



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Proceso de atención de enfermería en gestante con Hiperémesis Gravídica

AUTOR:

Damelis Jeaveth Solis León

TUTOR:

Lcda. Elisa Álava Mariscal, Mgsc

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2022

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1. Justificación	5
1.2. Objetivos.....	6
1.2.1. Objetivo general:	6
1.2.2. Objetivos específicos:.....	6
1.3. Datos generales.....	7
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	7
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.	8
2.3. Examen físico	8
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.....	11
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	12
CONCLUSIONES	7
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
ANEXOS.....	9

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor y haberme permitido llegar hasta este punto, dándome salud e inteligencia para lograr cumplir mis objetivos.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y transformarme en quién soy. A hermanos por estar constantemente presentes, acompañándome y por la ayuda moral, que me brindaron durante esta fase de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado e hicieron que el trabajo se realice con éxito en particular a aquellas que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, y guiarme siempre, ser mi apoyo y fortaleza en esos instantes de complejidad y de extenuación.

Agradezco a mis padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por creer en mis expectativas, por los tips, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco al personal docente de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haberme compartido sus conocimientos durante estos años de formación de nuestra profesión, de forma particular, a la master Elisa Álava Mariscal tutora de mi proyecto de investigación quien me ha guiado con su paciencia, y su rectitud como maestra.

TITULO DEL CASO
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE CON
HIPEREMESIS GRAVIDICA

RESUMEN

El presente estudio de caso describe a una mujer de 32 años con un embarazo de 7 semanas de gestación con diagnóstico de Hiperémesis Gravídica, La Hiperémesis gravídica se refiere a náuseas y vómitos en mujeres embarazadas que son graves y pueden incluir deshidratación, pérdida de peso de más del 5%, cetonuria y desequilibrios metabólicos y electrolíticos.

Al igual que las náuseas y los vómitos, que son muy comunes durante el embarazo, la congestión nasal ocurre alrededor de la semana 5 y desaparece por sí sola a las 20 semanas, lo que a menudo impide que la paciente coma y se rehidrate adecuadamente. como profesional de enfermería debemos conocer en que enfoca y se caracteriza esta patología que incluye náuseas agudas y sensación de desmayos o mareos produciendo deshidratación.

El proceso de atención de enfermería, después de realizar la valoración física y por los patrones funcionales, se asigna un diagnóstico enfermo donde se ejecutará un plan de cuidados, actividades e intervenciones de enfermería, para brindar cuidados de calidad, calidez, durante la estadía hospitalaria, obteniendo así una pronta recuperación.

Es fundamental manejar de la forma correcta todos los signos e indicios debido a que se podrían complicar ocasionando una deshidratación severa, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis metabólica, alteraciones del estado nutricional entre otras. Si esta patología perdura más de la semana 16-18 de gestación se puede ver perjudicado gravemente el hígado y ocasionar una necrosis centrolobulillar grave.

Palabras clave: Embarazo, patología, diagnostico, Hiperémesis

ABSTRACT

This case study describes a 32-year-old woman with a 7-week gestation pregnancy diagnosed with Hyperemesis Gravidarum. Hyperemesis gravidarum refers to nausea and vomiting in pregnant women that are severe and may include dehydration, weight loss of more than 5%, ketonuria and metabolic and electrolyte imbalances.

Like nausea and vomiting, which are very common during pregnancy, nasal congestion occurs around week 5 and goes away on its own by 20 weeks, often preventing the patient from eating and rehydrating properly. As a nursing professional, we must know what this pathology focuses on and characterizes, which includes acute nausea and a feeling of fainting or dizziness, producing dehydration.

The nursing care process, after performing the physical assessment and functional patterns, a sick diagnosis is assigned where a care plan, activities and nursing interventions will be executed, to provide quality care, warmth, during the hospital stay. , thus obtaining a speedy recovery.

It is essential to handle all signs and indications correctly because they could be complicated by causing severe dehydration, hyponatremia, hypokalemia, metabolic acidosis, alterations in nutritional status, among others. If this pathology lasts for more than week 16-18 of gestation, the liver can be seriously damaged and cause severe centrilobular necrosis.

