

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería a paciente con hiperémesis gravídica e infección del tracto urinario del Servicio de Gineco obstetricia de un hospital de Huaral, 2018

Por:

Lucy Aracelli Bruno Maldonado

Asesor:

Mg: Gloria Cortez Cuaresma

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería a paciente con hiperémesis gravídica e infección del tracto urinario del Servicio de Gineco obstetricia de un hospital de Huaral, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada BRUNO MALDONADO LUCY ARACELLI, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los doce días del mes de junio de 2019.


Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería a paciente con hiperémesis gravídica e infección del tracto
urinario del Servicio de Gineco obstetricia de un hospital de Huaral, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco
Obstetricia

JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Presidente



Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

Secretario



Mg. Gloria Cortez Caaresma

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I	11
Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	14
Exámenes auxiliares	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	16
Diagnóstico, planificación y ejecución	16
Diagnóstico enfermero	16
Segundo diagnóstico.	16
Tercer diagnóstico.	17
Cuarto diagnóstico.....	17
Quinto diagnóstico.	17
Sexto diagnóstico.	18
Séptimo diagnóstico.	18
Octavo diagnóstico.	18

Noveno diagnóstico.....	19
Décimo diagnóstico.....	19
Planificación.....	20
Priorización.....	20
Plan de cuidados.....	22
Capítulo III.....	27
Marco teórico.....	27
Hipertermia.....	27
Déficit de volumen de líquidos.....	32
Desequilibrio nutricional.....	40
Riesgo de infección.....	46
Proceso de maternidad ineficaz.....	50
Capítulo IV.....	56
Evaluación y conclusiones.....	56
Evaluación por días de atención:.....	56
Conclusión.....	57
Bibliografía.....	58
Apéndice.....	60

Índice de tablas

Tabla 1	14
Hemograma completo 04- 06- 2018	14
Tabla 2	14
Bioquímica: 04- 0- 2018	14
Tabla 3	14
Examen de Orina 04- 0- 2018	14
Tabla 4	22
Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con proceso infeccioso secundario a ITU) evidenciado por aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (108 por minuto)	22
Tabla 5	23
Diagnóstico de enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por mucosas orales secas, sialorrea (350cc) vómitos (550cc) diuresis (600cc en 24 horas) BH-241.	23
Tabla 6	24
Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por pérdida de peso (5%) índice de masa corporal IMC: 21.09 Hemoglobina Hb: 10.6gr/dl	24
Tabla 7	25
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter periférico (miembro superior derecho) y sonda Nelaton (muestra de orina y urocultivo).25	

Tabla 8 26

Diagnóstico de enfermería: Proceso de maternidad ineficaz relacionada con embarazo no deseado manifestado: “no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo...” evidenciado por cuidado inadecuado 12 semanas de gestación, sin control prenatal, 5% de pérdida de peso secundario a hiperémesis gravídica. 26

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	60
Apéndice B: Consentimiento informado	62

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

IMC: Índice de masa corporal

ITU: Infección del tracto urinario.

Hb: Hemoglobina

AU: Altura uterina

EVA: Escala visual analógica

PAP: Papanicolaou

T°: Temperatura.

NPO: Nada por vía oral.

VCM: Volumen corpuscular medio.

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente M.C.R, durante dos días, a partir del primer día de su ingreso al servicio de Gineco obstetricia de un hospital de Huaral, con el diagnóstico médico hiperémesis gravídica, infección del tracto urinario (ITU). Se realizó el PAE de acuerdo a la valoración de los 11 patrones funcionales según Margory Gordon, el cual nos permitió obtener una cantidad de datos relevantes relacionados con el estado de salud de la paciente, luego durante los dos días de cuidados a la paciente se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5: hipertermia, déficit de volumen de líquidos, desequilibrio nutricional, riesgo de infección y proceso de maternidad ineficaz. Se realizó el plan de cuidados de enfermería cuyos objetivos formulados fueron: La paciente mantendrá temperatura corporal dentro del rango normal, presentará volumen adecuado de líquidos, mejorará el estado nutricional, disminuirá el riesgo de infección por procedimientos invasivos y prevenir un proceso de embarazo negativo que no coincide con las expectativas para el desarrollo de la madre y el niño, los resultados e intervenciones de enfermería se realizaron teniendo como meta el beneficio del paciente; finalmente, se realizó la evaluación que consistió en determinar si la paciente mejora, empeora o se mantiene estable. De los objetivos propuestos, se alcanzaron los cuatro el primer día. El objetivo relacionado con la salud materna fetal se logró parcialmente ya que abarca todo el embarazo parto y puerperio.

Palabras claves: proceso de atención de enfermería, hiperémesis gravídica, infección tracto urinario.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: M C R

Edad: 19 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: La paciente adolescente ingresa derivada del servicio de emergencia al servicio de gineco obstetricia con diagnóstico médico: hiperémesis gravídica+ ITU. Ingresó en camilla, acompañado de personal técnico y familiar presentando sialorrea, náuseas, vómito, fiebre, molestias urinarias, debilidad muscular.

Días de hospitalización: 5 días. (4 al 9 de junio 2018)

Días de atención de enfermería: 2 días. (4 y 5 junio)

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Adolescente gestante (12 semanas) sin ningún control pre natal, sin antecedentes patológicos. Con antecedente quirúrgico de: Legrado uterino 2016 (aborto).

Vacuna antitetánica primera dosis sin reacciones adversas. No ha presentado reacción alérgica a fármacos y alimentos. Niega consumo de tabaco, alcohol y drogas. En mal estado de higiene.

Respecto a la situación actual, refiere: “no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo, tengo problemas familiares y económicos”.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Presenta T° 38.5°C Peso: 54kg Talla: 1.60cm índice de masa corporal (IMC): 21.09 (normal), hemoglobina (Hb): 10.6gr/dl, G.S(O+),glucosa(G) 84mg/dl, piel pálida, semihidratada, integridad cutánea, mucosas orales secas, dentaduras incompletas en regular estado de higiene, ha perdido 5 Kg de peso durante el embarazo, no tolera alimentos ni líquidos, aversión a los alimentos, náuseas, pirosis, vómitos (550cc) sialorrea (350 cc), ruidos Hidroaéreos aumentado.

Patrón III: Eliminación.

Presenta deposiciones normales (1/día), orina 5-6 veces/día, Polaquiuria, molestias al orinar, ITU, diuresis (600cc en 24 horas), recolección de muestra de orina y urocultivo con sonda Nelaton, balance hídrico (BH)= -241cc

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria.

Reposo relativo, frecuencia respiratoria: 20x', Saturación de oxígeno (SPO2) 98 %, reflejo de tos presente.

Actividad circulatoria.

Frecuencia cardiaca (FC): 108 x', presión arterial (PA): 100/60mmHg. Catéter periférico en miembro superior derecho.

Capacidad de autocuidado.

Paciente en reposo relativo, grado de dependencia II. Fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros conservada, escala Morse “bajo”. (riesgo de caída). Manifiesta: “No tengo fuerzas para levantarme, me siento débil”.

Patrón V: Descanso – sueño.

Paciente con problemas para dormir se levanta en la noche por sialorrea vómitos evacuación urinaria. Duerme de 5-6 horas.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP), somnolienta, puño percusión lumbar positivo (+). Escala del dolor EVA: 3 / 10.

Patrón VII: Autopercepción – Auto concepto

Ansiosa, negativa, temerosa.

Manifiesta: “mi suegra me ordena hacer las cosas de casa y tengo que hacerlo...”

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Adolescente con secundaria incompleta. Conviviente, ama de casa, vive con su pareja y familiar. Pareja con trabajo eventual, sus padres la apoyan ocasionalmente, tiene problemas con su suegra.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Formula obstétrica: G 2 P 0010. Mamas blandas, pezones formados, útero grávido, altura uterina (AU) no perceptible, movimientos fetales (no refiere), perdida vaginal (ausente).

Paciente manifiesta: “Nunca he recibido información sobre métodos anticonceptivos”.

Parejas sexuales (2) Menarquia: 15 años. Menstruación: Irregular duración (4 días) no autoexamen de mamas, ni Papanicolaou (PAP). Fecha de ultima regla (FUR) 02- 03- 2018. FPP 09- 12- 2018.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Manifiesta: “no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo, tengo problemas familiares y económicos”.

Patrón XI: Valores y creencias.

Religión católica, sin restricciones por costumbres religiosas.

Datos de valoración complementarios:**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

Hemograma completo 04- 06- 2018

Compuesto	Valor encontrado
Hemoglobina	10.6 gr/dl
Hematocrito	32.8 gr/dl
Monocitos	7.0 %
Glóbulos rojos	3.95mm
Glóbulos blancos	4.85 mm
Grupo sanguíneo	O+

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia Microcíticas: se da cuando el volumen corpuscular medio (VCM) es mayor 83Fl, es decir, cuando los glóbulos rojos son pequeños debido a la falta de hierro (ferropénica) el cual es la anemia más frecuente.

Tabla 2

Bioquímica: 04- 0- 2018

Compuesto	Valor encontrado
Sodio	137mEq/
Potasio	3.4 mEq/l
Cloro	95mEq/l

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Ligera Hipopotasemia e hipocloremia

Tabla 3

Examen de Orina 04- 0- 2018

Compuesto	Valor encontrado
Color	Amarillo oscuro
Leucocitos	26 - 28 por campo
Células epiteliales	Abundantes por campo.
Aspecto	Turbio
Densidad	1030

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Infección urinaria (ITU)

Tratamiento médico.**Primer día (04- 06-2018)**

Nada por vía oral. (NPO)

CFV - BHE

Dextrosa 5% H (1) K (1) Vicyneral (1) a 40 gotas por minuto.

Ceftriaxona 1 gr ev cada 12 horas.

Metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas.

Ranitidina 50mg ev cada 8 horas.

Dimenhidrinato 50 mg ev cada 8 horas.

Segundo día (05-06-2018)

Tolerancia de líquidos a voluntad.

CFV - BHE

Dextrosa 5% H (1) K (1) Vicyneral (1) a 30 gotas por minuto.

Ceftriaxona 1 gr ev cada 12 horas.

Metoclopramida 10mg ev cada 8 horas.

Ranitidina 50mg ev cada 8 horas.

