



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI**

**TEMA:**

**Anemia en el embarazo**

**AUTOR:**

**Mero Moreira José Daniel**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Manta, agosto del 2018**



## **UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

### **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **DECLARACIÓN DEL AUTOR**

El suscrito **JOSÉ DANIEL MERO MOREIRA** con cedula de identificación N°**131196847-1**, dejo en constancia, que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Examen Complexivo, cuyo título es “**ANEMIA EN EL EMBARAZO**” es original, se ha transcrito contenido de obras científicas, para enriquecer esta investigación, el resultado del trabajo es emprendido por su autor.

Manta, agosto del 2018

---

**JOSÉ DANIEL MERO MOREIRA**

**C.I. 131196847-1**



## **INDICE**

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 4  |
| OBJETIVOS.....  | 4  |
| OBJETIVO GENERAL.....   | 4  |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS .....   | 4  |
| 1.INFORME DEL CASO .....  | 5  |
| 1.1    DEFINICIÓN DEL CASO .....  | 5  |
| 1.2    PRESENTACIÓN DEL CASO .....  | 5  |
| 2.FUNDAMENTACION TEORICA DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO.....                       | 7  |
| 2.1. ANTECEDENTES: .....  | 7  |
| 2.2. CLASIFICACIÓN DE ANEMIA.....   | 8  |
| 2.3. EL CONTROL PRENATAL.....   | 10 |
| 2.4. ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DEL BINOMIO MADRE Y FETO.<br>.....        | 11 |
| 3.DATOS DEL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LA PACIENTE GESTANTE: .....                | 14 |
| 3.1.    RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO MEDICO..                  | 14 |
| 3.2.    DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS                    | 18 |
| 4.PROBLEMA O FENÓMENOS OBSERVADOS.....  | 21 |
| 4.1.    PIRÁMIDES DE NECESIDADES AFECTADAS DE VIRGINIA<br>HENDERSON. ....       | 21 |
| 4.2.    DOMINIOS AFECTADOS (NANDA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEROS<br>2015-2017)..... | 23 |
| 5.PLANES DE CUIDADOS .....  | 25 |
| 6.CONCLUSIONES .....  | 31 |
| 7.RECOMENDACIONES .....   | 32 |
| 8.BIBLIOGRAFÍA .....  | 33 |
| 9.ANEXOS 1 .....  | 36 |
| ANEXO 2. ....   | 36 |
| ANEXO 3. ....   | 38 |
| ANEXO 4. ....   | 39 |
| ANEXO 5. ....   | 45 |
| ANEXO 6 .....   | 42 |
| ANEXO 7 .....   | 47 |



## INTRODUCCIÓN

El embarazo es considerado según la Norma oficial mexicana 007 (1993) como “el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto de la concepción a término”.

La OMS (2012), establecen que existen 56,4 millones de embarazadas anémicas prevalencia mundial del 41,8%. En muchos países latinoamericanos es la complicación más frecuente del embarazo y está asociada con partos pretérmino, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal. Se ha reportado que, si la hemoglobina es menor a 11 g/dl, ocurren 19,7 muertes maternas por cada 10,000 partos, pero si la hemoglobina es menor de 10 g/dl, ocurren 70 muertes por cada 10 000 partos.

Los cálculos más recientes de la OMS sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro.

Entre las causas de anemia gestacional se encuentran la deficiencia de hierro; la deficiencia de ácido fólico se asocia con defectos del tubo neural; y, con menor frecuencia, la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, la drepanocitosis o anemia de células falciformes y las talasemias. La anemia por deficiencia de hierro se produce generalmente por pérdida de sangre, ya sea como consecuencia de parasitosis intestinales, pérdidas menstruales o una mala alimentación.

La anemia es una de las patologías más frecuentes del mundo por lo que ha sido considerada a lo largo del tiempo como uno de los mayores problemas de salud pública, que afecta un porcentaje considerable de la población mundial, en todas las edades, razas, religiones y condición socioeconómica, siendo los más vulnerables los niños, las gestantes, mujeres en edad fértil y adolescentes.

La alta paridad de las gestantes condiciona la anemia en el embarazo producto de que se acompaña de períodos intergenésicos cortos donde sus organismos no han creado una reserva necesaria como para sostener el nuevo embarazo lo que conlleva al padecimiento de



la anemia y otras deficiencias nutricionales en estas pacientes desarrollando un embarazo complicado en la mayoría de los casos. (Vargas, 2014)

En las embarazadas sanas, que tienen una dieta normal sin aportar suplemento de hierro el volumen globular asciende unos 250cc, es decir se pasa de 1400cc. A 1650cc. En cambio, cuando se estimula hematopoyesis suplementando con hierro este volumen aumenta entre 400-450cc, un 30% más.(Gonzalez, 2013).

De acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional. Por esto, es política pública de salud suplementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental a partir de hierro polimaltosado, y con 400 µg de ácido fólico, durante todo el embarazo y tres meses posparto. La anemia, niveles de hemoglobina de  $\leq 11$  g/dl, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas.

La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas. La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor.

También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal. Optimizar la



atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con anemia en el embarazo es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional, planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir, e internacional (Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030). En el centro de salud Altamira las estadísticas no varían, siendo que, de las 90 mujeres gestantes hasta el mes de mayo del 2018, el 60% cursa su embarazo con algún grado de anemia. Por lo que se escoge el presente estudio de caso, mismo que tuvo un seguimiento de 2 meses y está fundamentado con marco referencial teóricos, observación y entrevista, cuya información se refleja debidamente redacta y en la gestión adecuada de las intervenciones de enfermería.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Investigar las causas por la que la mujer embarazada presenta anemia durante su periodo de gestación y mediante este estudio de caso se analiza y ejecuta planes de acciones de enfermería que brinden al binomio madre y feto un cuidado oportuno e integral que mejore su calidad de vida.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Elaborar la justificación epistemológica sobre la patología que presenta la paciente estudiada.
- Identificar la necesidades y prioridades de salud de la paciente gestante estudiada estableciendo los correspondientes diagnósticos de enfermería.
- Elaborar el respectivo plan de cuidados de enfermería que supla las necesidades de la paciente.
- Evaluar intervenciones de cuidados de enfermería dentro del proceso salud enfermedad.



## **1. INFORME DEL CASO**

### **1.1 DEFINICIÓN DEL CASO**

El embarazo es considerado según la Norma oficial mexicana 007 (1993) como “el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto de la concepción a término”.

La OMS (2012), establecen que existen 56,4 millones de embarazadas anémicas prevalencia mundial del 41,8%. En muchos países latinoamericanos es la complicación más frecuente del embarazo y está asociada con partos pretérmino, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal. Se ha reportado que, si la hemoglobina es menor a 11 g/dl, ocurren 19,7 muertes maternas por cada 10,000 partos, pero si la hemoglobina es menor de 10 g/dl, ocurren 70 muertes por cada 10 000 partos.

Los cálculos más recientes de la OMS sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro.

La anemia por deficiencia de hierro se produce generalmente por pérdida de sangre, ya sea como consecuencia de parasitosis intestinales, pérdidas menstruales o una mala alimentación. La anemia es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas.

Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro tienen fetos prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor. También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido.

### **1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO**

Gestante de 22 años, primigesta de 26 semanas de embarazo con FUM (18/12/2017) y FPP al 23/09/2018 y a la fecha cursa su quinto control prenatal en el centro de salud Altamira. Refiere cansancio a las actividades físicas, mareos y náuseas. Al examen físico: TA 120/80





md/hg, FC. 75 lpm., FR. 18 rpm., Temp. 37°C, Peso inicial: 63.7 kg. Peso actual: 67.8 Talla. 155cm. IMC: 26.5 (sobrepeso).

Cara y cuello sin adenopatías, mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen: globuloso por útero gravídico con altura uterina de 25 cm, feto único vivo longitudinal cefálico dorso derecho, FCF: 150 lpm, movimientos fetales presentes. Genitourinario: genitales externos normoconfigurados. Extremidades: edema grado I en miembros inferiores, llenado capilar normal, pulsos distales presentes. Exámenes complementarios: hemograma: Hb. 8,7 g/dl; Plaquetas. 261.000 xmm<sup>3</sup>; leucitos 10,7 xmm<sup>3</sup>, Gl. 60,7 mg/dl. Uroanálisis negativo: leucitos De 1-2 x campo, células epiteliales: De 6-10 x campo., compatible con inflamatorio leve.

I.D.: CIE Z340 control de embarazo

Dx. Méd. - CIE 0990 anemia en embarazo

- Sobrepeso



## **2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO**

### **2.1. ANTECEDENTES:**

La anemia es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y en el desarrollo social y económico de las sociedades y que afecta a más de 1620 millones de personas en el mundo. Puede ocurrir en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 35% y el 75%. Según el Ministerio de Salud Pública la tasa de prevalencia de anemia durante el embarazo es de 46,9% en todo el país.

La organización mundial de la salud (OMS) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación; no obstante, los datos revelan que solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

La anemia en la embarazada constituye un problema de salud pública (Rapallo & Grajeda, 2017). En general, más de 56 millones de embarazadas en todo el mundo están afectadas de anemia, con respecto a la prevalencia se ha reportado que en Europa y en las Américas es de 25%, mientras que el Sudeste de Asia y África se eleva a 48% y 57%, respectivamente (Benoist, McLean, Egll, & Cogawell, 2010).