Keywords: Pregnancy, pathology, diagnosis, Hyperemesis

INTRODUCCION

En el presente caso practico se aboradara acerca de la Hiperémesis gravídica se refiere a náuseas y vómitos en mujeres embarazadas que son graves y pueden incluir deshidratación, pérdida de peso de más del 5%, cetonuria y desequilibrios metabólicos y electrolíticos.

Los vómitos son profusos y se estima que ocurren en 0.3% a 2% de los embarazos, la fiebre y el dolor abdominal no suelen ser característicos de la disuria. La enfermedad puede volverse grave rápidamente, por lo tanto, la congestión gravídica debe considerarse una emergencia obstétrica y una prioridad para la intervención terapéutica. La enfermedad puede afectar la salud del embrión o del feto durante el embarazo debido a las necesidades nutricionales no satisfechas.

La existencia de náuseas y vómitos incontrolables que se inician al principio del embarazo, esto conlleva un cambio en los hábitos particulares, familiares y sociales. Según (Emily E. Bunce, 2021) Hasta el 80% de las mujeres embarazadas sufren de náuseas y vómitos en algún grado son más frecuente y graves durante el primer trimestre.

En el estudio de caso sobre una madre gestante con diagnóstico de hiperémesis Gravídica que es un cuadro de vómitos y nauseas en el embarazo produciendo así una deshidratación a lo largo del día y se suma una intolerancia a la ingesta lo cual presenta una serie de signos físicos y analíticos evidentes, como una pérdida ponderal de peso.

Mediante los datos recolectado sobre la información se realizó el Proceso de Atención de Enfermería, entorno al diagnóstico de Hiperémesis Gravídica, detallando cuales son las intervenciones para determinar cuáles son los beneficios de su ejecución.

Por lo general estos factores son muy importantes para el personal de enfermería para así poder realizar una valoración céfalo caudal de la gestante, brindando los cuidados necesarios dentro de las áreas de ginecobstetricia y medicina interna como son la monitorización de los signos vitales, administración de medicamento, vigilancia y educación de cómo la hiperémesis Gravídica puede afectar en el embarazo.

MARCO TEORICO

Hiperémesis Gravídica

La hiperémesis gravídica (HG) constituye el espectro más grave de las náuseas y vómitos en el embarazo, en el que los vómitos persisten a lo largo del día y se suma una intolerancia a la ingesta. (Barcelona)

Es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 -2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, Cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. (Sibaja Muñoz L, 2011)

En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral en aproximadamente un 35 % de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo. Se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semana 14 -16. (Sibaja Muñoz L, 2011)

La hiperémesis gravídica es probablemente una forma extrema de náuseas y vómitos del embarazo. (Antonette T. Dulay, 2020)

Etiología e incidencia

La etiopatogenia de la hiperémesis gravídica se desconoce, si bien se considera la elevación sérica de los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (β -HCG) como uno de los factores principalmente implicados, hasta el punto de establecer una correlación entre los niveles de HCG y la intensidad de la emesis, razón por la cual está presente con mayor frecuencia en gestaciones múltiples. También se ha descrito la posible influencia de factores psicológicos. Existen factores sociodemográficos metabólicos, gástricos asociados con una mayor incidencia de hiperémesis gravídica. Se trata de una etiología multifactorial. (Cristina Pereira A, 2015)

La conducta terapéutica a seguir ante la presencia de los primeros síntomas se basa en la educación sobre hábitos dietéticos y nutricionales junto con

tratamiento farmacológico antiemético. El uso de tratamientos no farmacológicos podría ser eficaz en pacientes con sintomatología leve. En los casos de hiperemesis gravídica en los que exista una intolerancia total a la ingesta será necesario el manejo hospitalario para conseguir una rehidratación endovenosa eficaz. Si los vómitos son muy persistentes se debe administrar vitamina B1 o tiamina para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff. (Cristina Pereira A, 2015)

Existen una serie de causas predisponentes de tipo multifactorial que son: hormonales, gastrointestinales, nutricionales y psicológicas.

