



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD CON

EMBARAZO DE 16 SEMANAS.

AUTOR (A)

HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDA. BLANCA CECILIA ALVAREZ MACIAS, MSC.
DECANA
O DELEGADO (A)

LCDA. MARIA CECIBEL VERA MARQUEZ, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

LCDA. TANIA ISABEL ESTRADA CONCHA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

LCDA. DALILA GOMEZ ALVARADO
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO



Índice

Índice ii

Introducción 1

I. Marco Teórico 2

1.1. Hiperémesis Gravídica 2

1.1.1. Etiología. 2

1.1.2. Clínica de Hiperémesis. 4

1.1.3. Epidemiología. 4

1.1.4. Clasificación. 5

1.1.5. Causas. 5

1.1.6. Factores De Riesgo. 6

1.1.7. Pruebas Complementarias De Urgencia. 7

1.1.8. Complicaciones 8

1.1.9. Tratamiento. 8

Tratamiento Ambulatorio 8

Tratamiento Hospitalario: 8

1.2. Justificación 11

1.3. Objetivos 12

1.3.1. Objetivo General. 12

1.3.2. Objetivos Específicos. 12

1.4. Datos Generales 13

II. Metodología Del Diagnóstico 14

2.1. Análisis Del Motivo De Consulta 14

2.2. Historial Clínico Del Paciente 14

2.3. Anamnesis 15

2.4. Análisis Y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema. 16

2.5. Exploración Clínica 17

2.6. Valoración Por Patrones Funcionales (M. Gordon) 18

2.7. Formulación Del Diagnóstico Previo Análisis De Datos. 19

2.7.1. Diagnóstico de riesgo. 19

2.7.2. Diagnóstico real 21

2.8. Conducta A Seguir 23

2.9. Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, Considerando Valores Normales. 24

2.10. Seguimiento 25

2.11. Observaciones 25

III. Conclusiones 27

IV. Referencias Bibliográficas 28

Anexos 30

Introducción

La hiperémesis gravídica es una patología muy común en mujeres en estado de gestación que se encuentra caracterizada por vómitos acompañado por náuseas persistentes; la causa se desconoce pero se considera como factor principal implicado, a la elevación de los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana. Las náuseas y los vómitos persistentes en el embarazo, o también llamada hiperémesis gravídica se dan con mayor frecuencia en las primeras 12 semanas de gestación aunque algunas gestantes persisten durante periodos más largos, suelen remitir definitivamente hacia las 20 semanas.

Por lo tanto, el presente estudio de caso tiene como objetivo analizar la situación clínica de la persona gestante de 27 años de edad con 16 semanas de embarazo, mediante un plan terapéutico de enfermería.

En este caso clínico se describirá la etiología, epidemiología, Causas, factores de riesgo y tratamientos de la hiperémesis gravídica, los cuidados que se llevara a cabo el personal de Enfermería, se realiza una valoración por patrones funcionales y las intervenciones mediante el proceso de atención de enfermería (PAE) que deben darse ante esta patología para mejorar su estado de salud en la paciente.

I. Marco Teórico

1.1.Hiperémesis Gravídica

Las náuseas, vómitos e hiperémesis gravídica se diferencian sólo por el grado de intensidad de sus formas evolutivas, pero no en cuanto a su etiología. Las formas ligeras cursan con un cambio en la sensibilidad gustativa, disminución de apetito y estado nauseoso más o menos acentuado muy frecuente durante los primeros meses de embarazo. En el caso de Emesis gravídica ligera aumentan las náuseas y con frecuencia las pacientes presentan vómitos matutinos, sobre todo en ayunas.

La Hiperémesis gravídica se caracteriza por un cuadro de vómitos persistentes, frecuentes y severos. Afecta a 1 de cada 300 mujeres. Secundariamente aparecen signos de intensa deshidratación, acidosis, desequilibrio electrolítico y profundo estado de desnutrición como consecuencia del número elevado de vómitos. Son frecuentes las avitaminosis, sobre todo déficit de vitamina B1, que da lugar a neuralgias y polineuritis asociadas. La causa de la hiperémesis gravídica es desconocida pero parece estar relacionada con niveles elevados de estrógenos y de la HCG.

Antes de iniciar el tratamiento el médico debe asegurarse que los vómitos no estén relacionados con otras patologías que incluyen embarazo molar, gastroenteritis, úlcera péptica, etc. (Cabañas, Longoni, Corominas, Sarobe, Yurrebaso y Aguirrezabal , 2003)

1.1.1. Etiología.

Las causas de las náuseas y vómitos del embarazo son aún desconocidas, siendo probablemente de etiología multifactorial. Los factores implicados son los siguientes:

- Hormonales.

Se han correlacionado los niveles de HCG con la intensidad de la Emesis, así en procesos como gestaciones gemelares y enfermedad trofoblástica en los que los niveles de HCG son más elevados, también la Emesis es más intensa.

Durante las primeras semanas del embarazo hay evidencias del aumento de tiroxina libre sérica y disminución de los de tirotrófina, pero múltiples estudios sugieren que estos cambios se deben a la actividad de la HCG y no a la alteración primaria de la función tiroidea.

