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 GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TITULO DEL CASO CLINICO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON EMBARAZO UNICO CON 12 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

AUTORA:

LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2018

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

UNIDAD DE TITULACIÓN

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDA. MARIA JOSEFINA ATIENCIA TORRES. MSC.
DECANA
O DELEGADO(A)

LCDA. MARILU HINOJOSA GUERRERO. MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO(A)

LCDA. MÓNICA ACOSTA GAIBOR. MSC.
COORDINADOR DEL CIDE
O DELEGADO(A)

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

ÍNDICE

PORTADA i
ÍNDICE ii
INTRODUCCIÓN 1
1 MARCO TEÓRICO 2
1.1 Embarazo normal. 2
1.1.1 Definición 2
1.1.2 Síntomas asociados al embarazo 2
1.2 Cambios asociados al embarazo. 4
1.2.1 Cambios Locales 4
1.2.2 Cambios generales 5
1.2.3 Cambios endocrinos 6
1.2.4 Cambios psicológicos 7
1.3 Nutrición en el embarazo. 8
1.3.1 Nutrientes básicos en el embarazo 9
1.4 Cambios fisiológicos hormonales 10
1.5 Hiperémesis gravídica. 11
1.5.1 Definición 11
1.5.2 Etiología 12
1.6 Manifestaciones clínicas. 14
1.6.1 Clasificación de los vómitos 14
1.7 Fisiopatología. 16
1.7.1 Clasificación 16
1.7.2 Emesis 16
1.7.3 Náusea 17
1.7.4 Arcada 17
1.7.5 Regurgitación 17

1.7.6 Dolor abdominal (tipo cólico): 17
1.7.7 Coluria: 18
1.7.8 Ictericia 18
1.7.9 Astenia..... 18
1.8 Justificación. 18

1.9 Objetivos..... 19

1.9.1 Objetivo General..... 19
1.9.2 Objetivos Específicos 19
1.10 Datos generales del paciente 19

2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO 21
2.1 Análisis motivo de consulta. 21

2.2 Historial clínico del paciente. 21

2.3 Anamnesis. 21

2.4 Antecedentes Gineco Obstétricos. 22

2.5 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema. 22

2.6 Exploración clínica 25

2.6.1 Inspección general 25
2.6.2 Valoración de enfermería 26
2.6.3 Valoración por patrones funcionales (M. Gordon) 27
2.7 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos. 28

2.7.1 Impresión diagnóstica..... 29
2.8 Conducta a seguir 29

2.8.1 Acciones de enfermería. 29
2.8.2 Cuidados de enfermería. 29
2.8.3 Medicación: 30
2.8.4 Tratamiento no farmacológico 30

2.8.5 Plan de alta..... 31
2.9 Plan de cuidados en paciente con hiperémesis gravídica. 31
2.10 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud,..... 35
2.10.1 Considerando valores normales. 35
2.11 Seguimiento 36
2.12 Observaciones 36
3 CONCLUSIONES 37
4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 38
5 ANEXOS..... 39

INTRODUCCIÓN

La hiperémesis gravídica es un Trastorno Metabólico, Hidroelectrolítico y Nutricional, que afecta a una gran cantidad de gestantes, estudios a nivel internacional, destacan esta enfermedad como una de las principales causas de Hospitalización durante la Gestación, destacándose en el Primer Trimestre, y que pueden ocasionar complicaciones Materno-Perinatal. Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre la semana 6-14 de la gestación, (suelen resolverse entre las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestre.

En la mayor parte de los casos se mantiene la hidratación y la nutrición por medio de un alivio farmacológico de los síntomas o con ligeros ajustes en la dieta (comidas diarias en pocas cantidades) El 0.25% -0.5% sufren una verdadera hiperémesis gravídica (vómitos incoercibles que impiden una correcta alimentación, ocasionando una pérdida de peso del 5% o más), que no responden al tratamiento sintomático y se caracteriza por una progresiva deshidratación. Es más frecuente en primigestas.

Dado que es un problema muy frecuente y molestoso para la embarazada en sus primeros meses de gestación. Es al médico de Atención Primaria al que posiblemente va acudir la paciente, en muchas ocasiones angustiada, en busca de atención. Por todo lo antes mencionado realizo el siguiente caso clínico: embarazo único con 12 semanas de gestación más hiperémesis gravídica, con la finalidad de brindar un cuidado de enfermería adecuado, para mejorar la calidad de vida de la paciente.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Embarazo normal.

1.1.1 Definición

Se denomina embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

1.1.2 Síntomas asociados al embarazo

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Entre los más importantes están:

Amenorrea: Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva (15-49 años, según la OMS) y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea una enfermedad física, algunas de cierta gravedad, tumores del

ovario, trastornos de la glándula tiroides, anorexia, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación. En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella.

Fatiga: Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten renovada energía, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche. Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con fuertes efectos tranquilizantes e hipnóticos. En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo.

Náuseas o vómitos: El 50 a 80% de las mujeres embarazadas experimentan náuseas y vómitos especialmente en el primer trimestre del embarazo. Esta condición está fuertemente ligada a cambios hormonales y no tiene causas bien conocidas. Estados más severos (hiperémesis gravídica) presentan riesgos de deshidratación, desequilibrios electrolíticos, alteraciones metabólicas y pérdidas de peso. Las náuseas y los vómitos típicos del embarazo pueden ocurrir a cualquier hora del día: mañana, tarde o noche. Lo bueno es que cerca de la mitad de las mujeres que padecen de náuseas dejan de tener estos síntomas al empezar el segundo trimestre.

Gustos y antojos: El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales.

Deseos frecuentes de orinar: A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás necesiten ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante del músculo liso. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado. **Cambios en las mamas:** Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de 10 podrás notar que la temperatura permanece igual al día que subió como consecuencia de la ovulación.

Mucosa vaginal: Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick - Jacquemier.

Constipación y flatulencia: La progesterona, hormona que es segregada en grandes cantidades por el cuerpo lúteo del ovario, determina un enlentecimiento del tránsito intestinal y como consecuencia también produce flatulencia.

1.2 Cambios asociados al embarazo.

1.2.1 Cambios Locales

El útero: Aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 gr. a 1.000 g. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto.

La vagina: Aumenta su elasticidad y aumenta la secreción de flujo, como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. **Las mamas:** Las mamas adquieren mayor sensibilidad y comienzan a crecer ligeramente, la areola alrededor del pezón adquiere más pigmentación y pueden observarse los vasos sanguíneos por debajo de la piel. Son cambios normales que indican que la glándula mamaria se está preparando para la lactancia, las mamas dejan salir una serosidad clara, acuosa y a veces teñida de amarillo, o bien un líquido pegajoso con un núcleo amarillento en el centro de una gota clara, el calostro.