Causas hormonales: El aumento de la HCG, así como el grado de los estrógenos y la progesterona, niveles elevados en sangre de prostaglandina E2, recuento de leucocitos y además parece que está asociado con el incremento de otras hormonas como las tiroideas y la existencia de proteínas placentarias en sangre. Puede decirse que componentes placentarios sobre todo la HCG tiene la posibilidad de excitar la producción de estrógenos en el ovario por lo cual es conocido que el estrógeno se incrementa las náuseas y los vómitos. (Marta Carnicer C, 2020)

Esto se agrava no solo por la existencia en sí misma de la hormona en sangre, sino al incremento de ésta relacionadas con embarazos diversos y además por la realidad de una mola hidatiforme. (Marta Carnicer C, 2020)

Causas gastrointestinales: Presencia de *Helicobacter Pylori*, que está presente en más del 90% de los casos, pero existen estudios que demuestran que “es poco probable que el *Helicobacter pylori* sea el mecanismo principal en la fisiopatología de la hiperemesis gravídica”, también aparece alteración de la motilidad gastrointestinal por causa de las hormonas sexuales durante el embarazo provocando así una disminución de la presión del esfínter esofágico inferior, y se ha descrito un incremento de las enzimas hepáticas y de la amilasa pancreática. (Marta Carnicer C, 2020)

Causas por déficit nutricional: como es de vitamina B6, vitamina B1 y vitamina K y también se han descrito cambios en algunos oligoelementos como el zinc y el cobre. (Marta Carnicer C, 2020)

Causas psicológicas: Se generan además en conflictos psicológicos como Ambivalencia por personalidad inmadura, rechazo a la feminidad, histeria, neurosis y depresión, realizando que se tenga aversión hacia los alimentos. Los estudios actualmente, poseen el fin de aprender el desarrollo de la depresión, la ansiedad,

el trastorno de estrés en cualquier persona de sus maneras y otros trastornos psiquiátricos o psicológicos como un impacto de la hiperemesis gravídica, en vez de que dichos trastornos sean la causa. (Marta Carnicer C, 2020)

Causas genéticas: Existe una teoría que está en auge en la actualidad que es, la relación entre los factores genéticos y la aparición de hiperemesis gravídica. La prueba científica demostró la vida de precedentes parientes, madres, hermanas o las dos, las cuales sufrieron este trastorno en sus embarazos. (Marta Carnicer C, 2020)

Fisiopatología

La causa no se sabe realmente bien, aunque la hiperemesis parece tener relación con concentraciones séricas altas o en incremento veloz de gonadotropina coriónica, estrógenos o los dos. Se ha demostrado que el receptor HCG/ LH el cual está presente en las células corporal lúteo del ovario produciendo el estímulo de la progesterona sobre la Decidua para la comunicación inicial entre el blastocisto y el endometrio.

Además, está presente en diversas superficies del cerebro como en el hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral lo que explica HG. Se ha comunicado que las féminas con patología grave poseen incremento de 1.5 veces de la posibilidad de tener un feto del género femenino, lo cual apoya la conjetura de los estrógenos. (Sibaja M, 2011)

Epidemiología

La HG tiene una prevalencia de aproximadamente 0,3-3%. Se da con mayor frecuencia en madres primíparas, jóvenes, no caucásicas y no fumadoras. En las mujeres asiáticas y del Medio Oriente se vio una tasa de prevalencia más alta, de hasta un 10%, no obstante, es fundamental señalar que, gracias a la carencia de criterios diagnósticos uniformes para esta entidad, podría ser que se hayan tomado presente varias maneras más leves de náuseas y vómitos.