Dimenhidrinato 50mg ev cada 8 horas.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Aumento de la temperatura corporal, taquicardia, piel caliente al tacto, sudoración.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia.

Factores relacionados: Proceso infeccioso, enfermedad.

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionado con proceso infeccioso secundario a ITU evidenciado por aumento de la temperatura corporal ($T^{\circ} 38.5^{\circ}\text{C}$) piel caliente al tacto, taquicardia (Pulso $108 \times$).

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: mucosas orales Secas, diuresis disminuida, vómitos, sialorrea.

Etiqueta diagnóstica: déficit del volumen de líquidos.

Factores relacionados: pérdida activa del volumen de líquidos.

Enunciado diagnóstico: déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por mucosas orales secas, sialorrea (350cc) vómitos (550cc) diuresis (600cc en 24 horas) BH= -241cc.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, pérdida de peso, IMC disminuida, aversión a los alimentos, piel pálida, anemia.

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Factores relacionados: incapacidad para ingerir alimentos, ingesta diaria insuficiente.

Enunciado diagnóstico: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundarios a hiperémesis gravídica evidenciado por pérdida de peso (5%) índice de masa corporal IMC: 21.09 Hemoglobina Hb: 10.6gr/dl.

Cuarto diagnóstico.

Factores de riesgo: procedimientos invasivos: catéter periférico sonda Nelaton.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter periférico (miembro superior derecho) y sonda Nelaton (muestra para urocultivo).

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: cuidados prenatales inadecuados, estilo de vida prenatal inadecuado, conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad, embarazo no deseado.

Etiqueta diagnóstica: proceso de maternidad ineficaz.

Factor relacionado: embarazo no deseado, conocimiento deficiente sobre el proceso de maternidad, control prenatal insuficiente.

Enunciado diagnóstico: Proceso de maternidad ineficaz relacionada con embarazo no deseado manifestado por: “no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo...”

evidenciado por cuidado pre natal inadecuado (12 semanas de gestación sin control prenatal).

Desconoce métodos anticonceptivos (Aborto (1). Actual embarazo no deseado)

Sexto diagnóstico.

Factor de riesgo: cuidados prenatales inadecuados, compromiso del transporte fetal de oxígeno (anemia), régimen terapéutico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de alteración de la diada materno/fetal.

Enunciado diagnóstico: riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionado con cuidados prenatales inadecuados, compromiso del transporte fetal de oxígeno (anemia), régimen terapéutico.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: micción frecuente, disuria, urgencia urinaria, Polaquiuria.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la eliminación urinaria.

Factor relacionado: infección del tracto urinario, irritación de la vejiga secundaria a infecciones.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario evidenciado por disuria, Polaquiuria, leucocitos en orina 26 –28 por campo.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: disminución de la fuerza muscular, sedentarismo, disminución de la masa muscular.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado: disminución de la fuerza muscular, disminución de la masa muscular, alteración electrolítica.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad muscular manifestado por: paciente refiere” no tengo fuerzas para levantarme, me siento débil” evidenciado por (potasio=3.4mEq/l y cloro=95mEq).

Noveno diagnóstico.

Características definitorias: dificultad para conciliar el sueño, despertarse seguido, cambios en el patrón del sueño.

Etiqueta diagnóstica: trastorno del patrón del sueño.

Factor relacionado: patrón del sueño no reparador.

Enunciado diagnóstico: trastorno del patrón del sueño relacionado con patrón del sueño no reparador manifestado por: paciente refiere” me despierto seguido a orinar, no puedo conciliar el sueño”.

Décimo diagnóstico.

Características definitorias: angustia, temor, sentimiento de insuficiencia.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: amenaza para el estado actual, crisis situacional.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionado con amenaza para el estado actual, crisis situacional manifestado por angustia, temor, sentimiento de insuficiencia.

Planificación

Priorización.

1. Hipertermia relacionado con proceso infeccioso secundario a ITU evidenciado por aumento de la temperatura corporal ($T^{\circ} 38.5^{\circ}\text{C}$) piel caliente al tacto, taquicardia (Pulso 108 x').
2. Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por mucosas orales secas, sialorrea (350cc) vómitos (550cc) diuresis (600cc en 24 horas) BH= - 241cc.
3. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundarios a hiperémesis gravídica evidenciado por pérdida de peso (5%) índice de masa corporal IMC: 21.09 Hemoglobina Hb: 10.6gr/dl
4. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter periférico (miembro superior derecho) y sonda Nelaton (muestra para urocultivo).
5. Proceso de maternidad ineficaz relacionada con embarazo no deseado manifestado: "no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo..." evidenciado por cuidado inadecuado (12 semanas de gestación), sin control prenatal, 5% pérdida de peso secundario a hiperémesis gravídica.
6. Riesgo de alteración de la diada materna fetal relacionada con cuidados prenatales inadecuados, compromiso del transporte fetal de oxígeno (anemia), régimen terapéutico.

7. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con infección del tracto urinario evidenciado por disuria, Polaquiuria leucocitos 26 a 28 por campo.
8. Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad muscular manifestado por: paciente refiere” no tengo fuerzas para levantarme, me siento débil” evidenciado por potasio (3.4mEq/l) y cloro (95mEq/l).
9. Trastorno del patrón del sueño relacionado con patrón del sueño no reparador manifestado por: paciente refiere” me despierto seguido a orinar, no puedo conciliar el sueño”.
10. Ansiedad relacionada con amenaza para el estado actual, crisis situacional manifestado por angustia, temor, sentimiento de insuficiencia.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con proceso infeccioso secundario a ITU) evidenciado por aumento de la temperatura corporal (38.5°C), piel caliente al tacto, taquicardia (108 por minuto)

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente mantendrá su temperatura corporal dentro del rango normal durante su hospitalización. Resultados:	1. Controlar signos vitales durante el turno: T°=38.6°C, P= 108x´.		→				
1. La paciente presentará piel tibia al tacto.	2. Aplicar medios físicos.		→	→			→
2. La paciente presentará T° dentro de valores normales.	3. Administrar metamizol 1 gr IM según indicación médica.		2 p.m.				
3. La paciente presentará frecuencia cardiaca dentro de límites normales.	4. Administrar ceftriaxona 1 gr ev cada 12horas.		2 p.m.				9 p.m.
	5. Realizar un nuevo control de exámenes de laboratorio: sangre y de orina.						
	6. Realizar nuevo control de temperatura para ver si disminuye su valor, T°=37.4°C.			→			→ 2 a.m.
	7. Favorecer la ingesta de líquidos.		→				
	8. Registrar en el kardex y en las anotaciones de enfermería.						-→
			-→				

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por mucosas orales secas, sialorrea (350cc) vómitos (550cc) diuresis (600cc en 24 horas) BH-241

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia hospitalaria. Resultados:	1. Valorar el estado de hidratación: turgencia piel, mucosa húmeda en el turno.		-→	--→		→	
	2. Realizar el control de signos vitales en el turno.		→	→		→	6 a.m.
1 La paciente presentará piel y mucosas hidratadas.	3. Administrar líquidos endovenosos: Dextrosa 5% H (1) K (1) V (1) a 40 gotas por minuto.		-→	→		→	-→
	4. Medir vómito, sialorrea durante el turno.						
2 La paciente controlará los vómitos y sialorrea.	5. Probar tolerancia oral (2do día)		-→	→		→	-→
	6. Administrar antieméticos: Metoclopramida 10mg ev cada 8 horas.		4 p.m.				
3 La paciente presentará equilibrio hídrico.	7. Administrar Dimenhidrinato 50mg ev cada 8 horas según indicación médica.		4 p.m.				6 a.m.
	8. Realizar control de diuresis durante el turno.						
	9. Realizar el control estricto de ingresos egresos de líquidos.		-→	→		→	-→

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos secundario a hiperémesis gravídica evidenciado por pérdida de peso (5%) índice de masa corporal IMC: 21.09

Hemoglobina Hb: 10.6gr/dl

Objetivo / resultados	Planificación		Ejecución						
	Intervenciones		04/06/18			05/06/18			
			M	T	N	M	T	N	
Objetivo general: La paciente logrará mejorar y aumentar la ingesta de alimentos durante su hospitalización. Resultados: 1 La paciente tolerará su dieta a través de los cuidados de enfermería. 2 La paciente logrará aumentar el peso corporal e IMC. 3 La paciente logrará aumentar la Hb.	1.	Valorar el estado general: Estado nutricional durante el turno.		-→	→			→	-→
	2.	Valorar tolerancia oral de la paciente en el turno.		12 a.m.					
	3.	Ofrecer una dieta fraccionada. con aportes ricos en fierro.		12 a.m.					
	4.	Controlar en la mañana el peso de la paciente.							6 a.m. 6 a.m.
	5.	Administrar sulfato ferroso 300mg cada 12 horas.		6 p.m.					
	6.	Proporcionar un ambiente agradable para comer.		→	→		→		6 a.m.
	7.	Brindar información acerca de la importancia de los alimentos en el organismo.		2 p.m.					
	8.	Brindar confianza seguridad a la paciente durante el turno.		→	→		→		→

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter periférico (miembro superior derecho) y sonda Nelaton (muestra de orina y urocultivo)

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el riesgo de infección durante su estancia hospitalaria.	1. Mantener las medidas de asepsia al realizar un procedimiento.		2 p.m.				8 p.m.
	2. Utilizar guantes para la canalización.						
	3. Realizar cuidado y mantenimiento del catéter diariamente.		4 p.m.				8 p.m.
	4. Controlar signos vitales, principalmente temperatura y pulso en el turno.			→	→		→
	5. Valorar signos de infección en la zona de inserción del catéter (dolor, calor y rubor) en cada turno.		→				8 p.m.
	6. Verificar la fecha del catéter periférico cada tres días.		5 p.m.				
	7. Colocar sonda nelaton para recolección de muestra de orina (urocultivo).						-→
	8. Anotar todas las intervenciones en el registro de enfermería		2 p.m.				
			-→				

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Proceso de maternidad ineficaz relacionada con embarazo no deseado manifestado: “no deseo estar embarazada, no estoy preparada para tener un hijo...” evidenciado por cuidado inadecuado 12 semanas de gestación, sin control prenatal, 5% de pérdida de peso secundario a hiperémesis gravídica

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Prevenir un proceso de embarazo que no coincide con las expectativas para el desarrollo de la madre y el niño durante su estancia hospitalaria. Resultados: 1. La paciente aceptará su embarazo. 2. La paciente mantendrá un control prenatal adecuado.	<ol style="list-style-type: none"> Escuchar activamente a la paciente. Mantener una buena relación enfermera-paciente y con el equipo de turno. Animar a la paciente para que exprese sus preocupaciones, emociones. Brindar educación sobre el proceso de gestación, parto cuidados del recién nacido. Educar sobre la importancia del control prenatal y el estado de higiene en el turno. Brindar orientación a la paciente sobre planificación familiar motivarla a utilizar un método de planificación familiar al término del embarazo. 		→	→	→	→	→
			12 p.m.	→	→	→	8 p.m.
			→	→	→	→	→
			4 p.m.				8 p.m.
			4 p.m.				8 p.m.
			6 p.m.				