Asimismo, en América Latina y el Caribe por orden de frecuencia, Haití tiene la mayor prevalencia de anemia en la embarazada con 53,9%, Bolivia 49,4%, y la menor frecuencia se observa en El Salvador con 7,5% (Rapallo & Grajeda, 2017). Se estima que el 3% de las muertes maternas en América Latina, son atribuible directamente a la anemia, se asocia con aumento del riesgo de infección, y mayores pérdidas sanguíneas durante el parto y puerperio (Quintero, y otros, 2012).

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (OMS, 2016)



Las repercusiones de la anemia en el embarazo están relacionadas con todas las patologías obstétricas, pero con mayor probabilidad al riesgo de peso bajo del recién nacido, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal. Es posible que se asocie con depresión posparto y con resultados más bajos en las pruebas de estimulación mental y psicomotriz en los recién nacidos.

### **Definición:**

La anemia se definió como una concentración de hemoglobina menor de 11g/dl, conforme a los criterios de la OMS, y su gravedad se estratificó del siguiente modo: grave (<7 g/dl), moderada (de 7 a 9 g/dl) y leve (>9 a <11 mg/dl). Se consideraron normales las concentraciones de hemoglobina de 11g/dl o mayores.

## **2.2. CLASIFICACIÓN DE ANEMIA.**

Los tipos principales de anemias nutricionales son:

### ➤ **Anemia ferropénica.**

Es la anemia por deficiencia de hierro, su cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina, la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno. El hierro se obtiene principalmente de los alimentos. En ciertas situaciones durante el embarazo, en las etapas de crecimiento acelerado o cuando se ha perdido sangre el cuerpo puede tener que producir más glóbulos rojos que de costumbre.

### **Tratamiento**

Suplementos de hierro y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en hierro y vitamina c, vitamina aumenta la absorción de hierro en el organismo).

### ➤ **Anemias por deficiencia de folato**

La deficiencia de folato es la carencia de ácido fólico (una de las vitaminas B) en la sangre, la cual puede causar un tipo de anemia conocida como anemia megaloblástica (perniciosa). La deficiencia de folato se sucede a menudo durante el embarazo debido al aumento de la cantidad de folato que ocupa el feto y porque el tracto digestivo absorbe el folato más lentamente durante el embarazo. Las náuseas matutinas, anorexia, y hábitos de mal alimentación también contribuyen a la deficiencia de folato durante el embarazo. Existe una



relación entre la deficiencia de folato y los defectos de los tubos neurales en durante el desarrollo del feto.

### **Tratamiento.**

El tratamiento específico de la anemia por deficiencia de folato será determinado por su médico basándose en:

- Su tolerancia a determinados medicamentos.
- Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad.
- Los suplementos de folato (5 mg/día vía oral) deben ser administrados durante el embarazo para prevenir la anemia. Esto no debe confundirse con el uso de folato para reducir el riesgo de defectos del tubo neural en los niños (ej. espina bífida). Para esta última indicación, se debe administrar folato a la futura madre antes y alrededor del momento de la concepción.

#### ➤ **Anemias por deficiencia de vitamina B12.**

Anemia perniciosa la vitamina B12 y el ácido fólico (otro tipo de vitamina B) son necesarios para la producción de glóbulos rojos sanos. El organismo absorbe estas vitaminas de los alimentos. La anemia perniciosa se presenta si el organismo no produce suficientes glóbulos rojos porque no puede absorber suficiente vitamina B12 de los alimentos.

### **Tratamiento**

Suplementos de vitamina B12 y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en vitamina B12).

### **Principales factores detectados como riesgo para presentar anemia en el embarazo**

Ingestión insuficiente de hierro por malos hábitos alimenticios, Gestación Múltiple. Edad gestacional. Condición socio económica, Controles prenatales inadecuado, antecedentes de 3 o más partos, IMC pregestacional bajo, falta de orientación nutricional, suplementación de hierro inadecuado, deficiencia de hierro. Vegetarianas, falta de suplementos multivitamínicos, enfermedades gastrointestinales que afectan la absorción, periodos intergenésicos cortos, Sobresalen además factores que afectan la absorción de hierro como cirugía bariátrica, ingesta de antiácidos y deficiencia de micronutrientes como vitamina A, vitamina C, zinc y cobre.



### **2.3. EL CONTROL PRENATAL**

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. (Cáceres M.F.M,2009).

Se define también como el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (Guía de Práctica Clínica-MSP, 2015).

- **Objetivos del control prenatal**

Entre los objetivos del control prenatal (CPN) que establece el MSP se encuentran:

- 1) Propiciar una atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario, con el fin de aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos perinatales.
- 2) Mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención prenatal.
- 3) Determinar los factores modificables y no modificables del riesgo obstétrico y las acciones a seguir.

Además de los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación. De este modo, con el control prenatal (CPN) se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal.



### **Recomendaciones acerca de tratamiento farmacológico.**

se deberá informar a las embarazadas del daño que pueden causar los medicamentos durante el embarazo, y estos deberán ser utilizados únicamente cuando el beneficio sea mayor al riesgo, procurando siempre utilizarlos en pocas cantidades y por cortos periodos de tiempo. A nivel individual se recomienda el uso pre-concepcional de:

Ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día:

Pre-concepcional por 1-2 meses.

Prenatal hasta las 12 semanas de gestación.

- Antecedentes personales y familiares de defectos del tubo neural.
- Mujeres diabéticas insulino dependientes.
- Mujeres con IMC >35

Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

### **Recomendaciones nutricionales.**

Desde la primera consulta se debe aconsejar a las pacientes el lavado de manos frecuente, extremar la higiene en el manejo de alimentos, enfatizando en la buena preparación de los alimentos, evitando consumir productos cárnicos crudos o poco cocidos. La presencia de malnutrición, sobrepeso u obesidad, incluyendo una inadecuada ganancia de peso y, un bajo consumo proteico-calórico durante la gestación aumentan la morbilidad materno fetal. La Food Standards Agency o agencia de normas alimentarias del reino unido ha anunciado que las embarazadas deberían limitar el consumo de:

- Atún con alto contenido de mercurio a no más de dos latas de tamaño medio o un filete de atún fresco a la semana.
- Cafeína 300 mg/día. La cafeína está presente en el café, té y refrescos de cola.

### **2.4. ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADOS DEL BINOMIO MADRE Y FETO.**

Al rol de cuidar o asistencial de la enfermería, como profesión, se le atribuyen un conjunto de conocimientos propios sobre el cuidado de la vida y de la salud, lo cual le permite distinguirse de otras disciplinas; asimismo, el profesional en enfermería cuando ejerce su rol asistencial debe ser competente, utilizar conocimientos, habilidades y actitudes con el fin de emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces.



El enfermero asistencial debe proponerse algunos objetivos a corto, mediano y largo plazo en pro de prevenir, controlar o mejorar el estado de salud; entre estos encontramos: conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a las necesidades de este ser competente en la técnica, conocer los fundamentos científicos, ser responsable, capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud, ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones; estas son algunas de las actividades que se deben resaltar al desarrollar el papel asistencial en enfermería, ya que en el manejo de la enfermedad, la planeación del cuidado debe ser personalizada, con el fin de satisfacer las necesidades individuales. (Martínez, 2016)

De acuerdo a Nola Pender. En su modelo de promoción de salud expone de manera amplia los aspectos relevantes que interviene en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actividades y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Dentro del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, esta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Relacionando con el estilo de vida de las gestantes, es por esto que al transcurrir los años se deberá modificar o educar conocimientos, que pueden ser capaces de influir en su estilo de vida de manera óptima y saludable.

Por ejemplo, un ambiente con imágenes y frases relacionadas con la importancia del cuidado prenatal y adecuada nutrición durante su gestación crea características de demanda para un comportamiento de iniciar o incrementar la importancia de los cuidados prenatales y la ingesta de alimentos saludables. Las influencias de situación puede ser una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de comportamientos para la promoción de salud en poblaciones diversas (Salgado, 2013).

La indagación del Modelo de Promoción de la Salud ayuda a los profesionales de la salud, en especial al profesional enfermero, permite apoyar la práctica de enfermería y ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento y mejoramiento de la calidad de vida de las gestantes. Para Nola Pender, la enfermería se constituye en el principal agente encargado de



motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Asimismo, es a través de las intervenciones y estrategias de la enfermera que se logra compartiendo con los promotores de salud.

De esta perspectiva, la investigadora considera que existe la necesidad en cuanto a los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de actividades educativas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería de calidad. Por lo que esta situación permitiría entre otras mejorar la calidad de vida de la persona mediante el seguimiento de estilos de vida saludables y de autocuidado que le permitan cumplir de manera constante la mejora de sus actividades diarias.

Entre estas necesidades se encuentran la educación, promoción de la salud y la ejecución de programas de atención y prevención. Cabe destacar que en este ámbito el enfermero valora la diversidad y complejidad de los factores que influyen sobre la salud de la comunidad.

### **Intervenciones de Enfermería**

El objetivo principal es tratar la enfermedad subyacente que está causando la disminución del aporte o de la absorción del hierro. Se aumentará el aporte de hierro en la dieta. Hay que enseñar al paciente que alimentos son una buena fuente de hierro. Si la nutrición es adecuada posiblemente no resulte práctico aumentar la ingesta, se suministrarán complementos de hierro orales y, en ocasiones, por vía parenteral. Si la ferropenia se debe a una hemorragia aguda, es posible que el paciente necesite una transfusión de concentrado de hematíes.