Sin embargo, el índice de masa del cuerpo (IMC) puede tener cualquier impacto sobre la HG; se demostró que las féminas con bajo peso son más propensas, en lo que los resultados sobre la obesidad son contradictorios. Referente a la recurrencia, el razonamiento sobre los componentes contribuyentes es reducido, sin embargo se vio que la etnia asiática o negra y la disfunción tiroidea se asocia con más posibilidad de recurrencia. (Sharielle & Luis, 2021)

Patogenia

La HG afecta a 0.3-2% de las mujeres embarazadas. En términos generales, se desconoce la causa, pero los factores contribuyentes incluyen los siguientes:

- Niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (HCG) como ocurre en gestaciones gemelares o enfermedad trofoblástica. (Venegas, 2016)
- Aumento de estrógenos: estudios han revelado que gestantes con enfermedad grave tienen un aumento de 1.5 veces de probabilidad de tener un feto femenino. Además, por efecto estrogénico durante el embarazo, se sabe que causa retraso en el vaciamiento gástrico y enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal. (Venegas, 2016)
- Aumento de progesterona, posiblemente debido a su papel en la disminución de la motilidad gástrica, esofágica e intestinal; además de producir una relajación del esfínter esofágico inferior. (Venegas, 2016)

Pronóstico y complicaciones

- **Sobre la mamá:** La HG es una afección auto limitada y con buen pronóstico, que con idóneas medidas remite espontáneamente cerca de la semana 20. Suele recurrir en embarazos posteriores y no hay agrupación con preeclampsia o parto pre término.

Se han descrito casos de encefalopatía de Wernicke por deficiencia de vitamina B1 (tiamina), con nistagmus, cefalea, ataxia y alteraciones de conciencia. Se diagnostica una vez que la paciente muestra niveles de piruvato sérico alto que mejoran con la gestión de glucosa. (Claudia Silva, 2006)

Se propone la profilaxis con 100 miligramo cotidianos de tiamina vía oral o intravenosa con resoluciones glucosadas. Otras complicaciones son la mielinosi pontina cerebral por hiponatremia severa, la cual es mortal; coagulopatía por deficiencia de vitamina K, vasoespasmos de arterias cerebrales, neumomediastino espontáneo, separación esofágica y muerte.

- **Sobre el feto:** En casos de pacientes con una pérdida de peso más grande al 5 % al peso anterior y malnutrición por tiempo prolongado, se ha señalado crecimiento en el peligro de restricción del aumento intrauterino y bajo peso al nacer.

Ciertos autores señalan partes mal formadas esqueléticas y del sistema nervioso central, y otros no descubren teratogenicidad relacionada con hiperemesis, ni cambios en la puntuación Apgar al nacer, ni en la tasa de legrado y de mortalidad perinatal con en relación a la población general. (Claudia Silva, 2006)

1.1. Justificación

La hiperémesis gravídica es una patología caracterizada por vómitos y náuseas persistentes, cuando el cuadro se agrava imposibilitan la correcta alimentación de la gestante que puede llevar a un cuadro de deshidratación, el objetivo principal de este estudio de caso es enseñar la conceptualización, manejo y tratamiento, requiriendo en muchas ocasiones tratamiento hospitalario para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas presentes y múltiples complicaciones tanto digestivas como neurológicas.

Con el estudio de caso de la paciente de 32 años de edad con hiperémesis gravídica, sirvió para reforzar mucho más los conocimientos de dicha patología y lo eficaz y eficiente en el mejoramiento de la paciente en el cual implica una serie de actividades que se ejecutaran para evitar posibles complicaciones y ayudar a mejorar el estado de salud de la paciente.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general:

Identificar el proceso de atención de enfermería, a una mujer gestante con hiperémesis gástrica en el Hospital General IESS QUEVEDO.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Valorar a la paciente de forma cefalocaudal y por patrones funcionales, para determinar un diagnóstico enfermero.
- Planificar las acciones de enfermería que van a contribuir en la mejoría de la paciente.
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas con el fin de restaurar el bienestar de la paciente.
- Evaluar los resultados obtenidos, posterior la ejecución de las acciones de enfermería planificadas.

1.3. Datos generales

En la Tabla 1 se muestran los datos generales del paciente gestante con hiperémesis gravídica.

