

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pielonefritis aguda y anemia gestacional del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018

Por:

Lourdes Dorila Salinas La Rosa

Asesor:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA TERESA CABANILLAS CHÁVEZ, 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 aplicado a paciente con pielonefritis aguda y anemia gestacional del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada SALINAS LA ROSA LOURDES DORILA, 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 treinta días del mes de abril de 2019.



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pielonefritis aguda y anemia
gestacional del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huacho, 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. Delia Luz León Castro

Secretario



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Asesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I	10
Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios:	14
Exámenes auxiliares	14
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II.....	17
Diagnóstico, planificación y ejecución	17
Diagnóstico enfermero	17
Primer diagnóstico.....	17
Segundo diagnóstico.	17
Tercer diagnóstico.....	17
Cuarto diagnóstico.....	18
Quinto diagnóstico.	18
Séptimo diagnóstico	19
Planificación.....	19

Priorización.....	19
Plan de cuidados.....	20
Capítulo III.....	26
Marco teórico.....	26
Dolor agudo.....	26
Cp. Infección.....	29
Ansiedad.....	37
Náuseas.....	40
Cp. Anemia.....	43
Capítulo IV.....	49
Evaluación y conclusiones.....	49
Evaluación por días de atención:.....	49
Primer diagnóstico.....	49
Segundo diagnóstico.....	49
Tercer diagnóstico.....	49
Cuarto diagnóstico.....	50
Quinto diagnóstico.....	50
Conclusión.....	50
Apéndices.....	62

Índice de tablas

Tabla 1	144
Grupo Sanguíneo y Factor RH.	144
Tabla 2	144
Examen completo de orina.	144
Tabla 3	155
Hemograma completo.	155
Tabla 4	201
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado a infección del tracto urinario evidenciado por expresión de dolor, sensibilidad al tacto y verbalización del dolor en 8 según la escala de EVA.....	201
Tabla 5	212
Diagnóstico de enfermería: Cp. Infección del tracto urinario.....	212
Tabla 6	23
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada a grandes cambios en el estado de salud evidenciado por preocupación, inquietud y temor.....	23
Tabla 7	24
Diagnóstico de enfermería: Náuseas relacionado a embarazo evidenciado por aumento de la salivación, aversión hacia los alimentos y sensación de náuseas.	24
Tabla 8	25
Diagnóstico de enfermería: Cp. Anemia.....	25

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	62
Apéndice B: Consentimiento informado	63
Apéndice C: Escalas de evaluación	64

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

FUR: Fecha de última regla

IMC: Índice de masa corporal

FPP: Fecha probable de parto

PPL: Puño percusión lumbar

CPN: Control prenatal

LCF: Latido cardíaco fetal

PNA: Pielonefritis aguda

P.A.: Presión arterial

F.C.: Frecuencia cardíaca

F.R.: Frecuencia respiratoria

Tº: Temperatura

Cl Na: Cloruro de sodio

EVA: Escala visual analógica para la medición del dolor

Hb: Hemoglobina

EV: Endovenoso

OMS: Organización Mundial de la Salud

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

MINSA: Ministerio de Salud

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente E.Ch.C.*, aplicado durante dos días a partir del segundo día de hospitalización en el servicio de Gineco - Obstetricia de un hospital de Huacho, con el diagnóstico médico de Multigesta de 14ss Pielonefritis Aguda y Anemia Gestacional. Durante los dos días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 7 diagnósticos de enfermería, de los cuales fueron priorizados 5 diagnósticos enfermero que fueron: dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos, Cp. Infección del tracto urinario, ansiedad relacionada a grandes cambios en el estado de salud, náuseas relacionado a embarazo y Cp. Anemia. Los objetivos generales fueron: la paciente presentará disminución del dolor después de administrar el analgésico, la paciente revertirá infección, la paciente disminuirá ansiedad durante su estancia hospitalaria, la paciente disminuirá náuseas durante el turno después de aplicar las medidas terapéuticas indicadas y la paciente revertirá anemia. De los objetivos propuestos el primero y el tercero fueron alcanzados; el segundo, el cuarto y el quinto objetivo fueron parcialmente alcanzados, quedando por trabajar aún más con la paciente en los siguientes turnos.

Palabras claves: *Proceso de Atención de enfermería, Pielonefritis aguda, anemia gestacional.*

(*) Este es un nombre ficticio

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: E. Ch. C.

Edad: 32 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: la paciente que ingresa al servicio de Gineco-Obstetricia, procedente del servicio de Emergencia, conducida en silla de ruedas por personal técnico en enfermería y en compañía de esposo; ventilando espontáneamente, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona; refiere dolor de cintura y de cabeza, sensación de alza térmica, malestar general, con náuseas, no llegando a tolerar los alimentos; con vía permeable en MSI perfundiendo CINA 0.9 % pp: 1000 cc; queda hospitalizada con diagnóstico médico: Multigesta de 14 ss x FUR, pielonefritis aguda y anemia gestacional.

Días de hospitalización: 4 días.

Días de atención de enfermería: 2 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente gestante de 14 ss con antecedentes de gastritis e hipertensión gestacional en el segundo embarazo, con intervenciones quirúrgicas por miomectomía en el 2007 y legrado uterino por aborto incompleto en el 2014. Refiere haber tenido un control pre natal y haber culminado con las tres dosis de la vacuna antitetánica. Niega alergias, su estado de higiene es

regular y al preguntarle sobre su enfermedad manifiesta conocimientos sobre infección urinaria sin embargo desea saber que enfermedad agregada tiene.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente adulta joven de sexo femenino, en estado de gestación, presenta piel intacta, turgente y pálida, con dentadura completa, sin caries y en regular estado de higiene, sin dificultad para deglutir, con una talla de 1.53 m. y un peso corporal de 56 Kg y un IMC de 23.9 considerado dentro de los parámetros normales; sin embargo manifiesta que ha perdido 2 Kg en los últimos días debido a que su apetito ha disminuido a causa de las náuseas y sialorrea matutinas persistentes durante la última semana antes de su ingreso; presenta abdomen ocupado por útero grávido; con funciones vitales estables al ingreso, cursa con T° de 37°C a la valoración, sin embargo manifiesta sensación de alza térmica no cuantificada en su casa. Presenta también una Hb: 10 gr/dl según exámenes de laboratorio, el mismo que indica que existe una alteración en la serie roja pues el valor de la Hb se encuentra disminuido evidenciando que la paciente cursa con un cuadro de anemia categorizado de grado leve.

Patrón III: Eliminación.

Paciente presenta dolor y ardor al miccionar: disuria, la frecuencia es de 3-4 veces al día; el color es amarillento y la cantidad moderada y el olor es normal. Manifiesta que su evacuación es de 1-2 veces al día, su característica es de color marrón, cantidad y consistencia moderada, olor fétido. No hay dolor ni sangrado al evacuar.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Su frecuencia respiratoria es de 24 respiraciones por minuto, presenta rinorrea y congestión nasal debido a un proceso respiratorio viral (resfrío común) con el que cursa actualmente; sin embargo, no se observa dificultad respiratoria considerable.

Su frecuencia cardíaca es de 100 latidos por minuto, su presión arterial es de 90/60 mm Hg; no presenta ninguna enfermedad cardíaca.

Al evaluar su capacidad de autocuidado se observa que es independiente, tiene fuerza muscular conservada y moviliza los miembros inferiores sin dificultad.

Patrón V: Descanso – sueño.

La paciente manifiesta que duerme 10 horas diarias que comprende desde las 8:00 pm hasta las 6:00 am y que por las tardes toma una siesta de 1 hora después del almuerzo, no tiene problemas para conciliar el sueño y no toma medicamentos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

La paciente se orientada en tiempo, espacio y persona. No tiene problemas visuales ni auditivos. Refiere cefalea a predominio región frontal por momentos de moderada intensidad y dolor lumbar: PPL (+) bilateral, de regular intensidad, en un rango de 8 en la escala del 1 al 10, según la escala del dolor.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

La paciente se acepta físicamente y se siente cómoda con ella misma.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

La paciente indica ser ama de casa, su estado civil es conviviente, manifiesta vivir con su esposo y sus dos menores hijos quienes son su fuente de apoyo. Comenta que no cuenta con familia cercana, pues sus hermanos viven en Lima, mientras que sus padres y abuelos viven en

Huánuco. Le preocupa que su esposo pueda perder su trabajo por estar al cuidado de sus hijos por encontrarse ella hospitalizada. El idioma que domina es el castellano y el quechua.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Paciente manifiesta que ha tenido dos compañeros sexuales, su primera relación sexual fue a los 16 años, su menarquia fue a los 15 años, su fecha de última regla (FUR) fue el 28/02/2018 y su fecha probable de parto (FPP) es el 07/12/2018, y su fórmula obstétrica actual sería G4 P2012, lo cual significa que la paciente ha tenido 4 gestaciones considerando la actual, 2 partos a término, ningún parto pretérmino, 1 aborto y 2 hijos vivos; ha tenido un control prenatal (CPN) y actualmente cursa con 14 ss de gestación, presenta las mamas sensibles, pezones íntegros y formados, abdomen ocupado por útero grávido, aún no percibe movimientos fetales por cursar con pocas semanas de gestación, a la evaluación médica con doppler presenta 152 LCF x', no hay dinámica uterina y niega pérdida de líquido y/o secreciones por vía vaginal.

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

Paciente cursa con un estado emocional de ansiedad debido a su hospitalización reciente y temor a cursar con una estancia hospitalaria prolongada; refiere que le preocupan sus hijos menores (6 años y 1 año con 8 meses) porque no los ve desde su ingreso al hospital y muy preocupada también porque su esposo pierda el trabajo al cual no está asistiendo por cuidar a los niños, además le gustaría saber si tiene alguna enfermedad agregada al cuadro actual con el que cursa, sin embargo manifiesta estar muy contenta con la llegada del nuevo bebé.

