ser las niñas y los niños que experimentaron bajo peso al nacer o que han sufrido desnutrición aguda en estos primeros 1.000 días, puesto que las acciones implementadas en este rango de edad son más exitosas que las que se hacen fuera de este período del crecimiento.

Consejería y educación nutricional y alimentaria

El fomento de hábitos alimenticios saludables debe abordar simultáneamente el combate al hambre y la desnutrición con la prevención del incremento en el sobrepeso y la obesidad. Incidir sobre los hábitos alimenticios de la población en general, y no solo de quienes

padecen o corren el riesgo de padecer desnutrición, es un mecanismo que contribuye a combatir la subnutrición en estratos sociales categorizados como no pobres. Aunque la pobreza y la desnutrición van de la mano, la desnutrición se presenta también en familias con recursos económicos suficientes como para ser categorizadas como no pobres.

La consejería es un servicio crítico que debe ser estructurado, protocolizado y monitoreado. Este servicio tiene un increíble potencial para motivar un cambio en los hábitos y comportamientos de las personas, para ello debe llevarse a cabo con pertinencia cultural y territorial (respetando los conocimientos y las prácticas ancestrales de su entorno y su rica diversidad) y sólidos conocimientos, a fin de fomentar de manera sostenida en la población objetivo la adopción de prácticas y hábitos favorables al crecimiento y la nutrición.

Fomento de la lactancia materna

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad de la niña o el niño es una acción crítica para alcanzar resultados nutricionales positivos. Por ello, debe fomentarse de manera intersectorial y desde los distintos actores estatales y no estatales:

(...) ha sido bien establecido, en rigurosos estudios internacionales, que la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, la asistencia regular a clínicas de monitoreo del crecimiento del niño y sesiones de consejos nutricionales, la institucionalización de nacimientos, y la prevención (y correcto manejo) de las diarreas, todos contribuirán a mejorar los resultados en el crecimiento. El conjunto de datos de ENDEMAIN confirma que tales comportamientos suelen estar asociados con mejores resultados nutricionales en el Ecuador.

El retraso o suspensión de la lactancia materna influye en la capacidad de producción de leche materna de la madre, afecta en el lazo afectivo inmediato con la madre. El retraso en la entrega del niño o la niña a la madre en el momento del nacimiento generalmente está

relacionado con la introducción de otros líquidos y probablemente de leche de fórmula en las instituciones de salud. Estas prácticas perjudican que la lactancia materna sea exitosa.

A pesar de ser un proceso natural, el fomento a la lactancia requiere de apoyo e incentivos para disipar dudas y superar inconvenientes durante el proceso. Es por esto que el rol del hospital o del centro de salud donde se atiende el parto es crítico a la hora de promover, con calidez y firmeza, la práctica de la lactancia materna.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Población y muestra documental

Adolescentes embarazadas con anemia

Tipo de Estudio

El presente estudio es Analítico-sintético Inductivo-deductivo de corte transversal, siguiendo la metodología de las revisiones bibliográfica sistemáticas. Estos estudios, en palabras de Bettany-Saltikov (2012), son un resumen de la literatura de investigación. Se lleva a cabo de una manera que trata de identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar toda la evidencia de investigación de alta calidad relevante. Esta última incluye aquellos estudios con diseño explícito y riguroso que permite interrogar los hallazgos frente a contextos de investigación claros.

Al realizar revisiones sistemáticas, se debe aceptar que existe una jerarquía de evidencia y que lo que se puede afirmar empíricamente con confianza sobre el mundo se deriva de estudios donde el diseño es explícito y riguroso. La comprensión de las revisiones sistemáticas y cómo implementarlas en la práctica se está volviendo obligatoria para todas las enfermeras y otros profesionales de la salud (Bettany-Saltikov, 2012).

En este sentido se ubicaron publicaciones que se relacionaran con el tema del presente estudio, es decir, rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes.

Métodos de estudio

Se aplicaron los siguientes métodos:

- Método teórico

- Analítico-sintético
- Inductivo-deductivo

Técnica de recolección de Datos

Instrumento empleado: los autores de los artículos investigados emplearon las técnicas como investigación de campo, exploratorio y descriptivo en el Hospital Enrique C Sotomayor donde está presente la población a ser estudiada constituida por 368.

Se evaluaron mujeres consecutivas que ingresaron al control prenatal. Aquellos con anemia (nivel de hemoglobina <11 mg/dL) se sometieron a pruebas de nivel de ferritina sérica y otras variables hematológicas.

Se realizó un estudio transversal, se incluyeron mujeres que asistieron a la consulta prenatal entre enero de 1996 y diciembre de 2000, que no estaban recibiendo suplementos prenatales de hierro y folato anteriormente.

Para el estudio se consultaron las bases de datos LILACS-BIREME, SCIELO y PUBMED. Se seleccionaron para su inclusión artículos científicos publicados en español, portugués o inglés entre 2000 y 2013 sobre el tema de la anemia ferropénica en adolescentes. Se identificaron y evaluaron un total de 102 estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de junio de 2013. Cuarenta y dos artículos que cumplían con el criterio de inclusión (adolescentes con anemia) fueron seleccionados para esta revisión.

Estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años).

Se utilizó un método de muestreo aleatorio en dos etapas para seleccionar 30 conglomerados sobre la base de la probabilidad proporcional al tamaño. La anemia se

diagnosticó mediante la estimación de la concentración de hemoglobina en la sangre con el uso del método indirecto de la cianometahemoglobina.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 543 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez" de La Habana, Cuba, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico, las investigaciones diagnósticas realizadas y las historias clínicas.

Se utilizó el método de consenso a través de la técnica de grupo de panel de expertos. Se realizaron dos rondas para la estructuración de las preguntas clínicas. El primero fue facilitar a los grupos de trabajo su enfoque en los temas clínicos y la población de interés; el segundo fue para ayudar a plantear preguntas específicas observando la estructura Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (PICO). Las variables primarias y clínicas secundarias de estudio fueron definidas por los grupos de trabajo a partir de las preguntas desarrolladas previamente y durante el periodo de trabajo presencial, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad: factores de riesgo, clasificación diagnóstica, (ya sea farmacológica o no farmacológica) tratamiento y pronóstico.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura mediante los MeSH: anemia, embarazo, deficiencia de hierro, vitamina B12, ácido fólico y fisiología en inglés y en español. Para la búsqueda, se usaron las bases de datos PubMed, MedLine, SciELO y Google Académico.

Para la presentación de los datos se utilizará una ficha para la recolección de los datos que permitirá sintetizar los artículos y se realizará análisis de contenido y se especificaran aspectos relacionados con el diseño metodológico utilizado, así como los principales hallazgos que se organizarán en tablas narrativas donde se presentará la información de los artículos

incluidos en cuanto a su población y muestra documental, métodos y técnicas de estudios utilizadas por el o los autores de cada artículo y se presentara en los resultados.

Criterios de búsqueda

Para la búsqueda de la literatura se recurrió a distintas bases de datos como PubMed, ScienceDirect, TripDataBase, SciELO y Scopus. También se utilizaron los metabuscadores Google Académico y SemanticScholar.

Idioma: Las búsquedas se realizaron tanto en español como en inglés.

Palabras clave: en español se usaron las siguientes palabras para realizar las búsquedas: anemia, adolescentes, embarazo, trastorno nutricional, intervención de enfermería, hierro, glóbulos rojos. Por su parte, las palabras clave de búsqueda en inglés fueron: anemia, adolescents, pregnancy, nutritional disorder, nursing intervention, iron, red blood cells.

Criterios de inclusión:

- Artículos de procedencia de base de datos en salud avaladas científicamente.
- Artículos que incluyan información sobre la anemia en adolescentes embarazadas.
- Artículos que fueron publicados durante los últimos 18 años.
- Artículos que incluyan datos estadísticos sobre los niveles de anemia en adolescentes embarazadas a nivel mundial, Latinoamérica y Ecuador.

