



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EMBARAZADA DE 17
SEMANAS DE GESTACION CON HEMORRAGIA.**

AUTORA:

HILLARY BARRAGAN CAGUA

TUTOR:

LCDA.

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2019

ÍNDICE

DEDICATORIA I.....	1
AGRADECIMIENTO II.....	2
TITULO DEL CASO CLINICO.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
I. MARCO TEORICO	7
HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO	7
HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN (>20 semanas).....	8
Aborto.....	8
Tipos de aborto.....	8
TRATAMIENTO	9
EPIDEMIOLOGIA.....	11
MANEJO DE HEMORRAGIA MSP DEL ECUADOR CUANDO SE DEBE ACTIVAR CLAVE ROJA	11
Manejo de la clave roja.....	14
I.1. JUSTIFICACION	17
I.2. OBJETIVOS	18
1.1.1. OBJETIVOS GENERALES.....	18
1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
I.3. DATOS GENERALES	19
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
II.1. Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes. Historial Clínico del Paciente	20

II.2.	Principales Datos Clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	20
II.3.	Examen Físico	21
	SIGNOS VITALES	21
II.4.	Información de Exámenes Complementarios.....	23
II.5.	Formulación del Diagnostico Presuntivo, Diferencial y Definitivo	24
II.6.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y procedimientos a realizar.....	24
II.7.	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	27
II.8.	SEGUIMIENTO	28
II.9.	OBSERVACIONES	29
	CONCLUSIONES.....	30
	Bibliografía	31
	ANEXOS	33

DEDICATORIA I

Este estudio de Caso clínico refleja todo mi esfuerzo.

Primeramente, dedico mi caso clínico a Dios por darme fuerza para culminar con esta etapa estudiantil.

A mi madre por ser mi guía, y brindarme su apoyo incondicional, moral y económico, A mi esposo y a mi pequeño por ser mi fuerza, mi motor ya que ustedes son el principal motivo de mi superación; y una de las razones principales de mi vida y porque han estado a mi lado en todo momento.

Quienes con sus consejos, apoyo, ejemplo, experiencias y sabidurías me ayudaron a no renunciar, a ser perseverante, y a no decaer en ningún momento.

GRACIAS

AGRADECIMIENTO II

El presente caso clínico está dedicado en primer lugar a Dios por bendecirme y brindarme su fortaleza y haberme ayudado a llegar hasta aquí, por no haber permitido que me diera por vencida y de esta manera cumplir esta meta tan anhelada para mí y para mi familia.

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EMBARAZADA DE 17
SEMANAS DE GESTACION CON HEMORRAGIA.**

RESUMEN

Durante el periodo de Gestación pueden aparecer diferentes patologías que conllevan a poner en riesgo la vida de la madre y el niño. La hemorragia es una de las causas más conocidas y probablemente, con un alto índice de gravedad en la consulta de emergencia durante el primer trimestre de gestación. Para lo cual se estableció un estudio de caso en el que se identificó una paciente en periodo de gestación de 17 semanas la cual presentaba las manifestaciones clínicas de una Hemorragia, el proceso de atención de enfermería se basó en la función asistencial directa al cuidado de la paciente por lo tanto se desarrollaron las intervenciones en base a las necesidades que presentaba la gestante. Dando como resultado la creación de una herramientas de enfermería basada en el Nanda, Noc y Nic. Para brindar una mayor atención de calidad a este tipo de Padecimientos.

Palabras Claves: Embarazo, Hemorragia, Enfermería.

ABSTRACT

During the Gestation period, different pathologies may appear that lead to putting the life of the mother and the child at risk. Hemorrhage is one of the best known causes and probably, with a high severity rate in the emergency consultation during the first trimester of pregnancy. For which a case study was established in which a patient was identified in a gestation period of 17 weeks who presented the clinical manifestations of a Hemorrhage, the nursing care process was based on the care function Directly to the care of the patient, therefore the interventions were developed based on the needs presented by the pregnant woman. Resulting in the creation of a nursing tool based on the Nanda, Noc and Nic. To provide greater quality care to this type of conditions.

Keywords: Pregnancy, Hemorrhage, nursing.

INTRODUCCION

La definición de Hemorragia es considerada de manera global como la pérdida de Sangre de venas, arterias o capilares por donde esta circula. Mientras que cuando nos referimos a hemorragias obstétricas es un término general que se utiliza para denominar al sangrado que ocurre durante el embarazo ya sea en su primer, segundo y tercer trimestre, en el parto o el puerperio así como también la pérdida de líquido amniótico. Es un evento atribuible al periodo de gestación.

