



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención del
Grado Académico de Licenciada
en Enfermería

Estudio de Caso:
**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE ALTO
RIESGO POR FECUNDACIÓN IN VITRO.”**

Autora:
Paola Melissa Vasquez Morales.

Directora de Estudio de Caso:
Lic. Angie Dayana Villamar Gavilanes, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Paola Melissa Vasquez Morales**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.



Documento firmado por:
PAOLA MELISSA VASQUEZ
MORALES
Firma de Documento
2025-05-16 20h:33:55 -05:00

Paola Melissa Vasquez Morales

C.I: 2450371477



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lic. Angie Dayana Villamar Gavilanes MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Paola Melissa Vasquez Morales**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE ALTO RIESGO POR FECUNDACIÓN IN VITRO**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.



Firmado electrónicamente por:
**ANGIE DAYANA
VILLAMAR GAVILANES**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Angie Dayana Villamar Gavilanes, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lic. Angie Dayana Villamar Gavilanes MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE ALTO RIESGO POR FECUNDACIÓN IN VITRO”**, presentado por la estudiante **Paola Melissa Vasquez Morales**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 93% y similitud 7%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

ESTUDIO DE CASO Paola Melissa Vasquez Morales CORREGIDO

7%
Textos sospechosos

6% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
4% Idiomas no reconocidos (ignorados)

Nombre del documento: ESTUDIO DE CASO Paola Melissa Vasquez Morales CORREGIDO.pdf
ID del documento: ca2856953baa284b8a77adf3903a097e921b1cd8
Tamaño del documento original: 653,22 kB

Depositante: ANGIE DAYANA VILLAMAR GAVILANES
Fecha de depósito: 16/5/2025
Tipo de carga: interface
Fecha de fin de análisis: 16/5/2025

Número de palabras: 7931
Número de caracteres: 57.603



Firmado electrónicamente por:
ANGIE DAYANA VILLAMAR GAVILANES
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Angie Dayana Villamar Gavilanes, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE ALTO
RIESGO POR FECUNDACIÓN IN VITRO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Juliana Guadalupe García Paredes, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Julio Cesar

Terrero Vásquez, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Mariuxi Magdalena

Moreira Flores, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi luz en los momentos de incertidumbre y mi fortaleza en cada paso hacia este logro. A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo incansable y por enseñarme con su ejemplo que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación.

A mis profesores y mentores, por compartir su conocimiento, su paciencia y su guía en este camino de aprendizaje. A mis amigos, por su compañía, palabras de aliento y por ser un sostén en los momentos difíciles.

Finalmente, a cada persona que creyó en mí, incluso en los días más complicados. Gracias a todos ustedes, este sueño se convierte hoy en realidad.

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi mamá Marlene Morales, por ser mi pilar, por creer siempre en mí, por su amor incondicional y por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia todo es posible. A mi padrastro Walter Guale, por su apoyo constante, por estar siempre a mi lado y por brindarme su cariño y consejos como un verdadero padre. A ambos, les agradezco de corazón por ser mi mayor motivación y por acompañarme en cada paso de este camino.

Este logro también es suyo.

RESUMEN

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa, siendo considerado saludable cuando su evolución no implica desfavorablemente a la mujer y al feto/recién nacido, no obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo. La denominada "edad materna avanzada", se asocia con una serie de complicaciones materno neonatales significativas, la Fecundación In Vitro (FIV) es una tecnología de reproducción asistida utilizada cuando otros métodos han fracasado. El objetivo principal de este estudio de caso fue aplicar un proceso de atención de enfermería (PAE) en una embarazada de alto riesgo en el contexto de atención primaria, abordando sus necesidades físicas, emocionales y sociales. A través de la aplicación de la valoración de enfermería mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon se identificó la disfuncionalidad de los siguientes patrones: nutricional-metabólico, debido a un índice de masa corporal inadecuado; eliminación, presentaba incontinencia urinaria y estreñimiento; actividad-ejercicio, fue uno de los más afectados ya que la paciente necesitaba reposo absoluto; sueño-descanso manifestaba insomnio y no descansaba la cantidad de horas adecuadas; adaptación-tolerancia al estrés, se encontraba ansiosa sobre la evolución de su embarazo. Acorde a la taxonomía NANDA, NOC y NIC se formularon los diagnósticos de enfermería prioritarios: riesgo de desequilibrio nutricional y conocimiento deficiente sobre el embarazo de alto riesgo, continuando con el enfoque hacia los resultados, finalizando con la implementación de las intervenciones de enfermería priorizadas en manejo del peso y cuidados del embarazo de alto riesgo, lo que permitió evidenciar logros significativos a través de la evaluación. En conclusión, la implementación del PAE permitió una atención integral y personalizada, favoreciendo tanto la salud de la gestante como la prevención de complicaciones.

Palabras claves: cuidados de enfermería, embarazo de alto riesgo, fecundación in vitro.

ABSTRACT

Pregnancy is a natural process of the female organism that involves physiological, social and emotional alterations coinciding with each stage, being considered healthy when its evolution does not unfavorably involve the woman and the fetus/newborn, however, when the opposite occurs, conceptually we have installed a high-risk pregnancy. The so-called “advanced maternal age” is associated with a series of significant maternal and neonatal complications. In Vitro Fertilization (IVF) is an assisted reproductive technology used when other methods have failed. The main objective of this case study was to apply a nursing care process (NCP) in a high-risk pregnant woman in the primary care setting, addressing her physical, emotional and social needs. Through the application of the nursing assessment using Marjory Gordon's functional patterns, the dysfunctionality of the following patterns was identified: nutritional-metabolic, due to an inadequate body mass index; elimination, she presented urinary incontinence and constipation; activity-exercise, was one of the most affected since the patient needed absolute rest; sleep-rest, she manifested insomnia and did not rest the adequate amount of hours; adaptation-stress tolerance, she was anxious about the evolution of her pregnancy. According to the NANDA, NOC and NIC taxonomy, the priority nursing diagnoses were formulated: risk of nutritional imbalance and deficient knowledge about high-risk pregnancy, continuing with the focus on results, ending with the implementation of the prioritized nursing interventions in weight management and high-risk pregnancy care, which made it possible to demonstrate significant achievements through evaluation. In conclusion, the implementation of the PAE allowed for comprehensive and personalized care, favoring both the health of the pregnant woman and the prevention of complications.