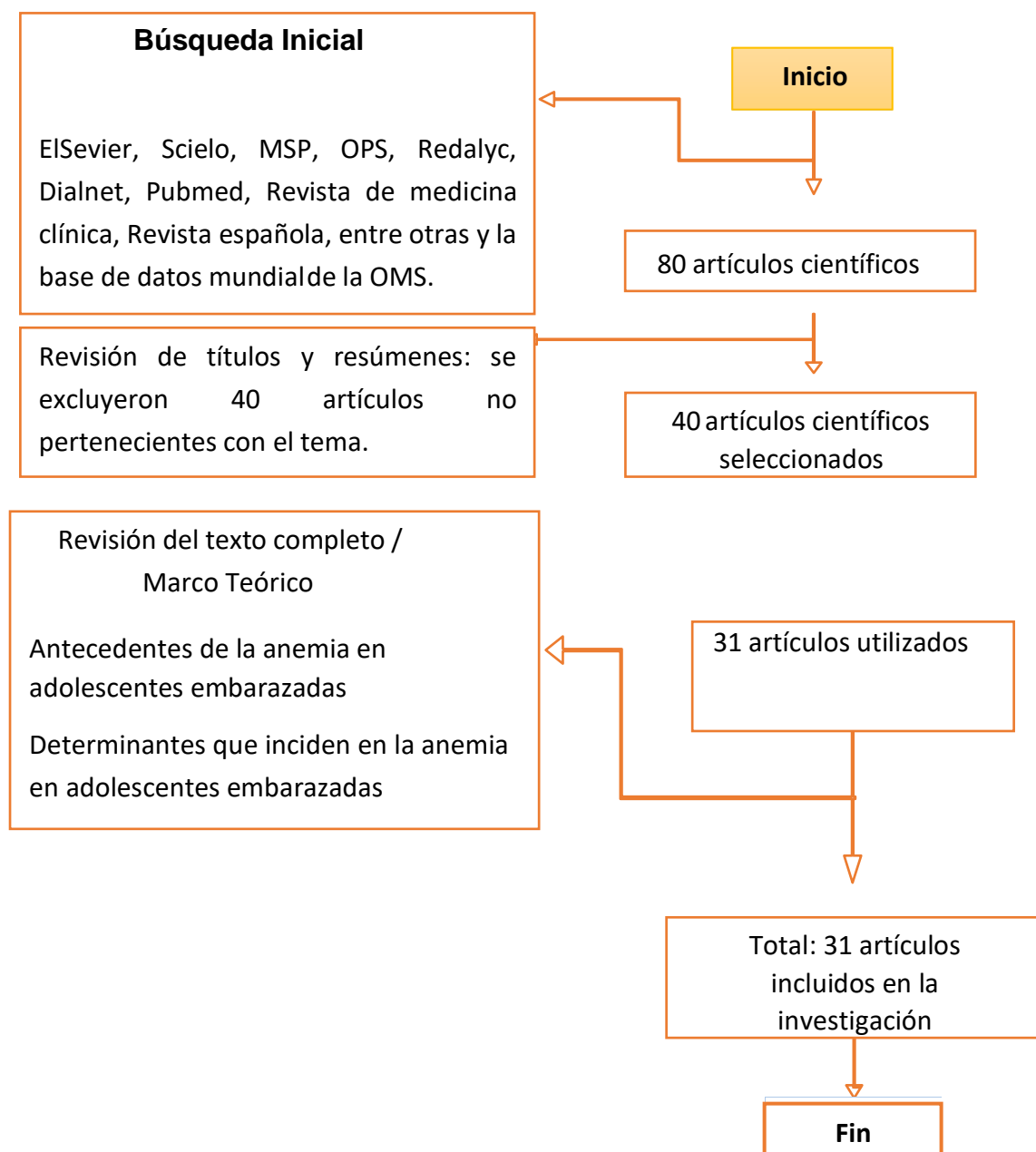
Criterios de exclusión:

- Artículos publicados en revistas que no están avaladas científicamente.
- Información de artículos que no tenga relación con el objetivo de investigación.
- Artículos que no han sido publicados durante los últimos 18 años.

Organización de la información

Tras la búsqueda inicial se identificaron un total de 31 artículos científicos, por lo que se procedió a organizarlos de acuerdo con parámetros como: país de publicación, año, base de datos de la cual se obtuvo y han sido parte de la temática plasmada. Mediante la lectura crítica se descartaron un total de 31 referencias bibliográfica tomando en consideración desde el título, resultados y resumen de no ser relevantes para el objetivo de aquella investigación.

Flujograma



ANALISIS Y RESULTADO

Tabla 1: Caracterización de los fundamentos teóricos/Diagnostico de la situación actual/ Valorar los resultados bibliográficos en relación con el rol enfermero en el cuidado a adolescentes anémicas gestantes.

N°	AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS/NOMBRE DE REVISTAS	TEMA	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADO	FACTORES DE RIESGO Y CONCLUSIÓN	ROL ENFERMERO
1	(Cindy Quispe, Ericson L Gutierrez. 2018)	Revista Scielo	Consumo de alimentos y anemia en adolescentes mujeres de un colegio nacional de Lima.	Determinar la frecuencia del consumo de alimentos y anemia en mujeres adolescentes de secundaria de un colegio nacional público de Lima.	Estudio transversal analítico. La hemoglobina fue medida por hemoglobínometro portátil. El estado nutricional se evaluó a través del índice de masa corporal, según las tablas de la OMS. La dieta y frecuencia del consumo alimentario se evaluaron utilizando encuestas de opción múltiple.	Se incluyeron un total de 125 adolescentes. La frecuencia de anemia fue 16 %. En el estado nutricional, 81,6 % presentó peso saludable, 13,6 % sobrepeso y 4 % obesidad. El alimento más consumido fue el pan (47,2 %) y el menos consumido las vísceras (16,8 %); el 28 % no consume desayuno diariamente. Al 48 % de alumnas le preocupa engordar, así mismo 28 % de ellas hacen dietas para bajar de peso.	Se apreció un bajo porcentaje de anemia y obesidad en la población estudiada, un bajo porcentaje de alumnas consume alimentos ricos en hierro como vísceras. Existe además un alto porcentaje de alumnas que les preocupa engordar y que hacen dietas para bajar de peso.	Le proporcionaremos toda la educación nutricional pertinente en su caso, como composición de cada alimento, horarios, la hidratación y ejercicio físico

2	(GS Toteja, padam singh, BS Dhillon, BN Saxena, FU Ahmed, RP Singh, balendu prakash, K Vijayaraghavan, Y Singh, Un Rauf, UC Sarma, Sanjay Gandhi, Lalita Behl, Krishna Mukherjee, SS Swami, Viu Merú, Prakash Chandra, chandrawati, Uday Mohan. 2006)	Revista Médica PubMed	Prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas y adolescentes en 16 distritos de la India.	Evaluar el estado de la anemia entre las mujeres embarazadas y las adolescentes de 16 distritos de 11 estados de la India.	Se utilizó un método de muestreo aleatorio en dos etapas para seleccionar 30 conglomerados sobre la base de la probabilidad proporcional al tamaño. La anemia se diagnosticó mediante la estimación de la concentración de hemoglobina en la sangre con el uso del método indirecto de la Ciano metahemoglobina.	Los datos de la encuesta mostraron que el 84,9% de las gestantes (n = 6.923) presentaban anemia (hemoglobina < 110 g/L); El 13,1% tenía anemia severa (hemoglobina < 70 g/L) y el 60,1% anemia moderada (hemoglobina > o = 70 a 100 g/L). Entre las adolescentes (n = 4.337) de 16 distritos, la prevalencia general de anemia (definida como hemoglobina < 120 g/l) fue del 90,1 %, con un 7,1 % con anemia grave (hemoglobina < 70 g/l).	Cualquier estrategia de intervención para esta población debe abordar no solo el problema de la deficiencia de hierro, sino también las deficiencias de otros micronutrientes, como la B12 y el ácido fólico y otros posibles factores causales.	Educación al paciente acerca de su patología. Administración de medicamentos como: - Ácido fólico - Sulfato ferroso - Vitamina b 12
3	(Carlos Navarro Núñez, Carlos Del Toro-Equihua, Arnoldo Aguayo-Godínez, Urbicio Venegas Ochoa,	Revista Médica PubMed	Anemia entre mujeres embarazadas rurales que viven a 540 metros sobre el nivel del mar.	Evaluar la prevalencia de anemia en gestantes rurales que viven a 540 metros sobre el nivel del mar en	Se realizó un estudio transversal, se incluyeron mujeres que asistieron a la consulta prenatal entre enero de 1996 y diciembre de 2000, que no estaban recibiendo	Se encontraron 35 mujeres, el 25,7% presentó anemia, la concentración de Hb mayor fue de 14,6 g/dL y la menor de 9 g/dL.	La prevalencia de anemia fue de 0 x 1000 mujeres en el grupo I, 117 x 1000 mujeres en el grupo II y 437 x 1000 mujeres en el grupo III.	Mantener la salud de la gestante y del feto. La promoción y educación de la salud a lo largo de las consultas prenatales, apoyando a las