Capítulo III

Marco teórico

Hipertermia

La hipertermia es definida como “temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación”. NANDA (2015- 2017)

Para Rocha (2015), la hipertermia (fiebre) es la elevación de la temperatura corporal por encima del valor normal, superior a 41°C. La fiebre se produce por infecciones, fenómenos inflamatorios, enfermedad autoinmune, etc. Los signos clínicos de la fiebre son aumento de la frecuencia cardiaca, piel caliente al tacto, tiritar debido al aumento de la tensión, piel con aspecto de “carne de gallina” debido a la contracción de los músculos, elevación de la temperatura corporal, piel rubicunda. El proceso infeccioso tiene manifestaciones hematológicas en la cual varían las cifras de hematíes, leucocitos y plaquetas, en ocasiones es consecuencia directa de una infección o asociadas a infecciones graves que van a ocasionar una elevación de la temperatura en el organismo.

Harrison (2012) menciona que el control de la temperatura corporal es función del hipotálamo, el organismo mantiene la temperatura normal porque el centro termorregulador hipotalámico equilibra el exceso de producción de calor derivado de la actividad metabólica en los músculos y el hígado con la pérdida de calor producida a partir de la piel y los pulmones en un ambiente neutro el metabolismo humano produce siempre más calor del necesario para mantener la temperatura corporal central entre 36.5 y 37.5°C.

Según la OMS (2001), la hipertermia es un aumento de la temperatura por encima de la temperatura normal de 37°C a 37.5°C; esto se puede deber a fallas de los sistemas de evacuación

de calor, a una o más patologías que una persona puede presentar. La fiebre es una reacción corporal en la que se eleva de forma temporal la temperatura homeostática como respuesta del sistema inmunológico contra un agente externo, en cambio la hipertermia puede ser creada de forma artificial mediante la utilización de drogas o aparatos médicos especiales.

Fuentes (2012) Refiere que el proceso infeccioso es un mecanismo por el cual un microorganismo entra en contacto con el huésped que trae una enfermedad (infección), depende de la cadena de infección: agente infeccioso, reservorio, puerta de salida (forma de transmisión), puerta de entrada y huésped susceptible. Menciona también que la fiebre es una respuesta del organismo a numerosas situaciones patológicas, se debe a la presencia de sustancias que son capaces de penetrar en el tejido nervioso y provocar en el hipotálamo una elevación del valor de referencia, hay vasoconstricción (palidez cutánea), escalofríos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, dolor muscular y malestar general.

Pinheiro (2018) menciona que la infección del tracto urinario es la infección bacteriana más común durante el embarazo, iniciándose en la 6 semana hasta la semana 24 caracterizándose por bacterias en la orina, puede ser sintomática o asintomática; se produce en un 2 a 10% de los embarazos debido a los cambios en el tracto urinario la deshidratación y la restricción de líquidos aumentan la susceptibilidad a las infecciones urinarias. El 90% de las embarazadas presentan dilatación uretral (hidronefrosis del embarazo) que permanece hasta el parto. Los microorganismos responsables de las infecciones urinarias es generalmente la Echericha Coli, el riesgo y la gravedad aumentan en función al reflujo vesiculouretral, obstrucción del tracto urinario, estasis urinaria, cateterización, cistoscopia y septicemia que durante el embarazo se acentúa por el aumento de las hormonas y el peso que ejerce el útero sobre la vejiga, la vejiga es desplazada de su sitio habitual por el crecimiento del feto.

La maniobra de puño percusión lumbar es una exploración que permite distinguir un dolor lumbar mecánico de una posible patología renal. Se realiza con el paciente sentado golpeando cada región lumbar por separado con el puño cerrado; la maniobra es positiva cuando al realizarla despierta en el paciente un dolor de tipo agudo.

Del mismo modo, el autor William (2005) refiere que la infección urinaria, bacteriuria asintomática, cistitis aguda y la pielonefritis aguda se deben a los cambios morfológicos y funcionales durante el embarazo, estos ocasionan problemas al feto como parto pre término, bajo peso y mortalidad perinatal; y en la madre provoca anemia e hipertensión.

Los signos y síntomas de infección urinaria son: dolor, ardor al miccionar, necesidad de orinar frecuentemente, después de orinar, se continúa con el deseo de orinar un poco más, hematuria, escalofríos, fiebre, orina de aspecto turbio.

La hipertermia en la paciente en estudio se debe a que cursa con infección urinaria, examen de orina positivo, aumento de la temperatura corporal $T^{\circ} = 38.6^{\circ}\text{C}$, piel rubicunda y caliente al tacto, taquicardia debido al proceso infeccioso que presenta la paciente. Tal como presenta el estudio Hernández (2018) hiperémesis gravídica en paciente de 27 años con embarazo de 16 semanas encontró el mismo problema, hecho que también le sucedió a Carrión (2009) al aplicar el proceso de atención de enfermería a una gestante en el tercer trimestre del embarazo que también presento problema de hipertermia.

La gestante presenta un riesgo mayor de infección urinaria debido a los cambios anatómicos que el sistema urinario va a sufrir durante el embarazo; el aparato urinario sufre un aumento del volumen renal favoreciendo la dilatación de la pelvis, compresión de la uretra y una hiperplasia del músculo uretral lo que dificulta el vaciado de la orina. Estos cambios normales permiten que los gérmenes que normalmente ascienden por la uretra corta de las mujeres

prolifere a nivel vesical, por esta razón se realiza un cultivo de orina a toda gestante durante el primer trimestre.

Durante el embarazo es más fácil tener molestias urinarias causadas por bacterias de origen intestinal como la Echericha Coli, entero cocos, estafilococos.

Las Intervenciones realizadas a la paciente en estudio son: Aplicar el lavado de manos, que según Potter y Perry (2014) menciona que mantener las manos limpias es una de las medidas más importantes que podemos tomar para evitar enfermarnos y transmitir los microbios a otras personas, ya que muchas enfermedades y afecciones se propagan por no lavarse las manos con agua corriente limpia y jabón.

Otro aspecto importante es controlar los signos vitales, especialmente la temperatura, que según Zamora (2009) menciona que los signos vitales son los indicadores del estado de salud de una persona, su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida del paciente. El control de temperatura es un instrumento el cual ayuda a mantener un valor deseado. La temperatura corporal es un indicador que evalúa la regulación térmica de nuestro organismo, existen muchos factores que provocan cambios en la temperatura corporal como el estrés, la mala alimentación y los factores climáticos.

La fiebre es un mecanismo de defensa producida ante la reacción de un antígeno. Las elevaciones leves de la temperatura por encima de los 39°C aumentan el sistema inmune del organismo; en la mayoría de los casos la fiebre es la expresión de una infección, también se presenta en casos de lesiones nerviosas, enfermedades de la sangre, intervenciones quirúrgicas, otros.

Además, Domínguez (2014) menciona que los medios físicos ayudan a bajar la temperatura; la aplicación de medios físicos en enfermería es un conjunto de medidas

encaminadas a producir calor o frío mediante agentes físicos de manera local o sistémica, es decir es la regulación de la temperatura a valores normales a través de medios físicos, las principales causas de aumento de temperatura corporal son hipertermia y fiebre.

Otro aspecto a tener en cuenta es administrar medicamentos según prescripción médica: metamizol 1 gr intramuscular, ceftriaxona 1 gr endovenoso, según Vademécum (2012). El metamizol es un antipirético, analgésico, antiespasmódicos y antiinflamatorios, indicado para el dolor severo, cefaleas dolor postraumática y quirúrgica, reducción de la fiebre, cólicos gastrointestinales, renales, tracto biliar, se administra por vía endovenosa e intramuscular profunda. La ceftriaxona vía endovenosa es un bactericida que inhibe la síntesis de la pared bacteriana, está indicado en sepsis, infección urinaria, renal, gastrointestinal, entre otros, se controló nuevamente la temperatura para saber si ha remitido la temperatura.

Favorecer la ingesta de líquidos, que según Domínguez (2014), el agua se distribuye por todo el organismo y es el medio de transporte de nutrientes, nuestro organismo no puede vivir sin ella ya que se regula la temperatura corporal gracias a la sudoración.

Por último, registrar las intervenciones en el kardex y en las anotaciones de enfermería, que según Potter y Perry (2014), toda actividad o procedimiento debe ser registrado en las anotaciones de enfermería. Los registros de enfermería son importantes debido al aumento de situaciones medico legales, por eso es necesario contar con un respaldo de trabajo realizado, el cual debe ser legible oportuna.

En enfermería, el kardex es considerado un método de organización y registro de datos de los pacientes, el cual facilita el acceso a cualquier información concerniente al paciente. La información que se incluye de enfermería es variada y completa, contiene el plan de cuidados

detallado, de acuerdo a las indicaciones de cada paciente, los datos son llenados exclusivamente por la enfermera.

La fiebre durante el embarazo con una temperatura mayor de 39.5°C suele ser motivo de preocupación en la gestante por el temor de que pudiera ocasionarle algún daño al feto especialmente en los primeros meses de embarazo. Como se sabe la temperatura corporal es un mecanismo de defensa del organismo que pone en marcha para combatir las bacterias y virus. La fiebre alta no afecta el desarrollo del bebé, se ha descartado incluso en el primer trimestre o que produzca malformaciones o que esté relacionado con el aborto espontáneo, lo que si afecta es la causa que provoca ese aumento de temperatura, por eso es importante tener cuidado con algunos síntomas y descartar que la fiebre sea producto de alguna complicación en el embarazo(fiebre mayor 39 grados, vómitos frecuentes, diarrea, dolor al orinar, pérdida de líquido amniótico, hemorragia vaginal, dolor abdominal) ante cualquiera de estos síntomas la embarazada debe acudir al médico.