Patrón X: Valores y creencias.

La paciente manifiesta ser católica, comparte su tiempo libre con su familia. Los valores que fomentan en la familia son la confianza y el apoyo, con esposo encuentra una fuente de fuerza; y una de sus creencias y valores es el amor.

Indica que le gustaría recibir la visita de un sacerdote para escuchar la palabra de Dios, sentirse en paz y creer más en Él.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Grupo sanguíneo y factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Interpretación: Grupo sanguíneo más predominante en nuestro medio.

Tabla 2

Examen completo de orina

Examen químico	Resultados
Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
Reacción (ph)	ácido
Densidad	1025
Proteínas	Negativo
Glucosa	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Nitrito	Negativo

Hematíes	0-2 x campo
Leucocitos	6-8 x campo
Células epiteliales	Numerosos x campo
Cilindros	No se observan
Cristales	No se observan
Gérmenes	1+

Interpretación: Presenta leucocitos elevados en orina y muestra contaminada.

Tabla 3

Hemograma completo

Compuesto	Resultados	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	10.0	12.3 gr/dl	15.3 gr/dl
Hematocrito	30.9	35.0 gr/dl	47.0 gr/dl
Volumen corpuscular medio	81.2	80.0	96.0
HB. Corpuscular media	26.2	27	31
Glóbulos rojos	3 810 000	4 100 000	5 100 000
Glóbulos blancos	6 560	4 500	11 000
Eosinófilos	0.04	0.05	0.44
Basófilos	0.01	0.00	0.22
Monocitos	0.57	0.09	1.21
Linfocitos	0.44	0.81	4.62
Plaquetas	187 000	150 000	450 000
Volumen plaquetario medio	7.9	6.5	9.5

Interpretación: Anemia leve y linfocitopenia

Tratamiento médico.

Primer día (04/06/2018)

Dextrosa 5% + hipersodio (1 ampolla) EV a 30 gotas x'

Amikacina 1 gr EV cada 24 horas

Metamizol 1.5 gr EV cada 8 horas

Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas

Segundo día (05/06/2018)

Dextrosa 5% + Hipersodio (1 ampolla) EV a 30 gotas x'

Amikacina 1gr EV cada 24 horas

Metamizol 1.5 gr EV cada 8 horas

Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Informe verbal de dolor, escala numérica de 8 puntos y expresión facial de dolor.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agentes lesivos biológicos

Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por informe verbal de dolor, escala numérica de 8 puntos y expresión facial de dolor.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Cp. Infección del tracto urinario

Signos y síntomas: leucocituria, linfocitopenia, dolor lumbar y cefalea.

Definición: La pielonefritis (PNA) es una infección de la vía urinaria superior causada por gérmenes que ascienden a través de los uréteres que comunican los riñones con la vejiga (Vacas, 2018).

Enunciado diagnóstico: Cp. Infección del tracto urinario

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: preocupación, inquietud y temor.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: grandes cambios en el estado de salud.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionada a grandes cambios en el estado de salud evidenciado por preocupación, inquietud y temor.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: aumento de la salivación, aversión hacia los alimentos y sensación de náuseas.

Etiqueta diagnóstica: náuseas.

Factor relacionado: embarazo.

Enunciado diagnóstico: náuseas relacionada a embarazo evidenciado por aumento de la salivación, aversión hacia los alimentos y sensación nauseosa.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta: CP: Anemia

Signos y síntomas: Piel pálida, Hb 10 gr/dl.

Definición: La anemia es el descenso del nivel hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de lo normal para la edad y el sexo y en términos prácticos se considera 13 gr/dl en el hombre; 12gr/dl en la mujer y 11 gr/dl en la gestante (OMS).

Enunciado diagnóstico: CP: Anemia

Sexto diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de alteración de la diada materno fetal

Factor relacionado: complicaciones del embarazo

Enunciado diagnóstico: Riesgo de alteración de la diada materno fetal relacionado a complicaciones del embarazo.

Séptimo diagnóstico

Características definitorias: acceso insuficiente a sistemas de apoyo

Etiqueta diagnóstica: proceso de maternidad ineficaz

Factor relacionado: modelo de rol parental insuficiente y distress psicológico materno

Enunciado diagnóstico: proceso de maternidad ineficaz relacionada con modelo de rol parental insuficiente y distress psicológico materno evidenciado por acceso insuficiente a sistemas de apoyo.

Planificación**Priorización.**

1. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por informe verbal de dolor, escala numérica de 8 puntos y expresión facial de dolor.
2. Cp. Infección del tracto urinario
3. Ansiedad relacionada a grandes cambios en el estado de salud evidenciado por preocupación, inquietud y temor.
4. Náuseas relacionado a embarazo evidenciado por aumento de la salivación, aversión hacia los alimentos y sensación nauseosa.
5. CP: Anemia
6. Riesgo de alteración de la diada materno-fetal relacionado a complicaciones del embarazo.
7. Proceso de maternidad ineficaz relacionado al modelo del rol parental insuficiente y distrés psicológico materno evidenciado por acceso insuficiente a sistemas de apoyo.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por informe verbal de dolor, escala numérica de 8 puntos y expresión facial de dolor

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18		05/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará disminución del dolor después de administrar el analgésico.	1. Valorar funciones vitales: PA, FC, F.R y T°.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	2. Valorar localización, intensidad y frecuencia del dolor c/6hr.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
Resultados:							
1. La paciente calificará su dolor en 2 puntos según la escala de EVA.	3. Aplicar técnicas de relajación para manejo del dolor durante el turno.	11 a.m.	5 p.m.				10 p.m.
2. La paciente presentará expresión facial de alivio.	4. Administrar Metamizol 1.5gr EV c/8hr, lento y diluido.	8 a.m.	4 p.m.				12 p.m.
	5. Brindar apoyo emocional para manejo del dolor durante el turno.	8 p.m.	2 p.m.				8 p.m.

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Cp. Infección del tracto urinario

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18		05/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Revertir la infección del tracto urinario.	1. Preservar las normas de bioseguridad durante la atención a la paciente.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m. – 12 p.m.
	2. Monitorizar funciones vitales: PA, FC, FR y T°.	8 a.m.-10 a.m.	2 p.m.-6 p.m.				8 p.m.-10 p.m.- 6 a.m.
	3. Identificar signos y síntomas de infección.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	4. Interrogar a la paciente en busca de verbalización del dolor característico de la infección.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m. – 12 p.m.- 6 a.m.
	5. Administrar Amikacina 1gr EV c/ 24 horas diluído en 100cc de Cl Na 0.9% en el tiempo adecuado: 30-60 minutos.	→	→				10pm
	6. Realizar el cambio correspondiente del catéter de acuerdo al tiempo establecido.	→	→				→
	7. Valorar los resultados de laboratorio: hemograma en busca de leucocitosis y linfocitopenia; examen de orina en busca de leucocituria.	8 a.m.	4 p.m.				→

8. Orientar a la paciente en relación a los cuidados a seguir para evitar una reinfección.	8 a.m.	5 p.m.	9 p.m.
--	--------	--------	--------

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada a grandes cambios en el estado de salud evidenciado por preocupación, inquietud y temor

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18		05/06/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá ansiedad durante su estancia hospitalaria.	1. Realizar entrevista a la paciente, familia y/o sistema de apoyo.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
Resultados: 1. La paciente referirá disminución de preocupación durante su hospitalización.	2. Permitir que la paciente verbalice sus preocupaciones.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
	3. Identificar los motivos de preocupación y temores.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
2. La paciente mostrará sentirse menos inquieto.	4. Brindar apoyo emocional.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
	5. Aplicar técnicas de relajación.	11 a.m.	6 p.m.				10 p.m.
3. La paciente verbalizará sentir disminución de temor.	6. Brindar distractores como ludoterapia.	11 a.m.	4 p.m.				

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Náuseas relacionado a embarazo evidenciado por aumento de la salivación, aversión hacia los alimentos y sensación de náuseas

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		04/06/18			05/06/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá náuseas durante el turno después de aplicar las medidas terapéuticas indicadas	1. Identificar factores predisponentes a las náuseas.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
Resultados: 1. La paciente disminuirá salivación persistente. 2. La paciente mejorará tolerancia a los alimentos 3. La paciente referirá disminución de sensación nauseosa	2. Fomentar la higiene bucal, aconsejando el uso de un cepillo de dureza media con un cabezal no muy grande y empezando con la limpieza de los dientes posteriores.	8 a.m.	1 p.m.				10 p.m.
	3. Administrar dimenhidrinato 50 mg EV C/8hrs en forma lenta y diluida	8 a.m.	4 p.m.				12 p.m.
	4. Animar la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos según su tolerancia	8 a.m. – 12 p.m.	5 p.m.				
	5. Fomentar el descanso en posición decúbito lateral izquierdo, y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas	10 a.m.	6 p.m.				10 p.m.

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Cp. Anemia

Objetivo / Resultados	Planificación		Ejecución					
	Intervenciones	04/06/18		05/06/18				
		M	T	N	M	T	N	
Objetivo: Revertir la anemia.	1.	Evaluar signos y síntomas que puedan interferir con la ambulación.	8 a.m.	5 p.m.				8 p.m.
	2.	Valorar los resultados de los exámenes hematológicos utilizando los márgenes de referencia de laboratorio y estándares internacionales.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m. →
	3.	Determinar los hábitos alimenticios de la paciente.	8 a.m.	4 p.m.				9 p.m.
	4.	Fomentar la ingesta de alimentos ricos en hierro.	8 a.m.	5 p.m.				
	5.	Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos nutritivos adecuados.	8 a.m.	5 p.m.				→
	6.	Educar a la paciente sobre la importancia de una dieta saludable.	8 a.m.	2 p.m.				9 p.m.