1. Educar sobre una dieta correcta, indicando que alimentos son ricos en hierro y controlando la ingesta de carbohidratos debido al sobrepeso.
2. Instruir sobre la causa de la anemia para el reconocimiento de la enfermedad.
3. Enseñar la ingesta adecuada de la medicación y la respuesta del tratamiento.
4. Hacer hincapié en el cumplimiento de la dieta y tratamiento farmacológico.





### 3. DATOS DEL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE LA PACIENTE GESTANTE:

**Tiempo:** Durante el tiempo de estudio se valorará la evolución en el estado general de la gestante y se ejecutar acciones de enfermería para prevenir posibles complicaciones en el embarazo.

#### Datos de la paciente:

**NOMBRE:** Molina López Mayra Selena

**C.I. 1314210335**

**EDAD:** 22 años

**H.CL:** 12617

**Tipo de consulta:** Externa.

### 3.1. RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO MEDICO

**Nombres y apellidos:** Molina López Mayra Selena

**C.I. 1314210335**

**H.CL. 12617**

| EVOLUCIÓN  | PRESCRIPCIONES  |
|--|---|
| <p>➤ 22/02/18</p> <p>Paciente que acude a consulta para su control de embarazo, al examen físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara y cuello: sin presencia de adenopatías.</li> <li>• Mamas: normales</li> <li>• Abdomen: compatible con el embarazo.</li> <li>• Extremidades: sin presencia de edema</li> </ul> <p>Paciente trae exámenes de laboratorios completos. VIH – VRDL por tal motivo no se los realiza en la unidad.</p> <p>Al momento paciente estable.</p> <p>DX. embarazo de 8 semanas de gestación por FUM.</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Temperatura: 37 .0 °C Pulso: 88x´</p> <p>Respiración: 22x´</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de signos vitales</li> <li>2. Charla nutricional</li> <li>3. Actividad física, caminar por lo menos 15 minutos al día por un mes.</li> <li>4. Hierro más ácido fólico UDQD (una dosis cada día) por un mes.</li> <li>5. Inmunización</li> <li>6. Interconsulta odontológica</li> <li>7. Exámenes complementarios: Biometría, Uroanálisis. Ecografía</li> <li>8. Reporte de novedades</li> </ol> |



|  |   |
|--|---|
| <p>Presión Arterial: 100/67 Mm/Hg.<br/>Saturación: 98%<br/>IMC 26.5</p>  | <p><b>9. Control</b></p>  |
| <p>➤ 26/03/18</p> <p>Gestante de 22 años de edad que acude a consulta para su control prenatal, refiere presentar náuseas y mareos en ocasiones, no pérdida de líquido, no contracciones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Curva de peso:<br/>P.I. 63.7 Kg<br/>P.A. 65.2 Kg<br/>G.P. 1.5 Kg<br/>Ganancia adecuada de peso</li><li>• Curva de T.A. NORMAL</li><li>• Curva de A.U. Normal.</li><li>• Exámenes complementarios<br/>Proteinuria:<br/>BCO(-) BIL (-) NI (-) S.G. (-)<br/>GLU (-) LEU (-) URA (-) PRO (-)<br/>Células epiteliales 8 x campo<br/>Biometría:<br/>Hb 8.7 g/dl<br/>Glu 69.18 mg/dl<br/>Leuc 10.1 mm<sup>3</sup>/dl<br/>Plaquetas 261 mm<sup>3</sup>/dl</li><li>• Ecografía<br/>DBP 4.3 L.F. 3CM<br/>C.A. 13.5.CM PESO 277 GR.<br/>FCF. 162 x'<br/>Embarazo de 12. 5 semanas x ecografía.</li></ul> <p>Sin novedades al examen físico.</p> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Control de signos vitales</li><li>2. Asesoría nutricional</li><li>3. Charla educativa sobre Anemia + IVU e Higiene vaginal adecuada.</li><li>4. Hierro más ácido fólico V.O. QD (una dosis cada día) por un mes.</li><li>5. Paracetamol 500 mg cada 8h por 4 días.</li><li>6. Utilizar mosquitero</li><li>7. Utilizar repelente cada 4 horas.</li><li>8. Dormir de L.I.</li><li>9. Asesoramiento de signos de alarma</li><li>10. Control mensual</li><li>11. Educación prenatal.</li></ol> |



|   |   |
|---|---|
| <p>Temperatura: 36.6 .0 °c pulso: 83x´</p> <p>Respiración: 18x´</p> <p>Presión arterial: 110/ 60 mm/hg.</p> <p>Saturación 97 %</p> <p>I.D.: CIE Z340 control de embarazo</p> <p>Dx. Méd. - CIE 0990 anemia en embarazo</p> <p>- Sobrepeso</p>   |   |
| <p>➤ 27/04/2018</p> <p>Gestante de 22 años de edad que cursa su tercer control prenatal, con 18.3 semanas de gestación refiere sentirse bien, ni dolor bajo vientre, no contracciones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Curva de peso:<br/>P.I. 63.7 Kg<br/>P.A. 66.2 Kg<br/>G.P. 2.5 Kg<br/>Ganancia adecuada de peso</li><li>• Curva de T.A. NORMAL</li><li>• Curva de A.U. Normal.</li><li>• ID. Gestante de 18. 3 semanas de gestación nulípara.</li></ul> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Control de signos vitales</li><li>2. Asesoría nutricional</li><li>3. Hierro + ácido fólico 30 tabletas V.O. QD (una dosis cada día) por un mes.</li><li>4. Utilizar mosquitero</li><li>5. Utilizar repelente cada 4 horas.</li><li>6. Dormir de L.I.</li><li>7. Asesoramiento sobre IRA – EDA y Conjuntivitis.</li><li>8. Control mensual</li><li>9. Educación prenatal.</li><li>10. Reportar novedades.</li></ol> |
| <p>➤ 30/05/ 2018</p> <p>Gestante de 22 años de edad que acude a su control prenatal, refiere sentirse bien, no dolor bajo vientre, no contracciones, no perdida de líquido.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Curva de peso:</li></ul>  | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Control de signos vitales</li><li>2. Asesoría nutricional</li></ol>  |



|   |  |
|---|--|
| <p>P.I. 63.7 Kg<br/>P.A. 67.5 kg<br/>G.P. 3.8 Kg<br/>Ganancia adecuada de peso</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Curva de T.A. NORMAL</li><li>• Curva de A.U. Normal.</li><li>• Datos positivos al E.F.</li></ul> <p>TES ligeramente infiltrado en miembros inferiores.</p> <p>Temperatura: 36.0 °c pulso: 78 x'<br/>Respiración: 24x'<br/>Presión arterial: 110/ 60 mm/hg.<br/>Saturación 97 %</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ID. Gestante de 23.3 semanas de gestación nulípara.</li></ul> | <ol style="list-style-type: none"><li>3. Hierro + ácido fólico 30 tabletas<ol style="list-style-type: none"><li>a. V.O. QD (una dosis cada día) por un mes.</li></ol></li><li>4. Utilizar mosquitero</li><li>5. Utilizar repelente cada 4 horas.</li><li>6. Dormir de L.I.</li><li>7. Asesoramiento sobre VECTOR, IRA, EDA</li><li>8. Se indica prueba de orina, biometría, proteinuria + Ecografía 28semanas</li><li>9. Control mensual</li><li>10. Educación prenatal.</li><li>11. Reportar novedades.</li></ol> |
|---|--|



### 3.2. DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

#### **SULFATO FERROSO** (vademecum, 2000)

**Presentación:**

Tableta recubierta 60 mg, solución oral 25 mg/ml, Amp. 100 mg de Fe como hierro sorbitol (IV).

**Mecanismo de acción** Es esencial para el transporte de oxígeno (Hb) así como para la transferencia de energía en el organismo.

**Indicaciones terapéuticas**

Prevención y tto. de las anemias ferropénicas, como las de tipo hipocrómico y las post hemorrágicas, y de los estados carenciales de hierro.

**Posología** 60 mg de hierro elemental por vía oral al día: El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado.

**Modo de administración**

Administrar preferentemente 1 hora antes o 3 horas después de las comidas.

**Contraindicaciones**

Hipersensibilidad; sobrecarga de hierro (ej. hemocromatosis, hemosiderosis); transfusiones sanguíneas repetidas; terapia parenteral concomitante con hierro; anemias no relacionadas con déficit de hierro, tales como anemia aplásica, hemolítica y sideroblástica; pancreatitis y cirrosis hepática.

**Advertencias y precauciones**

Afección aguda del tracto digestivo. No deben administrarse a niños < 28 kg. No responde al tto. la hiposideremia asociada a síndrome inflamatorio.

**Interacciones**

Inhiben absorción de: tetraciclinas, quinolonas (dejar un intervalo de 2-3 h).

Absorción aumentada con: ác. ascórbico. Absorción disminuida con: antiácidos, alimentos (té, café, leche, cereales, huevos). Disminuye la absorción de: tiroxina, penicilamina.

Disminuye la biodisponibilidad de: metildopa, levodopa, carbidopa.

Respuesta retardada con: cloranfenicol.

No administrar con: agentes quelantes.

**Embarazo y Lactancia:** Uso aceptado. Está indicado particularmente en los estados ferropénicos que se presentan durante la lactancia, por tanto, no se tiene que adoptar ninguna precaución especial.