También se ha atribuido la causa de las náuseas y vómitos a una insuficiencia de la corteza suprarrenal secundaria a un déficit de producción de ACTH hipofisaria. Algunos autores han demostrado niveles de estrógenos más elevados en mujeres con hiperémesis y han sugerido que esta elevación es la responsable del cuadro. La progesterona se ha relacionado con esta sintomatología por su efecto sobre la motilidad gástrica, esofágica e intestinal.

Otros: prolactina, hormona de crecimiento, andrógenos...

- Neurológicos. Existe mayor labilidad del Sistema Nervioso Vegetativo, con enlentecimiento del vaciado gástrico. También puede existir una relación entre las náuseas y vómitos con la liberación de serotonina, como se ha demostrado al tratar casos de hiperémesis con antagonistas de los receptores de serotonina con resultado exitoso.
- Metabólicos. Podría tratarse de alteraciones del metabolismo del glucógeno hepático (su déficit matinal provocaría cetosis leve y, en consecuencia, náuseas y vómitos).
- Alérgicos o inmunológicos. Se explica por una reacción materna a las sustancias del embrión y/o por las diferencias genéticas entre el feto y el trofoblasto con respecto al organismo de la madre.
- Psicológicos. Se incluyen inmadurez, dependencia, histeria, depresión, ansiedad y alteraciones en el medio familiar y/o social en el que se desenvuelve la paciente. Se cree que la

corteza cerebral perdería la capacidad de control sobre los centros subcorticales del vómito.

(Maria Luisa Cañete Palomo , 2003)

1.1.2. Clínica de Hiperémesis.

- Náuseas y vómitos de predominio matinal, de contenido alimenticio, que pueden desencadenarse por el olfato, la vista o la ingesta de ciertos alimentos.
- Sialorrea y modificaciones del apetito y del gusto.
- Epigastralgias y a veces hematemesis por desgarramiento de la mucosa gastroesofágica.
- Pérdida de peso.
- Aliento fétido y con olor a frutas.
- Signos de deshidratación: palidez y sequedad de mucosas (labios con erosiones, lengua seca y con grietas, encías enrojecidas con llagas y faringe con petequias), pobre turgencia cutánea, ojos hundidos, hipotensión ortostática, taquicardia y oliguria.
- En situaciones extremas: encefalopatía, ictericia, hipertermia, insuficiencia hepatorenal, confusión, letargo y coma. (Maria Luisa Cañete Palomo , 2003)

1.1.3. Epidemiología.

Tanto las náuseas y vómitos del embarazo como la hiperémesis gravídica se dan con mayor frecuencia en las 12 primeras semanas de gestación, y aunque un 20% de las mujeres experimentan náuseas y vómitos durante un periodo más largo, la remisión completa no va más allá de las 16-20 semanas.

Las náuseas, alteración gastrointestinal más frecuente del embarazo, están presentes en el 70-80% de las embarazadas y los vómitos aparecen en el 50% de los casos, sin embargo, la hiperémesis gravídica es poco frecuente, apareciendo en el 0,3-2%. Más de la mitad de las

gestantes experimentan náuseas y vómitos principalmente por la mañana, un tercio durante todo el día y el resto por la noche.

La mayoría de las pacientes no necesitarán acudir a la atención especializada y podrán ser tratadas en los centros de atención primaria. Sólo el 1-2% requerirán ingreso hospitalario.

(Anabel Franco, 2011)

1.1.4. Clasificación.

La hiperémesis gravídica se puede clasificar en:

Hiperémesis gravídica leve:

- No hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor a 5%.

Hiperémesis gravídica moderada:

- Signo de deshidratación y pérdida de peso entre 5% y 10%.

Hiperémesis gravídica severa:

- Signo de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, pérdida de peso mayor al 10%

y oliguria. (Martines, Ramos, Vital, Correa, Serafin, Silva y Camargo, 2018)

1.1.5. Causas.

- Altos niveles de HCG (gonadotropina coriónica humana): esta hormona aparece durante las primeras semanas del embarazo y es esencial para su correcto desarrollo durante el primer trimestre de gestación. Los altos niveles de esta hormona pueden excitar la parte del cerebro que controla el vómito, que entonces se desencadena con más facilidad. Esta situación es típica del embarazo molar.

- Cambios hormonales: además de la HCG, son muchas las hormonas que aumentan o disminuyen sus concentraciones en sangre, como los estrógenos, que afectan del mismo modo al centro del vómito cerebral.

- Presión abdominal: durante el desarrollo del embarazo el feto y el útero aumentan su tamaño desplazando así todas las vísceras abdominales internas
- Dieta rica en grasas: las grasas saturadas, y sobre todo las de origen animal, se han relacionado con un mayor riesgo de padecer hiperémesis gravídica.
- Helicobacter pylori: esta bacteria es la responsable de la aparición de úlceras gástricas en gran parte de la población.
- Embarazo múltiple: este tipo de gestación (gemelos, trillizos...) es como cualquier otra pero con un mayor número de fetos, así que es fácil comprender que los cambios hormonales y el resto de situaciones estarán aumentadas en la futura mamá, y será más fácil que presente hiperémesis.
- Primer embarazo: las mujeres que se quedan embarazadas por primera vez tienen más riesgo de padecer el trastorno que las mujeres que ya han parido algún otro hijo.
- Antecedentes familiares: las mujeres que tengan madres o abuelas que hayan sufrido hiperémesis durante el embarazo, tienen más riesgo de lo habitual, lo que indica cierta susceptibilidad genética a este trastorno.
- Obesidad: las embarazadas que tengan un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m², presentan un riesgo mucho mayor de hiperémesis gravídica.
- Psicológica: se ha contemplado la posibilidad de que ciertos cuadros de hiperémesis gravídica se deban a un rechazo psicológico al embarazo. (Dr. David Saceda, 2018)