Capítulo III

Marco teórico

Dolor agudo

El dolor es definido por Mesas (2012) como “una experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular”; de igual forma el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española (2017), en su vigésima tercera edición menciona que el dolor es aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.

Además, Pérez y Castañeda (2012) mencionan que el dolor muchas veces se ve relacionado con respuestas autónomas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales. Añadiendo a esto Martín (2012) dice que el dolor es una respuesta fisiológica de corta duración ante un estímulo adverso, asociado a cirugía, traumatismos o enfermedad aguda.

Sin embargo, la definición más aceptada actualmente pertenece a la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) (1994) la cual menciona que “Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Podemos agregar también que el dolor. Según NANDA (2015), es la “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado previsible”.

Según el caso de estudio este diagnóstico enfermero se ve relacionado a agentes lesivos biológicos como por ejemplo la infección, específicamente en este caso la infección del tracto urinario, esta es la patología infecciosa bacteriana más frecuente del embarazo y la pielonefritis

aguda es la causa más común de hospitalización no obstétrica durante el embarazo, los síntomas asociados a esta patología son el cuadro febril, dolor lumbar bilateral o unilateral, puño percusión lumbar positiva, escalofríos, orina turbia con o sin síntomas urinarios bajos y con urocultivo positivo. Los patógenos causantes de la pielonefritis aguda son en su mayoría Gram Negativos (90%) siendo la *Escherichia Coli* el más frecuente (70-85%). La particular fisiología urinaria durante el embarazo facilita la infección urinaria ascendente. Numerosos cambios fisiológicos normales inducidos por el embarazo hacen a las mujeres embarazadas más susceptibles a dichas infecciones (Ramirez, 2014).

Un proceso de atención de enfermería realizado por Mora (2018), en Ecuador, aplicado en una paciente de 18 semanas más infección de vías urinarias (Pielonefritis), consideró el dolor agudo como tercer diagnóstico priorizado para su atención y consideró como primera intervención de enfermería el manejo del dolor mediante una valoración exhaustiva del mismo asegurándose que la paciente reciba los cuidados analgésicos explorando, con ella, los factores que alivian o empeoran el mismo.

De igual manera, en el proceso de atención de enfermería desarrollado por Mejía (2006) y que aplicó en una paciente Gestante adolescente con infección del tracto urinario alta en Chimbote-Perú, consideró al dolor como primer diagnóstico en el orden de prioridades para su atención considerando como primera intervención de enfermería la valoración de la intensidad del dolor a fin de tener una base para valorar los cambios en la intensidad del dolor, cuantificando y evaluando las respuestas de las intervenciones.

La paciente en estudio presenta dolor lumbar bilateral el cual es uno de los signos y síntomas de la pielonefritis y por encontrarse en estado de gestación resulta ser de riesgo ante la

posibilidad de producir complicaciones serias tanto a la madre como al embarazo propiamente dicho.

De no ser manejados los síntomas mencionados de forma oportuna y adecuada puede tener una repercusión importante tanto para la madre como para la evolución del embarazo y empeorar el pronóstico materno y fetal.

Basado en este criterio, se procedió a brindar los cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones: Valorar las funciones vitales en la paciente: PA, FC, FR y T° ya que el cambio en la estabilidad de las mismas nos indicará una alteración en el funcionamiento del organismo. En el dolor aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca (Arranz, Tricás, Jiménez & Domínguez, 2000). Los signos vitales son útiles como complemento en la valoración del dolor, por ejemplo de pacientes post operados inmediatos o sometidos a procedimientos invasivos; los conectados a ventilación mecánica invasiva o en momentos de inconciencia y por el contrario durante la vigilia su confiabilidad depende mucho de interpretar muy bien la variabilidad fisiológica de estos y a pesar de no ser tan específicos dan idea de bienestar o no (Villegas, J; Villegas, O. & Villegas, V. 2012).

Además, Serrano *et al.* (2002) dicen que se debe valorar la localización, intensidad y frecuencia del dolor ya que nos permitirá evaluar de manera objetiva los cambios en relación a las características del dolor para poder actuar oportunamente y proporcionar un tratamiento analgésico adecuado; así mismo, aplicar técnicas de relajación para el manejo del dolor logrará la relajación total disminuyendo la tensión muscular y la fatiga que normalmente acompaña al dolor. Las técnicas de relajación como respirar profundamente, contar intermitentemente, cambiar de posición, etc., ayudan a una adecuada expansión torácica y reducción de la tensión

musculo esquelética, con lo cual se obtendrá mayor comodidad y disminución del dolor (Mércola, 2014).

Otro aspecto importante dentro de las intervenciones es administrar analgésicos indicados a horario: En este caso de estudio estuvo indicado el metamizol 1.5 gr EV c/8hr, lento y diluido, ya que es un analgésico y antipirético de gran efectividad, actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de las prostaglandinas pro inflamatorias e inhibiendo la actividad de la prostaglandina sintetasa y además tiene la ventaja de no producir irritación gástrica local al ser inyectado por vía intramuscular (Vademécum, 2002).

Finalmente, y complementando el cuidado holístico una de las intervenciones de enfermería es brindar apoyo emocional para el manejo del dolor, pues sabemos que el apoyo del entorno familiar y del personal de salud favorece, en el paciente, el manejo emocional de la situación a través de una adecuada percepción e incremento en el control del dolor tomando un papel activo en su recuperación (Balbás, 2007).

Cp. Infección

La infección es la invasión y multiplicación en el cuerpo de gérmenes como bacterias, virus u hongos y que puede producir fiebre y otros problemas de salud según la parte del cuerpo en que se presente (Diccionario de cáncer, 2015).

Fiterre *et al.* (2017) sostienen que los procesos infecciosos adquiridos durante la estancia hospitalaria, que no existían ni estaban incubándose al momento del ingreso son denominados infecciones nosocomiales y casi todos son consecuencia de la atención sanitaria. Estas infecciones asociadas a la asistencia sanitaria son las esperadas por la complejidad de los procesos que se realizan en un hospital o centro especializado de salud donde se destacan las infecciones asociadas al acceso vascular y el reporte de microorganismos Gram + y por

consiguiente constituyen un evento negativo para el paciente pues aumenta la morbimortalidad y gastos hospitalarios, considerándose como un indicador de la calidad asistencial. Así mismo, Neira y Málaga (2016) refieren que las infecciones provocan una respuesta compleja y variable del huésped con mecanismos antiinflamatorios y pro inflamatorios que pueden contribuir a la eliminación de la infección y recuperación de los tejidos, así como también a la injuria de los órganos e infecciones secundarias y dicha respuesta va a depender del patógeno causal (carga y virulencia) y de las características genéticas, así como de las enfermedades coexistentes del huésped.

Sin embargo, NANDA considera a la infección como un riesgo y lo define como “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud”.

Es así que el riesgo de infección se puede definir como el estado en el que la persona está en riesgo de ser invadido por agentes patógenos u oportunistas de causas internas o externas.

Algunas enfermedades y tratamientos tienden a aumentar el riesgo de infección en algunos pacientes y específicamente en el caso de las infecciones perinatales, estas incluyen cualquier infección que afecte a una mujer embarazada y son de suma importancia porque pueden modificar el normal desarrollo del embarazo de diferente manera y por distintos mecanismos fisiopatológicos. Si el agente infeccioso alcanza el torrente sanguíneo y posteriormente la placenta puede pasar al producto; si coloniza el tracto genital inferior y asciende produce una infección intrauterina o infecta el producto a su paso por el canal del parto; puede desencadenar trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas y si dicho agente no alcanza al producto ni por vía placentaria, ni por el tracto genital si causa cambios maternos que a su vez alteran el normal desarrollo de la gestación (Cifuentes, 2012).

Según el caso en estudio, este diagnóstico enfermero está específicamente orientado a atender un problema ya establecido en la paciente a través del diagnóstico médico que fue motivo de su hospitalización como es la Pielonefritis, la misma que es una infección de la vía urinaria superior causada por gérmenes que ascienden a través de los uréteres que comunican los riñones con la vejiga (Vacas, 2018).

La pielonefritis aguda es de diagnóstico clínico y corresponde al síndrome que acompaña a la respuesta inflamatoria ante una invasión bacteriana del parénquima renal. Pueden existir o no síntomas clínicos y no necesariamente se encuentra bacteriuria en el momento del diagnóstico. La *Escherichia Coli* es responsable del 75% o más de las infecciones urinarias adquiridas fuera del hospital; otros bacilos gramnegativos, incluyendo *Klebsiella* y *Proteus* son responsables en su conjunto del 10-15% de las infecciones urinarias restantes. El *Staphylococcus aureus* puede causar hasta el 2-3% de infecciones renales y las vías por la que estos microorganismos pueden alcanzar el riñón, en teoría, son 3: por vía hemática; por vía ascendente desde la vejiga a través de la luz del uréter y por vía linfática desde el intestino hasta el tracto urinario; sin embargo, es la segunda vía la que ocasiona la mayoría de las pielonefritis (Farreras & Rozman, 2016).

La pielonefritis aguda es la complicación seria del tracto genitourinario más común en el embarazo debido a los cambios inmunológicos, fisiológicos y anatómicos propios de esta etapa y tiene una incidencia de 0.07 a 3.6 % del total de pacientes obstétricas y su presencia se asocia con un incremento en la frecuencia de resultados maternos y perinatales adversos. En la madre, la pielonefritis incrementa el riesgo de presentar anemia, bacteremia, síndrome de dificultad respiratoria del adulto y hospitalización; del mismo modo aumenta el riesgo de feto pequeño para

la edad gestacional, desprendimiento prematuro de placenta y parto pretérmino (López, Montoya & Berbesi, 2014).