Keywords: nursing care, high-risk pregnancy, in vitro fertilization.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	<i>ii</i>
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	<i>iii</i>
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	<i>iv</i>
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	<i>v</i>
AGRADECIMIENTO	<i>vi</i>
DEDICATORIA.....	<i>vii</i>
RESUMEN.....	<i>viii</i>
ABSTRACT.....	<i>ix</i>
CÓDIGO DUBLÍN	<i>xii</i>
1. INTRODUCCIÓN	<i>1</i>
2. OBJETIVOS.....	<i>4</i>
2.1. Objetivo General.....	<i>4</i>
2.2. Objetivos Específicos	<i>4</i>
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	<i>5</i>
3.1. Historia clínica	<i>5</i>
3.2. Valoración integral de enfermería	<i>5</i>
3.3. Plan de cuidados de enfermería.	<i>7</i>
3.4. Evaluación	<i>9</i>
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	<i>13</i>
5. CONCLUSIONES	<i>14</i>
6. BIBLIOGRAFÍA.....	<i>15</i>
7. ANEXOS	<i>17</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica del paciente

Anexo 2. Registro de signos vitales y medias antropométricas

Anexo 3. Exámenes de laboratorio

Anexo 4. Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

Anexo 5. Ecografías obstétricas

Anexo 6. Evidencias fotográficas

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE ALTO RIESGO POR FECUNDACION IN VITRO"		
Autor:	Paola Melissa Vasquez Morales		
Palabras claves:	cuidados de enfermería	embarazo de alto riesgo	fecundación in vitro
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa, siendo considerado saludable cuando su evolución no implica desfavorablemente a la mujer y al feto/recién nacido, no obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo. La denominada "edad materna avanzada", se asocia con una serie de complicaciones materno neonatales significativas, la Fecundación In Vitro (FIV) es una tecnología de reproducción asistida utilizada cuando otros métodos han fracasado. El objetivo principal de este estudio de caso fue aplicar un proceso de atención de enfermería (PAE) en una embarazada de alto riesgo en el contexto de atención primaria, abordando sus necesidades físicas, emocionales y sociales. A través de la aplicación de la valoración de enfermería mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon se identificó la disfuncionalidad de los siguientes patrones: nutricional-metabólico, debido a un índice de masa corporal inadecuado; eliminación, presentaba incontinencia urinaria y estreñimiento; actividad-ejercicio, fue uno de los más afectados ya que la paciente necesitaba reposo absoluto; sueño-descanso manifestaba insomnio y no descansaba la cantidad de horas adecuadas; adaptación-tolerancia al estrés, se encontraba ansiosa sobre la evolución de su embarazo. Acorde a la taxonomía NANDA, NOC y NIC se formularon los diagnósticos de enfermería prioritarios: riesgo de desequilibrio nutricional y conocimiento deficiente sobre el embarazo de alto riesgo, continuando con el enfoque hacia los resultados, finalizando con la implementación de las intervenciones de enfermería priorizadas en manejo del peso y cuidados del embarazo de alto riesgo, lo que permitió evidenciar logros significativos a través de la evaluación. En conclusión, la implementación del PAE permitió una atención integral y personalizada, favoreciendo tanto la salud de la gestante como la prevención de complicaciones.		
Abstract:	Pregnancy is a natural process of the female organism that involves physiological, social and emotional alterations coinciding with each stage, being considered healthy when its evolution does not unfavorably involve the woman and the fetus/newborn, however, when the opposite occurs, conceptually we have installed a high-risk pregnancy. The so-called "advanced maternal age" is associated with a series of significant maternal and neonatal complications. In Vitro Fertilization (IVF) is an assisted reproductive technology used when other methods have failed. The main objective of this case study was to apply a nursing care process (NCP) in a high-risk pregnant woman in the primary care setting, addressing her physical, emotional and social needs. Through the application of the nursing assessment using Marjory Gordon's functional patterns, the dysfunctionality of the following patterns was identified: nutritional-metabolic, due to an inadequate body mass index; elimination, she presented urinary incontinence and constipation; activity-exercise, was one of the most affected since the patient needed absolute rest; sleep-rest, she manifested insomnia and did not rest the adequate amount of hours; adaptation-stress tolerance, she was anxious about the evolution of her pregnancy. According to the NANDA, NOC and NIC taxonomy, the priority nursing diagnoses were formulated: risk of nutritional imbalance and deficient knowledge about high-risk pregnancy, continuing with the focus on results, ending with the implementation of the prioritized nursing interventions in weight management and high-risk pregnancy care, which made it possible to demonstrate significant achievements through evaluation. In conclusion, the implementation of the PAE allowed for comprehensive and personalized care, favoring both the health of the pregnant woman and the prevention of complications.		
Descripción:	36 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa, siendo considerado saludable cuando su evolución no implica desfavorablemente a la mujer y al feto/recién nacido. No obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo. La clasificación usual divide los factores de riesgo en relación a las condiciones preexistentes y las que se manifiestan durante el embarazo, confiriendo responsabilidades al equipo de salud en todos los niveles de atención, a fin de identificar precozmente las posibles alteraciones, realizar los registros y pasos necesarios, además de desarrollar acciones educativas dirigidas a los agravamientos individuales (1).

La esterilidad es un trastorno del aparato reproductor (masculino o femenino) consistente en la incapacidad para lograr el embarazo tras 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección (2). Puede causar mucha angustia, estigmatización y dificultades económicas y afectar al bienestar mental y psicosocial de las personas. A pesar de la magnitud de este problema, las soluciones disponibles para prevenirlo, diagnosticarlo y tratarlo como las técnicas de reproducción asistida (TRA), entre ellas la fecundación in vitro continúan sin recibir suficiente financiación y resultan poco accesibles para muchas personas debido a su elevado costo, el estigma social y su escasa disponibilidad (3).

Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer. Este aumento podría deberse por lo menos a cuatro factores: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes (4).

Es ampliamente reconocido que la fertilidad comienza a disminuir después de los 35 años, siendo esta disminución aún más pronunciada a partir de los 40 años. La denominada "edad materna avanzada", definida por algunos autores como igual o mayor a 40 años, se asocia con una serie de complicaciones materno neonatales significativas. Estas incluyen diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del

embarazo, hemorragia posparto, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), parto pre término, cesárea, muerte fetal y neonatal, entre otras (5).

La incapacidad para ovular correctamente suele manifestarse con la disminución progresiva en número y calidad de los óvulos a partir de los 35 años. Además, pueden surgir problemas ginecológicos como el síndrome de ovario poliquístico, la insuficiencia ovárica prematura, bloqueos de las trompas por enfermedades de transmisión sexual como clamidia y gonorrea, presencia de fibromas uterinos, endometriosis, y efectos adversos de tratamientos como quimioterapia. Factores como el sobrepeso o bajo peso, entrenamiento deportivo intenso que puede alterar la regularidad o incluso la ausencia de ciclos menstruales, y el consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas también pueden influir negativamente en la fertilidad (6). La infertilidad es un problema común que afecta a una de cada seis personas a nivel mundial. En Ecuador la tasa de infertilidad se encuentra entre el 17 y 20 % de las parejas en edad de concebir, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Se estima que el 40% de los casos están relacionados a la mujer, el otro 40 % de los casos se relacionan con el hombre y un 20% son causas compartidas (7).

La fecundación in vitro (FIV) es una tecnología de reproducción asistida utilizada cuando otros métodos han fracasado. Consta de cinco pasos principales: estimulación ovárica para aumentar la producción de óvulos mediante medicamentos; la aspiración folicular para extraer los óvulos mediante una cirugía menor; la inseminación de los óvulos con espermatozoides y su posterior fecundación, posiblemente utilizando la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI); el cultivo del embrión en el laboratorio para asegurar su desarrollo adecuado, ocasionalmente con la opción de diagnóstico genético pre implantatorio (PGD); y finalmente, la transferencia de los embriones al útero de la mujer para intentar el embarazo. Los embriones no utilizados pueden congelarse para uso futuro (8). En el caso específico de pacientes que recurren a técnicas de reproducción asistida, como la FIV, se observa un aumento en la morbilidad materno neonatal comparado con otras formas de TRA como la inseminación artificial. Este incremento podría estar relacionado con anomalías en la placentación y teorías como la intolerancia inmunológica materno-fetal, exacerbada

por los cambios hormonales durante el tratamiento de FIV particularmente el estradiol (9).

Investigar y perfeccionar el proceso de atención de enfermería en embarazos de alto riesgo es crucial en el panorama actual de la salud materna. Esto no solo mejorará la calidad de la atención prenatal, sino que también tiene el potencial de reducir la morbilidad tanto materna como fetal, optimizando así los resultados perinatales en una población que enfrenta desafíos únicos debido a su historial reproductivo (10). La función principal de la enfermería en estas unidades es el apoyo emocional durante todo el proceso. Además, la educación para la salud es básica para poder mejorar y corregir las conductas saludables, pero también existe una educación constante en cuanto a las técnicas a las que van a ser sometidos, los distintos medicamentos y sus usos, así como la resolución de todas aquellas dudas que vayan surgiendo (11).

Numerosos estudios avalan la importancia de la presencia de profesionales de enfermería en pacientes con reproducción asistida. Son el personal de referencia para las parejas, manteniendo una relación cercana, accesible y de confianza con ellas, lo cual ha demostrado una mejora de la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo considerablemente su nivel de ansiedad (12).

El presente estudio de caso se enfocó en el proceso de atención de enfermería dirigido a un embarazo de alto riesgo, específicamente en una paciente de 46 años que concibió mediante técnicas de reproducción asistida, como lo es la FIV, y que se encontraba bajo cuidado en el primer nivel de atención. Este tipo de gestación planteó desafíos singulares que requerían un enfoque integral y especializado para garantizar la óptima salud tanto materna como fetal.

El profesional de enfermería desempeña un papel esencial, no solo en el monitoreo clínico, sino también en el apoyo emocional y la educación en salud, elementos clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los niveles de ansiedad (13). Este análisis buscó generar evidencia que fortalezca los protocolos de cuidado, disminuya la morbilidad materno-fetal y promueva resultados perinatales óptimos, contribuyendo a la mejora de la práctica basada en evidencia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una gestante de alto riesgo por fecundación in vitro en el contexto de atención primaria, mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC para la prevención de complicaciones durante su embarazo.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo asociados en una gestante de alto riesgo por fecundación in vitro.
- Identificar los patrones disfuncionales mediante la valoración teorizante de Marjory Gordon en una gestante de alto riesgo por fecundación in vitro
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería en una gestante de alto riesgo por fecundación in vitro.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Gestante de 46 años y 6 meses de edad, con 10.6 semanas de gestación (SG) por fecha de última menstruación (FUM), producto de técnica de reproducción asistida: fecundación in vitro (FIV), acudió al centro de salud para iniciar los controles prenatales de su embarazo, no refirió antecedentes patológicos personales, en los antecedentes familiares informó que su madre padecía hipertensión arterial, antecedentes quirúrgicos de ligadura tubárica realizada hace 16 años y recanalización tubárica hace 7 años, no reportó alergias a medicamentos, en los antecedentes ginecológicos y obstétricos se detectaron 3 gestas, 3 partos, ninguna cesárea y ningún aborto. La edad de la primera gesta (PIG) fue a los 22 años, la FUM fue el 1 de marzo de 2024, y la fecha probable de parto (FPP) 6 de diciembre de 2024 (Ver anexo 1).