Pared Abdominal: El ablandamiento del abdomen depende del crecimiento del útero y este comienza a partir del cuarto mes, en la primera mitad del embarazo las paredes abdominales aumentan de espesor por el acumulo de grasa, y se verifica simultáneamente una activa preparación progresiva del espacio abdominal; debido a este crecimiento en las capas de la piel ocurre desgarros (estrías) y aparecen manchas de color pardo rojizo, durante la gestación la fosita umbilical disminuye poco a poco de profundidad y acaba desapareciendo por completo, de modo que la cicatriz umbilical se aplica directamente a las paredes abdominales; también se observa una marca lineal marrón que va desde la zona umbilical hasta el pubis.

1.2.2 Cambios generales

Sistema Respiratorio: El tórax y el abdomen cambian su configuración por el crecimiento del útero, produciéndose un desplazamiento del diafragma. Sin embargo, estas modificaciones sólo producen una leve reducción de la capacidad pulmonar total, ya que el desplazamiento del diafragma es compensado por el incremento del diámetro transversal de la caja torácica. La respiración durante el embarazo es fundamentalmente costal. Esto se puede observar con facilidad en la posición sentada. Al inicio del embarazo ocurre dilatación capilar en todo el tracto respiratorio, llevando a un engrosamiento de la mucosa nasofaríngea, de la

laringe, tráquea y de los bronquios. Esto produce una modificación en la voz y a veces dificultad para respirar. El diafragma se eleva hasta 4 cm., pero hay un aumento compensatorio de 2 cm. en los diámetros anteroposterior y transverso y un ensanchamiento de las costillas, por lo que la caja torácica se aumenta en 5 a 7 cm.

Sistema Cardiovascular: El corazón se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba, se produce así mismo aumento marcado del volumen sanguíneo, apareciendo anemia, estancamiento de sangre en las extremidades inferiores, produciendo edemas y formación de varices. El útero también ejerce presión sobre la vena cava inferior produciendo disminución de la tensión arterial, con síntomas de mareo, palidez y frialdad. Aumenta la frecuencia y el gasto cardíaco, ocurre un Aumento del volumen de sangre lo cual provoca una disminución en las concentraciones de hemoglobina y se traduce en anemia fisiológica de la embarazada. No hay que confundirla con anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), tan frecuente durante el embarazo. El riesgo de anemia se presenta sobre todo a partir de la semana 20 de la gestación cuando empieza la expansión plasmática y durante el parto en el que hay pérdida de sangre y la recuperación es más lenta.

Sistema Gastrointestinal: Se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona. Se relaja el músculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal y a la vez disminuye la motilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes. Esto suele ocasionar estreñimiento. Así mismo, la relajación del cardias produce regurgitación y acidez, síntomas tan comunes en las embarazadas.

1.2.3 Cambios endocrinos

Los niveles de prolactina se incrementan desde 29 ng/ml a 150 ng/mL para asegurar la lactancia.

La Hipófisis posterior: No se hipertrofia, pero aumenta sus niveles de oxitocina cerca al término.

Tiroides: Hay un crecimiento difuso de la glándula.
Paratiroides: Hipertrofia creciente debido al incremento de la demanda por calcio
Suprarrenal: Hipertrofia particularmente de la corteza que produce cortisona y aumento de los mineralocorticoides (aldosterona)

Insulina: Secreción incrementada. El 90% de las mujeres embarazadas experimentan la aparición de manchas oscuras en la piel como consecuencia de una hormona que se encuentra incrementada por el embarazo. Esta hormona induce el aumento de la producción del pigmento en la piel (melanina), causando el oscurecimiento en las areolas, en la región genital y en la línea media del abdomen. Otra mancha frecuentemente observada en casi el 70% de las embarazadas, es el melasma, también conocido como la "máscara del embarazo". Su nombre se debe a su localización preferente en ambas mejillas, dorso de la nariz y/o frente.

1.2.4 Cambios psicológicos

Los cambios psíquicos suelen aparecer en tres períodos o etapas a lo largo del embarazo:

Primer trimestre. Esta es una época de gran inseguridad emocional y estrés, aparecen dudas sobre la realidad del embarazo o sobre si éste llegará a término o no. Se perciben deseos de dormir más de la habitual (hipersomnio), en las relaciones sexuales, puede haber una discreta disminución del deseo sexual. Todos estos miedos y ansiedades se van atenuando según va avanzando el embarazo.

Segundo trimestre. Es un período caracterizado por la estabilidad, adaptación y seguridad. Es en este periodo cuando comienza la comunicación entre madre e hijo aparecen los antojos aumente el apetito sexual se observa un aumento con respecto al primer trimestre.

Tercer trimestre. Este período se caracteriza por la sobrecarga, generalmente comienza con un sentimiento de tranquilidad y suele desaparecer el miedo hacia la normalidad o no del hijo, quedando únicamente reducido al temor del momento del parto y de que éste produzca o no sufrimiento al hijo, también es corriente que la mujer en este último período suelen sentirse poco atractivas y les preocupa el no gustar a su pareja. En cuanto a las relaciones sexuales suelen disminuir de nuevo en este periodo.

1.3 Nutrición en el embarazo.

Durante el embarazo, en la madre se requiere una mayor cantidad de nutrientes, para satisfacer las necesidades básicas tanto de ella como del bebé que se está formando. Aquellas mujeres que comen en forma deficiente durante este periodo pueden presentar mayores complicaciones que las que están bien nutridas. Entre los cuidados que se tienen que tener durante un embarazo, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación.

Comer en exceso y comer en forma deficiente durante este periodo, pueden ocasionar muchos riesgos y mayores complicaciones Los cambios metabólicos que se producen en la madre y en el bebé en crecimiento producen en el organismo materno demandas nutricionales adicionales, las cuales deben ser satisfechas mediante el aumento de la ingesta de algunos nutrientes. No se trata de comer más, o comer por dos, como muchas mujeres creen, sino tener en cuenta cuáles son las necesidades nutricionales que requieren los cambios metabólicos de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo de su bebé.

El aumento de peso de la madre durante el embarazo, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, se debe al peso del bebé, de la placenta y al aumento de tamaño de los órganos de la mamá, es decir del útero y de las mamas. El peso de la madre puede estar asociado con enfermedades o problemas de la madre o del bebé, por lo que el embarazo debe tener un adecuado control por el médico y la madre debe seguir las indicaciones, ya que poco aumento puede asociarse también con el bajo peso del recién nacido y el aumento excesivo, puede estar relacionado con enfermedades de la madre como

hipertensión, problemas de tiroides, eclampsia o diabetes, que pueden ocasionar graves complicaciones durante el embarazo.