1.1.6. Factores De Riesgo.

Entre los posibles factores causantes de esta condición médica se pueden incluir:

- Altos niveles hormonales durante el embarazo, incluyendo a la hormona HCG y al estrógeno

- Deficiencia vitamínica o consumo de una dieta deficiente
- Hiperactividad de la glándula tiroides
- Reflujo gastroesofágico
- Infección causada por Helibacter Pylori (infección que causa úlceras estomacales.)
- Embarazos a una temprana edad
- Primer embarazo
- Sobrepeso
- Embarazos múltiples (más de un feto)
- Una dieta alta en grasa
- Mujeres con trastornos alimenticios
- Hiperémesis gravídica en embarazos anteriores
- Estrés emocional. (Elana Pearl, MD, 2014)

1.1.7. Pruebas Complementarias De Urgencia.

- Hemograma (hemoconcentración) y estudio de coagulación.
- Pruebas hepáticas. En casos graves podemos obtener aumento de urea, ácido

úrico, nitrógeno residual sérico, creatinina y osmolaridad. Los niveles de transaminasas hepáticas están elevados en el 15-25% de los casos de hiperémesis gravídica, pero raramente exceden en 3-4 veces los niveles normales y es más frecuente que estén elevadas si existe cetonuria.

- Pruebas pancreáticas: amilasa y lipasa.
- Proteínas totales y equilibrio ácido-base (alcalosis metabólica).
- Análisis de orina (cetonuria, aumento de la osmolaridad). Se descartará infección urinaria.
- HCG en caso de duda para descartar enfermedad trofoblástica.

- Ecografía obstétrica (valorar vitalidad fetal, número de embriones y enfermedad trofoblástica).
- Ecografía abdominal (descartar enfermedades hepatobiliares).
- ECG cuando las alteraciones electrolíticas o la sintomatología lo requieran. (Maria Luisa Cañete Palomo , 2003)

1.1.8. Complicaciones

- Demasiado vómito es dañino debido a que lleva a la deshidratación y al aumento deficiente de peso durante el embarazo.
- Los problemas psicológicos o sociales pueden estar asociados con este trastorno del embarazo y, si existen, es necesario identificarlos y abordarlos apropiadamente. (Ana Caballero, 2010)

1.1.9. Tratamiento.

Tratamiento Ambulatorio

- Medidas higiénico-dietéticas:

Comidas fraccionadas: frecuentes y de pequeña cantidad.

Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas y proteínas.

Evitar alimentos líquidos y calientes (mejor sólidos y fríos).

Evitar condimentos, bebidas con gas, alcohol, drogas y olores desencadenantes. Apoyo psicológico.

Tratamiento Hospitalario:

- Aislamiento, prohibición de visitas, reposo, psicoterapia.
- Dieta absoluta.

- Sueroterapia: 2000-3000 cc/24 h según peso corporal, alternando sueros fisiológicos con glucosados al 10%. Debemos conseguir diuresis mayores de 1000 cc/24 horas.

Reposición electrolitos:

- Na: 60-150 mEq. de ClNa/24 h.
- K: Si la concentración sérica es mayor o igual a 2,5 mEq/l, se administran 10 mEq/h; si la concentración sérica es menor o igual a 2 mEq/l, hay trastornos electrocardiográficos y/o alteraciones musculares, se administran 40 mEq/h.
- Cl: Se administra junto al Na para impedir trastornos ácido-base.
- Ca: 0,2-0,3 mEq/24 h de gluconato cálcico.
- Mg: 0,35-0,45 mEq de sulfato de magnesio.
- P: 7-10 mEq/1000 Kcal.
- Requerimientos nutricionales. Hidratos de carbono: 150-220 g/24 h, lípidos: 0,5-3 g/kg/24h y proteínas: 0,8-2g/kg/24 h.
- Añadiremos vitamina B6 (piridoxina) 100-300 mg/día, vitamina B1 (tiamina) 100 mg/día y vitamina C 1g/día.
- Antieméticos.
- Se reanuda la alimentación oral tras 24-48h sin vómitos, siempre y cuando los controles analíticos hayan mejorado y cese la pérdida de peso. Comenzaremos con alimentos espesos, escasos, inoloros, con buena presencia y los aumentaremos progresivamente, recomendando los consejos higiénico-dietéticos y los antieméticos vía oral. (Maria Luisa Cañete Palomo , 2003)

Los vómitos prolongados pueden ocasionar la pérdida de secreciones gástricas que produce alcalosis metabólica con hipopotasemia, desnutrición con determinados estados

deficitarios y caries dental. Son raras las complicaciones neurológicas (encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, mielolisis central pontina y vaso espasmos de arterias cerebrales), la infiltración grasa del hígado, la hemorragia retiniana, la rabdomiolisis, coagulopatías secundarias a déficit de vitamina K y neuropatías periféricas por deficiencias de vitamina B6 o B12. (Maria Luisa Cañete Palomo , 2003)

1.2. Justificación

La realización de este estudio de caso tiene como finalidad determinar el plan terapéutico de enfermería en una persona gestante de 27 años de edad con un embarazo de 16 semanas de gestación, el mismo que cursa con un cuadro clínico compatible con Hiperémesis Gravídica. Previo a su análisis y contextualización del caso, se determinará el diagnóstico de enfermería y propiamente el plan de cuidados.