	Arnoldo Muñiz Gómez. 2003)			Colima, México.	<p>suplementos prenatales de hierro y folato anteriormente. Se examinaron muestras de sangre para determinar la concentración de hemoglobina (Hb). Se registró información sobre fecha de examen, nombre, domicilio particular, edad, edad gestacional, estado civil, nivel educativo, trabajo, menarquia, paridad, cesáreas, abortos, lapso de intergestación y niveles de hemoglobina. La información fue confirmada por visita a residencia privada. La altitud se derivó de mapas oficiales. Nuestras medidas para diagnosticar la anemia fueron la edad gestacional y la baja concentración de hemoglobina. Se integraron tres grupos con los</p>			embarazadas sobre los cuidados y riesgos gestacionales.
--	----------------------------	--	--	-----------------	--	--	--	---

					siguientes criterios: GRUPO I: Edad gestacional 1ra a 5ta semana, Hb menor a 12,0 g/dL. GRUPO II: Edad gestacional 6 a 15 semanas, Hb menor de 11,0 g/dL. GRUPO III: Edad gestacional semana 16 a 40, Hb menor de 10,4 g/dL. Calculamos porcentajes, frecuencias y prevalencias.			
4	(Diana Huanco, Manuel Ticona, Maricarmen Ticona, Flor Huanco. 2012)	Revista Scielo	Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008.	Conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú.	Estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza.	Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas	Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas.	Dentro de las actividades asistenciales, destacan la valoración física, remisión y control de síntomas, admisión de pacientes al servicio, administración de tratamientos, orientación a los familiares acerca de la salud de los pacientes,

						<p>fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49).</p>		<p>cuidados relacionados con la higiene y alimentación</p>
5	(Janete Fernández, María Rodríguez,	Revista Scielo	Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la	Describir los resultados perinatales en pacientes con	Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y	Casi la mitad de las pacientes estuvieron representadas por las adolescentes y las	La multiparidad y el período intergenésico corto fueron antecedentes	El cuidado de enfermería se

	Giselle González, Déborah Pérez, Lázara Ortega. 2017)		captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016)	diagnóstico de anemia en el momento de la captación del embarazo.	prospectivo, en 543 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Gineco obstétrico "Eusebio Hernández Pérez" de La Habana, Cuba, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico, las investigaciones diagnósticas realizadas y las historias clínicas.	mayores de 35 años (45,4 %). Las multíparas iniciaron la gestación con anemia para un 36,6 %. Las nulíparas presentaron infecciones durante el embarazo para un 59,2 %. El 83,9% de las pacientes con partos anteriores tenían un periodo intergenésico corto. El parto antes del término y el recién nacido con bajo peso al nacer estuvo presente en 15,4 %. No hubo mortalidad materno-fetal. Hubo tres muertes neonatales precoces.	frecuentes en las gestantes con anemia en la captación. La prematuridad y el bajo peso al nacer fueron bajas y no se produjeron muertes maternas ni fetales. La mortalidad perinatal fue a expensas de los recién nacidos menores de siete días.	distingue del cuidado innato de los seres humanos, porque éste trata de establecer un proceso intencional de querer ayudar a los otros en sus procesos de salud y enfermedad, muerte y renacimiento, fundando y guiando este cuidado en el conocimiento teórico y científico.
6	(Rania Ali, Abdel Rahman, Ahmed Shafik. 2011	Revista Médica PubMed	Perfil de hierro en la sangre del cordón umbilical y micronutrientes en la leche materna en la anemia ferropénica materna	Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la IDA materna y el estado nutricional sobre la antropometría al nacer, el perfil de hierro	Se registraron medidas antropométricas y neonatales. Se midieron los índices de hemoglobina, glóbulos rojos (RBC) e índices de nutrientes de hierro en la sangre materna	Los índices de hemoglobina, glóbulos rojos y el perfil de hierro mostraron diferencias significativas en los recién nacidos de madres anémicas en comparación con los controles, particularmente en	La IDA materna ejerce una influencia significativa sobre el estado nutricional materno y fetal. La IDA durante el embarazo afecta negativamente tanto el hierro de la sangre del cordón umbilical como el estado	Evaluar la capacidad del lactante para mamar. Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche. Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión

				<p>en la sangre del cordón umbilical y los micronutrientes de la leche materna en 50 mujeres anémicas (hemoglobina <11 g/dl) y 30 embarazadas sanas.</p>	<p>y del cordón umbilical. minerales de la leche materna; Se evaluaron hierro, cobre, zinc, calcio y magnesio.</p>	<p>anemia moderada a severa y se encontraron correlaciones lineales con los niveles maternos de hemoglobina, hierro y ferritina (P < 0.01). Las medidas antropométricas de madres anémicas y sus recién nacidos se correlacionaron positivamente (P < 0,05). Los micronutrientes de la leche materna se redujeron significativamente en todas las madres anémicas, mostrando relaciones significativas con el hierro sérico materno (P < 0,01).</p>	<p>mineral de la leche materna, particularmente en casos de anemia moderada a grave y se producen deficiencias de micronutrientes concurrentes en la IDA materna. Se necesitan más investigaciones que incluyan una población más grande de mujeres embarazadas con anemia severa para verificar la interrelación nutricional entre la anemia materna y el estado mineral de la leche materna.</p>	<p>mamaria y las molestias asociadas. Comentar la frecuencia de los patrones normales de lactancia.</p>
7	(Romilda Castro, Luciana Rodrigues, Nadia Carneiro, Cibelé Dantas. 2014)	Revista Médica PubMed	Anemia por deficiencia de hierro en adolescentes; una revisión de la literatura.	Realizar una revisión bibliográfica sobre la anemia ferropénica en la adolescencia como problema de salud pública y sobre los	Para el estudio se consultaron las bases de datos LILACS-BIREME, SCIELO y PUBMED. Se seleccionaron para su inclusión artículos científicos publicados en	Los estudios revisados revelaron una prevalencia de anemia ferropénica de alrededor del 20% en adolescentes y describieron los efectos nocivos de la	Se requiere una acción preventiva con respecto a la anemia ferropénica. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la necesidad de un diagnóstico, profilaxis	Educar sobre los factores de riesgo que podrían contribuir en las deficiencias nutricionales, la detención del crecimiento y el desarrollo en este