Tabla 1: *Datos generales del paciente*

NOMBRE Y APELLIDO	XX
FECHA DE NACIMIENTO	02/08/1988
LUGAR DE NACIMIENTO	Quevedo
NACIONALIDAD	Ecuatoriana
GRUPO CULTURAL	Mestizo
EDAD	32 años
SEXO	Femenino
ESTADO CIVIL	Soltera
CEDULA	1206548768

Elaborado por: Damelis Solis León

Signos vitales

FC.	FR.	T°	TA: 110/70	SO2:
81X´	18X´	36.5°C		99%

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Historia clínica del paciente

Se trata de paciente femenina de 32 años que ingreso el 8 de febrero del 2021 con comorbilidades prolapso de la válvula mitral, quien ingresa con contexto de un embarazo de 7.4 semanas por FUM acompañado de una hiperémesis Gaviña, es valorada por el servicio de Ginecobstetricia donde refirieron que su embarazo se encuentra en normalidad, al momento se encuentra en el área de

hospitalización clínica recibiendo hidratación debido a los múltiples vómitos que presenta, está en NPO, un poco febril.

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

Paciente de sexo femenino de 32 años con embarazo de 7,4 semanas de gestación por FUM del 15 de diciembre del 2020, se le realiza valoración en la mañana con criterio de ingreso, presenta un cuadro clínico con días de evolución caracterizado con vómitos biliares incontables (más de 20 al día refiere la paciente junto a su esposo), también refiere que su micción ha disminuido que casi no orina, refiere presentar un dolor abdominal hace pocos días en el hipogastrio su dolor es punzante, presenta facies algica, ansiosa con breve signos de deshidratación al momento de ser valorada presento un score mama de 0 y un Glasgow de 15 puntos.

Anamnesis

Antecedentes personales:

- Alergia a la metro clopamida, patología valvular cardiaca actualmente si tratamiento

Antecedentes patológicos familiares:

- Familiares no presentan antecedentes de enfermedades respiratorias ni cardiacas.

Antecedentes quirúrgicos:

- Teratoma Ovario derecho (hace dos años)

2.3. Examen físico

Valoración cefalocaudal

- **Piel:** Pálida, rasgo de deshidratación, poco húmeda
- **Facies.** Algica
- **Cabeza:** Normo cefálica
- **Cuero cabelludo:** bien implantado, no presenta lesiones, limpio.
- **Frente:** tamaño amplio, sin pliegues
- **Cejas:** negras, bien implantadas.
- **Párpados:** simétricos

- **Ojos:** no secreción
- **Oídos:** 2, pabellones bien implantados, simétricos.
- **Boca:** Mucosa oral húmeda, sin lesiones
- **Cuello:** Simétrico, no adenopatías
- **Miembro Superior:** Simétricas
- **Miembro inferior:** Simétricas, sin edemas
- **Axilas- Mamas:** Normal
- **Tórax:** Simétrico, normo elástico, normo expansible, ruidos respiratorios presentes
- **Abdomen:** Ruidos hidroaereos, blando, deprimible, doloroso en Hipogastrio.

Sistema neurológico

Consciente orientada en persona, espacio y tiempo, lenguaje coherente, sin déficit motor.

Sistema digestivo

- **Hígado:** de tamaño normal y bordes regulares.
- **Vesícula:** ovalada distendida
- **Páncreas:** Ecogenico bordes regulares paredes finas tamaño normal
- **Bazo:** Homogéneo tamaño normal

Sistema reproductor

- **Útero:** cavidad ocupada por saco gestacional bordes regulares único con embriocardio.
- **Líquido** corioamniotico en volumen conservado
- **Ovarios:** conservado fondo de sacos de Douglas libre (acumulación de sangre o secreciones)
- **Vulva:** sin lesiones aparentes
- **Vagina:** Normotermica, normoelastica, sin sangrados

Valoración por patrones Funcionales (M. Gordon)

1. **Percepción / manejo de Salud:** Refiere un buen manejo de salud, sin antecedente de alcohol y drogas
2. **Nutricional y metabólico:** Poca ingesta de alimentos, se encuentra en NPO, piel con leves rasgos de deshidratación.
3. **Eliminación:** Micción reducida, estreñimiento por más de 20 días, presencia de vómitos
4. **Actividad / ejercicio:** Normotensa, no presenta disnea, poco ejercicio por motivo de su actividad.
5. **Sueño/ descanso:** No descansa sus 8 horas diarias por presencia de vómitos.
6. **Cognitivo / perceptual:** Se encuentra ansiosa, con una escala de Glasgow de 15 puntos.
7. **Autocontrol / autoconcepto:** Sin alteraciones, consciente de lo que presenta
8. **Rol y relaciones:** Se lleva bien con su pareja y familiares
9. **Sexualidad / Reproducción:** Está embarazada, no mantiene relaciones sexuales
10. **Adaptación / tolerancia al estrés:** Estresada, irritable por no poder dormir
11. **Valores y creencias:** Cree en Dios