Déficit de volumen de líquidos

Es definido como la “Disminución del líquido extravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua sin cambios en el sodio”. (NANDA, 2015-2017). Así mismo Granjean y Campbell (2006) mencionan que el déficit de volumen de líquidos es una alteración que se presenta en el organismo producido por alguna pérdida anormal en una persona, esta pérdida de líquidos es producida por vómitos intensos y continuos llegando a la deshidratación.

Conti (2010) menciona que el desequilibrio de líquidos sucede cuando se pierde más agua o líquido del que se consume, también cuando se consume más agua del que el cuerpo es

capaz de eliminar. El cuerpo pierde líquidos a través de la respiración, transpiración y orina y si no se toma suficiente líquido puede deshidratarse; el cuerpo también puede tener dificultad para eliminar los líquidos llamada sobrecarga el cual va a provocar edema.

Guyton y Hall (2011) refieren que el déficit de volumen producido por los vómitos pone al paciente en riesgo de deshidratación y en cuestión de horas se puede provocar un déficit de líquidos debido a la poca ingesta o por la pérdida de agua. La deshidratación es la falta de líquidos corporal para que el cuerpo funcione, puede ocurrir por pérdida de líquidos, falta de ingesta, produciendo resequedad de las mucosas, pérdida de la elasticidad de la piel, aceleración del pulso, hipotensión, aumenta la densidad de la orina con disminución de la diuresis. Las embarazadas que cursan con hiperémesis gravídica pueden desarrollar una deshidratación grave, el cual ocasiona alteraciones en el estado de alerta, alucinaciones, afectación hemodinámica, reducción del flujo renal, problemas cardiacos y afectación del flujo placentario el cual van a incrementar la morbilidad gestacional.

Del mismo modo, Fuentes (2012) menciona que la hiperémesis gravídica es un cuadro caracterizado por vómitos persistentes que se presentan por lo general durante el primer trimestre suelen remitir a las 20 semanas. Puede inducir a pérdida de peso, deshidratación, acidosis, alcalosis secundaria al vómito e hipopotasemia; se relaciona con el aumento rápido de los estrógenos séricos o a la hormona gonadotropina corionica o ambas. La hiperémesis gravídica afecta la homeostasia, equilibrio hidroelectrolítico, a la función renal, al estado nutricional y puede ser fatal.

La hiperémesis se clasifica en: leve (no hay deshidratación y la pérdida de peso corporal es menor a 5%), moderada (hay signos de deshidratación y pérdida de peso entre 5% y 10%) y

severa, (signos de deshidratación severa, ansiedad, ictericia, pérdida de peso mayor al 10% y oliguria).

La hiperémesis gravídica es una complicación poco frecuente durante el primer trimestre de embarazo, que de no tratarse adecuadamente puede traer repercusiones graves que van desde productos desnutridos en útero hasta la posible pérdida del producto de la gestación.

Por otro lado, Conti (2010) hace mención que la sialorrea es un cuadro que existe en la embarazada y que desaparece a la semana 20, en ocasiones permanece hasta el final del embarazo, es una de las manifestaciones digestivas que se presentan en el embarazo y la menos estudiada prestando más interés a las náuseas y vómitos. La sialorrea (ptialismo) en la embarazada es la secreción exagerada de saliva, se dice que obedece a cuadros psicológicos, la formación de saliva es constante, la secreción diaria es de aproximadamente un litro, la secreción está regida por la acción colinérgica de las fibras parasimpáticas.

Hernández y Sastre(2010) dicen que durante el embarazo se producen cambios en el cuerpo que incrementan los requerimientos de agua para permitir la formación del líquido amniótico, favorecer el crecimiento y desarrollo del feto, también mejora la circulación sanguínea, nos ayuda a conservar la temperatura corporal y tener un embarazo saludable, además el 80 a 90% de las mujeres experimentan náuseas y vómitos durante el embarazo, situación que limita la ingesta de agua y aumenta las pérdidas de líquido lo que dificulta para mantener el equilibrio hídrico. Este cuadro caracterizado por vómitos constantes puede provocar deshidratación y pérdida de peso sin causa orgánica que lo explique, puede estar relacionado a factores no concientizados que interfieren en una adecuada adaptación al embarazo, por ello además de una intervención médica para controlar los vómitos y corregir el déficit de volumen es necesario evaluar las condiciones psicológicas y ambientales que rodean al embarazo.

El déficit del volumen de líquidos en la paciente en estudio está relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos el cual provoca deshidratación y pérdida de peso.

El presente estudio aplicado a la paciente M.C.R. Fue identificado el déficit de volumen de líquidos como primer diagnóstico de enfermería, cuyo objetivo fue lograr un volumen adecuado de líquidos y controlar las náuseas y vómitos durante su hospitalización.

Román (2012) realizó un estudio sobre hiperémesis gravídica considerando como primer diagnóstico el déficit de volumen de líquidos relacionado con náuseas y vómitos.

de igual manera el trabajo realizado por Vélez(2018) paciente de 23 años de edad, con embarazo de 16 semanas de gestación, en la cual estableció 2 diagnósticos según la taxonomía NANDA, considerando el déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos como primer diagnóstico, donde sus intervenciones estuvieron enfocadas en disminuir dichos síntomas, hidratación, mejorar el estado nutricional de la paciente entre otros para lograr tener un embarazo saludable.

Por lo antes expresado, la hiperémesis gravídica es una patología que se presenta en algunas gestantes en el primer trimestre de gestación caracterizado por vómitos persistentes, pérdida de líquidos y electrolitos, y estas pérdidas son las que llevan a la instalación de un déficit de volumen.

Para el MINSA (2011), la deshidratación ocurre cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos, se clasifica según la cantidad de líquido que se pierde o que no se haya repuesto evidenciándose por la disminución de la orina, piel y mucosas secas. Se clasifica en leve (mucosa oral seca, sed, taquicardia y pérdida del 5% del peso), moderada (hipotensión, pliegue cutáneo positivo y desorientación) y grave (hipotensión, oliguria, alteración de la conciencia y pre choque).

Según EFSA (2010), el desequilibrio de los líquidos y electrolitos puede originarse por un estado patológico preexistente o por episodios traumáticos súbito como el vómito, disminución de la ingesta de líquidos, fiebre entre otros, el balance hídrico es la relación cuantificada de los ingresos y egresos de líquidos que ocurren en el organismo en un tiempo específico incluyendo pérdidas insensibles.

El déficit de volumen de líquidos de la paciente en estudio, se presenta por vómitos persistentes, sialorrea, náuseas, inapetencia, disminución en la ingesta de líquidos e intolerancia a los alimentos, reacción que le impide retener los líquidos causando el problema de déficit de líquidos. La hospitalización en estos casos es recomendable para controlar el estado de la gestante y recuperar los líquidos y electrolitos adecuados.

La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es importante ya que depende de la precisión con la cual realice este procedimiento que repercutirá en el tratamiento y recuperación del paciente. Por eso, en el caso de la paciente en estudio se administró antieméticos para lograr evitar los vómitos, frente al cuadro de deshidratación se administraron líquidos endovenosos según prescripción médica para lograr la recuperación de la paciente.

Las intervenciones realizadas son: valorar el estado de hidratación de la piel y mucosas, en busca de signos de deshidratación; según Domínguez (2014) la piel debe estar siempre hidratada, los labios, la piel seca, la sequedad entre mejillas y encías indican déficit de volumen de líquidos, si la piel no vuelve a su posición normal antes de 3" indica déficit de volumen de líquidos, la piel pellizcada que se mantiene elevada durante varios segundos se llama turgencia deficiente de la piel que ocurre por déficit de líquidos; valorar adecuadamente el estado general de la paciente nos permite saber qué acciones se tomaran para mejorar su estado de salud.

Mantener una vía endovenosa permeable para administrar líquidos intravenosos, dextrosa 5% y electrolitos. La administración de líquidos por vía intravenosa es importante para regular el medio interno de la paciente y de esta manera disminuir la deshidratación. El aporte de líquidos y electrolitos ya sea por vía oral o parenteral es la base de cualquier tratamiento para la deshidratación.

Según la OMS (2001), las soluciones de electrolitos se administran por vía intravenosa, para cubrir las necesidades normales de líquidos y electrolitos o para reponer déficit importantes o pérdidas continuas, cuando el paciente presenta náuseas, vómitos o no pueden tomar las cantidades adecuadas por vía oral. Es el método de acceso vascular de elección en pacientes con deshidratación y vómitos, para permitir la administración rápida y de gran volumen de líquidos como la dextrosa al 5% que es una solución para restaurar alteraciones del estado hidroelectrolítico, se usa en la restitución y/o mantenimiento de volumen circulante, en pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico como hemorragias, deshidratación, vómito, insuficiente ingestión de líquidos.

También se procedió a administrar medicamentos antieméticos prescritos por el médico. Pillou (2013) Los antieméticos son tratamientos que permiten aliviar de forma preventiva o curativa las náuseas y vómitos, el cual actúan modificando la sensación de náusea en el cerebro y relajan los músculos de la parte baja del estómago, se administran por vía endovenosa y oral.

Según Potter y Perry (2014), refieren que el déficit de líquidos es la pérdida de agua electrolitos causados por vómito. La administración de medicamentos antieméticos evita el éxtasis gástrico y evita los vómitos, la administración de medicamentos por vía endovenosa evitan la pérdida de líquidos y electrolitos en el organismo. El dimenhidrinato produce una hiperestimulación de la función laberíntica, la Metoclopramida produce un aumento de la

motilidad del tracto gastrointestinal superior sin estimular la secreción gástrica, biliar o pancreática; también se administró ranitidina que, inhibe la producción de ácido gástrico, se usa en el tratamiento de úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico. Se usa para tratar y prevenir la acidez, úlceras y para prevenir el daño en el estómago que producen ciertos medicamentos enfermedades. Se debe evitar los olores fuertes que puedan desencadenar náuseas, así como también aumentar la frecuencia y disminuir la cantidad de alimentos ingeridos.