				factores de riesgo que pueden contribuir a las deficiencias nutricionales, retraso en el crecimiento y desarrollo en este grupo etario, enfatizando la fisiopatología y causas de la anemia, los diferentes diagnósticos enfoques, y sus características clínicas, prevención y tratamiento.	español, portugués o inglés entre 2000 y 2013 sobre el tema de la anemia ferropénica en adolescentes. Se identificaron y evaluaron un total de 102 estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 30 de junio de 2013. Cuarenta y dos artículos que cumplían con el criterio de inclusión (adolescentes con anemia) fueron seleccionados para esta revisión. Finalmente, se realizó un análisis y se evaluaron los trabajos de acuerdo con los objetivos del estudio.	anemia en este grupo etario.	y tratamiento tempranos.	grupo de edad y poniendo el énfasis sobre la fisiopatología y las causas de la anemia, los diferentes abordajes diagnósticos y sus características clínicas, la prevención y el tratamiento.
8	(Darmawati Darmawati, Tongku Nizwan, Kamil Hajjul, Tahlil Teuku. 2020)	Revista Elsevier	Explorando las perspectivas de las madres indonesias sobre la anemia durante el embarazo: un enfoque cualitativo.	El estudio tiene como objetivo investigar las percepciones de la anemia entre las mujeres embarazadas para diseñar intervenciones	Estudio cualitativo con datos de 24 mujeres embarazadas en una provincia de Indonesia a través de discusiones de grupos focales. Los datos se analizaron mediante el método	Cinco temas surgieron de las experiencias de mujeres embarazadas con anemia: (1) la anemia durante el embarazo es percibida como el destino de la mujer;	Las intervenciones para brindar información de salud sobre la anemia en el embarazo deben diseñarse teniendo en cuenta los conocimientos, creencias y valores	Las enfermeras deben estar dispuestas a aprender sobre sí mismas (autoconciencia), desarrollar comportamientos y habilidades

				culturalmente relevantes en Indonesia.	de análisis de contenido inductivo.	(2) falta de conocimiento relacionado con indicadores clínicos de anemia; (3) el tabú tradicional relacionado con la anemia; (4) el esposo y la familia brindan apoyo relacionado con la prevención de la anemia; y (5) hay una necesidad de consejería de salud basada en la cultura y la religión.	locales, combinados con elementos médicos. Es probable que estas intervenciones puedan cambiar las percepciones de las mujeres embarazadas sobre la anemia, asegurando que puedan mantener su embarazo. La implementación de programas para apoyar a estas mujeres debe involucrar a trabajadores de la salud que puedan comprender sus necesidades y que estén adecuadamente capacitados en competencia cultural.	sociales relevantes para diversas culturas y poblaciones, y desarrollar la capacidad de encontrar cuidados, tratamientos y prevenciones tomando en cuenta las culturas y creencias.
9	(B Alper, R Kimber, A Reddy. 2000)	Revista Médica PubMed	Uso de los niveles de ferritina para determinar la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo	La práctica obstétrica ha incluido la terapia con hierro para pacientes con anemia sin requerir la determinación de la deficiencia	Se evaluaron mujeres consecutivas que ingresaron al control prenatal. Aquellos con anemia (nivel de hemoglobina <11 mg/dL) se sometieron a pruebas de nivel de ferritina sérica y otras	Un total de 182 pacientes ingresaron a control prenatal. Los datos de hemoglobina estaban disponibles para 173 (95%). Treinta y ocho (22%) tenían anemia (nivel de hemoglobina <11 mg/dL); 1 de esas mujeres fue excluida	En nuestra población de pacientes prenatales con anemia, solo aproximadamente la mitad tenía deficiencia de hierro. Los enfoques diagnósticos y terapéuticos para la detección de anemia en el embarazo deben	Establecer los valores analíticos para definir la anemia durante el embarazo, parto y puerperio (criterios diagnósticos).

				<p>de hierro. Sin embargo, la proporción de mujeres embarazadas con anemia que tienen tal deficiencia puede ser relativamente modesta. Instituímos un protocolo de práctica utilizando los niveles de ferritina sérica para determinar la proporción de mujeres que recibían atención prenatal que tenían tanto anemia como deficiencia de hierro.</p>	<p>variables hematológicas.</p>	<p>del estudio. Usando un nivel de ferritina de 12 mg por dL como punto de corte para la deficiencia de hierro, el 54 % (20) de los 37 pacientes restantes con anemia tenían una deficiencia de hierro y el 46 % (17) tenían anemia no relacionada con dicha deficiencia. El uso de índices hematológicos proporcionados en el hemograma completo no fue útil para predecir la deficiencia de hierro en función de los niveles de ferritina sérica.</p>	<p>reconsiderarse y evaluarse más a fondo.</p>	
10	(José Montoya, Ernesto Castelazo, Emilio Castro, Gerardo Velázquez, David Nava,	Revista Médica PubMed	Revisión por grupo de expertos en el diagnóstico y tratamiento de la anemia en mujeres	Compartir con la comunidad médica que atiende a mujeres embarazadas la experiencia de	Se utilizó el método de consenso a través de la técnica de grupo de panel de expertos. Se realizaron dos rondas para la estructuración de las	En México, el 20.6 % de las mujeres embarazadas padece anemia, en especial las que tienen entre 15 y 16 años, quienes prevalecen en el 42.4	La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente en todo el mundo y sus consecuencias durante el embarazo pueden	Educar sobre el uso correcto de suplementos orales de hierro para el tratamiento de la anemia

<p>Jaime Escárcega, Javier Montoya, Guadalupe Pichardo, Aristeo Maldonado, Héctor Santana, Sergio Dueñas, César Mondragón, Teresa García, Ángel García, Marcela Hernández, Luis Chávez, Carlos Jiménez. 2012)</p>		<p>embarazadas. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología.</p>	<p>un grupo de expertos para que siempre tengan presente las repercusiones que provoca la anemia durante el embarazo, conozcan más las posibilidades diagnósticas y tengan un punto de referencia para la prescripción de suplementos de hierro.</p>	<p>preguntas clínicas. El primero fue facilitar a los grupos de trabajo su enfoque en los temas clínicos y la población de interés; el segundo fue para ayudar a plantear preguntas específicas observando la estructura Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (PICO). Las variables primarias y clínicas secundarias de estudio fueron definidas por los grupos de trabajo a partir de las preguntas desarrolladas previamente y durante el periodo de trabajo presencial, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad: factores de riesgo, clasificación diagnóstica, (ya sea farmacológica o no farmacológica),</p>	<p>% y 34.3 % por ciento, respectivamente. Casi la mitad de los casos se deben a deficiencia de hierro. Este tipo de anemia se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal. La primera valoración de una mujer embarazada anémica incluirá la historia clínica, un examen físico y la cuantificación de los índices eritrocíticos, concentraciones séricas de hierro y ferritina. La medición de este último tiene la mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de deficiencia de hierro. La administración diaria de suplementos de hierro por vía oral, en dosis de 60 a 120 mg, puede corregir la mayoría de las anemias de leves a moderadas.</p>	<p>ser de alto riesgo tanto para la madre como para el niño. El diagnóstico de anemia se puede lograr fácilmente a través de un análisis de sangre que incluya la determinación de ferritina sérica. La medición del hierro sérico no se utilizará como único marcador para establecer el diagnóstico. Es importante descartar otras causas, además de las carencias, que produzcan anemia en un paciente. Es esencial sugerir la administración de suplementos de hierro no solo durante el período prenatal sino también después del nacimiento o incluso después de un aborto espontáneo para satisfacer la necesidad de hierro empobrecido. En anemias severas (hemoglobina inferior</p>	<p>generalmente dura alrededor de 6 meses, después de que se hayan corregido los valores de hemoglobina en la sangre.</p>
---	--	---	--	--	---	--	---

					tratamiento y pronóstico.		a 9,0 g/L), pueden ser necesarias dosis de hierro superiores a 120 mg al día. El tratamiento se iniciará siempre por vía oral, y si ésta no es bien tolerada.	
--	--	--	--	--	---------------------------	--	---	--

INTERPRETACIÓN

Los roles de enfermería presentados son un factor favorable para la prevención, tratamiento y cuidados a adolescentes embarazadas con anemia, se centran en enseñar a las pacientes las técnicas adecuadas de autocuidado, como la toma de suplementos, la actividad física y una dieta saludable rica en hierro, control de la hemoglobina, etc. El equipo multidisciplinario capacitado y predisponente a realizar estas actividades permite valoraciones oportunas y prevención de complicación, sin embargo, no en todos los pacientes se establece un correcto funcionamiento, control o se incluyen en programas educativos, causando que no realice un adecuado autocuidado, debido a que las intervenciones y promociones son limitadas para el personal y el paciente.