La paciente manifestó un deseo genésico desde hace 7 años, período durante el cual no utilizó métodos anticonceptivos, sin embargo, no logró una gestación espontánea por lo que consultó con un ginecólogo especializado y durante esa consulta se le planteó la posibilidad de realizar FIV. El procedimiento inició tras los análisis médicos pertinentes, la fecundación se llevó a cabo en los primeros meses del año, al igual que la implantación del óvulo fecundado, el ginecólogo indicó el uso de progesterona 200 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, durante el seguimiento la paciente fue monitoreada por el especialista a través de consultas telefónicas.

Durante la consulta en el centro de salud, se encontraba activa y orientada en tiempo, persona y espacio, en la primera toma de signos vitales presentó una frecuencia respiratoria de 21 rpm, frecuencia cardíaca de 105 ppm, tensión arterial de 136/84 mmHg, temperatura corporal de 36.5 °C y saturación de oxígeno del 99%, estado de conciencia alerta, proteinuria negativa, la frecuencia cardíaca de 105 ppm llevó a un Score Mamá de 1 punto, en una segunda toma realizada tras 15 minutos no se encontraron alteraciones en los signos vitales, registrándose los siguientes valores: frecuencia respiratoria de 20 rpm, frecuencia cardíaca de 100 ppm, tensión arterial de 130/80 mmHg, temperatura corporal de 36.5 °C y

saturación de oxígeno del 98%, estado de conciencia alerta, proteinuria negativa indicando un Score Mamá de 0. (Ver anexo 2)

Las medidas antropométricas indicaron sobrepeso, con un peso de 56.6 kg, una talla de 147 cm y un índice de masa corporal (IMC) de 26.20 (Ver anexo 3). En la dispensarización de riesgos, se identificaron los siguientes factores: gestante mayor de 40 años: 2 puntos, sobrepeso: 1 punto, período intergenésico mayor a 5 años: 1 punto, infertilidad: 1 punto. El puntaje total fue de 5 puntos, indicando un alto riesgo obstétrico.

Se diagnosticó como embarazo de alto riesgo debido a la dispensarización y al uso de FIV, se le realizaron tamizajes de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y chagas los cuales resultaron negativos, la hemoglobina se valoró en 13.6 g/dl, no fue posible evaluar la glucosa debido a la falta de ayuno y de insumos. Como parte del tratamiento, se le prescribieron sales de hierro (60 mg) combinadas con ácido fólico (400 mcg), y se le indicó continuar con las recomendaciones del ginecólogo. Además, se le administró la primera dosis de la vacuna antitetánica.

A lo largo del embarazo se realizó 5 controles prenatales durante los cuales no se detectaron anomalías, su último control prenatal realizado en el centro de salud fue cuando cursaba las 35.5 semanas de gestación por FUM, durante el cual se encontraba afebril, orientada en tiempo y espacio sin sintomatología que llame la atención o manifieste presencia de enfermedades vectoriales, neurodegenerativas o respiratorias. Se valoró el Score Mamá que dio una puntuación de 0 con los siguientes signos vitales: temperatura corporal de 36,6°C, tensión arterial de 138/70 mmHg, frecuencia cardíaca 80 ppm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, saturación de oxígeno 98%, proteinuria negativa, estado de conciencia alerta. A través del examen ginecológico y mediante una especuloscopia se evidenció flujo vaginal sin olor, cérvix cerrado sin modificaciones, montes de venus de distribución normal, labios mayores y menores normales, sin presencia de sangrado vaginal ni dolor a nivel pélvico, la frecuencia cardíaca fetal de 145 latidos por minuto, altura uterina de 33cm.

Durante el seguimiento a la paciente se evidenció que una semana después de su último control en el centro de salud se le presentaron contracciones por lo que fue hospitalizada, permaneciendo así durante una semana debido a problemas

hipertensivos mientras cursaba las 35.6 semanas de gestación y tuvo un parto pretérmino mediante cesárea, el recién nacido fue un prematuro tardío que no presentó complicaciones y al momento del seguimiento tanto el recién nacido como ella estaban estables.

3.2 Valoración Integral de enfermería

Se realizó la valoración cefalocaudal, con el objetivo de identificar posibles anomalías: Cabeza: normocéfala, sin signos de lesiones visibles; cabello y orejas normoimplantados: no se desprendían a la fricción; facies normal; fosas nasales y conductos auditivos: permeables; boca: lengua saburral; faringes y tonsilas normales; cuello: no se evidenciaron lesiones, no se palpó adenomegalias; tórax: simétrico, elástico, expansible, no se constataron lesiones; campos pulmonares ventilados; abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda; pelvis: no dolorosa a palpación profunda, no se palparon adenomegalias; extremidades superiores e inferiores: simétricas, tono y fuerza muscular conservada; maniobras de Leopold: fueron indeterminadas por edad gestacional de 10.6 SG.

Según la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, la paciente presentó alteraciones en varios de ellos: en el patrón percepción y manejo de salud, la paciente manifestó llevar un estilo de vida sedentario, tener antecedentes quirúrgicos de ligadura tubárica y recanalización de trompas de Falopio, antecedentes familiares de madre con hipertensión y no tener antecedentes de alergias medicamentosas, refirió estar consciente de su estado de salud por lo cual toma diariamente su pastilla de hierro más ácido fólico que le indico el médico.

Con respecto al patrón nutricional-metabólico, al inicio del embarazo no llevaba una dieta saludable alimentándose con comidas altas en grasas y bebidas azucaradas en lugar de agua. Al momento de la entrevista expresó llevar una nutrición variada con pollo, pescado, legumbres e ingerir solo agua y jugos naturales y su última comida haber sido pollo a la plancha con ensalada de legumbres. Los valores de las medidas antropométricas eran: talla: 147cm, peso: 56.6kg, con un IMC de 26.20 que indicaban sobrepeso según la clasificación nutricional que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS). No presentaba alteración en la

masticación o deglución, su termorregulación era normal con un estado de la piel integro sin presencia de úlceras por presión (UPP).