Otra intervención de enfermería fue realizar el control diuresis, peso diario, controlar los signos vitales y realizar el balance hídrico estricto.

Zamora (2009) Menciona que el control de diuresis es la cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminado por el paciente, el cambio del volumen de orina es un indicador de alteración en el equilibrio de líquidos. La vigilancia de las pérdidas permite identificar las características de estos como el color, cantidad, olor.

También EFSA (2017) refiere que el balance hídrico es la relación cuantificada de los ingresos y egresos de líquidos que ocurren en el organismo en un tiempo específico incluyendo pérdidas insensibles. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance hídrico.

Del mismo modo, Potter y Perry (2014) afirman que el control de los líquidos ingeridos y eliminados permite cuantificar los ingresos y pérdidas corporales por diferentes vías en un periodo determinado.

Es un parámetro importante a la hora de valorar la existencia de exceso o déficit de líquidos; la exactitud de las medidas y su registro son importantes para valorar las ganancias y pérdidas.

Kosier (2013) menciona que el control del peso ayuda a determinar si hay pérdida o aumento de peso y refleja la retención o pérdida de líquidos.

Los pacientes con problemas de líquidos deben ser pesados con frecuencia ya que los cambios del volumen de los líquidos orgánicos se traducen en rápidas variaciones de peso; el peso disminuye rápidamente cuando la ingesta total de líquido es inferior a sus pérdidas.

Para Zamora (2009), los signos vitales son los indicadores del estado de salud de una persona, su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida del paciente. El control de signos vitales es importante porque según el grado de deshidratación se producen cambios en la temperatura (estará normal, elevada o reducida), en el pulso (taquicardia) en la presión arterial (hipotensión).

El déficit de líquidos es una consecuencia de la pérdida de agua y electrolitos causadas por vómitos, diarrea, abuso de diuréticos ascitis, quemaduras entre otros; entre los signos y síntomas tenemos sequedad de mucosa, pérdida de peso, aumento de la frecuencia cardiaca, oliguria. El tratamiento se basa en corregir el déficit de volumen y las alteraciones electrolíticas.

El desequilibrio de líquidos es frecuente en la práctica clínica es por eso que el personal de enfermería debe estar capacitado para contribuir a mantener la homeostasis del paciente, por tal motivo se debe monitorizar los electrolitos plasmáticos y de existir alguna alteración se realizará la reposición de los mismos por vía intravenosa. Los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio, su alteración provoca cambios en el volumen de líquidos corporales causando una alteración en la concentración de electrolitos, es por eso que se debe realizar un control estricto de los ingresos y egresos, y de las pérdidas insensibles, el cual va a repercutir en el tratamiento y recuperación del paciente.

Desequilibrio nutricional

El desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales es definido como “el consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas” NANDA. (2015- 2017).

Así mismo, Quijada (2017) refiere que el desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, se produce cuando la cantidad de nutrientes ingeridos por el organismo es inferior a las necesidades metabólicas, que necesita el organismo para su adecuado funcionamiento, la incapacidad de retener los alimentos tras la ingesta dificulta que la gestante satisfaga sus necesidades nutricionales perdiendo peso, líquidos, pérdida de jugos gástricos durante los vómitos provocando deshidratación y desequilibrio nutricional.

Hernández y Sastre (2010) mencionan que el desequilibrio nutricional puede conllevar a la desnutrición y anemia ocasionando síntomas como debilidad, cansancio, fatiga, etc. Las náuseas, vómitos, sialorrea que de acuerdo a la patología la mayoría de mujeres experimentan estos síntomas durante los tres primeros meses de gestación, siendo una causa de deficiencia nutricional y también puede llevar a un cuadro de deshidratación y alteraciones metabólicas, recurriendo muchas veces al tratamiento hospitalario para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas presentes y múltiples complicaciones tanto digestivas como neurológicas. De igual manera una adecuada nutrición durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo de crecimiento, desarrollo neonatal y evita la aparición de enfermedades crónicas en la niñez. El embarazo se acompaña de cambios en la composición corporal y en el metabolismo del organismo; hay cambios hormonales, la función digestiva se ve alterada por la presencia de náuseas, vómitos, sialorrea, acidez y constipación.

OMS (2001) El índice de masa corporal es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona y determinar si el peso está dentro de los parámetros normales, se define como el peso en kilogramos dividido por la altura en metro cuadrado. La OMS divide a la población en función de su IMC, de 18.5 – 24.9 es normal, mayor o igual a 25 es sobrepeso y mayor o igual a 30 es obesidad.

Grandi, Luchtenberg y Sola (2007) refiere que una alimentación balanceada logra aumentar los requerimientos maternos de determinados nutrientes, de igual manera se debe aumentar la ingesta de proteínas, calcio, hierro. En la hiperémesis gravídica los vómitos excesivos ocurren entre la cuarta y la quinta semana y seden al término de las veinte semanas, aunque algunas duran todo el embarazo, estos síntomas pierden intensidad conforme avanza la gestación. Si una mujer con hiperémesis gravídica no recibe el tratamiento adecuado puede provocarle muchas complicaciones tanto para la madre y el bebé.

Así mismo, Miller (2013) nos dice que el hierro también es importante en el embarazo una parte es utilizada por la madre para aumentar la cantidad de sangre en un 50% y el resto del hierro lo utiliza el feto y la placenta para su desarrollo; la anemia por déficit de hierro(anemia ferropénica) representa el 75%, la necesidad de hierro se duplica durante el embarazo y es imposible cubrir las necesidades dietéticas, por ello hay la necesidad de utilizar suplementos de hierro de forma rutinaria, la dosis de hierro recomendada en una embarazada es 30mg diario.

Del mismo modo, Baldoni (2011) menciona que la hiperémesis gravídica es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes sin causa orgánica durante el primer trimestre del embarazo que pueden conducir a un desequilibrio nutricional, las mujeres no pueden ingerir una cantidad adecuada de alimentos y líquidos el cual provoca pérdida de electrolitos, déficit de vitaminas y minerales que causan pérdida de más de 5% del peso corporal, estas complicaciones

si no son tratadas adecuadamente pueden traer consecuencias grave sobre el estado nutricional de la madre, el cual pone en riesgo la vida del feto. Durante el primer trimestre muchas embarazadas tienen náuseas y vómitos que ocurren en cualquier momento del día o de la noche, pero lo que no es normal es cuando las náuseas son frecuentes e intensas vomitando de forma persistente varias veces al día, con pérdida de peso y deshidratación, si no es tratada puede interferir en la salud de la madre y su bebé.

Cuenca (2019) menciona que el índice de masa corporal(IMC) es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona y determinar si su peso esta dentro del rango normal , si tiene sobrepeso o delgadez ,es necesario saber el peso y talla y si ya se está embarazada se tiene que saber el peso antes de quedar embarazada. En las embarazadas la ganancia de peso depende del IMC que tenían antes del embarazo. En el caso de las mujeres con un IMC normal antes de la gestación, la ganancia recomendada es 400gr por semana durante el segundo y tercer trimestre; conocer el peso ideal que puedes ganar durante el embarazo ayuda a llevar una gestación mas sana sin afectar el desarrollo del bebé. Las mujeres con bajo peso tiene mayor riesgo de presentar amenaza de parto pretermino y un recién nacido con bajo peso para la edad gestacional, se debe estudiar si existe problemas tiroideos o metabolicos asociados o si hay trastornos de la conducta alimentaria.

Ruíz y Avila (2011) mencionan que las mujeres embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y la placenta; si la gestante no tiene depositos suficientes de hierro y no recibe una cantidad suplementaria de este micronutriente sufrirá un agotamiento progresivo de hierro durante su embarazo. La pérdida de peso durante el primer trimestre se debe a las náuseas y vomitos por que los alimentos ingeridos son vomitados, otro sintoma que le lleva a perder peso es al

desarrollo de su sentido del olfato que le lleva a rechazar ciertos alimentos como a la falta de apetito y ambos son consecuencias del cambio hormonal que experimentan durante el embarazo.

Según Pearl (2014), durante el embarazo las necesidades de hierro aumentan para compensar la utilizada por el feto, si la alimentación no lo suministra en cantidades adecuadas o las reservas del cuerpo de este mineral ya estaban bajas desde el principio, la futura madre corre el riesgo de tener anemia por falta de hierro, afección que se presenta en un 40% de los embarazos, además de debilitar el cuerpo la anemia puede interferir con la oxigenación del feto, es importante prevenirla y si se produce tratarla antes que la situación empeore, el volumen sanguíneo de la madre aumenta progresivamente para cubrir las necesidades metabólicas de la mujer y del niño por nacer, es un proceso fisiológico llamado hemodilución que a lo largo del embarazo tiende a disminuir la concentración en sangre de los glóbulos rojos y la hemoglobina que contienen, en el embarazo se considera anemia con hemoglobina por debajo de 10gr/dl. Hay muchas razones por las que las gestantes pueden tener deficiencia de hierro como la hemodilución, los embarazos gemelares, la presencia de fibromas uterinos, placenta previa. Por eso es importante conocer las condiciones de la mujer embarazada y realizar los análisis de sangre para saber el valor de su hemoglobina.

Por otro lado, Miller (2013) hace mención que durante el embarazo se produce un aumento de las necesidades de vitaminas, minerales, es importante una dieta equilibrada ya que los alimentos ingeridos por la gestante son las fuentes de nutrientes para el bebé. El ácido fólico es esencial para la multiplicación y la división celular; esta vitamina actúa desde el inicio del embarazo por lo que se recomienda su suplementación en la mujer embarazada, la vitamina B12 interviene en la división celular junto con el ácido fólico, durante el embarazo aumentan las necesidades de yodo para el correcto crecimiento y desarrollo intelectual del niño, también

durante el embarazo se produce un aumento de los requerimientos de hierro para asegurar las reservas de la madre y el adecuado aporte para el bebé, es un mineral importante ya que garantiza el transporte de oxígeno a las células.

El desequilibrio nutricional de la paciente en estudio se presenta por la ingesta insuficiente de alimentos y líquidos provocado por aversión a los alimentos, pérdida de peso, disminución del índice de masa corporal, una hemoglobina 10.6gr/dl, de igual manera se observa disminución en la fuerza muscular por falta de energía que es necesario para la movilización de los músculos, tal como lo presenta el estudio Rocha (2015) en un caso clínico encontró el mismo problema de desequilibrio nutricional hecho que también le sucedió a Catari (2010) en un caso clínico materno infantil, hiperémesis gravídica también presentó el problema de desequilibrio nutricional por pérdida de peso debido a la intolerancia de alimentos.