ANÁLISIS

El rol del enfermero desempeña un papel crucial en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas, ayuda a las pacientes a comprender los riesgos asociados con la anemia, los factores de riesgo, las medidas preventivas y las acciones de autocuidado necesarias, por

esta razón se pretende buscar estrategias que permitan incentivar e impulsar tanto al personal multidisciplinario y a los pacientes la aplicación de estas intervenciones en todos los niveles de atención.

DISCUSIÓN

Por tanto, es en este punto, donde se instaura la urgencia de disponer de estrategias didácticas encaminadas a la prevención y tratamiento de la anemia ferropénica, que se constituya una travesía ejemplar en el control de dicha patología, cuyo objetivo sea ampliar discernimientos en el marco de la reducción de su incidencia (Alegria, Gonzales, & Huachín, 2019). Desde este enfoque, las intervenciones realizadas por parte del profesional de enfermería a las gestantes que presentan anemia ferropénica deben ser encaminadas hacia la creación de programas de educación nutricional que minimicen factores de riesgo.

Población documental

<i>Fuentes de Información</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Scielo</i>	13	35%
<i>Revista Médica PubMed</i>	8	22%
<i>Revista Elsevier</i>	4	11%
<i>Revista Médica Clínica</i>	2	5%
<i>Dialnet</i>	10	27%
Total	37	100%

Muestra documental

<i>Fuentes de Información</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Scielo</i>	3	30%
<i>Revista Médica PubMed</i>	6	60%
<i>Revista Elsevier</i>	1	10%
Total	10	100%

Interpretación

Al estudiar las bases se aprecia a Scielo (3) con un 30%, Revista Médica PubMed (6) con un 60%, y Revista Elsevier (1) con un 10%.

Al término de la investigación los artículos de la Revista Médica PubMed 60% de la muestra final, encabezó el listado de acuerdo con los estudios publicados y seleccionados para este proyecto de investigación, las restantes ocupan menos del 30% de la información.

Es importante destacar que no es tan evidente el incremento de publicaciones actuales por lo que se dificulta el estudio de la problemática, de la misma forma se debe reconocer el interés de las bases de datos por almacenar y preservar estudios antiguos que sirven como seguimiento de las investigaciones futuras.

Análisis

Para dicho estudio realizado, se obtuvo mayor parte de la información de la

Biblioteca Científica Electrónica en Línea PubMed, Repositorios Académicos de las diferentes universidades nacionales e internacionales, y de revistas científicas certificadas donde se puede evidenciar que, de estos 10 artículos de estudios en mención, la mayoría indica que la anemia en las adolescentes embarazadas es un síndrome frecuente, sin embargo las investigaciones coinciden en que con un adecuado control prenatal la anemia puede diagnosticarse, prevenirse mediante un tratamiento adecuado antes de que haya complicaciones para la madre y el feto.

Asimismo, en varios resultados de los artículos científicos citados, manifiestan que se hace necesario aumentar la cobertura de la atención prenatal en todas las embarazadas y adolescentes embarazadas; y es obligatorio que el personal de salud haga un adecuado control y una óptima prescripción del hierro profiláctico en este grupo poblacional.

Discusión

La anemia es un problema de salud pública mundial que afecta a las adolescentes. De acuerdo con la investigación realizada por Alvarado. S, (2022) dentro de los determinantes intermedios, que contribuyen a la anemia se encuentra el acceso limitado a servicios de salud por parte de la adolescente embarazada para recibir sus controles prenatales en forma adecuada, oportuna y periódica.

Por otra parte, Barba-Oropeza y Cabanillas-Gurrola en su estudio de gestantes mexicanas encuentran como factores asociados a la anemia, la deficiencia de hierro, suplementación de hierro inadecuada, disfunción familiar, falta de orientación nutricional, nivel socioeconómico bajo, índice de masa corporal (IMC) pregestacional bajo, alimentación deficiente, antecedentes de tres o más partos y control prenatal inadecuado.

CAPITULO III

DISEÑO DE LA PROPUESTA

3.1. Título de la Propuesta

Manual Educativo para la "Rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas".

3.2. Objetivo General de Manual Educativo

Promocionar la salud mediante un manual educativo para la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas.

3.3. Objetivos Específicos

- Fortalecer los conceptos fundamentales de la anemia, incluyendo su definición, diagnóstico y factores de riesgo.
- Describir las señales de alerta y complicaciones que pueden derivarse de la anemia.
- Promover prácticas de vida saludable que contribuyan a prevenir la anemia.

3.4. Fundamentación del Manual Educativo

La anemia es una condición de salud potencialmente grave que afecta a millones de personas en todo el mundo, con especial incidencia en la población de adolescentes embarazadas. La falta de conciencia y comprensión adecuada sobre los riesgos asociados a la anemia contribuye significativamente a la aparición de complicaciones que pueden afectar negativamente la calidad de vida y aumentar la probabilidad de trabajo de parto prematuro, aumento de la pérdida de sangre durante el parto, bajo peso al nacer, anemia y retrasos en el desarrollo de su bebé. El diseño de un manual educativo centrado en la prevención de

complicaciones relacionadas con la anemia surge de la urgencia de abordar este problema de salud pública de manera proactiva.

Se reconoce que la concientización y la adopción de estilos de vida saludables y una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico son fundamentales para la prevención de las complicaciones de la anemia, por lo que es importante orientar los esfuerzos a la implementación de iniciativas que contribuyen con crear en las personas una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

El manual educativo proporciona información comprensible, que abarca desde los conceptos básicos de la anemia hasta medidas preventivas concretas que pueden aplicarse en la vida diaria. Se hace hincapié en la importancia de conocer y controlar los factores de riesgo, así como de garantizar la adherencia terapéutica y el seguimiento regular de las pacientes gestantes con los profesionales de salud.

3.5. A Quiénes Va Dirigido el Manual Educativo

El manual está dirigido a las adolescentes embarazadas, enfocándose en mujeres embarazadas menores de 19 años. Busca proporcionar información relevante adaptada a las necesidades y características de este grupo de edad, incentivando la toma de decisiones que beneficien su salud.

3.6. Estructura del Manual Educativo

- Portada
- Introducción
- Objetivo
- Desarrollo
- Conclusión

- Recomendación
- Bibliografía
- Contraportada

(Ver manual educativo en anexos 2)

CONCLUSIÓN

En el primer objetivo, Caracterizar los fundamentos teóricos que sustentan la investigación mediante la revisión bibliográfica, se revisó las bases de datos, las principales plataformas en las que se encontró mayormente información fueron: Pubmed y Dialnet, que constan de revistas y artículos científicos, así como libros pertenecientes al área de salud, además de otras plataformas como Elsevier, Revista de medicina clínica, Revista española, (SciELO) y Redalyc, las cuales permitieron clarificar el contenido acerca del rol de la enfermería en la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas.

En el segundo objetivo, realizar un diagnóstico de la situación actual sobre la anemia en adolescentes embarazadas, se logró identificar las intervenciones de enfermería tanto dependientes como independientes aplicadas en adolescentes embarazadas con anemia.

En el tercer objetivo, Valorar los resultados de los referentes bibliográficos en relación con el rol enfermero en el cuidado a adolescentes anémicas gestantes, se observó que en la mayoría de las plataformas donde se encontró la información existe un déficit de investigaciones que no fundamentan su estudio con teorizantes de enfermería, solo un número bajo de los trabajos tenían respaldo de teorizantes como Virginia Henderson y Dorothea Orem, por lo tanto es esencial que esto se mejore, y que dichas investigaciones de enfermería estén fundamentados con criterios teóricos para suplir este déficit y con ello lograr resultados favorables en los pacientes. En resumen, como enfermeras, tenemos un papel crucial en el control de la anemia. A través de la evaluación adecuada, la administración de suplementos de hierro y la promoción de una dieta saludable, podemos ayudar a nuestros pacientes a combatir esta condición y mejorar su calidad de vida. Trabajar en conjunto con el equipo médico y brindar un apoyo y educación constantes son aspectos clave para lograr resultados óptimos.