Los signos y síntomas de la pielonefritis aguda son: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, dolor intenso en los flancos simulando un abdomen agudo, dolor lumbar unilateral o bilateral y concomitantemente hay polaquiuria, disuria y urgencia miccional. Al examen físico se encuentra sensibilidad costovertebral aumentada y piuria y bacteriuria en el examen de orina; el cuadro clínico usualmente es muy claro, la fiebre es universal y el diagnóstico del mismo, en su ausencia, es de manera tentativa por parte del profesional médico (Cifuentes, 2012).

En el proyecto de investigación realizado por Pintado y Villalta (2019) “Frecuencia de Infección del tracto genitourinario en gestantes del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca 2018, en Ecuador aplicado a una muestra aleatoria de 105 gestantes del servicio de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga concluyeron que la prevalencia de la Pielonefritis mantiene la frecuencia a nivel regional en un 61.9% por sobre la bacteriuria asintomática y la cistitis aguda que obtuvieron un 28.6% y 9.5% respectivamente.

Así mismo, en el caso clínico desarrollado por Perucca et al. (2002) Pielonefritis Aguda complicada durante el embarazo aplicado a una paciente de 20 años, primigesta de 20 semanas más pielonefritis aguda quien es hospitalizada en la sección de embarazo de alto riesgo con un cuadro de evolución de 3 días caracterizado por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical asociado a dolor en hipogastrio y flanco derecho, puño percusión positiva bilateral y con resultados de sedimento de orina de 4-7 leucocitos por campo, bacterias abundantes, nitritos positivo y posteriormente resultado de urocultivo positivo a E.Coli sensible a cefazolina y cefadroxilo; después de 24 horas de iniciado el tratamiento médico indicado se observa una franca mejoría clínica y al completar 3 días de tratamiento endovenoso es dada de alta. Sin embargo a los 5 días

después del alta y de haber completado el tratamiento antibiótico indicado retorna al servicio de urgencia de Obstetricia evolucionando febril, taquicardica, polipneica, con dificultad respiratoria rápidamente progresiva presentando crépitos en ambas bases pulmonares, cuadro que es compatible con neumonía basal bilateral de foco primario urinario por lo que la paciente en estudio es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo especializado debido a la gravedad del cuadro. Luego de 20 horas de permanencia en la UCI y con la rotación de antibioticoterapia y monitorización estricta la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

Este caso clínico nos reafirma que la Pielonefritis es una infección grave de las vías urinarias, que compromete el riñón con gran riesgo de diseminación a otros órganos con consecuencias letales y también pone de manifiesto el grave compromiso respiratorio que puede ocurrir en estos casos como una de las complicaciones serias de este tipo de infección.

La paciente en estudio presenta dolor lumbar bilateral, náuseas, cefalea y en los resultados de laboratorio existe presencia de leucocituria y linfocitopenia los cuales son algunos de los signos y síntomas de la pielonefritis y por encontrarse en estado de gestación resulta ser de riesgo por la posibilidad de generar serias complicaciones maternas y con el mismo embarazo como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, recién nacido de bajo peso, corioamnionitis, infecciones neonatales y muerte fetal, riesgos que fueron motivo de su hospitalización.

Frente a este problema identificado y por encontrarse la paciente, en estado de gestación, es de vital importancia cumplir con los cuidados adecuados de enfermería que incluye el cumplimiento de la terapéutica médica indicada a fin solucionar la dolencia que aqueja a la paciente y así evitar complicaciones que pondrían en riesgo al binomio madre-niño.

La hospitalización supone, muchas veces, una de las formas necesarias para el manejo de diversas patologías con el que cursa un paciente, donde es imperativo recibir tratamiento endovenoso como parte de la terapéutica médica. Actualmente, la terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, elementos sanguíneos y soporte nutricional, en su mayoría en el medio hospitalario (Loyola, 2005).

Las intervenciones de enfermería a realizar estuvieron direccionadas a disminuir total o parcialmente la infección en la paciente por lo que se procedió a brindar los respectivos cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones: preservar las normas de bioseguridad durante la atención a la paciente las mismas que son el conjunto de medidas y normas que se adoptan para proteger la salud del personal, paciente y medio ambiente frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que se está expuesto en el desempeño de las funciones y en la recepción de la atención de salud (OMS, 2005). Dentro de las medidas de bioseguridad, está el lavado de manos, el cual debe realizarse antes y después de cada procedimiento ya que el mismo interrumpe la cadena infecciosa, previene la diseminación de microorganismos patógenos oportunistas y previene las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (OMS, 2017).

Así mismo, Villegas, J., Villegas, O. & Villegas, V (2012) sostienen que monitorizar las funciones vitales: PA, FC, FR y T° permitirá estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos como la frecuencia y ritmo cardiaco (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC) y la presión arterial (PA) que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Los signos vitales normales cambian de un individuo a otro y cualquier alteración de los valores normales orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido; de igual manera al

identificar signos y síntomas de infección como alteraciones en los signos vitales, náuseas persistentes, alteración del sensorio entre otros que pueden ser indicativo de una complicación más severa ya que estudios colocan a la pielonefritis como la principal causa de choque séptico durante la gestación y de esa manera poder actuar oportunamente (Cunningham *et al.*, 2011).

Seguidamente se interrogará a la paciente en busca de verbalización del dolor característico de la infección pues el dolor lumbar puede ser uni o bilateral, espontáneo o provocado, ese dolor puede irradiarse al epigastrio, al abdomen inferior y a la ingle cuya situación sugiere una obstrucción uretral; así mismo, al identificar las manifestaciones de las vías urinarias bajas como la disuria y la polaquiuria nos permitirá brindar los cuidados respectivos en forma eficaz (Farreras & Rozman, 2016). Otra intervención importante es cumplir con la terapéutica antibiótica indicada por lo que se administró Amikacina 1gr EV c/ 24 hrs diluido en 100 cc de Cl Na al 0.9% en el tiempo adecuado: 30-60 minutos, ya que es un aminoglucósido que está indicado en el tratamiento a corto plazo de las infecciones serias causadas por cepas susceptibles de bacterias gram (-), incluyendo a especies de pseudomonas, *Escherichia Coli*, especies de proteus indol-positivas e indol- negativas, *klebsiella- enterobacter-serratia*; y es efectivo en la septicemia bacteriana; infecciones serias del tracto respiratorio, sistema nervioso central, piel y tejidos blandos y en las infecciones del tracto urinario serias, complicadas y recurrentes causadas por dichos microorganismos (vademécum 2002); así mismo, Cárdenas & Zárate (2009) sostienen que el tiempo adecuado y la dilución correcta en la administración de medicamentos endovenosos (promedio 2-5') y/o volúmenes de fluidos (tiempo continuo: 24 horas o más) previene la sobrecarga de líquidos e irritación, dolor y flebitis en la zona de venopunción, sucesivamente. También Capdevila (2013) dice que se debe realizar el cambio correspondiente del catéter de acuerdo al tiempo establecido ya que el catéter periférico

debe permanecer por un periodo máximo de 72 horas y pasado ese tiempo debe ser cambiado a fin de evitar complicaciones mayores como la flebitis y también Ojeda (2012) manifiesta que el refuerzo de las medidas de higiene y una adecuada valoración del paciente que cursa con estos dispositivos pueden reducir el riesgo de infección.

Por otro lado, se deben valorar los resultados de laboratorio: hemograma en busca de leucocitosis y linfocitopenia; examen de orina en busca de leucocituria; pues según García, Heredia, Neri, Rivera y Dávila (2012) sostienen que la biometría hemática (hemograma) mide las cantidades y características de los tres elementos formadores de la sangre: eritrocitos, leucocitos y plaquetas y existen muchas patologías que pueden afectar estas líneas celulares y los leucocitos son el principal componente celular de las respuestas inflamatoria e inmunitaria y cada célula tiene funciones específicas: en este caso los linfocitos B producen anticuerpos; sin embargo una cuenta normal de leucocitos no descarta la posibilidad de una enfermedad. Una leucocitosis (incremento de leucocitos por arriba de los valores de referencia), puede ser fisiológica o patológica y generalmente es indicativo de un proceso infeccioso; los linfocitos bajos o linfocitopenia puede ser una respuesta temporal a una infección o la pueden ocasionar otras patologías: infecciones, neoplasias, tensión, inmunodeficiencias y radioterapias.

Finalmente, para complementar los cuidados de enfermería se debe orientar a la paciente en relación a los cuidados a seguir para evitar una reinfección ya que al cumplir con los cuidados básicos de higiene y salud se va a prevenir infecciones urinarias a futuro e infecciones recurrentes, entre estos cuidados importantes se considera que no se debe retener la orina pues si bien es cierto, en condiciones normales, la orina contenida en la vejiga es estéril la uretra aloja habitualmente gérmenes y al ser la uretra femenina anatómicamente más corta y por hallarse el meato muy cerca al ano son estas condiciones las que justifican la predominancia de infección

urinaria en el sexo femenino por el acceso más fácil a la vejiga y por la mayor posibilidad de contaminación fecal y por el arrastre de gérmenes al contener o retener la orina (Belvilacqua, Bensoussan, Jansen, Spinola & Carvalhaes, 1996); de igual manera, Medline plus (2017) considera que mantener la zona genital limpia antes y después de cada relación sexual así como también mantener limpia la zona genital y anal después de cada eliminación; orinar después de cada relación sexual; limpiar la zona genital de adelante para atrás después de usar el baño; usar ropa interior de algodón, no usar ropas apretadas; no usar duchas, ni aerosoles o polvos de higiene femenina, usar toallas higiénicas y no tampones y cambiar la toalla cada vez que se use el baño, bañarse en regadera y no en tina; ingerir líquidos en regular cantidad, de 2 a 4 litros por día; como cuidados personales, asegurará la prevención de infecciones urinarias, del mismo modo si se está tratando un cuadro de infección urinaria ya establecido se debe continuar con la antibioticoterapia oral ambulatoria y completar la dosificación en los días indicados, inclusive si se siente mejoría pues la interrupción del tratamiento antibiótico podría generar que la infección retorne y ser más difícil de tratar.