Cuando estamos ante un cuadro clínico presentando vómitos continuos e intensos que impiden la correcta alimentación de la gestante nos encontramos ante una hiperémesis gravídica (HG), que puede complicarse y llegar a un cuadro de deshidratación así como también deficiencias nutricionales y alteración metabólica, solicitando en algunas ocasiones un tratamiento hospitalario para así reparar las alteraciones hidroelectrolíticas causadas por la deshidratación.

Se justifica el presente trabajo de investigación para aplicar el proceso de atención de enfermería, evidenciando las condiciones que afectan directamente el estado de salud y calidad de vida del paciente con hiperémesis gravídica en embarazo de 16 semanas de gestación.

Los beneficios de la realización del presente estudio de caso son: ampliar conocimientos teniendo en cuenta la sintomatología que se presenta en la paciente.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General.

Analizar la situación clínica de la persona gestante de 27 años de edad con 16 semanas de embarazo, mediante un plan terapéutico de enfermería.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Conocer las causas de la hiperémesis gravídica que aqueja en un paciente con embarazo de 16 semanas de gestación.
- Identificar las complicaciones gravídicas ocasionadas por el vómito y náuseas persistentes.
- Indicar mediante un plan de cuidados de enfermería el método viable que se le puede tratar al paciente para obtener su recuperación.

1.4. Datos Generales

Nombres completos: **XXX**

Fecha de nacimiento: **08/agosto/1990**

C.I: **1246904632**

Nacionalidad: **Ecuatoriana**

Edad: **27 años**

Sexo: **Femenino**

Estado civil: **Casada**

Ocupación: **Ama de casa**

Nivel de estudio: **Secundario**

Residencia anterior: **Machala**

Residencia actual: **Babahoyo**

Religión: **Evangélica**

Número de HC: **0175**

II. Metodología Del Diagnóstico

2.1. Análisis Del Motivo De Consulta

Paciente de 27 años de edad acude al área de emergencia en el hospital del IESS refiriendo vomito de hasta 7 episodios al día, acompañado con nauseas persistentes.

2.2. Historial Clínico Del Paciente

Antecedentes personales:

- Hábitos tóxicos

Alcohol: no ingiere

Tabaco: no consume

Drogas: no ingiere ningún tipo de sustancias ilícitas

- Fisiológicos

Alimentación: intolerancia total o parcial a la ingesta

Disnea: no presenta

Diuresis: normal

- Patológicos

Infancia: enfermedades comunes

Adulto: posible caso de hiperémesis gravídica

DBT: **SI – NO**

HTA. **SI – NO**

TBC: **SI – NO**

Otras (especificar): **SI – NO**

- Quirúrgicos: sin historial de algún procedimiento quirúrgico, hasta ahora

- Traumatológicos: no presenta ningún tipo de trauma, está orientada en tiempo y espacio

- Alérgicos: NO

- Otros: ninguno

2.3. Anamnesis

La paciente fue ingresada al área de emergencia en el hospital del IESS por presentar vómitos de hasta 6 episodios al día, acompañado de dolor abdominal tipo cólico y difuso, de predominio en el epigastrio, acompañada de astenia y también muestra signos de deshidratación por los vómitos persistentes. Refería amenorrea de dos meses por lo que se solicitó el test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil de 16 semanas. En el examen físico se presentó en el abdomen un malestar levemente dolorosa en forma difusa, sin embargo, se hallaron señales de ictericia, en el balance hídrico realizado notamos una diuresis menor de 500 ml en 24 horas.

Signos vitales:

- Temperatura axilar: 38°C
- Frecuencia respiratoria: 13 - 18 x´
- Frecuencia cardíaca: 60 - 85 x´
- Presión Arterial: 110/70 mmhg

Medidas Antropométricas:

- Peso habitual: 79 kg.
- Peso actual. 68 kg
- Talla: 1.73 cm.

Examen físico:

- Cabeza: Normo céfalo
- Cuello: Sin adenopatías
- Tórax: Simetría de los senos Lineales, sin salida de Calostro
- Miembros superiores: Simétricos sin edema.
- Abdomen: dolor tipo cólico
- Miembros Inferiores: Simétricos sin edema.

Valoración Por Sistemas:

- Órganos de los sentidos: Sin alteraciones
- Cardiovascular: Sin Alteraciones
- Respiratorio: Sin Alteraciones
- Digestivo: Emesis Continuas
- Genitourinario: oliguria
- Osteomuscular: Sin Alteraciones
- Piel y Tegumentos: señales de ictericia
- Neurológico: Nauseas, Mareos
- Psiquiátrico: Sin Alteraciones

2.4. Análisis Y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema.

Al analizar el cuadro clínico nos damos cuenta que esta patología de hiperémesis gravídica es muy común en embarazos que se trata de náuseas y vómitos persistentes.