RECOMENDACIONES

Después de la fundamentación de este estudio de revisiones bibliográficas sobre los cuidados de enfermería desde el punto de vista humanístico en pacientes adolescentes embarazadas, es fundamental mencionar que dentro de las principales recomendaciones para el personal de enfermería tenemos las siguientes:

- Se sugiere a los profesionales de ciencias de salud que realicen investigaciones a nivel nacional e internacional, con el propósito de que los futuros profesionales encuentren más información en entornos sanitarios específicos conociendo la realidad actual.
- Fundamentar las investigaciones con teorizantes de enfermería puesto que al aplicarlas se demuestra su utilidad, además permite brindar juicios de forma crítica, basada en la parte teórica, conceptual e investigativa de la profesión de enfermería.
- Se sugiere al personal de salud, que se mantenga en constante actualización de conocimientos referente a las intervenciones de enfermería, puesto que de forma continua se están desarrollando actividades que puede ejecutar el profesional de enfermería de manera independiente y aplicar los conocimientos adquiridos para mejorar la prevención de la anemia en adolescentes embarazadas.

BIBLIOGRAFIA

- Amado García, D. I. (2017). *Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100013
- Annabel A. Arana Terranova, A. I. (2017). *Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años*. Obtenido de Dianet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325495>
- Annabel Arana, A. I. (2017). *Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13 – 19 años*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325495>
- Ayala, D. A. (2019). *Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400012#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,L\(2%2C3\)](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400012#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,L(2%2C3)).
- BS Alper, R. K. (2000). *Uso de los niveles de ferritina para determinar la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11032208/>
- Carlos Navarro, C. D. (2003). *Anemia entre mujeres embarazadas rurales que viven a 540 metros sobre el nivel del mar*. Obtenido de Scielo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12793020/>
- Castro De Andrade, I. R. (2014). *Anemia por deficiencia de hierro en adolescentes; una revisión de la literatura*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972460/>

- Cindy Quispe, E. G. (2018). *Consumo de alimentos y anemia en adolescentes mujeres de un colegio nacional de Lima*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892018000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- Criolla, E. B. (21 de Octubre de 2022). *Nivel de conocimientos en la prevención de anemia en adolescentes*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572874846007/>
- Diana Huanco, M. T. (2012). *Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200008&script=sci_arttext
- Diana Huanco, M. T. (2012). *Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200008&script=sci_arttext
- Gomez, O. M. (28 de Mayo de 2014). *NIVELES DE HEMOGLOBINA Y ANEMIA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, 2009-2012*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333049014>
- Grille, S. (s.f.). *Anemia y Embarazo*. Obtenido de Adobe Acrobat: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.hematologia.hc.edu.uy/images/Anemia_y_Embarazo.pdf

- GS Toteja, p. s. (2006). *Prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas y adolescentes en 16 distritos de la India*. Obtenido de Scielo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17209473/>
- Janete Fernández, M. R. (2017). *Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016)*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2017000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Janette Eras, J. C. (2018). *Anemia ferropénica como factor de riesgo en la presencia de emergencias obstétricas*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494653>
- José de Jesús Romero, E. C. (2012). *Revisión por grupo de expertos en el diagnóstico y tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23243836/>
- Lina Martínez, L. J. (2018). *La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200017
- Loqui, T. (2017). *Incidencia de anemia en embarazadas de 14 a 18 años en el área de maternidad del Hospital Martín Icaza de Babahoyo*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8299160>
- MedlinePlus. (s.f.). *Anemia*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>

Orozco, F. E. (2013). *Anemia en el embarazo, un problema de salud que*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005

Otilia Perichart, A. R. (2021). *Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos*. Obtenido de Scielo:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000900001#App1

Pablo Ortega, J. L. (Marzo de 2010). *Evaluación nutricional, deficiencia de micronutrientes y anemia en adolescentes femeninas de una zona urbana y una rural del estado Zulia, Venezuela*. Obtenido de Scielo: Pablo Ortega, Jorymar Leal, Daysi Amaya y Carlos Chávez.

Pablo Ortega, J. L. (05 de Agosto de 2012). *Anemia y depleción de las reservas de hierro en adolescentes gestantes de una zona urbana y rural del estado Zulia, Venezuela*. Obtenido de Redalyc : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46923920002>

Pablo Ortega, J. R. (08 de Julio de 2009). *Evaluación nutricional, deficiencia de micronutrientes y anemia en adolescentes femeninas de una zona urbana y una rural del estado Zulia, Venezuela*. Obtenido de Redalyc:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372937679005>

Rania Ali El-Farrash, E. A.-R. (2012). *Perfil de hierro en la sangre del cordón umbilical y micronutrientes en la leche materna en la anemia ferropénica materna*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21548016/>

Rosa Martínez, A. J. (2016). *Suplementos en gestación: últimas recomendaciones*. Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000002

Rosa Méndez, B. P. (Junio de 2009). *Prevalencia de deficiencia de hierro y de anemia por deficiencia de hierro en adolescentes embarazadas del noroeste de México, 2007-2008*. Obtenido de Scielo: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222009000200005

Tahlil Teuku, K. H. (2020). *Explorando las perspectivas de las madres indonesias sobre la anemia durante el embarazo: un enfoque cualitativo*. Obtenido de ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-english-edition--435-articulo-exploring-indonesian-mothers-perspectives-on-S2445147922000406?referer=buscador>

Teresa Suárez, M. T. (Junio de 2005). *Deficiencias de hierro, ácido fólico y vitamina B12 en relación a anemia, en adolescentes de una zona con alta incidencia de malformaciones congénitas en Venezuela*. Obtenido de Scielo: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222005000200003&script=sci_arttext

Urdaneta José, Z. B. (2012). *Anemia aplásica y embarazo*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8807867>

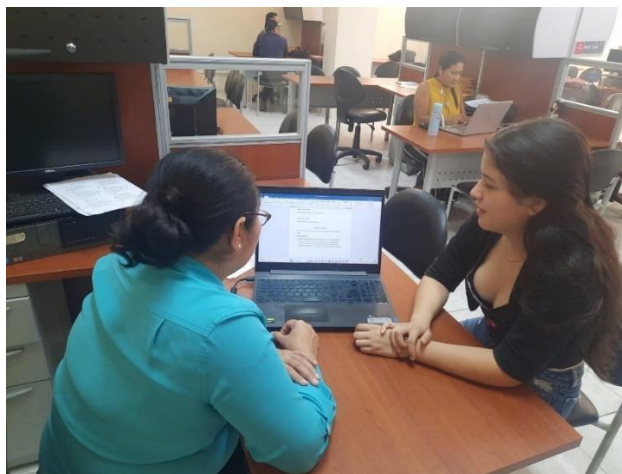
ANEXOS

Anexos N° 1

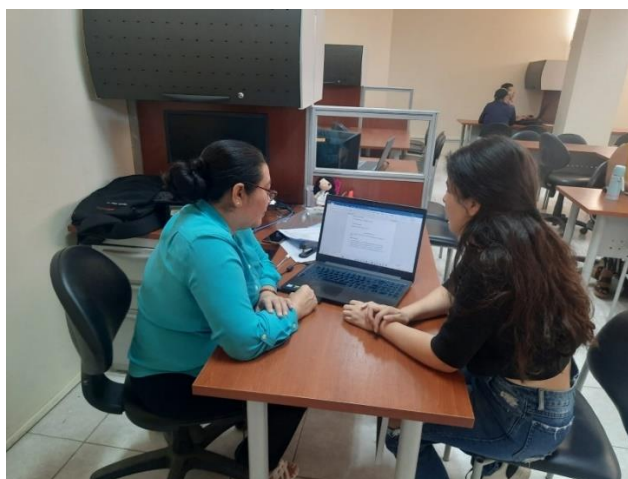
Fotos de tutoría de tesis revisión de marco teórico



Fotos de tutoría de tesis revisión de bases legales



Fotos de tutorías de elaboración de guía educativa



Anexo N°2

DISEÑO DE LA PROPUESTA

AUTORA:

SHAYLY MERCEDES PAZMIÑO ALVARADO

TUTORA:

DRA. ANGELA PICO

**MANEJO DE LA ANEMIA EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS**

MANUAL EDUCATIVA

MANTA – ECUADOR

2023(1)

CONTENIDO

- OBJETIVOS
 - ✓ OBJETIVO GENERAL
 - ✓ OBJETIVOS ESPECIFICOS
- INTRODUCCION
- DEFINICION DE ANEMIA
- CLASIFICACION
- FACTORES DE RIESGO
- SINTOMAS
- PREVENCION
- COMPLICACIONES
- TRATAMIENTO
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Capacitar a las adolescentes embarazadas que asisten a unidades de salud, sobre la anemia y sus complicaciones en el embarazo y que facilite el autocuidado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Difundir información actualizada y didáctica sobre el tema de manejo de la anemia a adolescentes embarazadas en unidades de salud.
- Contribuir con información actualizada sobre la anemia en adolescentes embarazadas, para disminuir los riesgos de complicaciones.
- Educar a la adolescente embarazada para disminuir los riesgos de complicaciones con una alimentación saludable rica en hierro y visitar al médico una vez por mes para recibir sus micronutrientes.

INTRODUCCION

La anemia es una afección en la cual se carece de suficientes glóbulos rojos sanos como para transportar un nivel apropiado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. La anemia, también es conocida como el nivel bajo de hemoglobina.

Existen una gran variedad de anemias, cada una con su propia causa. La anemia puede ser temporal o prolongada y puede variar de leve a grave. Constantemente en la mayoría de los casos, la anemia tiene más de una causa.

Los tratamientos para la anemia van a depender de la causa, abarcando desde tomar suplementos hasta someterse a procedimientos médicos. Cabe recalcar que se puede prevenir algunos tipos de anemia si sigue una dieta saludable y variada. Cabe recalcar que la anemia en la embarazada se debe a un déficit de hierro.

La anemia en las gestantes adolescentes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal. Esta enfermedad causa debilidad, cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones. (Solidoro, 2015)

DEFINICION DE ANEMIA

Es una afección por la cual el cuerpo presenta una disminución de los glóbulos rojos sanos en la sangre, por consiguiente, afecta el suministro adecuado del oxígeno a los tejidos corporales.

Existen diferentes tipos de anemia: hemolíticas, ferropénicas, talasemias, megaloblásticas, etc.

CLASIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), se define anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es <110 g/L. La clasificación de la anemia se basa en los valores de su concentración sérica:

- anemia leve: 100 a 109 g/L
- anemia moderada: 70 a 99 g/L
- anemia severa: menos de 70 g/L

FACTORES DE RIESGO

La anemia puede deberse a una afección presente al nacer (congénita) o a una afección que se desarrolla (adquirida).

Una de las causas más comunes para desarrollar anemia es seguir dietas con bajo contenido de hierro, un elemento extremadamente necesario para los glóbulos rojos, así como también una alimentación baja en vitaminas.

Otras causas pueden ser:

- Alteraciones intestinales que afecten la absorción de nutrientes.
- Menstruaciones muy abundantes.

- Embarazo.
- Enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, insuficiencia renal o hepática).
- Infecciones.
- Exposición a químicos.
- Enfermedades hereditarias

SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la anemia varían según la causa y la gravedad de la misma.

Según las causas de la anemia, es posible que no se tenga síntomas.

- **Generales:** cansancio, falta de apetito, falta de aire, dificultad para hacer ejercicio, palidez de la piel y de las mucosas, mareos.
- **Manifestaciones cardíacas:** aumento de la frecuencia cardíaca (aceleración del pulso).
- **Manifestaciones neurológicas:** dolor de cabeza, alteración de la conducta, trastornos visuales.
- **Otros:** falta de menstruación, alteraciones digestivas, dolor en el pecho, manos y pies fríos.

Al principio, la anemia puede ser tan leve que no se nota, pero los síntomas empeoran a medida que empeora la anemia.

PREVENCIÓN

Muchos tipos de anemia no se pueden prevenir. Pero puedes evitar la anemia por deficiencia de hierro y las anemias por deficiencia de vitaminas como en el caso del embarazo, consumiendo una dieta que incluya una variedad de vitaminas y minerales.

- **Hierro:** Los alimentos ricos en hierro incluyen carne vacuna y otras carnes, frijoles, lentejas, cereales fortificados con hierro, verduras de hoja verde oscuro y frutas secas.
- **Folato:** Este nutriente, y su forma sintética de ácido fólico, se pueden encontrar en frutas y jugos de frutas, verduras de hojas verdes oscuras, arvejas verdes, frijoles rojos, cacahuates y productos de granos enriquecidos, tales como pan, cereales, pasta y arroz.
- **Vitamina B-12:** Los alimentos ricos en vitamina B-12 incluyen la carne, los productos lácteos y los productos fortificados a base de cereales y soja.
- **Vitamina C:** Los alimentos ricos en vitamina C incluyen frutas y jugos cítricos, pimientos, brócoli, tomates, melones y fresas. Estos también ayudan a aumentar la absorción de hierro.

COMPLICACIONES

La anemia en el embarazo se relaciona con disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, con la consecuente disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, situación que puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal, por esto es que esta patología se ha asociado con cinco complicaciones obstétricas frecuentes como aborto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, oligohidramnios y bajo peso al nacer.

La gestante con anemia tiene mayor predisposición a las infecciones. Es así como en las embarazadas anémicas, la infección urinaria ocurre con mayor frecuencia que en las no anémicas. De igual manera la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica suelen ser más frecuentes en las embarazadas con anemia. Los trastornos hipertensivos en el embarazo también son más frecuentes en este grupo; así como el incremento de las complicaciones hemorrágicas en el puerperio.

Las gestantes con deficiencia de hierro tienen dos veces más riesgo de presentar un parto prematuro, y el triple de tener un feto con bajo peso.

TRATAMIENTO

Habitualmente **sulfato de hierro**, 325 mg por vía oral 1 vez al día

En general, un comprimido de 325 mg de sulfato ferroso a media mañana es efectivo. Dosis más altas o frecuentes aumentan los efectos adversos gastrointestinales, especialmente el estreñimiento, y una dosis bloquea la absorción de la siguiente, reduciendo así el porcentaje del hierro.

Alrededor del 20% de las mujeres embarazadas no absorben el hierro suficiente por vía oral; algunas de ellas requieren tratamiento parenteral. El déficit de hierro puede calcularse, y el hierro a menudo puede ser reemplazado en una o dos infusiones. El Hct o la hemoglobina se miden semanalmente para determinar la respuesta. Si los suplementos de hierro son ineficaces, debe sospecharse una deficiencia de folato concomitante.

Los neonatos de madres con anemia por deficiencias de hierro en general tienen un Hct normal, pero depósitos reducidos de hierro total y necesitan suplementos de hierro en la alimentación.

La vitamina C aumenta la absorción de hierro

La cantidad diaria recomendada para las mujeres embarazadas es de 80 a 85 mg de vitamina C al día. Las madres en período de lactancia necesitan entre 115 a 120 mg por día.

La vitamina C ayuda al cuerpo a absorber el hierro no hemínico, del tipo que se encuentra en fuentes vegetales como las espinacas y los garbanzos. Consumir buenas fuentes de vitamina C con fuentes vegetales de hierro durante el embarazo puede aumentar considerablemente la ingesta diaria.

Una ingesta adecuada de hierro es esencial para apoyar el mayor volumen de sangre y reducir el riesgo de anemia por deficiencia de hierro, y para ayudar a acumular las reservas de hierro de tu bebé para apoyar su aprendizaje y crecimiento durante los primeros 6 meses de vida.

El **complejo B** contribuye a la prevención de la anemia, debido a que ayuda a la formación de glóbulos rojos en el organismo.

En cuanto a la cantidad, se aconseja consumir 600–800 μg al día durante el embarazo, siempre y cuando esté supervisado por un especialista.