En el patrón eliminación, comunicó haber presentado episodios de incontinencia urinaria por esfuerzo en las primeras semanas del embarazo al realizar actividades de la vida cotidiana que involucrarán un poco de fuerza con problemas de estreñimiento ocasionales. Referente al patrón actividad-ejercicio, fue uno de los más afectados ya que la paciente al inicio del embarazo realizaba actividad física regular, pero debido a que su embarazo era de riesgo y necesitaba absoluto reposo su movilidad se volvió moderada.

En relación al patrón sueño-descanso mencionó que tiene dificultad para dormir, no descansando la cantidad de horas adecuadas con un promedio de 6-7 horas de sueño que se ven irrumpidas por episodios de insomnio, a consecuencia de aquello su nivel de energía por el día es regular. A nivel del patrón cognitivo-perceptual se encontraba en un estado de conciencia alerta, no manifestó tener algún tipo de alteración en sus capacidades sensorio-perceptivas y cognitivas.

En el patrón autopercepción-autoconcepto la paciente manifestó sentirse cómoda con su imagen corporal con buena autoestima y se considera una persona alegre y optimista. Al respecto del patrón rol-relaciones refirió no ser una persona muy sociable por lo cual su círculo social se basa en su familia y amigos cercanos quienes la ayudan en lo que pueden, aunque a ella no le gusta contarle sus problemas a nadie. En el patrón sexualidad-reproducción la paciente optó por la fecundación in vitro debido a problemas de fertilidad y no tener problemas en la intimidad con su pareja.

En el patrón afrontamiento-tolerancia al estrés la paciente se encontraba en un estado emocional ansiosa sobre la evolución de su embarazo mediante los controles prenatales en los últimos meses, ya que le preocupaba el futuro acerca de cómo podría ser el proceso de su embarazo y parto, comentó que para aliviar el estrés y la ansiedad se apoya en su esposo, ve series y escucha música relajante. En el patrón valores-creencias la paciente refirió ser creyente de la religión católica, por lo cual trata de llevar su vida bajo los mandamientos de Dios. (Ver anexo 4)

3.3 Plan de cuidados de enfermería

A continuación, se establecieron las tablas de planes de cuidados enfermeros, las cuales han sido desarrolladas de acuerdo al orden de prioridad del patrón disfuncional identificado.

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00233 Exceso de peso r/c - La actividad física diaria promedio es menor que la recomendada para la edad y el sexo m/p índice de masa corporal >25 kg / m2.	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (4)	185402 Peso personal óptimo	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
	Clase: Conocimientos sobre salud. (S)	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso	4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Mantener en: 2 Aumentar a: 5
	1854 Conocimiento: dieta saludable	185407 Pautas nutricionales recomendadas	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 2 Aumentar a: 5
	Dominio: Salud fisiológica (2)	100405 Relación peso/talla	3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	Clase: Digestión y Nutrición. (K)	1004 Estado nutricional	5. Sin desviación del rango normal	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: Básico		Clase D: Apoyo nutricional		
5246 Asesoramiento nutricional				
– Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. – Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar – Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. – Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc. – Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada – Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos				
1260 Manejo del peso				
– Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. – Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable – Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora.

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición 00126 Conocimiento deficiente r/c Desinformación m/p palabras de la paciente.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (4)	181026 Importancia de la atención prenatal frecuente	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	Clase: Conocimientos sobre salud. (S)	181003 Signos de alarma de las complicaciones del embarazo.	4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	1810 Conocimiento: gestación	181005 Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		181030 Cambios emocionales asociados al embarazo		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		181011 Patrón de aumento de peso saludable		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 5: Familia.		Clase W: Cuidados de un nuevo bebé.		
6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo.				
– Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo. – Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. – Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. – Establecer un plan de seguimiento clínico. – Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad). – Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de la glucemia y precauciones sexuales, incluida la abstinencia).Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, cambios en el líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefaleas, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápida ganancia de peso con edema facial) – Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autora.

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00146 Ansiedad r/c – amenazas para el estado de salud (madre-feto) m/p nerviosismo, palabras de la paciente.	Dominio: Salud Psicosocial. (3)	121105 Inquietud	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener en: 3 Aumentar a:
	Clase: Bienestar psicosocial. (M)	121118 Preocupación exagerada por eventos vitales		Mantener en: 2 Aumentar a: 5
	1211 Nivel de ansiedad	121129 Trastorno del sueño		Mantener en: 2 Aumentar a: 5
		121130 Cambio en las pautas intestinales		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 3: Conductual		Clase T: Fomento de la comodidad psicológica		
5820 Disminución de la ansiedad				
– Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. – Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. – Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. – Escuchar con atención. – Reforzar el comportamiento, según corresponda. – Crear un ambiente que facilite la confianza. – Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. – Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. – Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. – Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. – Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. – Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. – Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autora.

3.4. Evaluación

Los resultados esperados fueron alcanzados gracias a la identificación adecuada de las necesidades del paciente, el diseño de intervenciones personalizadas y el seguimiento continuo. Cada plan de cuidado permitió abordar componentes clave de la salud materna: el asesoramiento nutricional y manejo del peso ayudaron a que la paciente lograra un peso óptimo conforme a su estado, mediante una dieta adecuada reduciendo así el riesgo de complicaciones que genera el sobrepeso durante el embarazo. Esto no solo promovió conductas saludables, sino que también fortaleció su capacidad de autogestión.

El segundo plan de cuidado, a través de sus intervenciones y la participación activa de la paciente en el proceso educativo, favoreció el fortalecimiento de sus conocimientos sobre la importancia de los controles prenatales, la identificación de signos de alarma y las posibles complicaciones del embarazo, así como los cambios anatómicos, fisiológicos y emocionales que se presentan durante esta etapa. Esto contribuyó a reducir los temores generados por el desconocimiento.

La paciente mostró avances en el manejo de su ansiedad gracias a las intervenciones implementadas en el tercer plan de cuidado. El uso de técnicas de relajación, la expresión de sus sentimientos, percepciones y temores, así como el sentirse acompañada, fueron factores clave en la disminución de su ansiedad. No obstante, continuó experimentando altos niveles de estrés relacionados con su embarazo.