Patrones funcionales alterados

- **PATRÓN 2:** NUTRICIONAL Y METABÓLICO
- **PATRÓN 3:** ELIMINACIÓN
- **PATRÓN 5:** SUEÑO Y DESCANSO
- **PATRÓN 10:** ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

2.4. Informe de exámenes complementarios realizados

EXAMENES DE LABORATORIO		
Parámetros	Resultados	Valor Referencial
Leucocitos	8.4	5.00 – 10.0010e3/UI
Neutrófilos%	5.68	2.0- 7.010 e3/UI
Linfocitos%	1.77	1.0- 5.810 e3/UI
Monocitos%	0.92	0.2- 4.810 e3/UI
Hemoglobina	12.7	12.00- 16.00 g/dL
Hematocrito	39.1	37.00-47.00%
Vol. corpuscular medio	85.9	80- 100fl
Plaquetas	321	150.00- 450.00 e3/UI
Glucosa	90	74- 106 mg/ dL
Creatinina	0.5	0.60- 1.20 mg/dL
Eosinofilos%	0.3	0- 5%
Urea	14	13- 43 mg/dL
Triglicéridos	76	Hasta 150 mg/dL
Colesterol	133	Hasta 200 mg/dL
Potasio	3.6	
Sodio	136	

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo

Presuntivo:

- Vómitos excesivos del embarazo
- Supervisión del embarazo de alto riesgo
- Embarazo Ectópico

Diferencial:

- Pancreatitis Aguda no especificada
- Pancreatitis idiopática Aguda
- Apendicitis

Diagnóstico definitivo:

- Hiperemesis gravídica con trastornos metabólicos

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

A continuación, se analizará el origen del problema

- **Biológica:** no refiere antecedentes familiares
- **Física:** Sin deficiencias
- **Ambientales:** Un buen entorno
- **Sociales:** Se lleva bien con sus familiares y aledaños

NANDA:0027
NOC: 0602
NIC: 4130

Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación

Etiqueta: 00027 Dx: Déficit de volumen de líquidos

M
E
T
A
S

R/C: Pérdida de líquido, deshidratación

Dominio: 2 Salud fisiológica.

Clase: G Líquidos y Electrolitos.

Etiqueta: Hidratación (0602)

Campo: 2 Fisiológico completo

Clase: N Control de la perfusión tisular.

Etiqueta: (4130) Monitorización de líquidos

E/P: Piel y mucosas secas, Pérdida de peso.

ESCALA DE LIKERT

Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)

	Antes		Después		
INDICADORES	1	2	3	4	5
Pérdida de Peso			x	x	
Diuresis		x			
Ingesta de líquidos		x		x	
Aumento de la temperatura			x		

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales.
- Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed
- Observar la cantidad, color y gravedad de la orina.
- Monitorizar peso.
- Administrar líquidos según corresponda.
- Vigilar egresos e ingresos.

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

NANDA:00134
NOC: 1618
NIC: 3320

Dominio 12: Confort Clase: Confort Físico

Etiqueta: 00134 Dx: Nauseas

R/C: Embarazo

E/P: Irritación gastrointestinal,
sensación de nauseas

Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud

Clase Q: Conducta de salud.

Etiqueta 1618: Control de náuseas y vómitos

Campo 1: Fisiológico Básico

Clase E: fomento de la comodidad física.