CONCLUSION

En la actualidad la falta de capacitación y educación por parte del personal de salud hacia las embarazadas adolescente, genera muchos problemas de salud como lo es la anemia debido a que dicha enfermedad produce una reducción de la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y el corazón trata de compensarla aumentando el gasto cardiaco; en consecuencia la anemia suele aparecer acompañada con otra complicación (por ejemplo la Pre eclampsia), puede producir una insuficiencia cardiaca congestiva. La finalidad del presente manual educativo es que la adolescente embarazada este informada de cómo debemos actuar ante la presente patología, que medidas, cuidados y sobre todo el tratamiento a seguir, es didáctico y de fácil comprensión para disminuir la anemia y sus complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

Mayo Clinic. (11 de Febrero de 2022). *Anemia*. Obtenido de Mayo Clinic:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/diagnosis-treatment/drc-20351366>

MedlinePlus. (s.f.). *Anemia*. Obtenido de MedlinePlus:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>

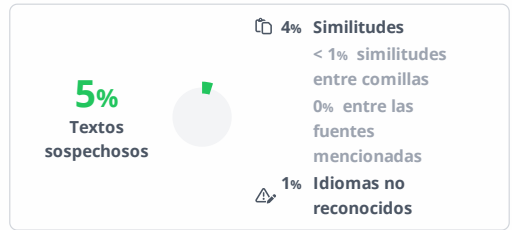
Solidoro, F. (2015). *RELACIÓN ENTRE ANEMIA EN GESTANTES ADOLESCENTES CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ENERO A JUNIO 2015*. Obtenido de Adobe Acrobat: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2144/solidoro_fa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20anemia%20en%20las%20gestantes,resistencia%20a%20las%20infecciones%20.

WikiCardio. (s.f.). *ANEMIA*. Obtenido de WikiCardio:
http://www.wikicardio.org.ar/wiki/Anemia?gclid=EAIaIQobChMIr_PK_9ji_wIVydqGCh0R3wLyEAAYASAAEgL6NPD_BwE

Anexos N°3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																							
AÑO		2022			2023								2024										
SEMANAS-MES	MAY	OCT	NOV	DIC	ENE	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	
DIAS EN FECHA	10-13	20-27	10	15-29	25-27	13-27	04	08-30	14-28	11-25	16	10-27	06-10	08-15	05-19	09-23	01-29	08-26	15-31	24-28	22-26	12-14	
INDUCCIÓN:																							
Taller de inducción.																							
Presentación de tema y rubrica.																							
Socialización del proyecto de investigación.																							
TAREA 1																							
Actividad 1: Búsqueda de artículos científicos post obtención de tema.																							
Actividad 2: Inicio de la revisión bibliográfica.																							
Actividad 3: Revisión de la problemática.																							
Actividad 4: Realización																							

SHAYLY MERCEDES PAZMIÑO ALVARADO - TESIS FINAL



Nombre del documento: SHAYLY MERCEDES PAZMIÑO ALVARADO - TESIS FINAL.pdf ID del documento: 9ae5b931c007055fa613a8a474860d33a5fc722e Tamaño del documento original: 1,2 MB Autores: []	Depositante: ANGELA PICO PICO Fecha de depósito: 16/8/2024 Tipo de carga: interface fecha de fin de análisis: 16/8/2024	Número de palabras: 22.894 Número de caracteres: 161.555
--	--	---

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas





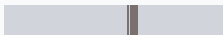









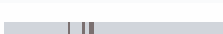

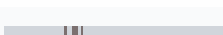

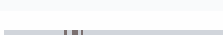

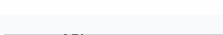

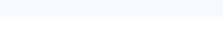

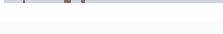

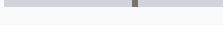

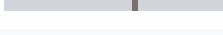
Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.doi.org https://www.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600559 2 fuentes similares	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (62 palabras)
2	Tesis Corregida Daniela.pdf Tesis Corregida Daniela #36a7b0 🔍 El documento proviene de mi grupo 4 fuentes similares	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (65 palabras)
3	Documento de otro usuario #ce8708 🔍 El documento proviene de otro grupo 1 fuente similar	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (73 palabras)
4	www.redalyc.org https://www.redalyc.org/pdf/3729/372937679005.pdf 4 fuentes similares	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (64 palabras)
5	Documento de otro usuario #bb378d 🔍 El documento proviene de otro grupo	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (64 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas




Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.usmp.edu.pe https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/3790/3/fernandez_ojd.pdf	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12467/3/T-UCSG-PRE-MED-ENF-519.pdf.txt	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
3	riul.unanleon.edu.ni http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6941/1/240383.pdf	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
4	Documento de otro usuario #c917cc 🔍 El documento proviene de otro grupo	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
5	Documento de otro usuario #f25142 🔍 El documento proviene de otro grupo	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TESIS SELENA TUAREZ.pdf TESIS SELENA TUAREZ #40a9e6 🔍 El documento proviene de mi biblioteca de referencias	5%		🔗 Palabras idénticas: 5% (1149 palabras)
2	middlesexhealth.org Anemia por deficiencia de hierro // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia-por-defici...	4%		🔗 Palabras idénticas: 4% (1094 palabras)
3	middlesexhealth.org Anemia por deficiencia de hierro // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia-por-defici...	4%		🔗 Palabras idénticas: 4% (1088 palabras)
4	middlesexhealth.org Anemia por deficiencia de hierro // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia-por-defici...	4%		🔗 Palabras idénticas: 4% (1088 palabras)
5	middlesexhealth.org Anemia por deficiencia de hierro // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia-por-defici...	4%		🔗 Palabras idénticas: 4% (1088 palabras)

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
6	 middlesexhealth.org Anemia por deficiencia de hierro // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia-por-deficiencia-de-hierro/	4%		🔗 Palabras idénticas: 4% (1088 palabras)
7	 www.infancia.gob.ec Programa Acción Nutrición – Secretaría Técnica Ecuador Cr... https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (812 palabras)
8	 www.infancia.gob.ec Programa Acción Nutrición – Secretaría Técnica Ecuador Cr... https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/#:~:text=Asimismo, en el Art. 43 establece q...	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (812 palabras)
9	 www.infancia.gob.ec Programa Acción Nutrición – Secretaría Técnica Ecuador Cr... https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (812 palabras)
10	 www.infancia.gob.ec Programa Acción Nutrición – Secretaría Técnica Ecuador Cr... https://www.infancia.gob.ec/programa-accion-nutricion/	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (808 palabras)
11	 www.jonnpr.com https://www.jonnpr.com/PDF/2621.pdf	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (772 palabras)
12	 www.jonnpr.com https://www.jonnpr.com/PDF/2621.pdf	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (772 palabras)
13	 www.infobae.com Anemia por deficiencia de hierro: causas, síntomas, diagnósti... https://www.infobae.com/noticias/2023/04/30/anemia-por-deficiencia-de-hierro-causas-sintomas-diagnostico/	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (745 palabras)
14	 middlesexhealth.org Anemia // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (726 palabras)
15	 middlesexhealth.org Anemia // Middlesex Health https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/anemia	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (726 palabras)
16	 www.mayoclinic.org Síntomas y causas - Mayo Clinic https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360?p=...	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (726 palabras)
17	 Sembrio del frijol.docx Sembrio de fréjol #4ff524 📌 El documento proviene de mi grupo	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (717 palabras)
18	 dspace.ups.edu.ec http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13173/2/UPS-CT006818.pdf	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (635 palabras)
19	 dspace.ups.edu.ec https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13173/2/UPS-CT006818.pdf	3%		🔗 Palabras idénticas: 3% (635 palabras)
20	 www.mayoclinic.org Anemia por deficiencia de hierro - Síntomas y causas - May... https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/iron-deficiency-anemia/symptoms-causes/syc-20351360?p=...	2%		🔗 Palabras idénticas: 2% (581 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

-  <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325495>
-  http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304
-  <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11032208/>
-  <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12793020/>
-  <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972460/>