Frente a este problema identificado la enfermera interviene en valorar el estado general de la paciente para detectar signos de deshidratación o desnutrición, según Domínguez (2015) refiere que una valoración adecuada del estado general de la paciente permite saber qué acciones se tomaran para mejorar su estado.

También valorar la tolerancia oral, según Grandi, Luchtenberg y Sola (2007) refiere que la dieta nada por vía oral es recomendable en pacientes con hiperémesis seguido de la dieta líquida, según la OMS la aplicación de una dieta adecuada desarrolla el efecto preventivo, terapéutico y educativo del paciente contribuyendo al bienestar social y físico, es decir ayuda al enfermo a tener una estancia hospitalaria adecuada.

Otro aspecto importante es brindar alimentos con aportes de hierro, Grandi, Luchtenberg y Sola (2007) menciona que el hierro es un mineral que combinado con el oxígeno produce la

hemoglobina que es una proteína encargada de transportar el oxígeno que llega a todas las células del organismo.

Administrar sulfato ferroso según indicación médica, Breymann (2012) refiere que cuando existe un desequilibrio nutricional por ingesta insuficiente de nutrientes se ve afectado el hierro, el tratamiento de la anemia ferropénica, es con sulfato ferroso, en el cual se produce un rápido intercambio de hierro entre el complejo y las proteínas fijadoras de hierro principalmente en el hígado, bazo y médula ósea, es eliminado por la orina en 24 horas.

Hernández (2010) menciona que la tolerancia oral es un proceso fisiológico de tomar o dar alimentos por vía oral, para conseguir un adecuado aporte nutricional.

De igual manera se realizó control de los signos vitales, el peso diario a la paciente, se coordinó con nutrición para evitar alimentos con olores fuertes, y mantener una adecuada higiene bucal.

Para Kosier (2013), al no ingerir los nutrientes necesarios que requiere el organismo, existe una disminución del peso, por eso el control de peso nos permite obtener parámetros iniciales y medir la pérdida de masa corporal.

Zamora (2009) menciona que el control de signos vitales son los indicadores del estado de salud de una persona, su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida del paciente.

Hernández (2010) En las gestantes con hiperémesis gravídica se incrementan las náuseas, por eso los alimentos con olores fuertes pueden provocar náuseas en las pacientes. El ambiente en el que se encuentra la paciente es importante, porque si no hay ambiente adecuado para ingerir los alimentos, se perderá el deseo de alimentarse y dejará la comida de lado,

Grandi, Luchtenberg y Sola (2007) menciona que el cuidado de la cavidad oral garantiza una buena salud oral y contribuye a la prevención de enfermedades sistémicas y mejora la calidad de vida.

El desequilibrio nutricional se da en algunas embarazadas por eso es importante cuidarse antes, durante y después del embarazo, mantener una alimentación e hidratación adecuada para evitar un déficit que puede provocar problemas tanto a la mamá como al feto. Las necesidades nutricionales de la embarazada son mayores que de las mujeres no gestantes, por ello, es esencial mantener una dieta completa variada y equilibrada, sin embargo según los estudios una de cada dos embarazadas presentan desequilibrio nutricional, este desequilibrio no se soluciona comiendo por dos como a veces se cree, si no es llevando a cabo una dieta equilibrada y variada, consumiendo cinco a seis comidas al día y complementando con suplementos y esto es clave para el bienestar materno y para el desarrollo presente y futuro del bebé.

Riesgo de infección

El riesgo de infección es definido como “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud” (NANDA, 2015- 2017).

Así mismo para Fariñas (2010). El riesgo de infección es la multiplicación de los microbios en los tejidos del huésped que causa signos y síntomas de enfermedad, también refiere que las infecciones de los catéteres vasculares están relacionadas con la bacteriemia, manifestándose localmente con signos inflamatorios y exudado purulento en el sitio de inserción, dicha infección se asocia con varias causas incluyendo el uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas y el consumo frecuente de antibióticos.

Capdevila (2013) refiere que el riesgo de infección del catéter depende del lugar de inserción, duración del catéter y del cumplimiento de las medidas preventivas, y que la aparición

de una flebitis periférica suele ser un fenómeno físico-químico que no significa infección, puede haber enrojecimiento, dolor o inflamación alrededor del catéter, escalofríos, sudores, fiebre, etc. Generalmente al colocar un cuerpo extraño en una vena, existe el riesgo potencial de producir una reacción inflamatoria por la lesión producida en la piel. Actualmente, la terapia endovenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar fluidos, fármacos, productos sanguíneos, soporte nutricional, es por eso que las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento del catéter son múltiples y la flebitis postpunción es el principal riesgo de una terapia endovenosa.

La OMS (2013) menciona que las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, virus, parásitos u hongos.

El riesgo de infección de la paciente en estudio se debe a que tiene un vía invasiva en miembro superior derecho, pasando líquidos endovenosos continuos y se realizó cateterismo vesical para recolección de muestra de orina, el cual es propenso a tener un proceso infeccioso, ya que tienen una mayor facilidad que los microorganismos atraviesen las barreras naturales del cuerpo, es por eso que el profesional de enfermería debe mantener una actitud orientada a la prevención de complicaciones en el paciente. Tal como presenta Rodríguez (2016), la infección urinaria en la embarazada encontró el diagnóstico riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos; del mismo modo, el estudio realizado por Ruíz (2009) PAE en la necesidad de eliminación urinaria menciona que también existe un riesgo de infección por procedimientos invasivos.

Las intervenciones realizadas a la paciente son: Mantener las medidas de asepsia antes de atender al paciente y antes de realizar intervenciones invasivas, utilizar guantes para la canalización de vía periférica, realizar el cuidado y mantenimiento del catéter, se controló signos

vitales principalmente la temperatura y el pulso, valorar signos de infección en la zona de inserción del catéter, se realizó y reportó fecha de cambio del catéter periférico cada 3 días, verificar la permeabilidad de la vía, orientar a la paciente sobre el cuidado de la vía periférica, Controlar la invasión bacteriana urinaria a través del examen de orina cateterismo vesical para recolección de muestra de urocultivo, se realizó las anotaciones de enfermería,

Para Potter y Perry (2014), las infecciones son producidas por gérmenes patológicos como bacterias, virus y hongos microscópicos que invaden el organismo y se multiplican en él produciendo sustancias tóxicas. La higiene de manos es un medio importante de controlar y evitar la transmisión de microorganismos, el uso de guantes es un equipo de protección personal, ya que crea una barrera entre los microbios y las manos evitando que los microbios se diseminen y ayudan a proteger de infecciones tanto de los pacientes como del personal de salud. Refiere que a través de la valoración podemos identificar las condiciones en que está la vía periférica y tomar decisiones oportunas. El adecuado cuidado vigilancia de algún signo de flebitis ayuda a evitar la infección.

La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, esta valoración constituye el punto de partida para la toma de decisiones que determinan el cuidado del paciente.

Para Tejada (2013), la temperatura es el equilibrio entre la producción y pérdida de calor por el cuerpo debido al metabolismo (combustión química de nutrientes). Cuando el nivel es normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación sudoración que promueven la pérdida de calor; por el contrario, si disminuye por debajo del nivel normal se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas (escalofríos).

El pulso es una onda que se origina en el corazón se propaga a través de todas las arterias del cuerpo, esto sucede cuando el corazón se contrae (o da un latido) y hace circular la sangre por todo el organismo; lo normal es que sea entre 60 y 90 latidos por minuto.

El conocimiento y la destreza en el control del pulso arterial permitirán reconocer las alteraciones de sus características normales que suelen ser típicos de algunas patologías, también refiere que la hipertermia y la taquicardia son dos valores que pueden manifestar la existencia de una infección.

Potter y Perry (2014), por lo general se sabe que al tener a un paciente con catéter venoso periférico puede conllevar a un proceso infeccioso ya que tienen mayor facilidad a que los microorganismos atraviesen las barreras naturales del cuerpo. Menciona que al identificar estos signos (dolor, calor, rubor) nos permite estar en alerta ante cualquier complicación, ya que la infección es la proliferación de agentes patógenos en un área específica y una manera de poder identificar una posible infección es la observación en la zona. También menciona que el cambio de catéter periférico debe ser no mayor de tres días por ser una vía de ingreso directo a cualquier agente patógeno dentro del torrente sanguíneo.

Kosier (2013) menciona que al observar la permeabilidad permite conocer si hay obstrucción para actuar inmediatamente. Una adecuada información al paciente mejora los cuidados que debe tener en la vía.

Potter y Perry (2014) mencionan que la sonda vesical es un método invasivo que permite la entrada de microorganismos por vía ascendente, el análisis de orina permite identificar la presencia de leucocitos, bacterias y pus, el cultivo de orina sirve para confirmar la sospecha de una infección, identificar los organismos causales y administrar la terapia adecuada, también refiere que toda actividad o procedimiento debe ser registrado en las anotaciones de enfermería.

El personal de enfermería es el responsable del cuidado del acceso venoso periférico y por consiguiente debe prevenir la aparición de complicaciones, desde el ingreso hasta el alta del paciente, el personal de enfermería es la encargada de brindar cuidados y satisfacer las necesidades del paciente y una de ellas es la integridad cutánea, el mantenimiento y permeabilidad de las vías periféricas es importante para evitar en el paciente irritación, dolor, enrojecimiento, edema en la zona del acceso, por eso el personal de enfermería debe estar atento ante la aparición de algunos de los síntomas que permita detectar precozmente alguna complicación y si ya está presente actuar de forma rápida y eficaz.

Proceso de maternidad ineficaz

Proceso de maternidad ineficaz es definido como "Proceso de embarazo y parto y cuidados del recién nacido que no coincide con el contexto, las normas y las expectativas (NANDA, 2015- 2017)

Así mismo, Manrique (2014) menciona que la maternidad es un proceso complejo y de transformación personal, ayuda a las embarazadas a formar vínculos con su bebé, pareja y familia. Para algunas embarazadas, la maternidad está acompañada de momentos de tensión entre rechazo y aceptación de la gestación, dado que el embarazo no era deseado, no estaba planeado, no había sido programado interfiriendo con sus planes de estudio y proyecto de vida; hay sentimientos encontrados al inicio se siente frustración, pero ese sentimiento va cambiando a medida que avanza el embarazo y se van produciendo arreglos psicológicos y sociales que pasan de la frustración y la negación a un proceso de aceptación, adaptación y acomodación de la maternidad en su proyecto de vida.