Etiqueta (1450): Nauseas

ESCALA DE LIKERT

Grave(1) Sustancial(2) Moderado(3) Leve(4) Ninguno(5)

Antes

Después

INDICADORES					
Evita olores desagradables					
Reconoce el inicio de nauseas					
Describe factores causales					
Informa de síntomas no controlados al profesional de asistencia sanitaria					

ACTIVIDADES

- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Proporcionar información acerca de las náuseas sus conductas y duración
- Evaluar el impacto de las nauseas sobre la calidad de vida
- Identificar Factores (medicamentos/procedimientos)
- Controlar factores ambientales.
- Indicar una buena higiene bucal frecuente
- Fomentar el descanso y el sueño adecuado para aliviar nauseas.

Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

En la teoría de Dorothea Orem, define su teoría general como una forma de cuidarse así mismo los cuales se componen con tres modelos teóricos que tienen interacción entre sí, estas son: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

El proceso de atención de enfermería llevado a cabo se relaciona con la teoría del autocuidado, donde desde la valoración e inspección de la paciente y los resultados de exámenes realizados, se fomenta las intervenciones planteadas que van encaminadas a educar a la paciente con base a las orientaciones sobre ingesta de alimentos correcta, actividad física, la forma de administración de la medicación prescrita y el apoyo emocional referente a el diagnóstico de Hiperémesis Gravídica con la intención de incentivar en la paciente una cultura de autocuidado.

2.7. Seguimiento

Día 1: 9-febrero-2021

Paciente de 32 años de edad con embarazo de 7 semanas de gestación con dolor abdominal más náuseas y vómitos por varias ocasiones, se le realizan exámenes de laboratorio evidenciándose amilasa de 300, la paciente al momento se encuentra tranquila, aunque continua con vomito.

- Tensión Arterial: 118/ 75 mmHg
- Pulso: 104 lm
- Frecuencia Respiratoria: 20 r/m
- Saturación de Oxígeno: 97%
- Temperatura 36,5 C

Plan de tratamiento

- Cloruro de sodio 0.9% ml a 84 ml/h
- NPO
- Ranitidina 50mg IV cada 12 horas
- Ondasetron 8mg IV cada 8 horas

- Glucometria cada 8 horas

Día 2: 13- febrero -2021

Paciente de 32 años ya conocida en el servicio con el diagnóstico de hiperémesis gravídica refiere que presenta mejoría a pesar de que continua con vómitos, además su dolor abdominal ha disminuido con escala de Glasgow de 15 puntos y un score mama de 0.

- Temperatura: 36 C
- Tensión Arterial: 110/ 70 mmHg
- Pulso: 78 l/m
- Frecuencia Respiratoria: 19 r/m
- Saturación de Oxígeno: 99%

Plan de tratamiento

- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% ml a 84 ml/h
- Ranitidina 50mg IV cada 12 horas
- Ondasetron 8mg IV cada 8 horas

Día 3:18- febrero-2021

Paciente se encuentra con mareos, náuseas y el día de hoy presento vómitos en la mañana, se encuentra sola sin compañía, presenta un poco de fiebre, continua en NPO, se procede a administrar hidratación de lactato de ringer con dextrosa al 5% más una infusión de complejo B, se encuentra a la espera de ser valoración nutricional:

- Temperatura: 38 C
- Tensión Arterial: 120/ 70 mmHg
- Pulso: 78 l/m
- Frecuencia Respiratoria: 19 r/m
- Saturación de Oxígeno: 96%

Plan de tratamiento

- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% ml a 84 ml/h
- Ranitidina 50mg IV cada 12 horas
- Ondasetron 8mg IV cada 8 horas
- Paracetamol 1g IV cada 8 horas
- Complejo B CD

Día 4: 22- febrero-2021

Paciente refiere que presenta vómitos en 2 ocasiones en las últimas 12 h refiere eructo y poco dolor abdominal es valorada por el servicio de ginecología donde refiere un abdomen blando depresible leve dolor a la palpación profunda genitales externos normales no presencia de sangrados con un plan nutricional de dieta blanda.