La madre debe consumir alimentos variados de los tres grupos, balanceados y evitar el consumo excesivo de alimentos grasos, sal y carbohidratos y controlar mucho su peso, ya que la salud de su hijo y su recuperación después del parto depende mucho de esto.

1.3.1 Nutrientes básicos en el embarazo

Energía. La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado nutricional normal se consideraba alrededor de 300 Kcal diarias. En mujeres enflaquecidas las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal en segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre

Proteínas. La necesidad adicional de proteínas se estima en 10 gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales. De acuerdo con los patrones alimentarios las proteínas no representan un nutriente crítico y en general son adecuadamente cubiertas en la alimentación.

Grasas. Deben aportar no más del 30% de las calorías totales. Es importante incluir ácidos grasos esenciales de la familia "omega-6" presentes en aceites vegetales (maíz, pepa de uva) y de la familia "omega-3" que se encuentran fundamentalmente en los aceites de soya, y en alimentos como el pescado, almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo y del niño durante la lactancia.

Hierro. Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales, pan y cereales fortificados.

Calcio. Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 – 1200mg (citrato de calcio preferentemente porque se absorbe mejor en el medio ácido) por día. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer. Existen algunas evidencias que el déficit de calcio determina mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. El uso de alimentos fortificados y/o suplementos es una alternativa para mejorar la ingesta. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt).
Zinc. También presenta una baja ingesta en las embarazadas y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Ácido fólico. Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 µg/día (más del doble de la cifra previa) y a 600 µg/día en la embarazada. La asociación entre este nutriente y los defectos de cierre del tubo neural fue extensamente analizada. Su uso en altas dosis (4,0mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN (Defecto del Tubo Neuronal) desde 60 a 90 dias antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo. Los defectos más comunes del tubo neural son la espina bífida (una malformación de la médula espinal y la espina dorsal que consiste en que éstas no se cierran completamente), la anencefalia (severo desarrollo insuficiente del cerebro) y la encefalocele (cuando el tejido cerebral sale hacia afuera de la piel a través de un orificio en el cráneo). Todos estos defectos ocurren durante los primeros 28 días del embarazo; generalmente antes de que una mujer sepa que está embarazada.

1.4 Cambios fisiológicos hormonales

Las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) son glicoproteínas producidas y liberadas por la hipófisis anterior, de donde se vierten al torrente sanguíneo para así alcanzar sus órganos blanco, las gónadas. Ambas hormonas, favorecen la maduración gonadal y la esteroidogénesis, capacitando al

organismo para que se pueda reproducir. La FSH, en la hembra, actúa sobre los folículos en los que se encuentran los óvulos en desarrollo, produciendo su crecimiento además de iniciar la secreción de la hormona sexual femenina, el estrógeno, que al alcanzar determinados niveles, inhibe la secreción hipofisiaria de la FSH. En el macho, esta hormona promueve la espermatogénesis. La LH produce la ruptura del folículo y así se produce la ovulación y el folículo que nutrió por algún tiempo al óvulo, por efecto de esta hormona, crece y da origen al cuerpo lúteo, mismo que empieza a secretar progesterona, hormona indispensable en el embarazo. Si el óvulo no se fecundó, el cuerpo lúteo se encoge gradualmente y deja de secretar progesterona y se inicia otro nuevo ciclo sexual. Esta hormona, en el macho, favorece la secreción de andrógenos.

La progesterona se halla en los ovarios y en la placenta, y se desarrolla en la pubertad y la adolescencia. Dicha hormona, es la encargada de conservar sujeto el endometrio en el útero, debido a que cuando éste cae se genera la menstruación y, por consiguiente, no habría embarazo. La hormona que da inicio a todo el proceso es el **estrógeno,** la cual se ocupa del desarrollo sexual femenino**.** El estrógeno se encuentra presente en diversas partes del cuerpo, siendo también las responsables de la pigmentación de los pezones, areolas y genitales. Los estrógenos resultan fundamentales al momento de concebir, incluso la placenta la produce para promover el desarrollo correcto de la gestación. Al mismo tiempo, la placenta genera **la lactógena,** una hormona que se encarga de estimular las glándulas mamarias para la secreción de la leche materna. También incide en el desarrollo del feto. Para finalizar**, la gonadotropina coriónica humana**, conocida también como la hormona del embarazo, cumple la función de administrar los nutrientes necesarios al embrión, al tiempo que estimula la producción de otras hormonas indispensables para la gestación.

1.5 Hiperémesis gravídica.

1.5.1 Definición

Se llama “hiperémesis gravídica” a la presencia de náuseas y vómitos en forma grave, pudiendo producir un cuadro de deshidratación en la mujer. La embarazada tiene una intolerancia gástrica absoluta o casi absoluta, con vómitos persistentes y repetitivos que alteran su estado general, con desequilibrio de su medio interno (líquido extracelular y electrólitos), deficiencia nutricional y pérdida de peso mayor del 5% al peso inicial del embarazo. La incidencia de la “hiperémesis gravídica” es del 0,3 a 1,5% de los embarazos.

1.5.2 Etiología

Factores genéticos. Debido a que se presenta en gemelas monocigotas, hijas de madres con hiperémesis también desarrollan esta patología, y por qué se presenta en familias con déficit de receptor a glicoproteínas.

Factores inmunológicos: Se cree que existe una alteración en la inmunidad celular manifestada por el aumento de la concentración y actividad de la adenosina.

Factores hormonales: Si se enfoca a la “hiperémesis gravídica” desde un punto de vista orgánico, el factor más comúnmente asociado a este cuadro es la secreción de la hormona gonadotrofina coriónica humana, ya que se ve que los vómitos se inician desde el comienzo del embarazo coincidiendo su mayor intensidad con la máxima secreción de gonadotrofinas coriónicas. Un hecho que avalaría esta hipótesis es que la “hiperémesis gravídica” se presenta con más frecuencia en embarazos en los que hay una producción aumentada de esta hormona, como el de mellizos o molares. También hay teorías que sugieren que su causa podría deberse a una disminución en la función de la glándula suprarrenal, liberando menor cantidad de hormona adrenocorticotrofina (que sirve para estimular la producción y secreción de cortisol el cual controla el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas). Esta teoría se basa en que la administración de esta hormona muchas veces hace desaparecer la enfermedad.