Ansiedad

Según Navas y Vargas (2012), la ansiedad es como una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazantes y puede verse como patológico cuando es muy intensa, duradera o desproporcionada a las circunstancias. Así mismo, Rojas (2014) sostiene que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos difusos, desdibujados y poco claros. Por otro lado, Bernabeu (2015) refiere que la ansiedad tiene dos formas de manifestarse: una en estado agudo y momentáneo que no tiene por qué tener repercusiones en el futuro y otra

en un estado de ansiedad crónica intensa y mantenida que puede tener graves repercusiones en el futuro derivando en otros trastornos mentales como puede ser la depresión.

El NANDA (2015) define a la ansiedad como una “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, sentimientos de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”.

En conclusión, se puede decir que la ansiedad es una reacción emocional ante un peligro o amenaza, que se manifiesta con diversas respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales y el profesional de enfermería es el que más tiempo permanece al cuidado del paciente, con el riesgo de alterar su propio estado emocional, es así que debe tener las habilidades necesarias para afrontar situaciones de ansiedad por parte de los pacientes.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a grandes cambios en el estado de salud, dentro de los cuales se considera a la hospitalización prolongada lo que ocasiona que la madre o mujer embarazada tenga que adaptarse por un largo periodo de tiempo al ambiente hospitalario y que según las normas de la institución afectan su normal desenvolvimiento. Existen factores estresantes como la hospitalización propiamente dicha, la discontinuidad del contacto familiar, cambios alimenticios, horarios de descanso, etc.; es así como la paciente se ve obligada a abandonar varias actividades diarias como: el trabajo, labores domésticas, estudios y en algunos casos dejar a sus hijos al cuidado de terceras personas. Por este motivo, la hospitalización prolongada puede convertirse en una situación generadora de ansiedad y estrés (Maldonado, 2018).

Añadido a estos factores generadores de ansiedad, está la discontinuidad laboral de su esposo para poder realizar el cuidado de sus menores hijos en casa; afectando su centro laboral y

la economía familiar. Estos factores adicionales contribuyen a alterar el estado emocional de la paciente. Costas, Prado y Crespo (2013) muestran que un 20% de pacientes hospitalizados en diversas áreas médicas presentan un alto nivel de ansiedad, situación que aqueja a la paciente en estudio.

En el Proceso de atención de enfermería que desarrollaron García, Martínez, y Abad (2017) en una paciente gestante con Pielonefritis, en Sevilla-España, consideraron la ansiedad como tercer diagnóstico de enfermería priorizado y como primera intervención de enfermería la disminución de la ansiedad escuchando atentamente a la paciente sus dudas y temores, proporcionándole información adecuada sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico creando un ambiente de confianza. De igual forma, en este caso de estudio, las intervenciones a realizar fueron orientadas a disminuir los niveles de ansiedad a través de la escucha activa.

En base a lo expuesto se procedió a brindar los respectivos cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones de enfermería y según Ramírez (2015) menciona que en primer lugar se debe realizar la entrevista a la paciente, familia y/o sistema de apoyo pues la comunicación entre la enfermera, paciente y familia es un factor importante a la hora de prestar los cuidados integrales y de calidad porque al establecer la empatía con la paciente obtendremos su confianza y seguridad que repercutirá notablemente en su estado emocional y recuperación de su enfermedad, así mismo permitir que la paciente verbalice sus preocupaciones y sentimientos ayudan a disminuir la ansiedad y duración del miedo.

Añadiendo a esto, Maldonado (2018) refiere que el brindar apoyo emocional ayuda al paciente en el manejo del estado de inquietud y preocupación durante su hospitalización. También Balbáz (2007) menciona que el aplicar técnicas de relajación favorece a suprimir la tensión muscular y mental, producida por situación prolongada de estrés y ansiedad, mediante

técnicas sencillas y control del pensamiento, alcanzando un estado de calma y paz interior. Finalmente brindar distractores como juegos de mesa, música, etc., ayudan a distraer la mente y permiten adaptarse a ciertas situaciones que no han sido planificadas, ayudando a disminuir el estrés y la ansiedad (Flores, 2004).

Náuseas

Según Díaz, Moreno y Nacle (2011) la definen como la sensación del deseo, malestar digestivo e incapacidad para retener el vómito, aunque este no se produzca.

Del mismo modo, Sibaja y Vargas (2011) sostienen que las náuseas y los vómitos son muy comunes en la mujer en estado de gravidez, padeciéndolos en un 70 a 85% y se define por la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta las semanas 14-16.

Por otro lado, Buendía *et al.* (2012) refieren que las náuseas son una experiencia subjetiva definida como la sensación que precede inmediatamente al vómito. También podemos agregar que NANDA (2015) la define como “fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede o no dar lugar a vómitos”

El diagnóstico enfermero se ve relacionado al embarazo, el mismo que en su fase precoz es un fenómeno frecuente que aproximadamente afecta a más del 40%-60% de las gestantes y son más comunes entre las 6 y 14 semanas de gestación, resolviéndose pasado ese tiempo; sin embargo, en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestre referencia que concuerda con el caso de la paciente en estudio que tiene 14 semanas de gestación pero que cursa con un cuadro de infección de las vías urinarias alta (pielonefritis) y que según estudios el mismo conlleva a que las pacientes que padecen dicha patología manifiestan eventos nauseosos que remiten luego de ser tratada su dolencia.

Existen otras causas que pueden provocar las náuseas y vómitos como la gastroenteritis, colecistitis, pielonefritis, pancreatitis o alteraciones hepáticas, que agregadas al estado de gravidez de una paciente se convierte en una complicación del embarazo que puede poner en riesgo su vida y la del bebé, si no se trata oportuna y adecuadamente.

En el proceso de atención de enfermería realizado por Garibi (2014) en el caso clínico N° MT/9/17/37-000008 de una paciente gestante de 9 semanas con náuseas y/o vómitos, amenaza de aborto y tabaquismo, la investigadora consideró a las náuseas en el sexto lugar de prioridad de doce diagnósticos planteados y consideró como primera intervención de enfermería administrar antieméticos eficaces para evitar las náuseas, logrando disminuirlas tras la primera semana de recibir los cuidados de enfermería.

Así mismo, Pereira (2015) en su trabajo de investigación “Hiperémesis gravídica: a propósito de un caso” aplicado a una paciente gestante de 11 semanas con náuseas y vómitos y con antecedentes de diabetes mellitus tipo I controlada deciden su manejo en hospitalización y como primera intervención de enfermería se decide hidratación parenteral y manejo con antieméticos y al cabo de tres días mejora la sintomatología pero se evidencia mediante análisis de laboratorio alteraciones electrolíticas (hipopotasemia) por lo que agregan potasio a la hidratación parenteral para corregir ionograma y a los cinco días de mejorar la tolerancia oral también se normalizan los valores séricos de potasio, pasando a manejo con antieméticos vía oral y siendo dada de alta.

Las náuseas y los vómitos están presentes en el 75-80% de las mujeres gestantes, principalmente durante el primer trimestre y como es sabido la infección de las vías urinarias constituyen una de las patologías que con mayor frecuencia afecta a la mujer embarazada y

siendo la pielonefritis aguda la que conlleva a mayor morbilidad materno-fetal complicando alrededor del 1-2% de todos los embarazos (Bogantes y Solano, 2010).

Dentro de los síntomas que presenta dicha patología están las náuseas, la misma que son una condición médica muy común durante el embarazo pudiendo ocurrir a cualquier hora del día o de la noche, aunque son más frecuentes los episodios matutinos y es debido a los cambios hormonales que la mujer experimenta, así como cambios psicológicos y familiares. La infección de las vías urinarias alta (pielonefritis) agregada al estado de gestación suele acentuar dicha sintomatología siendo una de las manifestaciones clínicas de dicha patología, situación que presenta la paciente en estudio.

Frente a este problema identificado se procedió a brindar los cuidados de enfermería necesarios a través de las siguientes intervenciones de enfermería: Identificar factores predisponentes a las náuseas ya que conocer e identificar dichos factores como olores muy fuertes, determinados alimentos, imágenes desagradables, contribuyen a evitar las náuseas en la paciente (Intermountain Healthcare, 2008).

Así mismo, la revista Bebés y más (2017) sugiere fomentar la higiene bucal, aconsejando el uso de cepillo de dureza media con un cabezal no muy grande y empezando con la limpieza de los dientes posteriores pues la educación sobre una adecuada higiene bucal proporcionará una sensación de frescura, limpieza y confort y se evitará percibir la sensación nauseosa. Muchas veces el tamaño grande del cepillo puede provocar náuseas si se introduce demasiado y al limpiar primero los dientes posteriores se retrasa el contacto de la crema dental con las papilas gustativas lo cual potencialmente provoca el vómito.