**Reacciones adversas**

Estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, dolor abdominal, cambios en el color de las heces, náuseas.



## ACIDO FÓLICO (vademecum, 2000)

### **Presentación:**

Ácido fólico (ácido fólico 1 mg y 5 mg): envases conteniendo 30 y 60 comprimidos.

**Mecanismo de acción** El ácido fólico se convierte en ácido tetrahidrofólico, y éste participa en la eritropoyesis normal, síntesis de purinas y timidilatos, en el metabolismo de glicina, metionina e histidina. También participan en la Inter conversión y el metabolismo de algunos aminoácidos como la histidina a glutámico y la serina a glicina.

### **Indicaciones terapéuticas**

Prevención y tratamiento de estados carenciales de ácido fólico: Anemias megaloblásticas, en la infancia, embarazo, síndrome de malabsorción, esprue tropical. Profilaxis de defectos en el tubo neural (espina bífida, anencefalia, encefalocele) en mujeres con antecedentes de hijo o feto con deficiencias en el tubo neural.

### **Posología**

**Anemia megaloblástica:** 1 a 5 mg por día. En los casos de mala absorción y en los casos resistentes, pueden requerirse dosis de hasta 15 mg por día. ~ **Prevención** de los defectos del tubo neural: Se recomienda 1 mg por día para prevenir la primera ocurrencia y 5 mg por día para prevenir recurrencias. En cualquiera de los casos el tratamiento debe iniciarse un mes antes de la concepción y continuarse hasta la semana doce de embarazo.

### **Contraindicaciones**

El ácido fólico no debe administrarse como agente único en el tratamiento de las anemias perniciosas, ya que pueden enmascararse los síntomas originados por la carencia de vitamina B-2. Deben evitarse dosis superiores a los 0.4 mg/día hasta que se haya descartado el diagnóstico de anemia perniciosa.

### **Advertencias y precauciones**

Embarazo: si bien el ácido fólico atraviesa la placenta, no produce efectos adversos sobre el feto. La administración de ácido fólico solo o en combinación con otras vitaminas como suplemento de la dieta, antes de la concepción y durante los primeros meses del embarazo, reduce la incidencia de defectos del tubo neural.

Lactancia: si bien el ácido fólico se distribuye en la leche materna, no se han observado problemas en personas que consuman ácido fólico de acuerdo a los requerimientos diarios. ~ Pediatría: los requerimientos diarios varían según la edad

### **Interacciones**

La administración prolongada de analgésicos, anticonvulsivantes, (hidantoína, carbamazepina) estrógenos y anticonceptivos orales, puede requerir un aumento en la dosis de ácido fólico.

### **Reacciones adversas**

Pueden observarse reacciones alérgicas tales como: broncoespasmos, eritema y rash dérmico. En pacientes epilépticos, fundamentalmente en niños, la administración de ácido fólico, podría agravar la frecuencia y severidad de las crisis convulsivas.



## PARACETAMOL (vademecum, 2000)

### Presentación:

Cápsulas de 500 mg - Comprimidos de 160 mg, 250 mg, 500 mg y 650 mg. - Comprimidos efervescentes de 1g. - Gotas conteniendo 100 mg/ml. - Sobres efervescentes de 1g. - Solución de 150 mg/ml y de 325 mg/ml. - Suspensión de 120 mg/5 ml. - Supositorios de 150 mg, 250mg, 300 mg, 500 mg y 600 mg. - Vial para infusión de 100 ml conteniendo 1g de paracetamol.

**Mecanismo de acción** Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.

### Indicaciones terapéuticas

Oral o rectal: fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve o moderado.

IV: dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posibles otras vías.

**Posología *Adultos*:** 1 comprimido de 500 mg cada 4-6 horas, según necesidad. Si fuera necesario se puede administrar 1 g cada 8 horas, según necesidad. No se excederá de 3 g/24 horas. • ***Pacientes con insuficiencia renal:*** En caso de insuficiencia renal reducir la dosis, dependiendo del grado de filtración glomerular. La dosis diaria recomendada de paracetamol es aproximadamente de 60 mg/kg/día, que se reparte en 4 o 6 tomas diarias, es decir 15 mg/kg cada 6 horas o 10 mg/kg cada 4 horas

### Modo de administración

Comprimido bucodispersable: deshacer en la boca antes de ser tragado.

Granulado efervescente: disolver en un vaso de agua, tomar cuando cese el burbujeo.

Solución oral: puede tomarse diluida en agua, leche o zumo de frutas o bien directamente.

Polvo para solución oral: tomar disuelto en agua.

Granulado para solución oral: disolver en 1/2 vaso de agua fría y tomar inmediatamente.

Supositorio: introducir profundamente en el recto. Si está demasiado blando para utilizarlo, enfríelo en la nevera durante 30 min o bajo el chorro de agua fría antes de quitar la envoltura o, si fuera necesario después, para evitar su reblandecimiento. Debe usarse el supositorio completo. No fraccionar antes de su administración.

### Contraindicaciones

Hipersensibilidad al paracetamol o a alguno de los excipientes

### Advertencias y precauciones

Paracetamol se debe administrar con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con disfunción renal grave y hepática.

### Interacciones

Aumenta efecto (a dosis > 2 g/día) de: anticoagulantes orales. Hepatotoxicidad potenciada por: alcohol, isoniazida. Biodisponibilidad disminuida y potenciación de la toxicidad por: anticonvulsivantes. Niveles plasmáticos disminuidos por: estrógenos.

Disminuye efecto de: diuréticos de asa, lamotrigina, zidovudina. Acción aumentada por: probenecid, isoniazida, propranolol. Efecto disminuido por: anticolinérgicos, colestiramina.

**Embarazo:** No se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que el paracetamol atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrar paracetamol salvo en caso de necesidad. **Lactancia:** Compatible. Aunque se excreta en leche en pequeñas cantidades, no se ha detectado en la orina de lactantes. Puede utilizarse a dosis terapéuticas.

### Reacciones adversas

Raras: malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.



#### **4. PROBLEMA O FENÓMENOS OBSERVADOS**

Durante la entrevista con la paciente se pudo observar las siguientes necesidades:

- 1) ANEMIA (D)
- 2) FATIGA (I)
- 3) RIESGO DE INFECCION (I)
- 4) SOBRESPESO (D)
- 5) DÉFICIT DE CONOCIMIENTO. (I)

##### **4.1. PIRÁMIDES DE NECESIDADES AFECTADAS DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería, “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna”. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

##### **NECESIDADES AFECTADAS**

- Alimentación - Nutrición.
- Aprender
- Seguridad
- Movilización





## **FUNDAMENTACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS.**

### ➤ **Alimentación - Nutrición.**

La nutrición inadecuada es un problema de salud mundial. Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy serias, ya que ganancias insuficientes de peso durante la gestación y la anemia inciden en nacimientos de niños bajo peso que implican un aumento de la morbilidad y mortalidad en el primer año de vida. La presencia de malnutrición, sobrepeso u obesidad, incluyendo una inadecuada ganancia de peso y, un bajo consumo proteico-calórico durante la gestación aumentan la morbilidad materno fetal.

La mujer gestante tiene un aumento de demanda energética, debido a las exigencias del crecimiento materno y fetal. Lo adecuado es individualizar la dieta de cada madre gestante según su masa corporal, edad, actividad física, tipo constitucional, estilo de vida, etc. En general, a la madre se le recomienda disminuir el porcentaje de energía aportado en forma de lípidos y especialmente las grasas saturadas, colesterol, hidratos de carbono de rápida utilización y aumentar el de proteínas y micronutrientes. Así, deben incorporar en su dieta una mayor cantidad de cereales, frutas, verduras, hortalizas y legumbres.

### ➤ **Seguridad**

Es importante educar a la futura madre en cuanto a su proceso patológico y los riesgos que estos conllevan, para una gestante con anemia los riesgos de infección se elevan ante la debilidad de su sistema inmunológico. Por lo que es menester la disminución de los factores que puedan establecerse como riesgos para el buen desarrollo del embarazo.

### ➤ **Aprender**

La adquisición de conocimientos y adiestramiento de la gestante se considera fundamental en los cuidados básicos del embarazo para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su control, nutrición, enfermedad y tratamiento. Mejorar los niveles de conocimientos de la embarazada sobre las actividades beneficiosas para su salud contribuirá a un mejor autocuidado de la paciente y al buen desarrollo y culminación de la gestación.



➤ **Movilización**

Uno de los síntomas de la anemia en el embarazo es la presencia de fatiga en la futura madre, por lo que sus actividades diarias se ven comprometidas por la falta de energía adecuada en su organismo, situación que se complica por el hecho de que la gestante presenta sobrepeso y tiende al sedentarismo. El aporte energético adecuado es básico para que la paciente pueda ejecutar sus actividades y movilización sin problemas y además pueda realizar sus ejercicios prenatales que le ayudaran a mantener un peso adecuado y facilitaran la etapa de parto.

**4.2. DOMINIOS AFECTADOS (NANDA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEROS 2015-2017)**

La realización de los diagnósticos se ha utilizado la NANDA Internacional 2015 - 2017. Para la Planificación, en la cual se formulan los objetivos que la enfermera quiere obtener respecto a cada necesidad no satisfecha y se eligen las intervenciones más adecuadas que la enfermera debe realizar para conseguir la satisfacción de cada necesidad. Para los objetivos de enfermería se ha utilizado: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Y para las intervenciones, se ha utilizado: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

➤ **DOMINIO 2:** Nutrición.