Tabla 1
Orígenes del problema

Variable	Conceptual	Operacional	Indicador
E Hiperémesis gravídica	La Hiperémesis gravídica es una condición caracterizada por náuseas, vómitos, pérdida de peso y trastornos electrolíticos.	HG leve HG moderada HG grave	Hematocrito cetonas en orina presión arterial baja
Dolor Epigastrio	Dolor en la parte media superior del abdomen entre las costillas y el ombligo	Localización Irradiación	Leve Moderado Intenso
Astenia	Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.	Orgánica Funcional indeterminadas	Fatiga Mareo fiebre
Vómitos	Expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago.	Por su patogenia Por su aparición Por su aspecto	Incremento de la saliva. Incremento del ritmo cardiaco. Palidez. Sudoración.
Ictericia	Coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos.	Pre hepática Hepática Pos hepática.	Bilirrubina Debilidad Nauseas Fiebre

Elaborada por: Jenniffer Hernández

2.5. Exploración Clínica

La paciente de 27 años de edad con embarazo de 16 semanas de gestación refiere astenia, vómitos acompañados de náuseas persistente con signos de deshidratación, dolor abdominal tipo cólico y difuso de predominio en epigastrio.

Presenta exámenes de laboratorio donde reportan:

Tabla 2
Cuadro de exámenes

Nombre	Resultado	Rango
Hemoglobina	13g/dl	Normal: 10.5-16g/dl
Leucocitos totales	6.800	Normal: 3.500-10.000
Creatinina	0.84mg/dl	Normal: 0.8 a 1.4 mg/dl
Linfocitos	56%	Normal: hasta 55 a 60%
Hematocrito	37%	Normal: 32-48%
Albumina	3 g/dl	Normal: 3.5 a 5.5 g/dl
Urea	57 mg/dl	Normal 20 a 40 mg/dl
Bilirrubina	<4mg/dl	Normal: 0.3 a 1.9mg/dl

Elaborada por: Jenniffer Hernández
Datos obtenidos por el estudio de caso

2.6. Valoración Por Patrones Funcionales (M. Gordon)

1) Percepción / Control De Salud: Hiperémesis gravídica en embarazo de 16 semanas de gestación.

2) Nutricional Y Metabólico: Intolerancia total o parcial a la ingesta

3) Eliminación: vómitos y Oliguria.

En el balance hídrico realizado notamos una diuresis menor de 500 ml en 24 horas.

4) Actividad / Ejercicio: No valorable

5) Sueño / Descanso: sin alteraciones

6) Cognitivo / Perceptual: Consciente orientada en tiempo y espacio.

7) Autocontrol / Auto concepto: no valorable

8) Función Y Relaciones: casada

- 9) Sexualidad / Reproducción: embarazo de 16 semanas de gestación
- 10) Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés: astenia
- 11) Valores Y Creencias: evangélica.

Los patrones alterados

- Patrón 1: Percepción / Control De Salud
- Patrón 2: nutricional y metabólico
- Patrón 3: eliminación
- Patrón 10: Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés.

Se debe prestar atención a los cuadros de deshidratación ocasionados por los vómitos persistentes ya que pueden dar como resultado complicaciones muy graves en el estado de salud tanto para la madre como para el bebe.

2.7. Formulación Del Diagnóstico Previo Análisis De Datos.

Previo al análisis de la información recopilada por medio de la paciente realizamos el respectivo diagnostico según el proceso de atención de enfermería.

2.7.1. Diagnóstico de riesgo.

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)

Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Alteraciones que afectan la Absorción de líquidos E/P vómitos persistentes.

Cód.: 00028

Patrón: 02 nutricional y metabólico

Dominio: 2 nutrición

Clase: 5 Hidratación (Heather Herdman, PhD, 2012-2014)

Resultados de Enfermería (NOC)**Resultado:** Hidratación cód.: 0602**Dominio:** 02 salud fisiológica**Clase:** G (Heather Herdman, PhD, 2012-2014)**Indicadores NOC:**

- 060215 ingesta de líquidos
- 060211 diuresis
- 060223 pérdidas de peso
- 060222 aumento del nitrógeno ureico en sangre

Escala de Likert: 1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 no comprometido.

Puntuación: mantener a 2 y aumentar a 4 (Moorhead, 2012-2014)**Intervenciones de Enfermería NIC****Intervención:** Manejo de líquidos (4120)**Campo:** (II) fisiológico complejo**Clase:** (N) control de la perfusión tisular**Actividades:**

- Pesar a diario y controlarla intervención.
- Realizar un registro preciso de entrada y salidas.
- Realizar sondaje vesical, si es preciso.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y Presión

arterial ortostática según sea el caso.

- Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (Aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria)
- Administrar líquidos, según corresponda.
- Favorecer la ingesta oral. (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2012-2014)

2.7.2. Diagnóstico real

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)

Nauseas R/C embarazo E/P Aversión a los alimentos y expresa tener nauseas

Cód.: 00134

Patrón: 02 nutricional y metabólico

Dominio: 12 confort

Clase: 1 confort físico (Heather Herdman, PhD., 2012-2104)

Resultados de Enfermería (NOC)

Resultado: cód.: 1015 Función Gastrointestinal

Dominio: (II) salud fisiológica

Clase: (K) digestión y nutrición

Indicadores NOC:

- 101533 Vómitos

Escala de Likert: 1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 no comprometido.