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

Los embarazos en mujeres mayores, definidos generalmente como aquellos en los que la madre tiene 35 años o más, conllevan un aumento significativo en las complicaciones obstétricas. La FIV, al ser una técnica de reproducción asistida utilizada con frecuencia en mujeres con dificultad para concebir, también incrementa los riesgos asociados, como anomalías en la placentación y el riesgo de parto múltiple, entre otros. En el caso específico de la paciente de este estudio, los cuidados de enfermería se centraron en el control de los factores de riesgo, la educación sobre la salud materna, la promoción de conductas saludables y el manejo emocional de la ansiedad que son componentes fundamentales para reducir complicaciones y mejorar los resultados del embarazo.

Estudios previos, como el realizado por Flores, Naves, Sosa, González, Luna, Paque, indican que las morbilidades maternas y perinatales se asocian con una edad avanzada en gestantes por lo cual es importante mantener la asesoría y consejería médica a los pacientes con estas características, además del abordaje multidisciplinario, para fin de otorgar una atención de calidad y mejorar el desenlace tanto de la madre como del recién nacido (14).

En este sentido, el plan de cuidado desarrollado en este estudio de caso, que incluye el manejo adecuado del peso, los cuidados específicos para el embarazo de alto riesgo y disminución de la ansiedad, está en línea con las mejores prácticas recomendadas en la literatura.

Asimismo, investigaciones como la de Sánchez María Madrid enfatizan que los cuidados de enfermería deben ser holísticos, considerando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicológicos debido a que los pacientes sometidos a TRA pueden requerir atención emocional, y es importante que la enfermería tenga en cuenta el impacto emocional que el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad puede tener en la vida de las personas. Los pacientes pueden experimentar diferentes problemas emocionales a nivel cognitivo, psicológico y fisiológico, y pueden pasar por diferentes etapas de "duelo" antes de llegar a aceptar el problema de infertilidad (15).

5. CONCLUSIONES

- En conclusión, la gestante al recurrir a la FIV corrió un mayor riesgo de sufrir complicaciones como hipertensión, diabetes gestacional y parto prematuro durante el embarazo debido a las intervenciones médicas y la terapia hormonal previas a la FIV. Para prevenir estas complicaciones y garantizar la salud materna y fetal, estos factores fueron controlados cuidadosamente durante todo el embarazo.
- La teorizante de Marjory Gordon permitió identificar patrones disfuncionales en áreas clave de la salud, incluyendo los patrones nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, afrontamiento-tolerancia al estrés. Estas alteraciones en los patrones son debidas a los efectos y el estrés emocional asociados al tratamiento de fertilidad y los cambios físicos durante el embarazo.
- Las intervenciones de enfermería dirigidas a la gestante de alto riesgo con FIV fueron esenciales para mejorar la salud materna y fetal mediante la aplicación de planes de cuidados personalizados que incluyeron la promoción de hábitos saludables, educación de riesgos específicos y disminución de la ansiedad fueron eficaces para reducir las complicaciones y mejorar los resultados del embarazo.

6.BIBLIOGRAFÍA

1. Serdan Ruiz DL, Vasquez Bone KK, Yupa Pallchisaca AE. Cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de una mujer durante el embarazo. Univ Cienc Tecnol [Internet]. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025];27(119):29–40. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212023000200029
2. Organizacion Mundial de la Salud. Esterilidad [Internet]. Who.int. 2024 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
3. Organización Panamericana de la Salud. La OMS alerta de que una de cada seis personas padece infertilidad [Internet]. Paho.org. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-cada-seis-personas-padece-infertilidad> OMS.
4. Organizacion de las Naciones Unidas. Infertilidad [Internet]. Noticias ONU. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/04/1519912>
5. Gómez Roig DM. Edad Materna Avanzada [Internet]. Gomez Roig. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gomezroig.com/edad-materna-avanzada/>
6. Esterilidad femenina [Internet]. Mayo Clinic. 2021 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/female-infertility/symptoms-causes/syc-20354308Ç>
7. Telégrafo E. Infertilidad masculina en Ecuador, ¿qué alternativas existen para concebir? [Internet]. El Telégrafo. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/nacionales/44/infertilidad-masculina-ecuador-alternativas-concebir>
8. Fecundación in vitro (FIV) [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 13 de julio de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007279.htm>
9. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) (España)., Santa María Ortiz J, Álvarez Silvares E, Bermúdez González M. Influencia de la

- fecundación in vitro en los resultados maternos y neonatales en mujeres con edad materna avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2022 [citado el 8 de marzo de 2025];82(03):329–39. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322022000300329
10. Barzola V. RIESGOS EN EL EMBARAZO [Internet]. Universidad Nacional de la Plata. 2022 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/142233/Documento_completo.pdf?sequence=1
 11. Izquierdo A, Mora K, Hinojosa M, Cruz J, editores. Educación y promoción de la salud desde la enfermería [Internet]. 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7725617>
 12. Aguirre Cova R, Machado Bonilla SC. ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HUMANA. *Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest* [Internet]. 2022 [citado el 8 de marzo de 2025];7(1):52–7. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1479>
 13. Garcia C, Gallegos R. EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD [Internet]. *Bvsalud.org*. 2021 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>
 14. Flores-López B, Naves-Sánchez J, Sosa-Bustamante GP, González AP, Luna-Anguiano JLF, Paque-Bautista C. Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social* [Internet]. el 18 de septiembre de 2023;83–9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10761194/#BIB02>
 15. Sánchez M. ATENCIÓN EMOCIONAL Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA [Internet]. *Universidadeuropea.es*. 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.es/bitstream/handle/20.500.12880/7601/TF_G_Maria%20Madrid%20Sanchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. ANEXOS

Anexo 2. Historia clínica del paciente.