Este proceso de maternidad ineficaz se hace más difícil cuando hay rechazo del embarazo por parte del compañero, conflictos de pareja, violencia familiar o abandono por parte del padre que lleva a la gestante a la condición de madre soltera.

La maternidad es más difícil cuando no se cuenta con el respaldo y apoyo familiar, dado que la gestante tiene una serie de sentimientos que pueden ir de la tristeza, angustia e incertidumbre a momentos de alegría, esperanza y felicidad. En esta etapa es fundamental el apoyo familiar y de los servicios de salud, para que puedan lograr ubicar la maternidad dentro de su proyecto de vida.

Sánchez (2015) menciona que el embarazo no deseado es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta la salud de la madre y del bebe, alterando la calidad de vida de ellos, la familia y de la sociedad. La adolescencia busca reafirmar su relación de pareja y piensa en el aspecto económico. El embarazo en adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la madre y su bebe; por lo tanto, tiene que detectarse oportunamente los riesgos y brindar cuidados adecuados, entre las complicaciones para la madre tenemos la anemia, síndrome hipertensivo del embarazo, alteraciones emocionales, muerte materna; entre las complicaciones del bebe tenemos, bajo peso al nacer, muerte del bebe, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, incumplimiento del calendario de vacunación, desnutrición.

Issler (2001) menciona que la actitud del rol de madre depende de la etapa de la adolescencia en que se encuentra, ya que la maternidad es un rol de la etapa adulta, lo que implica que las adolescentes asumen responsabilidades ajenas a ese periodo de vida, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”. Generalmente, el embarazo en adolescentes no es planificado por lo que adoptan diferentes actitudes que dependen

de su historia personal, del contexto familiar y social. La actitud de una adolescente embarazada frente a la paternidad y a la crianza de su hijo está influenciada por la etapa de vida en que transita y necesitará mucha ayuda del equipo de salud durante todo el proceso incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante los primeros años de vida. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y hasta decidirse por uno aparece el aborto.

Del mismo modo, OSPESALUD (2017) menciona que el embarazo es una etapa normal en la vida de la mujer, un acontecimiento único que merece consideración y cuidados especiales para que se desarrolle bien y llegue a buen término. Durante el embarazo ocurren muchos cambios en el cuerpo de la mujer, algunos visibles y otros no, pero que se expresan con síntomas. Estos síntomas, aunque algunos pueden ser molestos, sin embargo, es mejor controlarlos si su intensidad o frecuencia se tornan excesivos. En los primeros meses suelen presentarse náuseas y vómitos, para aliviarlos se recomienda ingerir poca cantidad de alimentos y con mayor frecuencia. Durante el primer trimestre puede notarse tendencia al sueño y mayor cansancio, es común que la mujer embarazada tenga registros de presión arterial baja y a veces mareos, también es recomendable estar bien hidratada, evitar exponerse al calor intenso y estar mucho tiempo parada, es posible que haya deseos de orinar frecuente.

El proceso de maternidad ineficaz de la paciente en estudio se debe a que no desea estar embarazada, tiene control prenatal inadecuado, no está preparada para tener un bebé, tiene problemas familiares y económicos. Tal como lo expresa el estudio, Barca (2016), en el trabajo realizado prevención del embarazo en la adolescencia encontró el mismo problema de embarazo no deseado; hecho que también le sucedió a Fernández (2013) en el estudio embarazo no deseado en adolescentes encontró el mismo problema de proceso de maternidad ineficaz.

Las intervenciones realizadas son: Escuchar activamente a la paciente, mantener una buena relación enfermera- paciente. La comunicación es un proceso fundamental que regula y hace posible la interacción entre las personas. En el área de salud hay estudios donde dicen que la comunicación en el hospital es deficiente, por eso el personal de enfermería es el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe.

La OMS (2004) identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital determinando acciones para mejorar la comunicación afectiva, desarrollar una adecuada relación enfermera- paciente para identificar a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que el proceso de comunicar es la base eje de los cuidados de enfermería.

Así mismo, animar a la paciente para que exprese sus preocupaciones, emociones. Según Molina (2014), la maternidad conlleva a una preocupación, sobre el cuidado del bebé, falta de preparación para criar, la dependencia económica, los temores por malformaciones congénitas en el niño, por perder el empleo o por no ser una buena madre; esta preocupación es mayor en madres solteras, desempleadas, cuando hay barreras para el acceso de los servicios de salud, experiencias negativas de otras embarazadas y la falta de un buen trato por parte del personal de salud va a ocasionar cierto grado de ansiedad. Es por eso que el apoyo emocional es una forma de cuidado para ofrecer confort, atención y bienestar a la paciente, es la capacidad de percibir lo imperceptible, por eso el personal de salud tiene que tener un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.

De igual manera, Naranjo (2006) refiere que el proceso de maternidad ineficaz en adolescentes es un problema de salud que afecta a la gestante y debido a que la maternidad conlleva a una preocupación por la crianza del bebe, problemas económicos, es por eso que la comunicación es un proceso mediante el cual el personal de salud establece una relación con el

paciente logrando desarrollar confianza para que el paciente se sienta comprendido. Dentro de la relación enfermero – paciente, la comunicación es un factor clave a la hora de prestar los cuidados integrales y de calidad al paciente y familia.

Sin embargo, Schultz (2013) refiere que para algunas embarazadas la maternidad está acompañada de momentos de rechazo y aceptación de la gestación, dado que el embarazo no era deseado, conocer a una paciente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en ella y pone en marcha una relación de cuidados que le proporciona información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos que va a realizar, logrando que la paciente se sienta segura.

Otro aspecto a considerar, es orientar sobre el proceso de gestación, parto y lactancia materna, educar sobre la importancia del control prenatal y el estado de higiene.

La orientación y educación a la gestante es una responsabilidad del personal de enfermería, permite a la gestante conocerla importancia de los cuidados de salud con respecto a su alimentación, higiene y cuidado de la familia en general. El embarazo no es una enfermedad, la gestante puede continuar con sus ocupaciones normales, dar ciertas indicaciones para su bienestar y la de su bebé. Si la madre comprende bien el desarrollo del embarazo y nacimiento podrá participar activamente para que ambos lleguen a feliz término.

Para Sánchez (2015), el control prenatal consiste en una serie de chequeos periódicos durante todo el embarazo, ya que a través de estos controles se busca cuidar la salud de la madre y del niño por nacer, además ayuda a identificar los posibles riesgos y a prevenir las complicaciones que puedan presentarse para iniciar de manera oportuna y adecuada el tratamiento que sea necesario. Su colaboración y compromiso son fundamentales, es importante que asista a todas las actividades programadas para garantizarle una oportuna y optima atención.

La higiene personal es un conjunto de medidas para la limpieza y el cuidado del cuerpo, cuya finalidad es evitar la aparición de enfermedades, ya que las personas que tiene una buena higiene personal, tienen una buena apariencia el cual ayuda a una mejor relación.

Con respecto a la higiene, la gestante debe bañarse diariamente ya que el organismo elimina ciertos desechos través de la piel, al aumentar la secreción vaginal es importante la higiene perineal, recalcar las medidas de seguridad durante el baño para evitar caídas, especialmente al final del embarazo cuando existen problemas de equilibrio. De igual manera la limpieza de los dientes es importante para prevenir enfermedades de la boca

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes En momentos en que todavía no alcanzan la madurez física mental, traduciéndose como la frustración de un proyecto de vida el cual será interrumpido.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar los cuidados a la paciente en estudio durante 2 días empezando el 4 junio y continuando el segundo día el 5 de junio, en los turnos de diurno para el primer día y turno nocturno para el segundo día donde se identificaron 10 diagnósticos en el primer día y 7 en el segundo día de administrar la atención.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Hipertermia: se alcanzó el objetivo planteado evidenciándose temperatura dentro de límites normales, piel sonrosada tibia al tacto, con la administración de antipiréticos medios físicos.

Segundo diagnóstico.

Déficit de volumen de líquidos: se alcanzó el objetivo planteado evidenciándose mucosas hidratadas, disminución de la sialorrea y presenta equilibrio hídrico, con la administración de líquidos endovenosos y la administración de antieméticos.

Tercer diagnóstico.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales: objetivo parcialmente alcanzado, paciente controla las náuseas, tolera líquidos, pero el peso y su hemoglobina aumentan progresivamente.

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de infección: se alcanzó el objetivo planteado, no presenta signos de flogosis y mantiene su temperatura dentro de límites normales.

Quinto diagnóstico.

Proceso de maternidad ineficaz, objetivo parcialmente alcanzado, paciente se muestra un poco insegura con su embarazo, pero acepta que asistirá a sus controles prenatales.

Conclusión

Se logró aplicar el proceso de atención de enfermería cumpliendo con las cinco etapas, logrando alcanzar totalmente tres objetivos y dos parcialmente alcanzados.

Para el logro de los objetivos planteados, fue importante la participación de la paciente en estudio y los datos obtenidos de la historia clínica.

Bibliografía

- Baldoni, E, (2011) Consumo de alimentos fuentes de hierro en mujeres embarazadas (tesis de pregrado) Universidad Abierta Interamericana, Argentina.
- Cáceres, F., Molina, G. y Ruíz, M (2014) Maternidad un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan.
- Capdevila, J. (2013) Catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial.
- Conti, F (2010) Fisiología Medica, México, D.F, Mc Graw- Hill interamericana editores S.A de C.V.
- Domínguez, B (2014) Valoración del estado de hidratación, Madrid, Editorial AmexS.A.
- EFSA (2010) Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.
- Fuentes, R (2012) Anatomía fisiología y ciencias de la salud, México. Editorial Trillas S.A de C.V. 5ta edición.
- Garay, S. (2015) Infecciones asociadas a procedimientos invasivos del Hospital de alta complejidad de Paraguay. Recuperado de file:///C:/Users/PC/Downloads/5-24-3-PB%20(1).pdf.
- Grandi, C., Luchtenberg, G. y Sola, H. (2007) “Evaluación nutricional durante el embarazo”, Buenos Aires.
- Granjean, A y Campbell, S. (2006) Hidratación y líquidos para la vida, México ILSI México A.G.
- Guyton, A y Hall, J. (2011) Tratado de Fisiología Medica (12ava Ed.). España Elsevier.
- Harrison (2012) Principios de medicina interna, México, D.F. 18ava edición.
- Hernández, M y Sastre, A (2010) Tratado de nutrición, Madrid, ediciones Días de SantosS.A. <http://www.lowstars.com/u860njr/>.