Factores psicológicos: Cuando se ha enfocado este cuadro clínico desde un punto de vista psicológico, llamó la atención que las mujeres con “hiperémesis gravídica” no desean estar embarazadas, aunque continúe con su embarazo, situación conflictiva para la mujer que no se anima a expresar la ambivalencia de sentimientos que tiene ante la gestación. Al no poder expresar verbalmente este sentimiento, por miedo a ser criticadas o por autocensurarse, las embarazadas vomitan. Desde el punto de vista psicológico el vómito se interpreta como un acto simbólico de rechazo al embarazo, y sería una forma inconsciente de descargar sus sentimientos. Algunos estudios encuentran que tienen más vómitos las mujeres ansiosas, con tendencia a la depresión. Sin embargo también se presenta la “hiperémesis gravídica” en mujeres en las que no se encuentra ningún conflicto psicológico, con parejas y familias capaces de contenerlas y apoyarlas. Lo aconsejable es considerar cada caso en particular, sin generalizar, indicando las medidas adecuadas para aliviar los vómitos y mejorar el estado general, valorando si es necesario el apoyo psicológico.

Otros

1) **Motilidad gástrica:** Durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos.

2) **Déficit de vitaminas:** La falta de vitamina “B puede producir vómitos.

3) **Presencia de “Helycobacter pilory**”: Es una bacteria que vive exclusivamente en el medio ácido de estómago, y que infecta la mucosa gástrica, produciendo gastritis o úlcera gástrica.

4) **Dieta elevada en grasas.** Las mujeres que mantienen una dieta alta en grasas tienen un riesgo mayor de desarrollar hiperémesis gravídica. El riesgo aumenta cinco veces más por cada 15 gramos adicionales diarios de grasas saturadas (tales como una hamburguesa con queso de 1/8 kg o 1/4 lb).

Factores de riesgo: Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.

1) Más frecuente en la raza blanca, menos frecuente en la negra.
2) Antecedente en hiperémesis gravídica en embarazos previos
3) Enfermedad del trofoblasto.
4) Embarazo múltiple.
5) Antecedente de embarazo pretérmino.
6) Madre o hermana que padeció con hiperémesis gravídica
7) Primigrávidas adolescentes.
8) Enfermedad hepática crónica.
9) Fumadoras.
10) Peso mayor de 77 Kg (obesidad) o IMC > a 20Kg/m2.
11) Producto de sexo femenino.
12) Factores emocionales y psicológicos: pueden asociarse A factores como embarazo no deseado o planificado o falta de atención del esposo con la paciente, siendo la hiperémesis un modo de llamar la atención del ser querido.

1.6 Manifestaciones clínicas.

Es muy importante no confundir los vómitos simples del embarazo, pasajeros y que revierten fácilmente, con aquellos vómitos que aumentan en intensidad y frecuencia y que implican un riesgo para la embarazada.

Los vómitos generalmente van precedidos por náuseas, aparecen por la mañana y son desencadenados por olores fuertes, a tabaco, comida y perfumes entre otros. La evolución de este cuadro es progresiva. El diagnóstico se realiza en base a síntomas, pruebas de laboratorio y al examen físico Los síntomas son inconfundibles y algunas veces hasta incapacitantes. Estos pueden ser: Náuseas severas, especialmente después del primer trimestre.

1.6.1 Clasificación de los vómitos

- **Vómitos agudos**, aquéllos de duración menor a una semana.

- **Vómitos persistentes y excesivos**. Se considera que el vómito es excesivo cuando ocurre más de tres o cuatro veces al día.

- **Vómitos crónicos recidivantes**, de duración mayor a una semana y alternan episodios eméticos con periodos asintomáticos de 5 a 10 días de duración.

- **Vómitos no relacionados con los alimentos.** Pérdida de peso mayor de 2 kg (5 lb) durante un período de una a dos semanas.

Cuando los vómitos persisten, puede haber síntomas de deshidratación y:

- Aturdimiento.
- Dolores de cabeza
- Confusión
- Desmayo
- Sequedad de la piel, ojos hundidos, mucosas y labios secos
- Disminución en la cantidad de orina.
- Piel pálida y puede estar amarillenta.
- Aumento de la frecuencia del pulso
- Disminución de la presión arterial
- En un último período aparecen trastornos nerviosos, como pérdida de los reflejos, solo se lo observa cuando no ha sido tratada en forma correcta
- Estreñimiento, diarrea a veces.
- Dolor epigástrico
- El paciente está confinado a la cama
- Dientes cubiertos de fuliginosidades.
- Olor a acetona en el aliento
- La ictericia es un signo tardío

1.7 Fisiopatología.

Tempranamente en el curso de la enfermedad los vómitos continuos llevan a deshidratación severa, hipovolemia con hemoconcentración, disminución del volumen extracelular, depleción de electrólitos y pérdida de peso, aumento del hematocrito, ácido úrico, osmolaridad sérica y urinaria y gravedad especifica de la orina, y diminución del volumen urinario y del aclaramiento de la creatinina. La frecuencia cardiaca aumenta y la presión arterial disminuye. Con una ingesta calórica negativa y múltiples deficiencias vitamínicas, particularmente del grupo B y la vitamina C. Los vómitos severos causan pérdida de iones hidrógeno, sodio, potasio, y cloro, dando como resultado hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica. La producción de ácido acetoacetico y de betahidroxibutirato y su excreción en la orina es resultado de la oxidación imperfecta de las grasas, secundaria a una falta de carbohidratos disponibles para el metabolismo. El hígado puede presentar infiltración grasa y rara vez áreas de necrosis centrolublillar.

1.7.1 Clasificación

- **Hiperémesis gravídica leve:** En este tipo no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor al 5%

- **Hiperémesis gravídica moderada**: Signos de deshidratación y pérdida de peso entre 5 a 10%.

- **Hiperémesis gravídica severa:** Signos de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, cetoacidosis, pérdida de peso mayor al 10% y oliguria.

1.7.2 Emesis

Náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y que no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación. Generalmente se acompañan de una falta de aumento de peso en los primeros meses de

gestación y, a veces, de un discreto adelgazamiento; sin embargo, el estado general es bueno y la exploración clínica es normal. En ocasiones puede acompañarse de alteraciones del sueño, cansancio e irritabilidad.

1.7.3 Náusea

Definimos nauseas como “la sensación de tener urgencia de vomitar y le expulsión forzada de los contenidos del estómago hacia arriba a través del esófago y fuera de la boca”.

No se conoce la causa exacta de las náuseas del embarazo. Pueden ser ocasionadas por cambios hormonales o por niveles bajos de azúcar en la sangre a comienzos del embarazo. El estrés emocional, los viajes o algunos alimentos pueden hacer que el problema empeore. Las náuseas en el embarazo son más comunes y pueden ser peores con gemelos o trillizos.