HISTORIA CLINICA	
FECHA DE LA ENTREVISTA:	15/05/2024
SEXO:	Femenino.
ESTADO CIVIL:	Casada.
EDAD:	46 años.
PROVINCIA Y LUGAR DE RESIDENCIA:	Santa Elena
ESCOLARIDAD:	Bachillerato.
ANTECEDENTES PERSONALES	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:	No refiere.
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:	• Ligadura tubárica hace 16 a • Recanalización tubárica hace 7 años.
ALERGIAS:	No refiere
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS	
GESTAS:	3
PARTOS:	3
CESAREAS:	0
ABORTOS:	0
PIG:	22 años.
FUM:	01/03/2024.
FPP:	06/12/2024.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	Fecundación in vitro.
EDAD GESTACIONAL POR FUM:	10.6 Semanas.
ANTECEDENTES FAMILIARES	
ANTECEDENTES MATERNOS:	Hipertensión arterial
ANTECEDENTES PATERNOS:	No refiere

Anexo 2. Registro de signos vitales y medidas antropométricas.

SIGNOS VITALES	INICIO DE TRATAMIENTO: 15/05/2024.	VALORES NORMALES.
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	21 rpm.	12 – 20x minuto.
FRECUENCIA CARDIACA:	105 lpm.	60 – 100x minuto.
TENSIÓN ARTERIAL:	130/80 mmhg.	120/80 MmHg.
TEMPERATURA:	36,5°C.	36,0 – 37,0 °C.
SATURACIÓN DE OXIGENO:	98%.	95 – 100%.

SIGNOS VITALES	SEGUNDO CONTROL: 15/05/2024	VALORES NORMALES
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20 rpm.	12 – 20x minuto.
FRECUENCIA CARDIACA:	100 lpm.	60 – 100x minuto.
TENSIÓN ARTERIAL:	130/80 mmhg.	120/80 MmHg.
TEMPERATURA:	36,5°C.	36,0 – 37,0 °C.
SATURACIÓN DE OXIGENO:	99%.	95 – 100%.
HB:	13.6 mg/dl.	11,6 a 15 mg/dl.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:	INICIO DE TRATAMIENTO: 15/05/2024
PESO:	56.5 kg.
TALLA:	147 cm.
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):	26.15 (sobrepeso).

Anexo 3. Exámenes de laboratorio

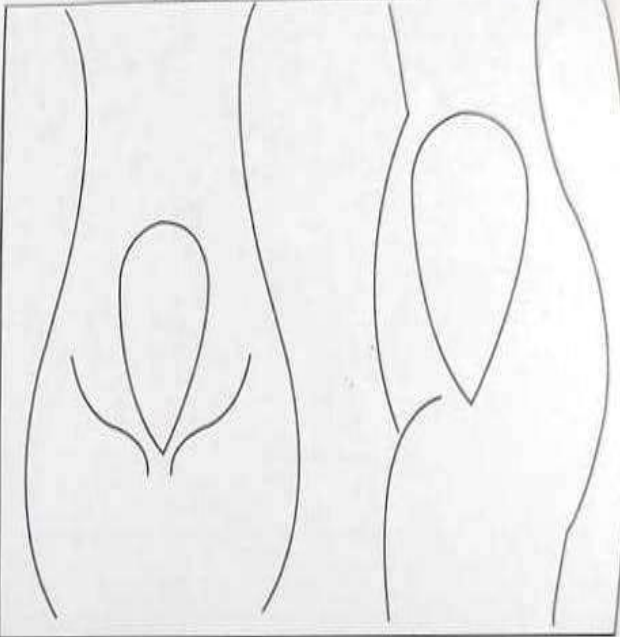
HEMOGRAMA		
	VALORES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	*12,34 10/UL	(5,00 - 10,00)
NEU %	69,50 %	(40,00 - 75,00)
LYM %	23,40 %	(21,00 - 40,00)
MON %	4,80 %	(3,00 - 7,00)
E0%	1,40 %	(0,00 - 4,00)
BAS %	0,90 %	(0,00-1,50)
RBC	4,55 10^6/UL	(4,00- 5,50)
HGB	13,90 G/DL	(12,00 -17,40)
HCT	42,70 %	(36,00 - 52,00)
MCV	94,0C FL	(76,00- 96,00)
MCH	30,60 PG	(27,00- 32,00)
MCHC	32,60 G/DL	(30,00- 35,00)
RDWSD	40,00 FL	(46,00 - 59,00)
RDWCV	13,90 %	(0,00 -16,00)
PLT	327,00 10/ML	(150,00 - 400,00)
MPV	4,50 FL	(8,00 15,00)
PLCC	46,00 10/ML	
PDWSD	16,50 FL	
PCT	0,15 %	
PDWCV	43,90 %	
PLCR	13,93 %	
BAS	0,11 10/ML	(0,00 -0,15)
EO	0,17 10/ML	(0,00 -0,50)
MON	0,59 10/ML	(0,15-0,70)
LYM	2,89 10/PL	(1,30- 4,00)
NEU	*8,58 10/PL	(2,00 - 7,50)
HEMATOLOGIA		
HEMOSTASIA		
GRUPO SANGUINEO	B	
FACTOR RH	POSITIVO	
BIOQUÍMICA	VALORES	
GLUCOSA	89,50 mg/dl	
UREA	*13,02 mg/dl	
CREATININA	0,62 mg/dl	
AC ÚRICO	3,38 mg/dl	
TGP/ALT	21,36 U/l	
TGO/AST	26,07 U/l	
COLESTEROL	*227,37 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	*512,61 mg/dl	
UROANALISIS		
EXAMEN FISICO	VALORES	VALORES DE REFERENCIA
COLOR	AMARILLO	AMARILLO
ASPECTO	CLARA	CLARA
EXAMEN QUIMICO		
DENSIDAD	1.010	(1.001,00-1.035,00)
PH	7,0	(5,00-9,00)
LEUCOCITOS	NEGATIVO	
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	
GLUCOSA	NEGATIVO	
CETONAS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	
BILIRRUBINA	NEGATIVO	
SANGRE	NEGATIVO	
SEDIMENTO		
CELULAS EPITELIALES	+	
LEUCOCITOS	1-3XC	
HEMATIES	NEGATIVO	
BACTERIAS	+	
CRISTALES	NEGATIVO	
FILAMENTOS MUCOSOS	NEGATIVO	
CILINDROS	NEGATIVO	
HONGOS	NEGATIVO	
LEVADURAS	NEGATIVO	
OTROS	NEGATIVO	