Puntuación: mantener a 2 y aumentar a 4 (Moorhead, 2012-2014)

Intervenciones de Enfermería (NIC)

Intervención: Cód.: 1450 Manejo de náuseas

Campo: (I) fisiológico: Básico.

Clase: E fomento de la comodidad física.

Actividades:

- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad de los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, la escala descriptiva de Duke y el índice de Rhodes de náuseas y vómitos.

- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de entradas.
- Pesar al paciente con regularidad.
- Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.
- Verificar los efectos de las náuseas. (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner,

2012-2014)

Intervenciones de Enfermería (NIC)

Intervención: Manejo del vomito Cód.: 1570

Campo: (01) fisiológico: Básico.

Clase: (E) fomento de la comodidad física.

Actividades

- Medir o estimar el volumen de la Emesis.
- Determinar la frecuencia y la duración del vomito utilizando herramientas como la escala descriptiva de Duke o el índice de Rhodes de náuseas y vómitos.

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumente el vómito (ansiedad, miedo o ausencia de conocimiento).

- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de entradas.
- Aumentar gradualmente la ingesta de líquido si durante un periodo de 30 minutos no se han producido vómitos

- Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Fomentar el descanso.
- Pesar al paciente con regularidad.
- Controlar los efectos del control del vomito. (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2012-2014)

2.8. Conducta A Seguir

Mediante el análisis de este estudio de caso hay que tomar acciones para tratar la Hiperémesis gravídica.

- Hospitalización
- Control de signos maternos-fetales
- Control de ingesta
- Control de diuresis
- Peso diario
- Hidratación
- Bajar temperatura por medios físicos
- Administrar antieméticos
- Educación nutricional

2.9. Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, Considerando Valores Normales.

La Hiperémesis gravídica se refiere a náuseas y vómitos muy severos que aparecen durante el embarazo. Casi todas las mujeres tienen este tipo de síntomas durante la gestación, pero los cuadros de hiperémesis que provocan pérdidas de nutrientes y de líquidos muy importantes, afectan aproximadamente al 2% de las embarazadas, y esto se traduce en deshidrataciones y pérdida de peso.

Cuando se diagnostica hiperémesis gravídica en la hospitalización se debe observar o apreciar la aparición de complicaciones como:

- Demasiado vómito es dañino debido a que lleva a la deshidratación y al aumento deficiente de peso durante el embarazo.
- Los problemas psicológicos o sociales pueden estar asociados con este trastorno del embarazo y, si existen, es necesario identificarlos y abordarlos apropiadamente.

Los vómitos que persisten después del reemplazo inicial de líquidos y electrolitos se tratan con antieméticos según necesidad; los antieméticos incluyen

- Vitamina B6 10 a 25 mg VO cada 8 h o cada 6 h
- Doxilamina 12,5 mg VO cada 8 h o cada 6 h (puede tomarse junto con la vitamina B6)
- Prometazina 12,5 a 25 mg VO, IM o vía rectal cada 4 a 8 h
- Metoclopramida 5 a 10 mg IV o VO cada 8 h
- Ondansetrón 8 mg VO o IM cada 12 h
- Proclorperazina 5 a 10 mg VO o IM cada 3 o 4 h

Después de solucionar la deshidratación y los vómitos y Una vez que la paciente toleran los líquidos, pueden comenzar a probar con pequeñas cantidades de alimentos blandos, y se aumenta la dieta según tolerancia.

Cuando se diagnóstica Hiperémesis gravídica, independientemente de su tratamiento con antieméticos y soluciones intravenosas durante la hospitalización, es imprescindible, el control y seguimiento por consultas prenatales para evitar riesgos.

2.10. Seguimiento

Acorde al cuadro clínico de la gestante de 16 semanas se determina el plan terapéutico de enfermería, el mismo que pretende el tratamiento inmediato del problema real y la prevención de problemas potenciales y/o complicaciones relacionado al cuadro clínico inicial.

Medicamentos para controlar el vómito:

Antieméticos: Un antiemético es un tratamiento que permite aliviar, de forma preventiva o curativa, los vómitos y las náuseas. El antiemético actúa modificando la sensación de náuseas en el cerebro y algunos de ellos relajando los músculos de la parte baja del estómago. Se administran por vía oral o por vía intravenosa. (Jeann Francisco Pillou, 2013)

Por ende el tratamiento consiste en administrar antieméticos para así lograr evitar los vómitos así como también control de signos maternos-fetales y frente al cuadro de deshidratación se administrara líquidos por vía intravenosa según la prescripción médica y así lograr la pronta recuperación de la gestante.

2.11. Observaciones

El caso clínico que se presentó en paciente de 27 años de edad con embarazo de 16 semanas de gestación se la ingreso para tratar la hiperémesis gravídica más cuadro de deshidratación. Explicándole que:

Inmediatamente se debe hacer un ingreso hospitalario puesto que una Hiperémesis gravídica sin tratar puede traer complicaciones.

Después de solucionar la deshidratación y los vómitos es imprescindible, el control y seguimiento por consultas prenatales para evitar riesgos.

Mediante el análisis de este estudio de caso tuvo como fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

III. Conclusiones

Por medio de la elaboración de este estudio de caso con patología de Hiperémesis gravídica, tuvo como conclusión analizar la situación clínica de la persona gestante de 27 años de edad con 16 semanas de embarazo, mediante un plan terapéutico de enfermería, para así lograr su buen estado de salud en dicha paciente.