1.7.4 Arcada

Actividad rítmica respiratoria que con frecuencia precede a la emesis.

1.7.5 Regurgitación

En que el contenido esofágico retorna a la cavidad oral de forma pasiva. El contenido gástrico se regurgita de forma activa a la boca y posteriormente se mastica y se traga (fenómeno al menos en parte voluntario).

1.7.6 Dolor abdominal (tipo cólico):

El dolor cólico abdominal es un síntoma que se manifiesta cuando los músculos de los órganos digestivos se contraen de forma espasmódica. En muchos casos de dolor cólico abdominal también existe tensión en la pared abdominal.

1.7.7 Coluria:

Se llama coluria a la coloración oscura de la orina debida a la excreción de bilirrubina por vía urinaria. Típicamente se describen orinas color “Coca-Cola”. La coluria es un síntoma de elevación de la bilirrubina y se produce en forma más precoz que la ictericia, pudiendo ser el primer síntoma de una hepatitis aguda. Debe diferenciarse de la hematuria, que es la pérdida de sangre por la orina.

1.7.8 Ictericia

La ictericia se refiere a la coloración amarilla de la piel, mucosas y ojos. Habitualmente es un síntoma de enfermedades hepáticas como hepatitis y cirrosis.

1.7.9 Astenia

Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

1.8 Justificación.

Durante el periodo de gestación las mujeres experimentan cambios físicos que, en algunas ocasiones, producen problemas de salud. Uno de los síntomas más tempranos que se presenta son las náuseas y el vómito, o su presentación clínica más severa: la hiperémesis gravídica, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre la semana 6-14 de la gestación, (suelen resolverse entre las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestre.

El presente estudio clínico es realizado con la finalidad de brindar una atención oportuna con responsabilidad y calidad humana a una paciente que cursa: Embarazo único de 12 semanas de Gestación más Hiperémesis Gravídica. Además me permitirá conocer, observar e identificar las necesidades y/o

problemas que se puedan solucionar a través de la identificación oportuna del Diagnóstico de Enfermería y Proporcionar Cuidados de manera integral.

1.9 Objetivos.

1.9.1 Objetivo General

- Brindar cuidados de enfermería de manera integral con calidad en gestantes con hiperémesis, en base a sus necesidades y/o problemas encontrados para mejorar su estado de salud, su bienestar y calidad de vida.

1.9.2 Objetivos Específicos

- Adquirir conocimientos claros y sencillos sobre la fisiopatología y tratamiento de la Hiperémesis Gravídica.

- Identificar las posibles complicaciones asociadas a la HG.

- Contribuir, mediante un plan de cuidados completo y adecuado, a una mejor calidad de vida del paciente y menor estancia hospitalaria.

1.10 Datos generales del paciente

Nombres completos: X X X
Edad: 26 años
Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 16/06/1992
Lugar de Nacimiento: Quito
Estado civil: Casada
Hijos: No
Ocupación: Doctora en leyes
Nivel de estudios: 4to Nivel
Nivel sociocultural/económico: Media alta

Raza: Mestiza

Dirección: Guayaquil

Procedencia Geográfica: Quito

2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis motivo de consulta.

Paciente acude a consulta por cuadro de varios días de evolución caracterizado por vómitos de hasta 7 episodios por día, acompañado de dolor abdominal tipo cólico y difuso de predominio en epigastrio, coluria, astenia y deterioro del estado general. Refería además amenorrea de 2 meses por lo que se solicitó test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil de 12 semanas.

Al examen físico, se presentaba vigil, ubicada en tiempo y espacio. Presencia de Ictericia. Abdomen levemente doloroso en forma difusa, no se palpaba viscero megalia.

2.2 Historial clínico del paciente.

Antecedentes familiares: no refiere
Antecedentes patológicos personales: no refiere.

2.3 Anamnesis.

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad que no refiere antecedentes patológicos personales, ni antecedentes patológicos familiares. Que acude a consulta por presentar un cuadro de varios días de evolución, que se caracteriza por vómitos de hasta 7 episodios por día. Acompañado de dolor abdominal tipo cólico y difuso de predominio en epigastrio, presencia de coluria, astenia y deterioro general. Refiere amenorrea de 2 meses por lo que se solicitó test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil de 12 semanas.

Signos vitales: P/A: 100/60mmHg. P: 85x` R: 22x` TC: 36.5ºC

2.4 Antecedentes Gineco Obstétricos.

Menarquia: A los 13 años
Ritmo: 30 x 5 de forma regular.
Fecha de Última menstruación: 23/12/2011
IVSA: enero 2010
Fecha de la última relación sexual: Últimos días de enero
Anticoncepción: Negada
Parejas sexuales: 4
Gestas: 0
Partos: 0
Abortos: 0
No se ha realizado el examen de Papanicolau.
Primigesta

2.5 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.

Al analizar el cuadro clínico nos danos cuenta que esta patología de hiperémesis gravídica es muy común en embarazadas que cursan el primer trimestre. Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre la semana 6-14 de la gestación.

Tabla 1. Análisis y descripción de las conductas

Variables	Conceptual	Operacional	Indicador
Hiperémesis Gravídica	Náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impiden la correcta alimentación de la gestante.	**HG Leve** **HG Moderada** **HG Severa**	No hay deshidratación Deshidratación y pérdida de peso del 5% Deshidratación severa y pérdida de peso de más del 10%, Ictericia, ansiedad y oliguria.
Vómitos	Expulsión bucal forzada del contenido.	**Vómitos agudos.** **Vómitos crónicos persistentes.** **Vómitos crónicos recidivantes**	**Leve** **Moderado** **Intenso**
Náuseas	Las náuseas son una sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.	**Aguda** **Crónicas**	**Duración** **Frecuencia**

Elaborado por: Liliana Timbiano (2018)

2.6 Exploración clínica

2.6.1 Inspección general

Signos vitales: P/A: 100/60mmHg. P:85x` R:22x` TC:36.5ºC

Estado de conciencia: Vigil Orientada en tiempo y espacio.

Actitud: Decúbito dorsal, activo electivo.

Marcha y movimiento: Eubásica

Piel: Normo térmica, normo hídrica, elasticidad, grosor y movilidad normales.

Cabeza: Forma y tamaño normal con buena implantación pilosa.

Facie: Ictérica, labios y mucosas orales semi -húmedas, región auricular conservada.

Cuello: Simétrico a lo largo y ancho conservado. No se observan tumoraciones.

Tórax: Normo lineo simétrico, expansible con buena amplitud.

Mamas: Simétricas, pezones pronunciados, normo coloreados, no dolorosa a la palpación.