➤ **CLASE 1.** Ingestión: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002) - Sobrepeso (00233).

➤ **DOMINIO 11:** Seguridad / Protección.

➤ **CLASE 1.** Infección: Riesgo de infección (00004)

➤ **DOMINIO 1:** Promoción de la salud.

➤ **CLASE 1:** Toma de conciencia de la salud: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (0078).

➤ **CLASE 4.** Toma de conciencia de la salud: Estilo de vida sedentario (00168).

➤ **DOMINIO 4:** Actividad / Reposo

➤ **CLASE 3:** Equilibrio de la energía: Fatiga (00093).



## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Las intervenciones de enfermería revisten gran importancia en la vida del usuario, ya que contribuyen en el mejoramiento y rehabilitación del mismo, además ayuda mediante sus acciones a establecer un diagnóstico definitivo siendo de gran aporte.

- ✓ Asesoramiento nutricional
- ✓ Manejo de la nutrición
- ✓ Cuidados prenatales
- ✓ Educación sanitaria
- ✓ Enseñanza: proceso de la enfermedad
- ✓ Enseñanza: medicamentos prescritos
- ✓ Manejo de la medicación

## **OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Planificar y efectuar cuidados de enfermería orientados a rehabilitar y fomentar la salud de la gestante, mediante actividades justificadas con pensamientos críticos y científicos, de tal modo que contribuyan a paliar las necesidades del vínculo madre-feto.



## 5. PLANES DE CUIDADOS IDENTIFICACION DE PACIENTE

|   |  |
|---|--|
| <p><b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> Molina López Mayra Selena</p> <p><b>SEXO:</b> Femenino</p> <p><b>PROCEDENCIA:</b> Manta – Los Esteros – Altamira</p> <p><b>DX DE INGRESO:</b> gestante con anemia moderada + sobrepeso</p> | <p><b>HISTORIA CLINICA:</b> 12617</p> <p><b>C.I.</b> 1314210335</p> <p><b>CENTRO DE SALUD ALTAMIRA</b></p> <p><b>EDAD:</b> 22 años</p> |
|---|--|



| <u><b>DX DE ENFERMERIA</b></u>   | <u><b>INDICADORES<br/>NOC</b></u>   | <u><b>INTERVENCIONES<br/>NIC</b></u>   | <u><b>EVALUACION</b></u>   |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>(00002)</li></ul> Desequilibrio nutricional<br>r/c ingesta inferior a las<br>necesidades corporales<br>m/p Anemia. | <ul style="list-style-type: none"><li>Estado<br/>nutricional: ingestión<br/>de nutrientes (ingesta<br/>de Hierro)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Instruir a la paciente acerca de la administración<br/>o aplicación de cada medicación prescrita.</li><li>Instruir a la paciente acerca de la dosis, vía de<br/>administración y duración de los efectos de cada<br/>medicación prescrita.</li><li>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios<br/>del paciente.</li><li>Fomentar la ingesta de alimentos ricos en<br/>proteínas, hierro y vitamina C.</li><li>Proporcionar información adecuada acerca de<br/>necesidades nutricionales y modo de<br/>satisfacerlas.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>La ingesta de<br/>Hierro en la<br/>gestante es<br/>sustancialmente<br/>adecuada.</li></ul> |



|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 00233</li></ul> <p>Sobrepeso r/c ingesta superior a las necesidades corporales y sedentarismo m/p IMC 26.5</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado nutricional:<br/>Control del peso corporal.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar el conocimiento de la gestante sobre la pirámide nutricional.</li><li>• Proveer de la información necesaria sobre la ingesta adecuada de carbohidratos y azúcares.</li><li>• Instruir a la gestante sobre los riesgos que conllevan el sobrepeso durante el embarazo.</li><li>• Determinar con el paciente el alza de peso ideal.</li><li>• Ayudar a la embarazada a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas al comer.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• La gestante controla la ingesta calórica y mantiene un alza adecuada de peso según escala IMC de la gestante.</li></ul> |
|--|--|---|---|



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• (00004) Riesgo de infección r/c anemia m/p</li></ul> <p>Alteración de las defensas secundarias (disminución de la hemoglobina).</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Control del riesgo de infección.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar los factores de riesgos fisiológicos y ambientales de la gestante.</li><li>• Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</li><li>• Fomentar la ingesta de líquidos.</li><li>• Fomentar el consumo de agua segura.</li><li>• Fomentar la higiene y lavado de manos.</li><li>• Facilitar el descanso.</li><li>• Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar.</li><li>• Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.</li><li>• Enseñar sobre la importancia de la inmunización en el embarazo (dt).</li><li>• Instruir al paciente y familiares acerca de los signos y síntomas de la infección y cuándo acudir al centro de salud.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gestante modifica el estilo de vida para reducir los riesgos en su embarazo.</li></ul> |
|---|--|--|--|



|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento: proceso de la enfermedad</li> <li>Conocimiento: medicación</li> <li>Conocimiento: régimen terapéutico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico</li> <li>Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con el embarazo.</li> <li>Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</li> <li>Proporcionar información a la familia sobre posibles complicaciones</li> <li>Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.</li> <li>Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos.</li> <li>Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.</li> <li>Informar a la gestante acerca del propósito y acción de la medicación prescrita.</li> <li>Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación prescrita.</li> <li>Determinar la motivación al cambio del paciente.</li> <li>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</li> <li>Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante fine enfermedad, describe signos, síntoma, factores de riesgo relacionados con la enfermedad.</li> <li>Gestante reconoce su medicación y describe efectos secundarios.</li> <li>Paciente aplica adecuadamente recomendaciones terapéuticas.</li> </ul> |
|---|---|--|--|





|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• (00093) Fatiga r/c anemia en el embarazo m/p falta de energía en las actividades diarias.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado nutricional adecuada</li><li>• Conservación de la energía</li><li>• Equilibrio entre actividad y descanso</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</li><li>• Se establecen actividades físicas que reduzcan o eviten la fatiga.</li><li>• Se ayuda a la gestante a priorizar las actividades acordes a sus niveles de energía.</li><li>• Se facilita la alternancia de periodos de reposo y actividad.</li><li>• Se fomenta el reposo de la gestante.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gestante aplica plan nutricional adecuadamente.</li><li>• Gestante conserva energía logrando equilibrio entre actividad física y el reposo.</li></ul> |
|---|--|--|---|



## 6. CONCLUSIONES

Una vez terminado el estudio de caso, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La anemia es una de las complicaciones más prevalente en las mujeres gestantes, ya que en el embarazo existe un aumento de los requerimientos de hierro como consecuencia del crecimiento rápido de la placenta y el feto; por lo que esta patología se asocia a un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso del recién nacido y mortalidad perinatal, entre otras complicaciones.
- El rol que desempeña la enfermería en la vigilancia y valoración de la paciente gestante es relevante porque contribuye como centinela en la promoción, control, recuperación de la su salud y disminuye los riesgos que alteren el bienestar del binomio madre – feto.
- El Proceso de Atención de Enfermería, nos ayuda a identificar las alteraciones de la salud a fin de intervenir mediante los cuidados a que se restablezcan las funciones vitales y necesidades alteradas, cuya la labor es aplicada no solo al individuo enfermo sino también al sano con la finalidad de promocionar la salud; proceso que ayuda a ser más dinámicos y desarrollar profundamente el cuerpo de conocimientos a fin de fortalecer la práctica de la profesión.



## **7. RECOMENDACIONES**

- El recurso material jamás puede superar al recurso humano, se debe hacer hincapié en la relación enfermera- paciente para así poder conocer y priorizar las necesidades individuales del mismo.
- Se debe mantener una atención holística por parte del personal de enfermería, ya que es necesaria la interacción del equipo médico (EAIS) para poder reportar los cambios, durante la atención prenatal, signos y síntomas que pueden llegar a complicaciones en el proceso salud -enfermedad de las gestantes.
- Se recomienda realizar trabajos interdisciplinarios con los futuros profesionales de la salud a fin de apoyar al sistema sanitario y al personal de salud en su labor de promoción, prevención, control, recuperación y atención integral a toda la población de embarazadas atendidas y para afianzar conocimientos para el buen desarrollo de la práctica profesional.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- C. Martínez, G. R. (Sep de 2015). *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632015000300160](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300160)
- Caridad, I. G., guerra, R. C., & AGUILAR, M. T. (2016). *medigraphic.com*. Obtenido de Caso clínico de enfermería: mujer embarazada y recién nacido CON DEFECTO DEL TUBO NEURAL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim1611.pdf>
- Enfermera, P. (2015). *prescripcionenfermera.com*. Obtenido de Clasificación completa de diagnósticos enfermeros NANDA-I 2015-2017: <http://www.prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2015-2017>
- Flor de María Cáceres-Manrique, M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 2*, 165- 168. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214328007>
- G., L. C. (2012). *slideshare.net*. Obtenido de dispositivos enoxigenoterapia en las unidades de recuperacion: <https://es.slideshare.net/cicatsalud/dispositivos-en-oxigenoterapia-cicatsalud>
- Gil, M. C., Martín, M. C., & Gil, D. Y. (2013). Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla,. *medigraphic*, 72-73. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252014000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252014000100007)
- GómeZ, F. C. (2015). *es.scribd.com*. Obtenido de Apéndice cutáneo caudal. Un caso de cola humana verdadera: <https://es.scribd.com/doc/261090913/Apendice-cutaneo-caudal-Un-caso-de-cola-humana-verdadera>



GONZALEZ, L. G. (2013). Anemia ferropénica y embarazo. *repositorio.unican.es*, 15-17.

Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2980/GarciaGonzalezL.pdf?sequence=1>

Hernando M. Baquero L., M. L. (2013). *Sociedad colombiana de pediatría*. Obtenido de

<https://scp.com.co/descargasnutricion/Nutrici%C3%B3n%20del%20prematuro.pdf>

Infante, M. I. (2012). *Monografias.com*. Obtenido de Mielomeningocele - Presentación de

un caso: <http://www.monografias.com/trabajos96/mielomeningocele-presentacion-caso/mielomeningocele-presentacion-caso.shtml>

Lic. Juan José Muñoz Requena, L. V. (Junio de 2013). *Slidshare*. Obtenido de

<https://es.slideshare.net/mechasvr/recien-nacido-23047304>

LOBATÓN, E. (2014). *eduardolobatonrd.wordpress.com*. Obtenido de Medición de

Residuo Gástrico:

[https://eduardolobatonrd.wordpress.com/2014/07/11/residuo\\_gastrico/](https://eduardolobatonrd.wordpress.com/2014/07/11/residuo_gastrico/)

Martínez, J. S. (OCTUBRE de 2016). *ScienceDirect*. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012173721600011X>

Matus, B., A. C., Landero Lopez, L., & Leon Espejo, E. (2003). *Biblioteca virtual em*

*saude*. Obtenido de Apéndice caudal en el humano: [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19489&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19489&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19489&indexSearch=ID)

Oliveira, K., Leite, A., Sousa, A. P., & Silva, A. V. (2014). *secipe.org*. Obtenido de Cola

humana: lesión rara con disrafismo espinal oculto:

[https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014\\_27-3\\_146-](https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014_27-3_146-148.pdf)

[148.pdf](https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014_27-3_146-148.pdf)[https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014\\_27-3\\_146-148.pdf](https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014_27-3_146-148.pdf)

OMS. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una

atención adecuada en el momento adecuado. *organizacion mundial de salud*, 1-2.

Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>



Pemartin, B., & Ibañez, V. (2015). *analesdepediatria.org*. Obtenido de Apéndice caudal en recién nacido a término: <http://www.analesdepediatria.org/es/apendice-caudal-recien-nacido-termino/articulo/S1695403315003446/>

Salgado F. (2013). Cuidado del adulto mayor autovalente desde el modelo de nola j. Pender. *http://tesis.usat.edu.pe*, p. 34-36. Obtenido de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/597/1/TM\\_Salgado\\_Montenegro\\_FlorCecilia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/597/1/TM_Salgado_Montenegro_FlorCecilia.pdf)

Scaliter, J. (2016 de 02 de 25). *QUO*. Obtenido de <http://www.quo.es/ser-humano/10-organos-vestigiales>

Vargas, S. B. (2014). Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre. *http://ateneo.unmsm.edu.pe*, 9-11. Obtenido de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4174>

who. (2008). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. *who.int*, 1-2. Obtenido de [http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)



## 9. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **NOMBRES:** Mayra Selena
- **APELLIDOS:** Molina López
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/04/96
- **EDAD:** 22 años
- **SEXO:** femenino
- **CI:** 1314210335
- **N° HC:** 12617
- **INICIO DE SEGUIMIENTO:** 02/07/2017
- **DIAGNOSTICO MEDICO DEFINITIVO:** Anemia - sobrepeso
- **UNIDAD DE SALUD:** C.S. Altamira
- **DIRECCION:** Ciudadela Altamira

### ANEXO 2.

#### EXAMEN FÍSICO

##### CABEZA

- **CABEZA:** Normo céfalo, Sin presencia de nódulos.
- **CABELLO:** Sin Patología aparente. Color castaño oscuro
- **CARA:** normal sin patología aparente.
- **OJOS:** normal sin patología aparente: Pupilas normales, reactivas.
- **NARIZ:** normal; fosas nasales permeables.
- **CAVIDAD BUCAL:** normal sin patología aparente.
- **OÍDOS:** Buena audición sin patología aparente.
- **CUELLO:** Sin adenopatías.

##### MIEMBROS SUPERIORES:

- **BRAZOS:** normal



- **MANOS:** Estructura ósea completa. normal
- **DEDOS:** Completos sin mal formaciones.

### **MIEMBROS INFERIORES**

- **PIERNAS:** Normales sin patologías
- **PIE:** Estructura ósea completa, edema grado I
- **DEDOS:** Simétricos y completos, llenado capilar normal

### **ALTERACIÓN POR SISTEMAS**

- **SISTEMA RESPIRATORIO:** murmullo vesicular, conservado, 18 rpm.
- **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** Ruidos Cardíacos: rítmicos, 75 lpm
- **SISTEMA DIGESTIVO:** globuloso por útero gravídico con altura uterina de 23 cm, feto único vivo longitudinal cefálico dorso derecho, FCF: 150 lpm, movimientos fetales presentes.
- **SISTEMA GENITOURINARIO:** genitales externos normoconfigurados
- **SISTEMA NERVIOSO:** paciente activa y reactiva orientada en tiempo y espacio.

### **ASPECTO GENERAL:**

- **TALLA:** 155 CM
- **PESO INICIAL:** 63.7 kg
- **IMC:** 26.5 SOBREPESO
- **FUM:** 18/12/17
- **FPP:** 23/09/18
- **SEMANAS DE GESTACIÓN:** 26

### **SIGNOS VITALES**

- **TEMPERATURA:** 37 .0 °C
- **PULSO:** 75X'
- **RESPIRACIÓN:** 18X'
- **PRESIÓN ARTERIAL:** 120/80 MM/HG.





**ANEXO 3.**  
**EVIDENCIAS DEL CASO.**

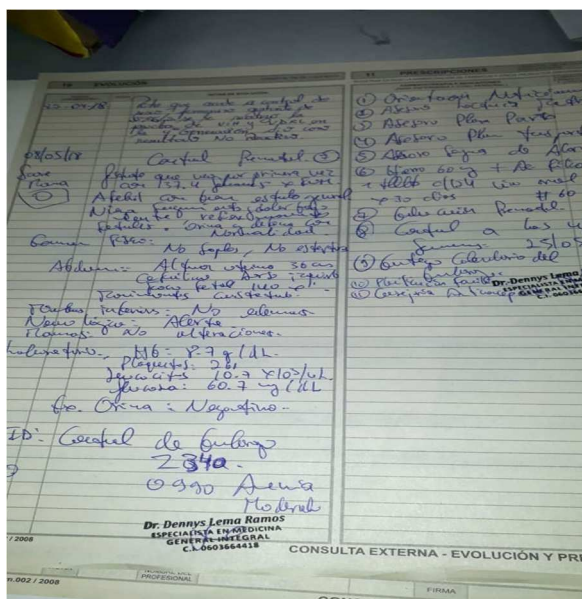
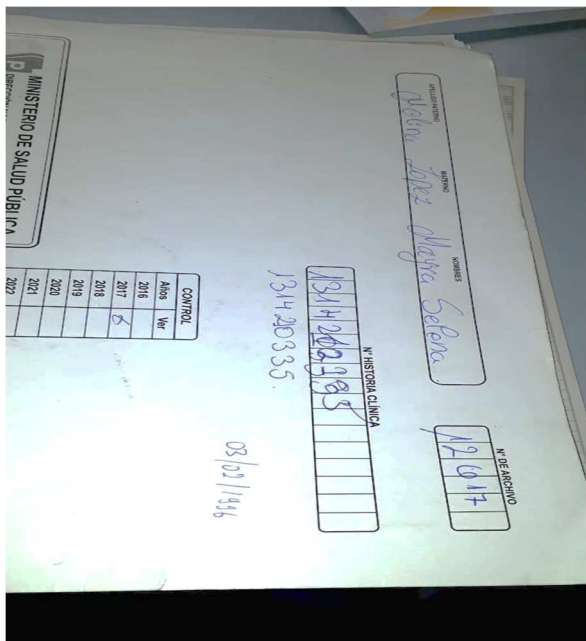


Imagen 1,2. Evidencia del historial clínico de la gestante.



#### **ANEXO 4.**

#### **SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DEL CASO – VISITA DOMICILIARIA**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Fecha:</b>               | 13 de julio del 2018                                      |
| <b>Nº de h.cl:</b>          | 12617   |
| <b>Nombre y apellidos:</b>  | Molina López Mayra Selena                                 |
| <b>Caso:</b>                | Anemia en el embarazo.                                    |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> | 23/04/1996  |
| <b>Dirección:</b>           | Los Esteros, Altamira. Detrás de la Coop. De taxis Jocay. |

#### **1. Objetivos de la Visita Domiciliaria.**

##### **Objetivo general:**

- Valorar el estado actual de la gestante, e investigar la resolución del caso.

##### **Objetivos específicos:**

- Indagar sobre la resolución del caso con respecto a su último control en la unidad de salud respectiva.
- retroalimentar a la gestante y sus familiares sobre la alimentación y el cuidado que debe tener en su hogar.