- Temperatura: 36 C
- Tensión Arterial: 135/ 70 mmHg
- Pulso: 76 l/m
- Frecuencia Respiratoria: 16 r/m
- Saturación de Oxígeno: 98 %

Plan de tratamiento

- Cloruro de sodio 0.9% ml a 84 ml/h
- Ranitidina 50mg IV cada 12 horas
- Dextrosa 5% 1000cc + Complexigeme 10cc + Ondasetron 8mg pasar 30 gotas por minuto
- Paracetamol 1g IV PRN
- Magaldrato antes de las comidas 5 ml

Día 5: 03-marzo-2021

Paciente de 32 años conocida en el servicio después de días de ingreso en la unidad hospitalaria con APP de pancreatitis aguda con mejoría en su estado anímico, se realiza una ecografía obstétrica reportando un embarazo de 12

semanas producto vivo, se mantiene con adecuada tolerancia a la dieta se procede al egreso médico, se recomienda continuar con un control externo del embarazo más vitaminas y ácido fólico.

- Temperatura: 36 C
- Tensión Arterial: 124/ 70 mmHg
- Pulso: 76 l/m
- Frecuencia Respiratoria: 19 r/m
- Saturación de Oxígeno: 98 %

Plan de tratamiento

- Ranitidina 150mg VO cada 12 horas
- Ondasetron 4 mg VO cada 12 horas
- Acido Folico 5 mg VO CD
- Lactulosa 15 ml VO CD
- Dimenhidrinato 25 mg VO cada 12 horas

CONCLUSIONES

El análisis de caso se concluyó que la hiperémesis gravídica son las náuseas y los vómitos que se muestran en los primeros meses del embarazo, una vez que el cuadro se agrava imposibilitan la idónea ingesta de alimentos de la gestante que puede llevar a un cuadro de deshidratación, es un fenómeno radicalmente recurrente, que están afectando alrededor de la mitad de las gestantes. Por lo se implementó una estrategia de cuidados según las necesidades que requería la paciente con Hiperémesis Gravídica.

Se implementó un correcto manejo de las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades de la gestante con Hiperémesis Gravídica, mejorando su estado anímico y calmar el dolor, las náuseas y el vómito, cabe recalcar que estos son tratamientos basados en el juicio y conocimiento clínico, administrados por enfermeras para respaldar los resultados esperados del tratamiento.

Mediante diálogos se pudo brindar información explicando a la paciente y a su familiar cuales son los cambios hormonales que se presentan en el embarazo y como se debería de manejar, puesto que los cambios hormonales son distintos en cada persona, por tal razón se procede a este dialogo con los familiares de la paciente.

Finalmente se concluye este trabajo afirmando que los peligros de esta enfermedad son la alcalosis/acidosis y la deshidratación, la corrección de la infusión intravenosa de líquidos, glucosa y electrolitos. Los pacientes suelen ser hospitalizados y puestos en cama y con una dieta brutal durante 24 horas, en muchos casos, se requieren antieméticos y sedantes ocasionales a menudo se requieren suplementos vitamínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonette T. Dulay, M. M. (Octubre de 2020). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/hiperemesis-grav%C3%ADica>
- Barcelona, U. d. (s.f.). *GUIA CLINICA DE MEDICINA FETAL*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
- Claudia Silva, G. P. (SEPTIEMBRE de 2006). *SCIELO*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300008
- Cristina Pereira A, R. M. (2015). Hiperemesis gravídica: a propósito de un caso. *REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA MATRONAS*, 54.
- Emily E. Bunce, R. P. (Junio de 2021). *MANUAL MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/n%C3%A1useas-y-v%C3%B3mitos-en-el-primer-trimestre-del-embarazo>
- Marta Carnicer C, M. V. (27 de Marzo de 2020). *Portales Medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hiperemesis-gravidica-2/>
- Sharielle, F. M., & Luis, G. O. (2021). Manejo de la hiperémesis gravídica según gravedad clínica. *Revista Médica Sinergia*, 8.
- Sibaja M, V. Q. (2011). Manejo d la Hiperemesis Gravidica. *reVista mÉdica*, 5.
- Sibaja Muñoz L, V. Q. (2011). Manejo de La hiperemesis Gravidica. *reVista mÉdica de costa rica y centroamÉrica IXviii*, 5.
- Venegas, F. C. (12 de Mayo de 2016). *Revista Médica Sinergia*. Obtenido de *Revista Médica Sinergia*: file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-HiperemesisGravidica-7070349.p



ANEXOS