Abdomen: Doloroso en forma difusa tipo cólico, no se palpaba viscero megalia.

Extremidades Superiores: Simétricas, no se observa ningún tipo de anomalías.

Genitales: Región vulvar integra, labios mayores y menores íntegros normo coloreados.

Extremidades inferiores: Simétricas, no se observa ningún tipo de anomalías.

A la exploración la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio.

Presenta una tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura 36.5º C y una saturación de oxígeno del 99%. Auscultación cardíaca normal.

Auscultación pulmonar normal.

A la palpación presenta dolor abdominal tipo cólico y difuso de predominio en epigastrio. Presenta cetonas y coluria en orina, astenia y a la inspección se observa a paciente con deterioro del estado general.

2.6.2 Valoración de enfermería

Usuaria de sexo femenino de 26 años de edad, que ingresa en la unidad hospitalaria, al momento consciente orientada en tiempo, espacio y persona .A la palpación refiere dolor abdominal tipo cólico, que predomina en epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos por más de 7 episodios por día, se observa facie ictérica, mucosas orales semi - húmedas, cuello simétrico, miembros superiores e inferiores simétricos, presencia de astenia, coluria y se observa deterioro del estado general. Refiere amenorrea de 2 meses, por lo que se solicitó un test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil con 12 semanas. Signos vitales: P/A: 100/60mmHg. P:85x` R:22x` TC:36.5ºC
Saturación de oxígeno del 99%.

Tabla 2. Exámenes de laboratorio:

Parámetro	Paciente	Normal
Hemoglobina	13g/dl	10.5 – 16g/dl
Hematocrito	37%	32 – 48%
Leucocitos totales	6800	3,500 – 10,000
Neutrófilos	65	Hasta 75%
Albumina	3	3.5 a 5.5 g/dl
Creatinina	0,84	0.8 a 1.4mg/dl
Urea	57	20 y 40mg/dl
Linfocitos	56	Hasta 55 a 60

2.6.3 Valoración por patrones funcionales (M. Gordon)

1. **Percepción / Control De Salud**: Paciente embarazada y se encuentra con alteraciones propias del primer trimestre de embarazo, aunque le preocupa ya que considera que los vómitos y nauseas cada vez son más excesivos al grado que no logra tolerar los alimentos ingeridos durante el día.

2. **Nutricional Y Metabólico:** Se observa paciente con deterioro del estado general. Ausencia de apetito, intolerancia a las comidas, mucosas orales semi – húmedas.

3. **Eliminación**: Paciente con vómitos recurrentes, presencia de deshidratación, coluria y cetonas en orina.

4. **Actividad / Ejercicio**: Paciente con presencia de astenia sin ánimos de realizar actividades cotidianas.

5. **Sueño / Descanso**: comenta que ha tenido cambios en la rutina de su sueño, no tiene métodos de relajación para lograr conciliar el sueño y no toma medicamentos para dormir.

6. **Cognitivo / Perceptual:** Paciente refiere que su embarazo no fue planeado. No tiene conocimientos sobre el trabajo de parto, y cuidados del recién nacido. Sin embargo manifiesta que su pareja y ella están felices con la llegada de su hijo.

7. **Autocontrol / Autoconcepto**: Paciente comenta que se siente feliz en esta etapa de su vida, le gusta la responsabilidad que tiene en esta etapa. Le preocupa seguir en reposo porque así no puede trabajar; menciona que su estilo de vida cambiara con el nuevo integrante de la familia, se siente bien con su estado de ánimo, se siente segura y decidida. Manifiesta que cuenta con el apoyo de su familia en este Embarazo, y se siente amada por su pareja.

8. **Rol/ Relaciones**: Refiere que se encuentra casada y que la comunicación con su pareja y familiares es buena, y espera que con la llegada de su hijo continúen con esa buena comunicación que hasta la fecha se ha caracterizado su hogar, también piensa que su rol de madre será muy bueno ya que se siente preparada para poder asumirlo de la mejor forma.

9. **Sexualidad / Reproducción**: Manifiesta que ha tenido 4 parejas sexuales, antes de casarse, su menarca fue a los 13 años, no se ha realizado el examen de Papanicolau.

10. **Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés**: Una de las situaciones que le causan estrés son los vómitos frecuentes; cuando esta tensa o estresada le gusta estar sola, se siente angustiada, por los malestares del embarazo.

11. **Valores Y Creencias**: De religión católica y cree en Dios.

2.7 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Al análisis del examen físico regional: paciente presenta un estado de conciencia vigil, orientada en tiempo y espacio. En posición de decúbito dorsal, activa – electiva. En parámetros vitales estables; P/A: 100/60mmHg. P:85x` R:22x` TC:36.5ºC.

Piel caliente, hidratada, con elasticidad conservada. Cabeza: forma y tamaño normal con buena implantación pilosa. Presencia de facie, Ictérica, labios y mucosas orales semi -húmedas, región auricular y mastoidea conservada.

Cuello: simétrico a lo largo y ancho conservado, no se observan tumoraciones.

El Tórax: normo lineo simétrico, expansible con buena amplitud. Presenta mamas: simétricas, pezones pronunciados, normo coloreados, no dolorosa a la palpación, sin masas palpables o visibles. Abdomen: doloroso en forma difusa tipo cólico, no se palpaba viscero megalia, refiere náuseas y vómitos recurrentes de más de 7

episodios al día. Sus extremidades superiores se encuentran simétricas, no se observa ningún tipo de anomalías.

Los genitales en región vulvar integra, labios mayores y menores íntegros normo coloreados. Extremidades inferiores, simétricas, no se observa ningún tipo de anomalías.

2.7.1 Impresión diagnóstica

- Embarazo único con 12 Semanas de Gestación más Hiperémesis Gravídica.

2.8 Conducta a seguir

2.8.1 Acciones de enfermería.

- Examen físico
- Estado neurológico: conciencia, tono muscular y reflejos
- Estado de hidratación: piel, mucosas, ojos, ortostatismo
- Semiología abdominal: dolor, distensión, tránsito
- Hidratación parenteral
- Peso diario del paciente
- Balance hídrico estricto
- Apoyo psicológico y emocional
- Administraron de antieméticos según prescripción médica.