#### **2. Ejecución efectiva de la Visita Domiciliaria.**

- La usuaria y familiares expresan su agradecimiento por el seguimiento del caso y la ayuda brindada.

#### **3. Actividad a realizar de acuerdo al caso:**

- Control de signos vitales.
- Control de peso y valoración del IMC.
- Indagar sobre el tipo de alimentación.
- Conocer el estilo de vida de la usuaria.
- Educación sobre su autocuidado.

#### **4. Informe:**

En la visita domiciliaria se cumplieron con las actividades y objetivos propuestos, se dialogó con la gestante, Sra. Molina López Mayra Selena con cédula de identidad # 131421033-5, donde se confirmó que se encuentra con signos vitales estables y con un aumento de peso ideal para sus semanas de gestación; además se la observó con mejores facies y con más



ánimo en sus actividades diarias, además que se evidencia la puesta en práctica de las recomendaciones brindadas sobre su alimentación, higiene y cuidados en el embarazo. Durante la visita se fortalecieron las medidas recomendadas a la gestante y se recalca la importancia de seguir con el régimen terapéutico y los controles prenatales hasta el parto.

## 5. Evidencias



---

FIRMA DEL ESTUDIANTE



## INTRODUCCION

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) organiza los servicios para enfrentar los problemas actuales y prepara al sistema para prevenir y hacer frente a los problemas futuros (enfermedades emergentes y reemergentes). Dándole énfasis a trabajar en los determinantes de la salud y no sólo en la enfermedad, los que desarrollados coherentemente mejoran la calidad de los servicios, incrementan la participación ciudadana, introduce su corresponsabilidad, optimiza la utilización de los recursos y satisface en mayor medida las necesidades de salud.

El MAIS reconoce y prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, permite que el personal de salud adopte diferentes modalidades de intervención entre ellas la visita domiciliaria orientada a restablecer, conservar y mejorar la vida y la salud de la persona, la familia y la comunidad, promoviendo cambio de actitudes y comportamientos, mejorando el acceso a los servicios y facilitando información que permita a las personas tomar mejores decisiones en relación a su salud.

La **atención en domicilio** es la atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados.

Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera sea negociado y concordado con la familia y no impuesto desde el equipo de salud.



### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar el estado actual de la gestante, e investigar la resolución del caso.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Brindar educación sanitaria en el autocuidado domiciliar a pacientes y familiares.
- Observar cómo se encuentra el estado de la vivienda y cuáles son las amenazas ambientales que afecten a su estado de salud.



### **INFORMACION RELEVANTE DE LA SITUACION HABITACIONAL Y DE TENENCIA Y CUIDADO DE LOS NIÑOS:**

- Casa mixta de un piso:
  - Piso inferior compuesto por un dormitorio, sala y comedor.

### **COMPOSICION FAMILIAR ACTUAL**

| <b>Nombres</b>            | <b>Parentesco</b>    | <b>Edad</b> | <b>Ocupación</b>   | <b>Escolaridad</b> |
|---------------------------|----------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| <b>José Alarcón Mero</b>  | <b>Jefe de Hogar</b> | <b>25 a</b> | <b>Taxista</b>     | <b>secundaria</b>  |
| <b>Mayra Molina López</b> | <b>Esposa</b>        | <b>22 a</b> | <b>Ama de Casa</b> | <b>secundaria</b>  |

**DESCRIPCION DE LA SITUACION ENCONTRADA:** Dinámica familiar, comunicación familiar, solución de conflictos, cohesión (vínculo afectivo, tiempo y espacio compartido) y adaptabilidad (liderazgo, toma de decisiones, disciplina, autoridad o adicciones)

Familia de 2 integrantes conformado por esposo y esposa; actualmente formando una familia.

Jefe de hogar muestra alegría y entusiasmo sobre el nuevo ser que se integrara al hogar la cual el señor José Alarcón Mero que debe asumir, recientemente cuenta con trabajo de taxista por lo que hay ingreso monetario, la toma de decisiones y el liderazgo es compartido entre ella y su esposa en menor grado.

Se observa el vínculo positivo ya que jefe de hogar es comprensivo con su esposa y suele escuchar las opiniones de su familiar.

### **INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA:**

La situación laboral en cuanto a familia es la siguiente:

Jefe de familia trabaja de oficial de construcción por lo que recibe por mes un monto aproximado de 350 dólares.

Esposa: trabaja en las mañanas, es ayudante de cocina y recibe 8 dólares por diario.



### **IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES PROTECTORES:**

Los factores de riesgo que se pudieron identificar a simple vista fueron los ambientales ya que los vecinos se encargan del criadero de pollos criollos para la venta, pero el criadero está al lado de la casa por lo que conviven diariamente con los mismos.

### **SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES:**

- Mejorar factores ambientales.
- Realizar charlas educativas sobre alimentación.



## ANEXO 5.

### TUTORIAS PRESENCIALES Y VIRTUALES.



Imagen 1, 2. Recibiendo asesoría con la tutora de trabajo de titulación

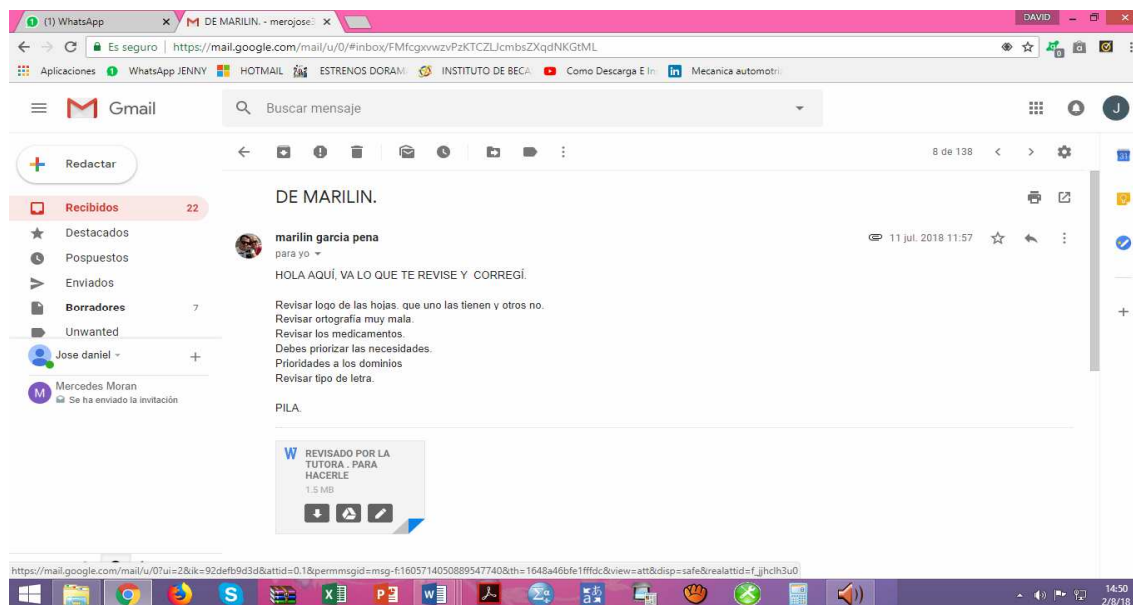


Imagen 3. Recibiendo asesoría virtual de la tutora de trabajo de titulación,





**ANEXO 6.**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

| ACTIVIDADES  | AÑO<br>2018 | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |   |   | JULIO |   |   |   | AGOSTO |   |   |   |
|--|-------------|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|
|  |             | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1      | 2 | 3 | 4 |
| ORIENTACION DEL TRABAJO A REALIZAR                                   |             | X    |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| BUSQUEDA DE ARTICULOS CIENTIFICOS<br>RELACIONADOS AL TEMA            |             |      | X |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| REVISION DE ARTICULOS CIENTIFICOS                                    |             |      |   | X |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| ELABORACION DE INTRODUCCION Y OBJETIVOS                              |             |      |   |   | X |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| PRESENTACION Y CORRECCION DE INTRODUCCION<br>Y OBJETIVOS             |             |      |   |   |   | X     |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| ORIENTACION PARA ELABORACION DE MARCO<br>TEORICO                     |             |      |   |   |   |       | X |   |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| ELABORACION MARCO TEÓRICO  |             |      |   |   |   |       |   | X |   |       |   |   |   |        |   |   |   |
| PRESENTACION Y CORRECCION DE MARCO<br>TEORICO                        |             |      |   |   |   |       |   |   | X |       |   |   |   |        |   |   |   |
| ORIENTACION PARA ELABORACION DE<br>PROBLEMAS Y NECESIDADES           |             |      |   |   |   |       |   |   |   | X     |   |   |   |        |   |   |   |
| ELABORACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES,<br>EXAMEN FISICO             |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       | X |   |   |        |   |   |   |
| PRESENTACION Y CORECCION DE PROBELAS Y<br>NECESIDADES, EXAMEN FISICO |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   | X |   |        |   |   |   |
| ORIENTACION PLAN DE CUIDADOS   |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   | X |        |   |   |   |
| ELABORACION DE PLAN DE CUIDADOS                                      |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   | X      |   |   |   |
| PRESENTACION Y CORRECCION DE PLANES DE<br>CUIDADOS                   |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        | X |   |   |
| ELABORACION DE CONCLUSIONES Y<br>RECOMENDACIONES                     |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        | X |   |   |
| PRESENTACION Y CORECCION DE CONCLUSIONES<br>Y RECOMENDACIONES        |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   | X |   |
| ENTREGA DE TRABAJO DE TITULACION                                     |             |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |        |   |   | X |