De igual manera, se administrará antieméticos: dimenhidrinato 50 mg EV c/8hr en forma lenta y diluida debido a que los medicamentos antieméticos evitan el éxtasis gástrico y los

vómitos. Las acciones anticolinérgicas del dimenhidrinato controlan y disminuyen la estimulación vestibular y deprimen la función laberíntica (Vademécum, 2002); también Medicadiet (2015) sugiere animar la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos según su tolerancia pues la dieta adecuada que se ofrezca, de preferencia fraccionada en 6-7 tomas diarias y en pequeñas cantidades permitirá la tolerancia de los alimentos sólidos y líquidos.

Finalmente, para culminar con los cuidados de enfermería se debe fomentar el descanso en posición decúbito lateral izquierdo y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas ya que el descanso y sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, la persona que descansa se relaja mentalmente encontrando tranquilidad física y logrando disminuir, por ese período, molestias corporales. El reposo en decúbito lateral izquierdo reduce significativamente el reflujo gastroesofágico, además esto permite una mayor y mejor irrigación de la placenta, ya que evita la presión del útero sobre la vena cava que trae sangre de retorno al corazón; también disminuye la presión intrauterina sobre el cuello uterino (Castillo, 2016).

Cp. Anemia

La anemia es definida por Espitia y Orozco (2013) como una alteración en la sangre caracterizada por la disminución de la concentración de la hemoglobina, el hematocrito o el número total de eritrocitos. Así mismo, Cardero, Sarmiento y Selva (2009) definen a la anemia como una disminución de la cantidad de hemoglobina circulante asociada generalmente a una disminución en el número de glóbulos rojos y que se traduce en un deterioro de la capacidad de transporte de oxígeno. También, Pereira, Hermosin y Núñez (2017) sostienen que la anemia es la concentración baja de hemoglobina en la sangre y se detecta a través de análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal.

Por otro lado, Parishuaña (2018) dice que la anemia es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo; del mismo modo, el MINSA (2017) indica que la anemia es una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según el género, edad y altura a nivel del mar.

Según el caso en estudio, este diagnóstico enfermero está específicamente orientado a atender un problema ya establecido en la paciente a través del diagnóstico médico que fue motivo de su hospitalización como es la Anemia, la misma que es definida por la OMS como el descenso del nivel hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de lo normal para la edad y el sexo y en términos prácticos se considera 13 gr/dl en el hombre; 12gr/dl en la mujer y 11 gr/dl en la gestante.

La anemia es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo debido a que en esta etapa el volumen corporal materno presenta un cambio al expandirse para lograr una adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto. En las gestantes las necesidades de hierro aumentan, es por eso que la anemia que más se presenta es la ferropénica, siendo esta anemia por deficiencia de hierro la más común en los países subdesarrollados en aproximadamente un 75% debido a una nutrición inadecuada y a la falta de su diagnóstico durante el embarazo. Es así que el riesgo de anemia aumenta de forma proporcional con el progreso del embarazo convirtiéndose en un gran problema debido a las dietas pobres en hierro lo que condiciona que las reservas en las gestantes sean escasas, esto hace importante su tratamiento durante el control del embarazo para evitar complicaciones posteriores (Espitia & Orozco, 2013).

La anemia durante la gestación tiene muchas consecuencias negativas las cuales tienen una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto, infección urinaria, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, estado hipertensivo del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, hemotransfusión, infección de herida, recién nacido de bajo peso y menores de 37 semanas (Agreda *et al.*, 2014).

La anemia gestacional se considera un factor de riesgo para el embarazo y puede causar anemia en el periodo de recién nacido debido al escaso depósito de hierro. El diagnóstico de anemia durante el embarazo es de gran importancia tanto para la madre como para el feto ya que evitará las complicaciones mencionadas anteriormente (López & Madrigal, 2017).

La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de hemoglobina inferiores a 11 gr/dl y el hematocrito inferior a 33% y de acuerdo a los niveles de hemoglobina la clasifica en: anemia leve con una Hb de 10 a 10.9 gr/dl; anemia moderada con una Hb de 7 a 9.9 gr/dl y anemia grave con una Hb menor de 7 gr/dl y las complicaciones de la anemia en el embarazo se encuentran dadas por la disminución en la capacidad de transportar oxígeno, lo cual es muy importante en la etapa del embarazo dado que el feto es dependiente del transporte de oxígeno para suplir sus necesidades (Espitia & Orozco, 2013).

Los signos y síntomas clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo mientras que en las anemias leves pueden ser, en algunos casos, asintomáticos. Entre estos signos y síntomas se puede mencionar: fatiga, debilidad muscular, piel pálida, cefalea, mareos, disnea, apatía, descanso frecuente, taquicardia. Sin embargo, las gestantes con anemia tienen mayor predisposición a las infecciones. Es así que en las gestantes que cursan con anemia las infecciones urinarias ocurren con mayor frecuencia que en las no anémicas, de igual modo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica, trastornos

hipertensivos en el embarazo y el incremento de las complicaciones hemorrágicas en el puerperio suelen ser más frecuentes en mujeres embarazadas con anemia (Espitia & Orozco, 2013).

En el proceso de Atención de Enfermería aplicado a embarazada de 35 semanas de gestación con diagnóstico médico de anemia ferropénica desarrollado por López (2018) concluyó que dicho proceso es una herramienta útil e importante que contribuyó al mejoramiento de la salud de la paciente ayudando a la recuperación de su salud y la disminución de los riesgos maternos-neonatales, mediante los conocimientos y educación impartida a través de las recomendaciones impartidas.

Así mismo, Mero (2018) en su trabajo de titulación “Anemia en el Embarazo” concluyó que la anemia es una de las complicaciones más prevalentes en las mujeres gestantes pues en el embarazo existe un aumento de los requerimientos de hierro como consecuencia del crecimiento rápido de la placenta y del feto y que el personal de enfermería cumple un rol importante en la vigilancia y valoración de la paciente gestante porque contribuye en la promoción, control y recuperación de la salud disminuyendo así los riesgos que alteren el bienestar del binomio madre-feto a través de los cuidados de enfermería.

La paciente en estudio presenta palidez facial y Hb de 10 gr/dl que son uno de los signos y síntomas de la anemia, los mismos que de no ser tratados oportunamente podrían desencadenar en serias complicaciones. Milman (2012) sostiene que la anemia durante la gestación puede tener consecuencias profundamente negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres, así como también, afectar significativamente su calidad de vida. Son más frecuentes la fatiga, la debilidad general y las disfunciones psíquicas incluyendo un deterioro de la capacidad cognitiva,

malestar, inestabilidad emocional y depresión; y también mayor frecuencia de desarrollo de infecciones.

Frente a este problema se procedió a brindar los cuidados de enfermería a través de las siguientes intervenciones para favorecer la mejora en el estado de salud del paciente: Evaluar signos y síntomas que puedan interferir con la ambulación pues la fatiga y la debilidad general pueden generar dificultad en la movilización normal de la paciente alterando su bienestar físico Milman (2012); además, Herrera (2010) sostiene que valorar los resultados de los exámenes hematológicos utilizando los márgenes de referencia de laboratorio y estándares internacionales es fundamental pues al estar familiarizado con los márgenes y cifras de los resultados hará que el profesional sea capaz de distinguir entre los diferentes padecimientos y así poder hacer una diferenciación entre los tipos de anemia existentes y así poder brindar los cuidados pertinentes.

Además el determinar los hábitos alimenticios de la paciente nos reafirma que una alimentación saludable es fundamental para mejorar la salud física y mental de las personas; y como es sabido, las necesidades fisiológicas de la alimentación conjuntamente con la ingesta selectiva de los alimentos pueden satisfacer parcialmente las necesidades nutricionales pues existen las influencias culturales, individuales, familiares, económicas, ambientales que en su conjunto son los hábitos alimenticios los mismos que pueden ser la causa de una alimentación adecuada o inadecuada lo que pone en riesgo el estado de salud del individuo (Carcamo & Mena, 2006), También Cruz, C, Cruz, L. & López (2012) sostienen que una dieta correcta durante el embarazo con el aporte adecuado de hierro es indispensable para el buen desarrollo del feto y evitar complicaciones como bajo peso al nacer y prematuridad, causas más frecuentes de morbimortalidad neonatal y mortalidad materna durante el embarazo y/ parto .

Por otro lado, el controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos nutritivos adecuados hará que con el buen aporte de nutrientes la paciente tenga la energía necesaria según su edad y patología a fin de no tener deficiencias o excesos nutricionales Herrera (2010); también durante el embarazo existe un incremento de las necesidades nutricionales que son fundamentales para el crecimiento y desarrollo fetal dando mayor énfasis a los alimentos ricos en hierro cuyas principales fuentes son: las carnes rojas, sangrecita, hígado, bazo, pescado, legumbres y vegetales verdes como espinacas, brócoli, lechuga, etc. (Aguilera, 2018).

Finalmente para completar con los cuidados de enfermería se debe educar a la paciente sobre la importancia de una dieta saludable pues el conocimiento obtenido a través de la educación es un factor determinante del nivel de nutrición de la persona y/o familia (Cardero, sarmiento & Selva, 2009); actualmente se reconoce el valor de la educación nutricional como un aspecto esencial en la repercusión nutricional y en la seguridad alimentaria y está demostrado su capacidad de mejorar por si sola el comportamiento dietético y el estado nutricional del individuo, centrándose especialmente en todo lo que pueda influir en el consumo de alimentos y las prácticas dietéticas (FAO, 2017).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el presente proceso de atención de enfermería a la paciente E. Ch. C., durante dos días, del día 04/06/18 al día 05/06/18, en el turno diurno para el primer día y en el turno nocturno para el segundo día.

Se identificó cuatro diagnósticos el primer día y tres el segundo día, de los cuales fueron priorizados para la atención de enfermería los 5 primeros diagnósticos.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: Paciente presentó disminución del dolor, al evidenciar facies de alivio y verbalizar dolor en 2 puntos según la escala de EVA.