Anexo 4. Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON			
*Nombre y apellidos:		Fecha: 15/05/2024	
Edad: 46 años		Patologías médicas:	
**Antecedentes de interés:			
Quirúrgicos: Ligadura tubárica hace 16 años y recanalización tubárica hace 7 años. Familiares: Madre hipertensa.			
1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD			
Estilo de vida: Sedentario			
Conocimiento de su enfermedad: Si			
Régimen terapéutico/ autocuidados de sus patologías: Progesterona en ovulo, empezó por vía vaginal y luego vía oral. Se inyectaba 2 óvulos de Prolutex cada día por 19 días a las 6:00 am. Mantiene reposo absoluto y es cumplida con su medicación			
Manejo de dispositivos y medicamentos para su tratamiento: Toma diariamente la pastilla de hierro más ácido fólico.			
Factores de riesgo o hábitos tóxicos: Sedentarismo, Mala nutrición, Exceso de esfuerzo físico.			
Recursos de ayuda utilizados: No requerido			
2.- NUTRICIONAL – METABÓLICO			
Peso: 56,6 kg		Talla: 147cm	IMC: 26,2
Tª: 36,5°C		PC:	
Nutrición: Variada (Pollo, pescado, legumbres) Solo ingiere agua y jugos naturales.			
Dieta en las últimas 24 h: Pollo a la plancha con ensalada de legumbres.			
Alteración masticación o deglución: No			
Equilibrio hídrico: Positivo		Termorregulación: Normal	
Estado de la piel: Integro		UPP: No presenta	
3.- ELIMINACIÓN			
Fecal: Estreñimiento ocasional.			
Urinaria: Incontinencia urinaria por esfuerzo al realizar actividades que involucren un poco de fuerza.			
Recursos de ayuda utilizados: No requerido			
4.- ACTIVIDAD – EJERCICIO			
Pulso: 100		FR: 20	TA: 130/80mmHg
(izqdo.)		P pedios (derecho)	
Movilidad: Moderada, ya que el doctor le envió reposo absoluto			
Oxigenación (problemas respiratorios-cardiovasculares-hematológicos): Ninguno			
Ejercicio: Al inicio del embarazo regular, ahora no realiza		Riesgo de lesión,	
caídas: Bajo			
Recursos de ayuda utilizados: Escala de Morse			
5.- SUEÑO – DESCANSO			
Sueño: Descansa de 6 a 7 horas diarias			
Calidad del sueño: Regular		Nivel de energía: Regular	

Recursos de ayuda utilizados: Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño
6.- COGNITIVO – PERCEPTUAL Estado de conciencia: Alerta Capacidades senso perceptivas: Sin alteraciones. Capacidades cognitivas: Buenas, sin alteraciones. Dolor agudo o crónico: No presente Recursos de ayuda utilizados: No utilizado
7.- AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO Miedo/ ansiedad: Imagen corporal: Paciente se siente cómoda con su cuerpo Imagen personal: Alegre, optimista Autoestima: Buena Recursos de ayuda utilizados: No utilizado
8.- ROL – RELACIONES Comunicación (verbal y no verbal): Relaciones y roles sociales: No es una persona muy sociable, su vínculo consta en sus familiares. Sentimiento de aislamiento: Si, no le gusta contarle sus problemas a nadie. ¿Cómo vive la familia su enfermedad? La apoyan en lo que pueden Cansancio en el papel de los cuidadores: No tiene cuidadores. Es independiente. Recursos de ayuda utilizados: Cuestionario Duke-Unc
9.- SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN Factores que influyen en la alteración del patrón (fisiopatológicos, derivados de tratamientos, situacionales, de maduración) Conocimiento y autoconcepto sexual: Adecuado Problemas sexuales: No refiere Recursos de apoyo utilizados: No utilizado
10.- AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS Estado emocional: Ansiosa Cambios importantes en los dos últimos años: A sentido estrés y ansiedad los últimos meses, ya que empezó su embarazo y le preocupa el futuro de como vaya a ser el proceso de su embarazo y parto. Forma de resolver los problemas (ayudas, medicamentos o drogas relajantes): Ve series y escucha músicas relajantes Sistemas de apoyo: Se apoya en su esposo Capacidad de afrontamiento: Media Recursos de ayuda: No utilizado
11.- VALORES – CREENCIAS ¿La enfermedad/ situación actual, le permiten vivir según sus creencias y valores? Prioridades en salud: Si, es una persona creyente en Dios por lo cual trata de llevar su vida bajo los mandamientos de él. Recursos de ayuda utilizados: No utilizado

Anexo 5. Ecografías obstétricas

1º TRIMESTRE		POSICIÓN PLACENTARIA	
SACO AMNIOTICO			
Diámetro Longitudinal..... mm.			
Diámetro Transversal..... mm.			
Diámetro Anteoposterior..... mm.			
EMBRIÓN			
Longitud Corona - Rabadilla.....69..... mm.			
2º Y 3º TRIMESTRE			
FETO			
Diámetro Biparietal.....23..... mm.			
Diámetro Abdominal AP..... mm.			
Diámetro Abdominal transv..... mm.			
Longitud de Fémur.....11..... mm.			
Perímetro Craneal..... mm.			
Perímetro Abdominal..... mm.			
Peso Fetal..... g.			
MOVIMIENTOS		ACTIVIDAD CARDIACA	
EMBRIÓN	SI NO	SI NO	
FETO	xSI NO	SI x NO	
EDAD GESTACIONAL:13.3.....SEMANAS			

Comentarios: Producto único vivo longitudinal pélvico.

ILA normal.

Placenta fúndica grado 0.

Estructuras fetales aparentemente normales.

FCF 150/min.

ID embarazo de 13.3 semanas

TN 0.9

Anexo 6. Evidencias fotográficas.