Se conoce que la causa más relevante del estudio de caso sobre la Hiperémesis gravídica son los altos niveles de HCG (Gonadotropina coriónica humana), los altos niveles de esta hormona excitan parte del cerebro que controla el vómito. Este origen tiene una duración desde la 6ta hasta la 12ava semana de gestación y que en algunos casos pueden prolongarse hasta la 20ava semana.

Las complicaciones que se presentan en este caso es la deshidratación, la cual es ocasionada por la pérdida involuntaria de líquidos y nutrientes por medio de los vómitos persistentes que presenta la paciente y que afecta el estado evolutivo de la gestante y el neonato.

Después de haber analizado el proceso de atención de enfermería se pudo conocer más a fondo y de manera práctica acerca de la patología “hiperémesis gravídica” y todas las complicaciones que se pueden ocasionar. Así mismo se pudieron analizar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades que requería el paciente para así lograr su pronta recuperación.

IV. Referencias Bibliográficas

- Ana Caballero. (17 de Diciembre de 2010). *Blogspot*. Obtenido de <http://anahia.blogspot.com/2010/12/hiperemesis-gravidica.html>
- Anabel Franco. (2011). Hiperemesis Gravidica. *Revista Electronica de Enfermeria*.
- Antonette Dulay, MD. (30 de Enero de 2013). *Manual MSD*. Obtenido de <http://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/hiperemesis-grav%C3%ADica>
- Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner. (2012-2014). *NIC*. España: Elsevier.
- Cabañas, Longoni, Corominas, Sarobe, Yurrebaso y Aguirrezabal . (2003). *Ostetricia y Ginecologia* . España.
- Dr. David Saceda. (31 de Julio de 2017). *Webconsultas revista de salud y Bienestar*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/sintomas-de-hiperemesis-gravidica>
- Dr. David Saceda. (3 de Febrero de 2018). Hiperemesis Gravidica. *Salud y Bienestar*.
- Drs. Claudia Silva y Gustavo Pages. (Septiembre de 2016). Hiperemesis Gravidica. *Scielo*.
- Elana Pearl, MD. (2014). Hiperemesis Gravidica. *Pregnancy*.
- Heather Herdman, PhD. (2012-2014). *NANDA* . España: Elsevier.
- Jeann Francisco Pillou. (21 de Octubre de 2013). *CCM*. Obtenido de <https://salud.ccm.net/faq/12595-antiemetico-definicion>

Lorna Sibaja y Natalia Vargas. (210). Manejo de la Hiperemesis Gravidica. *Ginecologia y Obstetricia*.

M Palacio. (23 de Febrero de 2009). *Clinic Barcelona, _Hospital Universitari*. Obtenido de https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf

Maria Luisa Cañete Palomo . (2003). *Urgencias en Ginecologia y Obstetricia*. Toledo: Fiscam.

Martines, Ramos, Vital, Correa, Serafin, Silva y Camargo. (2 de Febrero de 2018). Descripcion de los factores de Riesgo. *Portales Medicos*.

Moorhead, J. M. (2012-2014). *NOC*. España: Elsevier.

Anexos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaria de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Única de H. Consejo Directivo en sesión extraordinaria de fecha 28 de septiembre del 2017**, donde se indica: *"Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico, Estatuto Universitario y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declara **EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** a: **HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH, C.I. 0940375199** en la carrera de **ENFERMERIA**. Por consiguiente se encuentra **APTO** para el **PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO**".- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 27 de Septiembre del 2017

Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



Recibido
03/10/2017 15:32M





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

CEDULA: 0940375199
 NOMBRES: JENNIFFER LISSETH
 APELLIDOS: HERNANDEZ BAJAÑA
 SEXO: FEMENINO
 NACIONALIDAD: ECUATORIANA
 DIRECCIÓN DOMICILIARIA: SAN CAMILO PROMEJORAS
 TELÉFONO DE CONTACTO: 0994211260
 CORREO ELECTRÓNICO: LISSPRECIOSA_4@HOTMAIL.COM



APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	SI
VÍNCULO CON LA SOCIEDAD:	SI	PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES:	SI

DATOS ACADÉMICOS DEL ASPIRANTE

FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA: ENFERMERIA
 MODALIDAD: SEMESTRE
 FECHA DE FINALIZACIÓN:
 MALLA CURRICULAR: 08/31/2017
 TÍTULO PROFESIONAL(SI L TIENE): NO
 TRABAJA: NO
 INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA: NO

MODALIDAD DE TITULACIÓN SELECCIONADA

EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Una vez que el aspirante ha seleccionado una modalidad de titulación no podrá ser cambiada durante el tiempo que dure el proceso. Favor entregar este formulario completo en el CIDE de su respectiva facultad.

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

Jennifer Lisseth Hernandez Bajaña

ESTUDIANTE

[Signature]
03/10/2017 15:31

SECRETARIO(A)



Av. Universitaria Km 2 1/2 vía a Montalvo
 052 570 368
 rectorado@utb.edu.ec
 www.utb.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

SOLICITUD DE MATRÍCULA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Babahoyo, 3 de Octubre de 2017

Señor.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente.