2.8.2 Cuidados de enfermería.

- Mantener un ambiente tranquilo en torno a la gestante.
- Control de la frecuencia de la émesis
- Control de diuresis
- Control de la perfusión venosa
- Balance hídrico (ingresos y egresos)
- Control de la ingesta

- Control de constantes vitales
- Higiene bucodental

2.8.3 Medicación:

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

- Vitamina B_6 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 B_6)
- 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

2.8.4 Tratamiento no farmacológico

La dieta es el primer paso en el manejo de la hiperémesis gravídica y muchas pacientes no requieren de medicamentos adicionales. Se recomiendan comidas ricas en proteínas y carbohidratos secos, tales como galletas integrales, de harina de trigo y frutas secas, en poca cantidad, varias veces al día, en especial antes de sentir hambre y antes que sobrevengan las náuseas.

Reposo en cama. Cada mujer debe cambiar su conducta de acuerdo a su propio bienestar y evitar agregar estímulos para mejorar su condición, porque cada caso es diferente. La fatiga, tanto física como emocional, incrementa las náuseas matutinas y el solo hecho de permanecer en la cama unos 20 minutos más en la mañana, ingiriendo galletas, alivia considerablemente la sintomatología.

2.8.5 Plan de alta

Una vez corregido los vómitos y la deshidratación se puede empezar a brindar una dieta blanda y fraccionada con comidas pequeñas a intervalos frecuentes, que se va aumentando según la tolerancia de la paciente.

- 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.
- Controles ambulatorios semanales.

2.9 Plan de cuidados en paciente con hiperémesis gravídica.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con Vómitos. (00195)

Dominio: 2). Nutrición **Clase:** 5.) Hidratación
Resultados de Enfermería (NOC)
Resultado: 2107 severidad de las náuseas y los vómitos
Dominio: (V) Salud percibida
Clase: (V) Sintomatología
Indicadores NOC:

210708 Intensidad de los vómitos
210707 Frecuencia de los vómitos
210709 Angustia por los vómitos
210701 Frecuencia de las nauseas
210702 Intensidad de las nauseas
210715 Dolor gástrico
210720 Desequilibrio electrolítico.

Escala de Likert: Gravemente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido y 5 No comprometido.

Puntuación: Mantener a 2 y Aumentar a 4
Intervenciones de Enfermería (NIC)
Intervención: 1570 Manejo del vómito.
Campo 1. Fisiológico: Básico
Clase (E) Fomento de la comodidad física

Actividades:

- Controlar la frecuencia de la émesis.
- Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 minutos, no se ha producido vómitos.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de Conocimiento).
- Fomentar el descanso.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la deglución relacionado con problemas de la conducta alimentaria; manifestada por rechazo de los alimentos, dolor epigástrico, vómito y nauseas. (00103)

Dominio: 2). Nutrición **Clase:** 1.) Ingestión
Resultados de Enfermería (NOC)
Resultado: 1010 Estado de deglución.
Dominio: (III) Salud Fisiológica
Clase: (K) Digestión y Nutrición.
Indicadores NOC:

101012 Atragantamiento, tos o nauseas.
101013 Esfuerzo deglutorio aumentado.
101014 Reflujo gástrico.
101017 Incomodidad con la deglución.

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

Intervenciones de Enfermería (NIC)

Intervención: 1860 Terapia de deglución.

Campo 1. Fisiológico: Básico.

Clase D Apoyo nutricional.

Actividades:

- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos, después de terminar de comer.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber, y deglutir
- Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
- Controlar el peso corporal
- Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (p.ej; biológicos, físicos y psicológicos.) manifestado por cambios en la frecuencia respiratoria y expresa dolor. (00132)

Dominio: 12). Confort **Clase:** 1.) confort físico.

Resultados de Enfermería (NOC)

Resultado: 2102 Nivel del dolor

Dominio: (V) Salud Percibida

Clase: (V) Sintomatología.

Indicadores NOC:

210201 Dolor referido

210215 Pérdida de apetito

210227 Nauseas.

210228 Intolerancia a los alimentos.

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 5
Intervenciones de Enfermería (NIC)
Intervención: 1400 Manejo del dolor.
Campo 1. Fisiológico: Básico.
Clase E Fomento de la comodidad física.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluyan la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad; intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Diagnóstico de Enfermería: Fatiga relacionada con el Embarazo, manifestado por falta de energía y expresa incapacidad para mantener las actividades habituales.

Dominio: 4). Actividad/Reposo **Clase:** 3) Equilibrio de la energía.
Resultados de Enfermería (NOC)
Resultado: 0008 Fatiga efectos nocivos.
Dominio: (I) Salud Funcional
Clase: (A) Mantenimiento de la energía.
Indicadores NOC:

000803 Disminución de la energía
000804 Interferencia con las actividades de la vida diaria.
000808 Disminución del apetito.

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
Intervenciones de Enfermería (NIC)
Intervención: 0180 Manejo de la energía.
Campo 1. Fisiológico: Básico.
Clase A Control de actividad y ejercicio.

Actividades:

- Controlar la ingesta nutricional para asegurar, recursos energéticos adecuados.
- Observar /registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.

2.10 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud,

2.10.1 Considerando valores normales.

Cuando se diagnóstica Hiperémesis en Embarazadas, independientemente de su tratamiento farmacológico, durante la hospitalización, es imprescindible, el control y seguimiento por ginecología, con estudios periódicos, para determinar si existen marcadores de desequilibrio electrolítico, debido a la presencia de náuseas y vómitos recurrentes.

Al ingreso se monitorizaron las constantes vitales, se realizó valoración de enfermería y se realizó hidratación. Se pautó dieta “liquida hipo sódica,” Se

continuó con tratamiento antihemeticos. Se produjo una progresiva mejoría de analítica y sintomatología.

2.11 Seguimiento

Seguimiento y control durante la hospitalización.

- Peso diario
- Balance hídrico (ingresos y egresos)
- Apoyo psicológico.
- Tolerancia a los alimentos.
- Estado circulatorio: FC Y TA
- Estado de hidratación: piel, mucosas, ojos.
- Dieta hepatoprotectora fraccionada,rica en hidratos de carbono, con bajo contenido en grasas.
- Hidratación oral según tolerancia de la paciente.

2.12 Observaciones

- Se brinda consejería a la paciente y familiares sobre el manejo de una buena alimentación, para evitar complicaciones durante el embarazo.

- Con los cuidados de enfermería se brindó una mejor atención, de calidad y se mejoró el estado de salud de la paciente.

- Además se revisaron guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

3 CONCLUSIONES

Después de haber realizado 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 en las embarazadas durante el primer trimestre. Así mismo se pudieron realizar las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades que requería la paciente para así lograr su pronta recuperación.

Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería es uno de los elementos con mayor importancia que debe realizar el profesional de enfermería dado que su elaboración y ejecución dependerá de la pronta recuperación o deterioro del estado de salud del paciente durante su estancia.