Segundo diagnóstico

Cp. infección del tracto urinario

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente recibió los cuidados dependientes e independientes de enfermería para tratar la infección; sin embargo, algunas intervenciones independientes deben ser evaluadas a largo plazo a través del seguimiento de la paciente.

Tercer diagnóstico

Ansiedad

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó la ansiedad al manifestarse tranquila y con ausencia de temor y preocupaciones.

Cuarto diagnóstico

Náuseas

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuyó náuseas parcialmente al tolerar los alimentos y disminuir sensación nauseosa, sin embargo, persiste la salivación.

Quinto diagnóstico

Cp. Anemia

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente recibió los cuidados independientes de enfermería para tratar la anemia; sin embargo, algunas de estas intervenciones deben ser evaluadas a largo plazo a través del seguimiento de la paciente.

Conclusión

Se concluye que, de los cinco objetivos planteados, el primero y el tercero fueron alcanzados; sin embargo, el segundo, el cuarto y el quinto fueron parcialmente alcanzados; necesitándose trabajar más con la paciente en estudio.

Así mismo, se puede agregar que de los objetivos alcanzados en el primer y tercer diagnóstico (dolor y ansiedad) son aquellos en los que enfermería puede tener mayor influencia en el corto tiempo de estancia hospitalaria ya que las administraciones adecuadas de los analgésicos revirtieron el dolor satisfactoriamente, así como también la aplicación de las técnicas de relajación y el apoyo emocional brindado pudieron lograr que la ansiedad manifestada por la paciente disminuyera.

Mientras tanto los objetivos del segundo, cuarto y quinto diagnóstico (infección del tracto urinario, náuseas y anemia) fueron parcialmente alcanzados debido a que requieren de un mayor tiempo de tratamiento y no son directamente dependientes del accionar de enfermería sino de un

cumplimiento diario del tratamiento indicado que incluso va más allá del periodo de hospitalización.

Bibliografía

- Amad, M. (2014). Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero Ansiedad. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. España.
- Agreda et al. (2014). Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. Revista peruana de epidemiología, Vol.18 N°2.
- Aguilera, I. (2018). Proceso de Atención de enfermería aplicado a embarazada de 22 semanas de gestación con anemia ferropénica. Ecuador. Univ. Técnica de Babahoyo. Fac. C. salud. Esc. Enf. 40p.
- Arranz, A.; Tricás, J.; Jimenez, A. & Domínguez, P. (2000). Valoración fisioterápica del paciente con dolor. Revista de Fisioterapia. Vol.22. Núm.1, pp. 1-68.
- Balbáz, A. (2007). La psicología del dolor. Recuperado de www.taiss.com/escorial/curso-dolor-10-ana-balbas-dolor-psicologico.pdf.
- Bebés y más. (2017). Embarazo, bebés y maternidad para padres y madres. Recuperado de <https://www.bebesymas.com/>.
- Belvilacqua, Bensoussan, Jansen, Spinola & Carvalhaes. (1996). Fisiopatología Clínica. 2º edición. Argentina. Editorial El Ateneo.
- Bogantes, J y Solano, G. (2010). Infecciones urinarias en el embarazo. Revista médica de Costa Rica y Centro América LXVIII, 593:233-236.

Brunner, S. (2013). Enfermería Médico Quirúrgica. 8º edición. México. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana S.A.

Buendía et al. (2012). Paliación y cáncer. Síntomas físicos en cuidados paliativos. 1º edición, Colombia, Editorial Ladiprint S.A.S.

Campo, M.; Ortega, N.; Parody, A. & Gómez, L. (2017). Caracterización y perfil de susceptibilidad de uropatógenos asociados a la presencia de bacteriuria asintomática en gestantes del departamento del Atlántico, Colombia, 2014-2015. Estudio de corte transversal. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 68 N° 1, pp. 62-70. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n1/0034-7434-rcog-68-01-00062.pdf.

Capdevila, J. (2013). El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. Revista Esp. Quimioter, 26(1), 1-5.

Carcamo, G. y Mena, C. (2012). Alimentación Saludable. Horizontes educacionales, N°11.

Cárdenas, P. y Zárate, R. (2009). Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Revista Enfermería Universitaria. Vól. 6, N°2.

Cardero, Y., Sarmiento, R. y Selva, A. (2009). Importancia del consumo de hierro y vitamina c para la prevención de anemia ferropénica. Revista Scielo Medison, V.13 N°6.

Castillo, R. (2016). Medidas generales y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Respuesta a la carta al editor. Revista Colombiana de Gastroenterología. Vol.31. N°2.

Cifuentes, R. (2012). Obstetricia de alto riesgo. 7º edición. Colombia. Editorial Distribuna.

Costas, Prado y Crespo (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Revista Iberoamericana de Psicología*. N° 107: [16-22].

Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. España. Recuperado de <https://www.uv.es/=choliz/DolorEmocion.pdf>.

Cruz, C., Cruz, L., López, M. & Diego, J. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. *Revista habanera de ciencias médicas*, 11(1):168-175.

Cruz, F. (2016). Hiperémesis Gravídica. *Revista médica Sinergia*. Vol.1, N°6, 14-17.

Cuidados personales- Las infecciones urinarias en las mujeres. (2017, 17 de Julio). Medline Plus- Información de salud para usted. Recuperado de <https://medlineplus.gov>>Página Principal > Enciclopedia médica.

Cunningham et al. (2011). *Williams Obstetricia*. 23ava edición. México. Editorial McGraw-Hill.

Díaz, M.; Moreno, A. & Nacle, I. (2011). Cuidados de enfermería en las emesis en pacientes oncohematológicos. Article (PDF Available) in *Enfermería global*. 10(22). DOI: 10.4321/S1695-61412011000200006

Diccionario de cáncer- National cáncer. (2015). Definición de infección. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/infeccion>.

Diccionario de la lengua española - DRAE - Real Academia Española. (2017). Edición del tricentenario. Recuperado de dle.rae.es/?id=NbySrijQ.

Espitia, F. y Orozco, L. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Revista de los estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 26(3):45-50.

Farreras, V & Rozman, C. (2016). *Medicina Interna*. España. 18ª edición. Editorial Elsevier

Fiterre et al. (2017). Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en un hospital especializado en el paciente nefro-urológico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [revista en Internet]; 16(3): [479-488]. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1501>.

García, F., Heredia, A., Neri, D., Rivera, J. y Dávila, F. (2012). Utilidad de la biometría hemática en la práctica clínica. Leucocitos (segunda parte). *Revista Sanid Milit*, 66(1):38-46

García, B., Martínez, C. y Abad, I. (2017). Pielonefritis-Plan de cuidados de Enfermería. *Revista Médica electrónica Portales Médicos*.

Garibi, O. (2014). Enfermería Obstétrico-Ginecológica. *Revista matronas*. (Caso clínico). Recuperado de https://www.salusplay.com/casos-clinicos-de-enfermeria/MT_9_17_37_00008.

Gómez, J. (2008). Infección urinaria durante el embarazo. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI* (613) pp.713-717.

Herrera, J. ((2010). *Proceso de enfermería: Leucemia y Anemia*. Escuela de Enfermería y Obstetricia- México, 14p

Intermountain Healthcare. (2008). Náuseas del embarazo. Folleto informativo para pacientes y sus familias.

- Ixcaquic, D. (2011). Enfermedades gastrointestinales en el embarazo. Recuperado de <https://es.slideshare.net/gregorio74/enfermedades-gastrointestinales-en-el-embarazo>.
- Lapidus, A. (2002). Alteraciones en el embarazo. Artículos IntraMed. Recuperado de www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=20271&pagina=2
- Leonard, D.; Perry, S. & Bobak, I. (2002). Enfermería Materno Infantil. España. Editorial Océano.
- Lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de influenza. (2018). Minsalud, Gobierno de Colombia.
- López, K. (2018). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a embarazada de treinta y cinco semanas de gestación con diagnóstico de anemia ferropénica. Caso clínico. Lic. Enf. Univ. Técnica de Babahoyo. Fac. C. Salud. Esc. Enfermería. 38p.
- López, F. (1995). Definición y clasificación del dolor. Revistas Científicas Complutenses. 4:49-54. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/download/CLUR9596110049A/1479>.
- López, A. y Madrigal, L. (2017). Anemia ferropénica en mujeres gestantes. Artículo de revisión.
- López, J., Montoya, Y. & Berbesi, D. (2014). Factores de riesgo asociados al desarrollo de pielonefritis aguda entre las gestantes afiliadas a una empresa administradora de planes de beneficio en cuatro ciudades en Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 65 N° 4: 317-322.

- Loyola, J. (2005). Relación entre el manejo de los factores de riesgo con la presencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 1-I del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2004. (Tesis). Univ. Mayor de San Marcos. Fac. Medicina Humana. EAP de Enfermería. 74p.
- Maldonado, A. (2018). Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Ginecoobstétrico “Isidro Ayora”. (Tesis). Univ. Central del Ecuador, Cienc. Psic. 125 p.
- Martín, I. (2012). Estudio descriptivo de la dispensación de analgésicos: su autoconsumo en una población universitaria. (Tesis Doctoral). Univ. Complutense de Madrid. Fac. Medicina. 316 p.
- Martínez, C. (1997). Clínicas Urológicas de la Complutense. Revistas Científicas Complutenses. ISSN 1133-0414. Último número. Recuperado de <https://revistas.ucm.es>article>viewFile>.
- Mazzei, E., Rozman, C. y colaboradores (1998). Tratado de semiología y fisiopatología. 5º edición. Argentina. Editorial El Ateneo.
- Mejía, L. (2006). Proceso del cuidado de enfermería en la gestante adolescente con infección del tracto urinario alto. Trabajo práctico. Lic.Enf. Universidad Los Angeles de Chimbote-Perú. Fac. C.Salud. Escuela Prof.de Enf. 65p.
- Melzack & Casey (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. And. Kenshalo (ed.), The skin senses. Springfield III: Charles C. Thomas, 168-194. (Original no consultado, citado por: Ceballos, D. (2014). El dolor:

diferencias en la percepción de sus características en función de la patología de origen.
Estudio Observacional transversal.p:7.