<http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones-del-embarazo/tratamiento-de-la-anemia-en-el-embarazo-510>

[http://www.onmeda.es/embarazo/náuseas-embarazo-vomitos-persistentes-\(hiperemesis-gravidica\)-18110-4.htm](http://www.onmeda.es/embarazo/náuseas-embarazo-vomitos-persistentes-(hiperemesis-gravidica)-18110-4.htm)

Kosier & Erb (2013) Fundamento de enfermería: Concepto Proceso y Práctica, Madrid, España

Miller, E y Lee, C(2013) “Ginecología y Obstetricia”, México, D.F Editorial el Manual Moderno S.A de C.V 1° edición.

NANDA INTERNACIONAL (2015- 2017)"Diagnósticos de Enfermería. Definición y clasificación." Barcelona: Elsevier.

Orrego (2014) Incidencia de Infecciones Urinarias, Uro patología, Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163132885008>

Pearl, E (2014) Náuseas del embarazo: Hiperémesis Gravídica. Argentina.

Potter & Perry (2014) Fundamentos de Enfermería. Madrid. Ed. Harcourt S.A. 8va edición.

Quijada, A (2017) Desequilibrios nutricionales. Recuperado de https://prezi.com/qi7rbdgaut3s/desequilibrios_nutricionales/

Vélez, G (2018) Paciente de 23 años de edad con embarazo de 16 semanas (tesis de pregrado) Universidad Técnica. Babahoyo.

Williams Obstetricia 2010, México 23ava edición, McGraw-Hill, Interamericana editores S.A.CV.

Zamora (2009) Manual de la enfermera.

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

Servicio de gineco-obstetricia

DATOS GENERALES

Nombre y Apellido _____ N° cama _____ N° HCL _____
 Edad _____ Fecha de Ingreso _____ Hora _____
 Tipo de atención: SIS () Particular () SOAT () Otros _____
 Traído por: Enfermera () Técnico de enfermería ()
 Procedencia: EMG() CE () SOP () C.O() Otros _____
 Condición de Ingreso: Silla de ruedas () Camilla () Otros _____
 Fuente de información: Paciente () Familia () Otros _____
 Diagnóstico médico: _____

VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<p>PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD</p> <p>HTA() Aborto () TBC () DM () VIH () Asma () VDRL () Gastritis/Úlcera() G.S() Intervenciones quirúrgicas: No () Si ()</p> <p>Alergias y otras reacciones Fármacos _____ Alimentos _____ Otros _____</p> <p>Medicamentos ¿Qué toma? Dosis/Free Última Dosis _____</p> <p>Vacunas : SI() NO().....</p> <p>Estado de Higiene Buena () Regular () Mala () Antecedentes familiares: Papá () Mamá () Hermanos ()) HTA()Diabetes() TBC() cáncer!) HIV ()</p>	<p>PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO</p> <p>Orientado: Tiempo () Espacio () persona () Presencia de anomalías en: Audición _____ Visión _____ Habla/lenguaje _____ Desorientado () Somnoliento () Letárgico () Soporoso() Coma () Estupor () Dolor: Si().....No() Puño percusión: Negativo() Positivo() +() ++() +++() Cefalea: Si () No () Escala del dolor: 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.</p>
<p>PATRÓN DE ELIMINACION</p> <p>Retención urinaria: Si () No () Globo vesical: Si() No() Sondaje Vesical: Si () No ()</p> <p>Hábitos vesicales: Frecuencia ____/ día Oliguria () anuria () coluria () Poliuria () Hematuria() Disuria() Polaquiuria() Otros _____</p> <p>Nª deposiciones _____ Normal () Estreñimiento() Diarrea() Incontinencia()</p>	<p>PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN</p> <p>Mamas: Blandas () Congestiva () Turgente () Pezones: Formados () Planos () Invertidos () Útero: Contraído () Atonía ()Grávido() Involución uterina: Sobre cicatriz umbilical!) A nivel de cicatriz umbilical () Debajo de cicatriz umbilical!) Dinámica uterina: Si () No() Movimientos fetales: Si () No () Herida Quirúrgica: Apósitos secos() Apósitos húmedos () Apósito con secreción Serohemático () Episiorráfia: Si () No () Sangrado Vaginal: Si () No() Volumen Loquios: Hemático () Seroso () Serohemático() Olor: Con mal olor () Sin mal olor () Secreción vaginal: Si() No() Genitales externos Edema Si() No()MAC: Si() No() Parejas sexuales() Menarquia() Menstruación Regular() Irregular() Duración() PAP: Si() No(x)</p>

--	--

<div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO</div> <p>Respiración: regular () Fatiga () Disnea () Cianosis () Apoyo oxigenoterapia Si () No () Especificar _____ Actividad Circulatoria _____ Pulso. Bradicardia () Taquicardia () Normal () Edema: No () Si () Localización _____ Fóvea : + () ++ () +++ () Catéter periférico: Si () No () Fluidoterapia() ----- Capacidad de autocuidado : 1 -Independiente 2= Parcialmente dependiente 3=Totalmente dependiente</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr><td style="width: 30%;">Movilización en cama</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Deambula</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ir al baño / bañarse</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tomar alimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vestirse</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Reposo: Relativo () Absoluto () Deambulación() Aparatos de ayuda: Silla de ruedas() Ninguno() Otros _____ Movilidad de miembros: Conservado() Flacidez() Contractura() Parálisis() Fuerza muscular: Conservado() Disminuido()</p> <div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO</div> <p>Horas de sueño _____ Problema para dormir: Si () No () Especificar _____ ¿Usa medicamentos para dormir? Si () No () Especificar _____</p> <div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN AUOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</div> <p>Estado emocional: Tranquila () Ansiosa () Negativa () Irritable () Temerosa () Depresiva ()</p> <p>Preocupación principal _____</p>	Movilización en cama					Deambula					Ir al baño / bañarse					Tomar alimento					Vestirse					<div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN NUTRICIÓN METABOLICO</div> <p>T° _____ Peso _____ Talla ___ IMC _____ Hb _____ G.S() Piel: Coloración Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótico () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Semihidratada() Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar _____ Cavidad bucal _____ Dentadura: Completa () Prótesis () Incompleto() Estado higiene: Mala () Regular () Buena () Cambio de peso: Si () No () Obesidad () Bajo peso () Otros _____ Especificar _____ _____ Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Nauseas() Pirosis() Vómitos()</p> <p>Cantidad _____ Abdomen: Grávido () Normal () Distendido () Doloroso () Ruidos Hidroaéreos: Norma 1 () Aumentado ()) Disminuido () Ausente ()</p> <div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN DE RELACIONES - ROL</div> <p>Ocupación _____ _____ Estado civil: Soltera () Casada () Divorciada() Conviviente () ¿Con quién vives? Sola () Pareja() Familia () Otros _____ Fuente de Apoyo: pareja() Familia () Amigos () Otros __ Problemas familiares SI() NO()</p> <p>Problemas económicos: SI() NO().</p> <div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS</div> <p>Religión _____ Restricciones religiosas _____ Solicita visita capellán: Si () No () Comentario _____</p>
Movilización en cama																										
Deambula																										
Ir al baño / bañarse																										
Tomar alimento																										
Vestirse																										

	adicional _____ Nombre _____ del enfermero _____ CEP __ - _____ Firma <input type="checkbox"/>
--	--

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
 Escuela de Posgrado
 UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado respecto al trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Lucy Aracelli Bruno Maldonado

Bajo la asesoría de la Mg Gloria Cortez Cuaresma. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

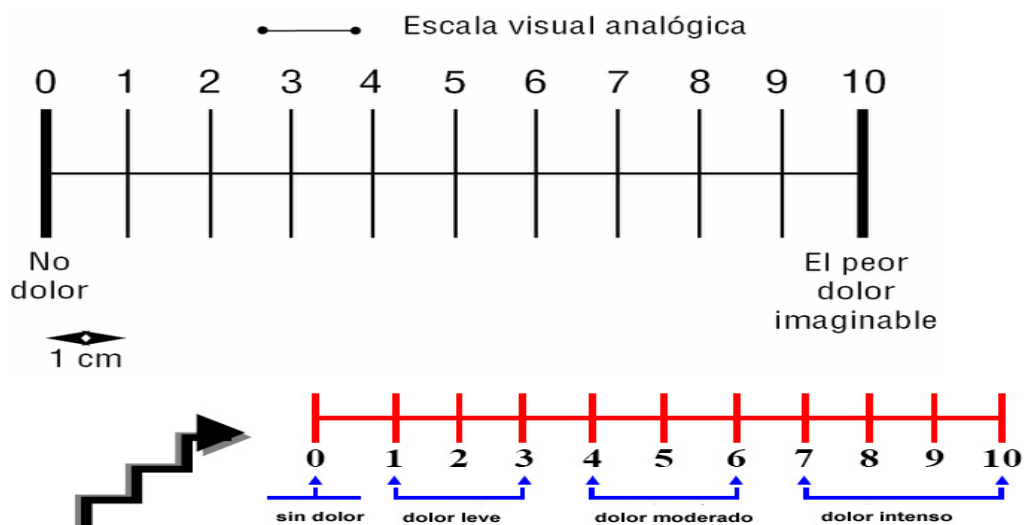
Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha: _____

 Firma

Apéndice C: Escala de evaluación.



DE MORSE

PARÁMETROS	RESPUESTA	PUNTOS
Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
Ayuda para la deambulación reparinizaoo	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bastón, andador	15
	SI	20
Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	10
	Alterado	20
Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
TOTAL.		
<input type="radio"/> Sin riesgo (< 24) <input type="radio"/> Riesgo bajo (25- 50) <input type="radio"/> Riesgo alto (>50)		