El personal de salud debe hacer énfasis en brindar la información a cada paciente y familiares, a cerca de la enfermedad, las posibles causas su tratamiento, seguimiento, y de ésta manera obtener estrategias y oportunidades de mejora.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buckwalter, J.G. (2002) “Factores Fisiológicos en la Etiología y Tratamiento de Náuseas y Vómitos Severos en el Embarazo”, Am J Obstet Gynecol. Vol. 186, S210-S214

Niebyl, J.R. (2002) “Descripción general de las náuseas y vómitos del embarazo con énfasis en vitaminas y gingivales”, Am J Obstet Gynecol. Vol. 186 S, páginas 253-255.

American Colegio de obstetricia y ginecología ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) Náuseas y vómitos del embarazo. Obstet Gynecol 2004;103:803–814.

Verberg, M. (2005) “Hyperemesis Gravidarum,una revisión de la literatura”, Human Reproduction Update. Vol. 11, páginas 527-539.

NANDA International.Nursing Diagnoses:Definitions&Classification,2012-2014

Nursing Outcomes Classification (NOC), quinta edición.

Nursing Interventions Classification (NIC), sexta edición.

Manual del modelo de documentación de la Asociación de Psicología Americana (APA), sexta edición.

https://www.onmeda.es/sintomas/dolor_colico_abdominal.html

https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/sintomas-de-hiperemesis-gravidica.

5 ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA

CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría 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: **TIMBIANO SILVA LILIANA LISSETHE, C.I. 1206303057** *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

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD SECRETARÍA GENERAL UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

03/10/2017 11:35 am

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD SECRETARÍA GENERAL UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

¡Impulsando el talento humano!

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE	
CEDULA:	1206303057
NOMBRES:	LILIANA LISSETHE
APELLIDOS:	TIMBIANO SILVA
SEXO:	FEMENINO
NACIONALIDAD:	ECUATORIANA
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	QUEVEDO,PARROQUIA 7 DE OCTUBRE CALLE 9NA Y H
TELÉFONO DE CONTACTO:	2784081
CORREO ELECTRÓNICO:	LILIANATIMBIANO@OUTLOOK.COM

APROBACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS			
IDIOMA:	SI	INFORMÁTICA:	NO
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):	
TRABAJA:	NO
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA:	

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

ESTUDIANTE

03/10/2017 11:34 am

SECRETARIO(A)

U.T.B. ACREDITADA -CEAACES-

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: **LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA ;**
Portador de la cédula de identidad o pasaporte #: **1206303057 ;** 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: **LILIANATIMBIANO@OUTLOOK.COM**
Por la ateción al presente, le reitero mis saludos.

Atentamente,

Liliana Timbiano

ESTUDIANTE

03/10/2017 11:34

SECRETARIO(A)

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LAS SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

Babahoyo, 3 de octubre del 2017

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

De mi consideración:

Por medio de la presente yo, **TIMBIANO SILVA LILIANA LISSETHE**, con cédula de ciudadanía **120630305-7**, egresada de la carrera de **LICENCIATURA EN 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 en la modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

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

Atentamente,

Timbiano Silva Liliana Lissethe

CI: 120630305-7

03/10/2017 11:34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

Babahoyo, 29 de enero del 2018

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo **LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA** con C.I **120630305-7,** egresada de la **UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO** - Facultad Ciencias de la Salud - Escuela de Enfermería, me dirijo a usted de la manera más comedida para que se me recepte la Formulación Del Tema De Caso Clínico N° 5 para el proceso de titulación en modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA** que es:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON EMBARAZO UNICO CON 12 SEMANAS DE GESTACION MÁS HIPERÉMESIS GRAVÍDICA.

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

Atentamente.

LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA
C.I 120630305-7

29/01/2018 9:42 AM

CASO CLÍNICO# 5

Nombre : NN.
Edad : 26 años
Sexo : Femenino
Cama : 6
Servicio : Ginecología y Obstetricia
Lugar de Nacimiento : Quito
Lugar de Residencia : Guayaquil
Estado Civil : Casada
Ocupación : Doctora en leyes
Escolaridad : Profesional
Religión : Catóiica

Consulta por cuadro de varios días de evolución caracterizado por vómitos de hasta 7episodios por día, acompañado de dolor abdominal tipo cólico y difuso, de predominio en epigastrio, coluria, astenia y deterioro del estado general. Refería además amenorrea de 2 meses por lo que se solicitó test de embarazo que fue positivo y se confirmó por ecografía feto vital y móvil de 12 semanas. Se interna en Clínica Médica de nuestro hospital. Al examen físico se presentaba vigil, ubicada en tiempo y espacio. Ictericia .Abdomen levemente doloroso en forma difusa, no se palpaba viscero megalia. Signos vitales: P/A 100/80 P: 85X' R: 22X' TC 36,5°C

Antecedentes Gineco obstétricos:

Menarquia a los 13 años.

Ritmo: 30x5 de forma regular

Fecha de última menstruación: 23/12/2011

IVSA: enero de 2010

Fecha de última relación sexual: Últimos días de enero.

Anticoncepción: Negada

Parejas sexuales: 4

Gestas: 0; Para: 0; Abortos: 0.

No se ha realizado el examen de Papanicolaou. Primigésta

Exámenes de Laboratorio:

Parámetro	Paciente	Normal
Hemoglobina	13g/dl	10.5-16g/dl
Hematocrito	37%	32- 46%
Leucocitos totales	6800	3,500 – 10,000
Neutrófilos	65	Hasta 75%
Albumina	3	3.5 a 5.5 g/dl
Creatinina	0,84	0.8 a 1.4 mg/dl
Urea	57	20 y 40mg /dl
Linfocitos	56	Hasta 55 a 60&

Cetonas en orina

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Embarazo Único Con 12 Semanas De Gestación Más Hiperémesis Gravídica.

Conforme los diagnósticos de enfermería correspondientes utilizando taxonomía NANDA
Valorar según el cuidado de atención de enfermería y el tipo de patología descrita, las prioridades y conducta a seguir en este caso clínico.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

Babahoyo, 2 de Abril del 2018

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

De mi consideración:

Yo, **LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA** con **C.I. 120630305-7**, egresada de la Escuela de Enfermería, carrera **ENFERMERÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para solicitarle se me recepte los TRES ANILLADOS DE MI CASO CLINICO PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO 2018 correspondiente al tema: **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON EMBARAZO ÚNICO DE 12 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS HIPERÉMESIS GRAVÍDICA,** para poder continuar en el programa establecido en el proceso de titulación.

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

Atentamente

LILIANA LISSETHE TIMBIANO SILVA
C.I. 120630305-7

02/04/2018 10:30AM