**ANEXO 7**

**MATRIZ DE RESUMEN**

| 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA  |   |
|--|---|
| <b>ACTORES</b>   |   |
| Actor 1: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)   |   |
| Actor 2: CENTRO DE SALUD ALTAMIRA  |   |
| Actor 3: COMUNIDAD   |   |
| <b>Contexto del problema</b>   |   |
| <p>Gestante de 22 años, primigesta de 26 semanas de embarazo con FUM (18/12/2017) y FPP al 23/09/2018 y a la fecha cursa su quinto control prenatal en el centro de salud Altamira. Refiere cansancio a las actividades físicas, mareos y náuseas. Al examen físico: TA 120/80 mm/hg, FC. 75 lpm., FR. 18 rpm., Temp. 37°C, Peso inicial: 63.7 kg. Peso actual: 67.8 Talla. 155cm. IMC: 26.5 (sobrepeso).</p> <p>Cara y cuello sin adenopatías, mucosa oral húmeda, conjuntivas rosadas. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen: globuloso por útero gravídico con altura uterina de 25 cm, feto único vivo longitudinal cefálico dorso derecho, FCF: 150 lpm, movimientos fetales presentes. Genitourinario: genitales externos normoconfigurados. Extremidades: edema grado I en miembros inferiores, llenado capilar normal, pulsos distales presentes. Exámenes complementarios: hemograma: Hb. 8,7 g/dl; Plaquetas. 261.000 xmm<sup>3</sup>; leucitos 10,7 xmm<sup>3</sup>, Gl. 60,7 mg/dl. Uroanálisis negativo: leucitos De 1-2 x campo, células epiteliales: De 6-10 x campo., compatible con inflamatorio leve.</p> <p>I.D.: CIE Z340 control de embarazo</p> <p>Dx. Méd. - CIE 0990 anemia en embarazo + Sobrepeso</p> |   |
| 2. SITUACION DETECTADA   |   |
| <b>Problema situado:</b>   | ANEMIA EN EL EMBARAZO MAS SOBREPESO   |
| <b>Causas del problema:</b>  | Entre las causas de anemia gestacional se encuentran la deficiencia de hierro; la deficiencia de ácido fólico se asocia con defectos del tubo neural; y, con menor frecuencia, la deficiencia |



|   |   |
|---|---|
|   | de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, la drepanocitosis o anemia de células falciformes y las talasemias.  |
| <b>Consecuencias del problema:</b>  | Las repercusiones de la anemia en el embarazo están relacionadas con todas las patologías obstétricas, pero con mayor probabilidad al riesgo de peso bajo del recién nacido, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal.                               |
| <b>3. MARCO REFERENCIAL y/o TEÓRICO</b>   |   |
| <p>La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (ic95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (ic95%: 22,9% a 26,7%). la máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, ic95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, ic95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, ic95%: 446,2 a 490,6 millones). (who, 2008)</p> <p>Las repercusiones de la anemia en el embarazo están relacionadas con todas las patologías obstétricas, pero con mayor probabilidad al riesgo de peso bajo del recién nacido, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal. Es posible que se asocie con depresión posparto y con resultados más bajos en las pruebas de estimulación mental y psicomotriz en los recién nacidos.</p> <p>La organización mundial de la salud (OMS) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación; no obstante, los datos revelan que solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.</p> <p>La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.(OMS, 2016)</p> |   |
| <b>4. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA</b>   |   |
| <b>General</b>  | Investigar los antecedentes de la patología presente en la mujer gestante, y mediante este estudio de caso analizar y ejecutar planes de acciones de enfermería que brinden al binomio madre e hijo un cuidado oportuno e integral que mejore su calidad de vida. |
| <b>Específicos</b>  | ➤ Elaborar la justificación epistemológica sobre la patología que presenta la paciente estudiada.   |



|   |  |                    |                 |               |                      |
|---|--|--------------------|-----------------|---------------|----------------------|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar la necesidades y prioridades de salud de la paciente gestante estudiada estableciendo los correspondientes diagnósticos de enfermería.</li> <li>➤ Elaborar el respectivo plan de cuidados de enfermería que supla las necesidades de la paciente.</li> <li>➤ Evaluar intervenciones de cuidados de enfermería dentro del proceso salud enfermedad.</li> </ul>   |                    |                 |               |                      |
| <b>5. METODOLOGÍA</b>                             |  |                    |                 |               |                      |
| <b>Métodos</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Cualitativa:</b> Porque se estudia la temática del tema planteado que afecta a la gestante y al feto ayudando a evaluar posibles complicaciones.</li> <li>➤ <b>Bibliográfica:</b> Porque se pudo revisar los contenidos sobre la temática planteada que sirve de sustento para verificar la veracidad del estudio.</li> </ul>  |                    |                 |               |                      |
| <b>Técnica</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Analítico:</b> Permite analizar las causas por la que se puede producir este tipo raro de patología.</li> </ul>  |                    |                 |               |                      |
| <b>Instrumentos:</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Historial clínico:</b> Se realiza bajo la descripción de Historia clínica en la que se evidencia y se destaca la revisión de documentos medico legales mediante el cual se obtuvo la mayor parte de información.</li> <li>• <b>Bibliografía:</b> se hace la revisión de varias fuentes bibliográficas, para la recopilación y el análisis detallado con el objeto de ayudar a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento.</li> <li>• <b>Entrevista:</b> Información directa mediante la metodología de entrevista al médico quien brindo la información sobre la patología.</li> </ul> |                    |                 |               |                      |
| <b>6. PLAN DE INTERVENCIÓN/ACCIÓN/ESTRATÉGICO</b> |  |                    |                 |               |                      |
| <b>Objetivo</b>                                   | <b>Estrategas</b>  | <b>Actividades</b> | <b>Recursos</b> | <b>Tiempo</b> | <b>.kResponsable</b> |
|   |  |                    |                 | <b>o</b>      |                      |



|   |  |   |                                    |            |                      |
|---|--|---|------------------------------------|------------|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Elevar la ingesta de hierro</li></ul>       | Charla educativa.  | Fomentar la ingesta de alimentos ricos en proteínas, hierro y Vitamina C.<br><br>Instruir sobre la dosis, vía de administración del hierro + ácido fólico.  | Tríptico<br>Rotafolio<br>papelote  | 40 minutos | José Mero<br>Moreira |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar el peso corporal</li></ul>        | Charla educativa.  | Proveer información sobre la ingesta adecuada de carbohidratos y azúcares.<br><br>Ayudar a la gestante a ajustar la dieta al estilo de vida y actividad física.   | Tríptico<br>Rotafolio<br>papelote. | 40 minutos | José Mero<br>Moreira |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar el riesgo de infección</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Educación sanitaria.</li></ul> | Identificar factores de riesgo.<br>Fomentar la ingesta nutricional adecuada<br>Fomentar la higiene y lavado de manos.<br>Fomentar el consumo de agua segura.<br>Fomentar la actividad física.<br>Inmunizar. | Tríptico<br>Rotafolio<br>papelote  | 40 minutos | José Mero<br>Moreira |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar el nivel de conocimiento.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Charla educativa.</li></ul>    | Educación sobre la fisiopatología y factores de riesgo de la enfermedad.<br><br>Educar sobre el tratamiento prescrito.<br><br>Educar sobre la importancia del régimen terapéutico.                          | Tríptico<br>Rotafolio<br>papelote  | 40 minutos | José Mero<br>Moreira |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Conservar la energía</li></ul>              | Charla educativa.  | Establecer actividades físicas que eviten la fatiga.<br><br>Fomentar el reposo de la gestante.  | Tríptico<br>Rotafolio<br>papelote  | 40 minutos | José Mero<br>Moreira |



|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | Control de la ingesta nutricional que asegure el recurso energético adecuado. |  |  |  |
| <b>7. CONCLUSIONES</b>   |  |   |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La anemia es una alteración altamente prevalente en las mujeres gestantes, ya que en el embarazo existe un aumento de los requerimientos de hierro como consecuencia del crecimiento rápido de la placenta y el feto; por lo que esta patología se asocia a un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso del recién nacido y mortalidad perinatal, entre otras complicaciones.</li><li>• El rol que desempeña la enfermería en la vigilancia y valoración paciente gestante es relevante porque contribuye como centinela en la promoción, control, recuperación de la su salud y disminuye los riesgos que alteren el bienestar del vínculo madre – feto.</li><li>• El Proceso de Atención de Enfermería, nos ayuda a identificar las alteraciones de la salud a fin de intervenir mediante los cuidados a que se restablezcan las funciones vitales y necesidades alteradas, cuya la labor es aplicada no solo al individuo enfermo sino también al sano con la finalidad de promocionar la salud; proceso que ayuda a ser más dinámicos y desarrollar profundamente el cuerpo de conocimientos a fin de fortalecer la práctica de la profesión.</li></ul> |  |   |  |  |  |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>  |  |   |  |  |  |
| <p>Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (2015).<br/>Obtenido de <a href="https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf">https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf</a>.</p> <p>ENFERMERA, P. (2015). <i>prescripcionenfermera.com</i>. Obtenido de Clasificación completa de diagnósticos enfermeros NANDA-I 2015-2017: Obtenido de <a href="https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=78">https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=78</a></p>   |  |   |  |  |  |