Mercola (2014). 13 técnicas para la mente y el cuerpo que pueden aliviar el dolor y la depresión. Alivie el dolor y la depresión con estas técnicas- Artículos Mercola.
Recuperado de <https://articulos.mercola.com/sitios/.../2014/08/02/13-tecnica-de-cuerpo-y-mente.aspx>.

Mero, J. (2018). Anemia en el embarazo. Trabajo de titulación. Lic. Enf. Univ.Laica “Eloy Alfaro” de Manabi. 51p.

Mesas, A. (2012). Dolor agudo y crónico. Clasificación del dolor. Historia clínica en las unidades del dolor. Hospital Universitario Vall d’Hebrón. Area de Traumatología.
Clínica del dolor, Servicio de Anestesiología.

Milman, N. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 58:293-312.

Montoro, M; Lera, I. & Ducons, J. (2002). Principios básicos de gastroenterología para el médico de familia: Náuseas y vómitos. pp.17-36. Recuperado de https://www.aegastro.es/sites/default/.../ayudas-practicas/02_nauseas_y_vomitos.pdf.

Mora, A. (2018). Proceso de Atención de Enfermería aplicado en embarazada de 18 semanas más infección de vías urinarias (pielonefritis). Caso clínico. Lic. Enf. Universidad Técnica de Babahoyo- Ecuador. Fac. C.Salud. 33p.

- NANDA Internacional. (2015). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier.
- Navas, OW y Vargas, BMJ. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida a atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 69(604): 497-507.
- Neira, E. y Málaga, G. (2016). Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS? *Acta Médica Perú* 33(3): 217-222.
- Ojeda, A. (2012). Modelos para el desarrollo de análisis de riesgo en el control de infecciones nosocomiales. Recuperado de himfg.com.mx/.../modelosdesarrolloanalisrisgocontrolinfeccionesnosocomiales.pdf.
- Parishuaña, H. (2018). Cuidados de Enfermería al niño con anemia en el Centro de Salud Sandrita Pérez El Pedregal, 2017. Trabajo académico. 2º especialidad de enfermería. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Fac. Enfermería. 56p.
- Pascua, L. (2014). Pielonefritis en el embarazo. Recuperado de <http://es.slideshare.net/lespas08/pielonefritis-en-el-embarazo>.
- Pereira, C. (2015). Hiperemésis Gravídica: a propósito de un caso. *Revista Matronas*. N°2, Vol.3.
- Pereira, E., Hermosin, A. y Núñez, A. (2017). Cuidados de Enfermería en pacientes con anemia. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*.
- Perez, T. & Castañeda, J. (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesiología y reanimación*. 11(1), pp. 19-26.

- Pintado, M & Villalta, V. (2019). Frecuencia de infección del tracto genitourinario en gestantes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. Proyecto de Investigación. Lic. Enf. Universidad de Cuenca-Ecuador. Fac. C. Medicas. 57p.
- Pinto, K. (2015). Factores relacionados con la incidencia de flebitis por catéter endovenoso. Centro médico Cemesa San Pedro Sula- Honduras Mayo-Julio 2015. (Tesis Maestría). Universidad Autónoma de Nicaragua. Escuela de Salud Pública. 46p.
- Potter, P. (2010). Posiciones corporales-Escuela de enfermería Cecilia Grierson. Recuperado de www.escueladeenfermeriaceciliagrierson.blogspot.com/2010/.../posiciones-corporales-se-emplean-...
- Ramirez, J. (2014). Pielonefritis en el embarazo: diagnóstico y tratamiento. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (613)713-717.
- Rojas, E. (2014). Cómo superar la ansiedad. 1º edición. Barcelona, España. Editorial Planeta S.A.
- Ríos, R., Murillo, J. y Uzeta, M. (2007). Factores asociados a infecciones de catéter venoso central y periférico. Archivos de salud de Sinaloa, 52-56.
- Sánchez, A. (2015). Guía de alimentación para embarazadas. Medicadiet. p.31.
- Serrano, M.; Caballero, J.; Cañas, A.; García-Saura, P.; Serrano, C. & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor. Revista Soc Esp Dolor, 9, pp.94-108.
- Sibaja, L y Vargas, N. (2011). Manejo de la hiperémesis gravídica. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVIII (599) 441-445.
- Sierra, J., Ortega, V y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividade. Vol.G 3, Nº1.

Vacas, M. (2018). Pielonefritis. Revista de salud y bienestar. Recuperado de <https://www.webconsultas.com/enfermedades> de la A_Z>pielonefritis.

Vademécum de Bolsillo. (2002). 14° edición. Perú. Editorial PLM.


Vademécum Médico del Perú. (1998). Perú. Ediciones Pablo Grimberg.

Villegas, J., Villegas, O. y Villegas, V. (2012). Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Revista científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 12(2) 221-240.

Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. Acta Médica Peruana, 24(2)

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración



HOSPITAL HUACHO-HUAURA-OYON SBS
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN PACIENTES GINECO OBSTÉTRICAS

DATOS GENERALES

Nombre : _____ F.N.: _____ Edad : _____ Telf. : _____
 Fecha de ingreso: _____ Hora: _____ Persona de referencia: _____
 Dirección: _____
 Procedencia: Consultorio externo () Emergencia () Centro Obs () SOP () Hosp. ()
 Forma de llegada: Silla de ruedas () Camilla ()
 Fuente de Información:
 Paciente () Familiar() amigo () Otro: _____ Dx. Médico: _____
 Fecha de valoración: _____ Tipo de Seguro: _____ PG () SIS () SOAT () OTROS ()

+VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<p>Antecedentes Familiares HTA () DM () TBC () Asma () VIH () CA () OBSERVACIONES: _____</p> <p>Antecedentes Personales de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____</p> <p>Intervenciones quirúrgicas: No () Si () (fechas) _____</p> <p>CPN No () Si () N° CPN: _____ Vacuna Antitetánica previa: No () Si () Actual: 1° () 2° ()</p> <p>Alergias y otras reacciones: Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-sintomas: _____ Otros: _____</p> <p>Factores de riesgo: Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si ()</p> <p>Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____</p> <p>Estado de higiene Buena () Regular () Mala () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____</p> <p>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad _____</p>	<p>Menarquia: _____ 1ra RS: _____ (años) N° parejas sexuales: () Relaciones Sexuales Contranatura: (SI) (NO)</p> <p>Formula Obstétrica: FUR: _____ FPP: _____ G _____ P _____ EG: _____ Mamas: Sensibles () No sensibles () blandas () Turgentes () Pletóricas () Signos de inflamación: _____ Secreción: Calostro () Leche () otros: _____ Pezones: Formados () Planos () Invertidos () íntegros: Si () No () Observaciones: _____</p> <p>Dinámicas uterina: (SI) (NO) Frecuencia: 3/10mn () Irregular () Duración : 50 seg () < 50 () Tono: + () ++ () +++ ()</p> <p>Movimientos Fetales: Si () No () LCF: _____</p> <p>Involución uterina: Contraído: Si () No () Flácido: Si () No () Ubicación: Centrado: Si () No () Lateralizado: Si () No ()</p> <p>Altura uterina: _____ Episiorrafia: Si () No () desgarro I - II - III - IV Edema vulvar: Si () No () Hematoma vulvar: Si () No () Flogosis: _____</p> <p>Pérdidas Vaginales: Líquido amniótico: Si () No () Sangrado Vaginal: Si () No () Secreciones Vaginales: Si () No () Loquios: Hemáticos () Serohemáticos () Serosos () Características: _____</p>
PATRÓN DE RELACIONES – ROL	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO
<p>Ocupación: _____</p> <p>Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()</p> <p>¿Con quién vive? Sola () Con su familia () Otros _____</p> <p>Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros _____ Comentarios adicionales: _____</p>	<p>T: _____ °C Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Sobrepeso () Obesidad: () Obesidad mórbida () Bajo peso: () Glucosa: _____ Hb: _____</p> <p>Piel: Coloración: Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Intervención Quirúrgica Si () NO () Especificar: _____</p> <p>Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta () Ausente () Prótesis () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena () Hidratación: Si () No () Cambio de peso durante los últimos días: Si () No () Especificar: _____</p> <p>Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Dificultad para deglutir: Si () No () Náuseas () Pirosis () Vómitos () Sialorrea () Observaciones: _____</p> <p>Abdomen: Grávido: Si () No () Normal () Distendido () Doloroso () Timpánico: () Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales () Disminuidos () Ausentes ()</p> <p>Comentarios adicionales: _____</p>
PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO	
<p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _____ Respiración: Superficial () Profunda () Disnea: En reposo () Al ejercicio () Se cansa con facilidad: No () Si () Ruidos respiratorios: _____ Tos ineficaz: No () Si () Reflejo de la tos: Presente () Ausente () Disminuido () Secreciones: No () Si () Características: _____ O2: _____ l/min _____</p>	

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 que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Pielonefritis Aguda y Anemia Gestacional del servicio de Gineco-Obstetricia de un Hospital Nivel II de Huacho-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales E. Ch. C. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Lourdes Salinas La Rosa, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. 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: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