De mis consideraciones:

Yo: **JENNIFFER LISSETH HERNANDEZ BAJAÑA** ;

Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **0940375199** ; con matrícula estudiantil #: _____ ;

habiendo culminado mis estudios en el periodo lectivo de: Marzo - Agosto 2017 ;

estudiante de la carrera de: **ENFERMERIA**

una vez completada la totalidad de horas establecidas en el artículo de la carrera y los demás

compentes académicos, me permito solicitar a usted la matrícula respectiva a la unidad de titulación

por medio de de la siguiente opción de titulación:

EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

Mi correo electrónico es: **LISSPRECIOSA_4@HOTMAIL.COM**

Por la atención al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

ESTUDIANTE

SECRETARIO(A)





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 03 de octubre del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente yo, **HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH**, con cédula de ciudadanía **094037519-9**, egresada de la carrera de **ENFERMERIA**, de la **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda la inscripción respectiva a la Unidad de Titulación para iniciar el Proceso de la Modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH
C.I. 094037519-9

03/10/2017 W 15:20m



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION



BABAHOYO, 29 DE ENERO DEL 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc
COORDINADORA DEL PROCESO DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.
 Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente Yo, **JENNIFFER LISSETH HERNANDEZ BAJAÑA** con C.I. **094037519-9** de la carrera de enfermería de la escuela de enfermería en la facultad de ciencias de la salud – UTB solicito que se me recepte de la manera formal mi tema de caso clínico N° 6 para el proceso de titulación en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O FIN DE CARRERA** Que es:

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 16 SEMANAS DE GESTACION.

Por la atención se sirva al presente quedo muy agradecida.

Atentamente


JENNIFFER LISSETH HERNANDEZ BAJAÑA
 094037519-9


 29/01/2018 13:15

CASO CLÍNICO # 6

DATOS FILIATORIOS:

Apellidos y Nombre: NN

Edad: 27 años

sexo: femenino

Ocupación: Ama de casa

Fecha de nacimiento: 8 de Agosto de 1990

Número de HC: 0175

Estado civil: Casada

C.I: 1246904632

Nacionalidad: Ecuatoriano

Residencia actual: Babahoyo

Residencia anterior: Machala

Grado de instrucción: Secundaria

Fecha de internación: 23 de Noviembre del 2017

Religión: Evangélica

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere vómitos de hasta 7 episodios al día, acompañado con náuseas persistentes

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente fue ingresada al área de emergencia en el hospital del IESS por presentar vómitos de hasta 6 episodios al día, acompañado de dolor abdominal tipo cólico y difuso, de predominio en el epigastrio, acompañado de astenia y también muestras de signos de deshidratación por los vómitos persistentes. Refería amenorrea de dos meses por lo que se solicitó el test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil de 16 semanas. En el examen físico se presentó en el abdomen un malestar levemente doloroso en forma difusa, sin embargo, se hallaron señales de ictericia, en el balance hídrico realizado notamos una diuresis menor de 500ml de orina en 24 horas.

ANTECEDENTES PERSONALES:

1) Hábitos Tóxicos:

Alcohol: no ingiere

Tacaco: no consume

Drogas: no ingiere ningún tipo de sustancias ilícitas

2) Fisiológicos:

Alimentación: intolerancia total o parcial a la ingesta

Disnea: no presenta

Diuresis: normal

3) Patológicos:

Infancia: enfermedades comunes.

Adulto: Posible caso de Hiperémesis Gravídica

DBT: SI – NOHTA: SI – NOTBC: SI – NOOtras: (especificar): SI – NO

Quirúrgicos: sin historial de algún procedimiento quirúrgico, hasta ahora.

Traumatológicos: no presenta ningún tipo de trauma, está orientada en tiempo y espacio.

Alérgicos: No

Otros: Ninguno

EXAMEN FISICO:

SIGNOS VITALES

PA: 110/70mmhg

FR: 13-18 x min

PULSO: 60/85 x min

T° Axilar: 38°C

Talla: 1,73 cm.

Peso Habitual: 79kg

Peso Actual: 68kg

EXAMENES DE LABORATORIO:

En los exámenes realizados en el laboratorio del hospital IESS, referimos que su:

Hemoglobina: 13g/dl 10.5 – 16g/dl	Normal:	Hematocrito: Normal: 32- 48%	37%
Leucocitos totales: 6800 -10.000	3.500	Albumina: Normal: 3.5 a 5.5 g/dl	3
Creatinina: 0,84 0,8 a 1,4 mg/dl	Normal:	Urea: Normal: 20 a 40 mg/dl	57
Linfocitos: Normal: hasta 55 a 60%	56	Bilirrubina: <4mg/dl	

DIAGNOSTICO MEDICO:

Embarazo de 16 semanas de Gestación Mas Hiperémesis Gravídica

Conforme los diagnósticos de enfermería correspondientes utilizando taxonomía NANDA

Valorar según el cuidado de atención de enfermería y e tipo de patología descrita, las prioridades y conducta a seguir en este caso clínico



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



Babahoyo, 2 de abril del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH** con cédula de ciudadanía 094037519-9, egresada de la Escuela de Enfermería, carrera Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **HIPEREMESIS GRAVIDICA EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD CON EMBARZADO DE 16 SEMANAS DE GESTACION**, para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido (a).

Atentamente,

HERNANDEZ BAJAÑA JENNIFFER LISSETH
C.I 094037519-9

02/04/2018 15:36m2