El presente caso clínico es basado en una usuaria de 27 años de edad, la misma que ingresa por el área de triaje obstétrico del Hospital General Martin Icaza presentando sangrado vaginal, Para lograr el objetivo de este caso clínico se realizó seguimiento, recopilando datos y aplicando el PAE para de esta manera ver la evolución que obtuvo la paciente, La realización de este estudio se originó dentro de la dimensión descriptiva retrospectiva.

La mayoría de los embarazos tienen un curso normal; sin embargo, algunas veces pueden representar un peligro para la salud integral de la mujer o para su vida. En reconocimiento de estas circunstancias, en la mayoría de países en el mundo se han aprobado leyes y protocolos que permiten la terminación del embarazo ante tales condiciones. Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del AT para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales (Ministerio de Salud Publica, 2015)

El estudio de Caso o Caso clínico forma parte de la extensión Practica del Examen complexivo dentro del proceso de Titulación, como requisito previo a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería, correspondiente a la Universidad Técnica de Babahoyo.

I. MARCO TEORICO

HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO

La hemorragia es la complicación más significativa durante el posparto por lo que se necesita un diagnóstico y tratamiento rápidos para su atención. Aún en los países de mayor desarrollo de la medicina, esta es una causa importante de muerte materna. La OMS describe la hemorragia obstétrica mayor como: cualquier sangramiento del período gestacional o puerperio (hasta 6 semanas), con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda (Arcia, Lorie, & Ferrer, 2017).

Los factores para hemorragia obstétrica posparto vaginal incluyen: la prolongación de la tercera etapa del trabajo de parto, la existencia de coagulopatía previa, la hemorragia posparto en el embarazo anterior, la retención de placenta, multiparidad, el traumatismo genital, la macrosomía, la inducción del trabajo de parto, la corioamnionitis, la hemorragia intraparto, el mortinato, presentación fetal compuesta, analgesia epidural, parto instrumentado (Arcia, Lorie, & Ferrer, 2017).

El riesgo de morir por hemorragia posparto no depende únicamente de la pérdida de sangre, influye también el estado de salud previo, la pobreza, la malnutrición y la falta de control sobre la salud reproductiva.⁶ Dentro de las hemorragias obstétricas, la hemorragia posparto representa 75 % de los casos de puerperio patológico (Arcia, Lorie, & Ferrer, 2017).

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva. De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP) (Asturizaga & Toledo, 2014).

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, posparto o 1000 ml post

cesárea. Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos (Asturizaga & Toledo, 2014).

HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN (>20 semanas)

- **Concepto.** - Pérdida sanguínea por los genitales que ocurre en el curso de las primeras 22 semanas de gestación (Zambrano, 2016).
- **Incidencia.** - Se presenta con una frecuencia que oscila entre el 5 al 14% de todos los embarazos (Zambrano, 2016).
- **Causas.** - Toda pérdida sanguínea que ocurra en este periodo es motivo de un estudio completo de diagnóstico con la finalidad de descartar la patología causal como: Amenaza de aborto, hematoma subcorionico, huevo anembrionado, huevo abortivo, aborto retenido, embarazo molar y embarazo ectópico. Todo sangrado que ocurra en este periodo se lo considera como amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario (Zambrano, 2016).
- **Conducta a seguir:** gestante que presenta sangrado transvaginal y que puede estar acompañado de dolor parte baja del abdomen y que por FUR presenta una amenorrea menor de 22 semanas (Zambrano, 2016).

Aborto

La palabra aborto “etimológicamente se deriva de la palabra latina abortus que significa privar del nacimiento. El Diccionario de la Real Academia Española lo define como interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas”. De lo expuesto anteriormente se desprende, que el aborto, es la interrupción del embarazo, con la muerte del bebe en el vientre materno, que se da desde la concepción o fecundación del feto hasta el momento previo al nacimiento (Carrión Mediavilla, 2016).

Tipos de aborto

Se clasifica al aborto en dos grande grupos aborto espontáneo y aborto provocado y según la edad gestacional puede ser precoz antes de las 12 semanas y tardía posterior a las doce semanas (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

- **Aborto Provocado**

Posterior a la implantación fetal, antes de ser viable se interrumpe el embarazo, a través de medicación o cirugía (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

- **Aborto Espontáneo**

El aborto espontáneo es producto de la interrupción del embarazo sin la intervención de sustancias o alguna técnica quirúrgica. De este se divide en subgrupos (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017):

- **Aborto Completo**

Se define como aborto completo a la eliminación completa de los restos de la gestación del útero (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

- **Aborto Incompleto**

Se conoce a la eliminación incompleta de los restos de la gestación del útero sea este el producto o membranas ovulares ya sea este de manera parcial o total (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

- **Aborto Inevitable**

Consiste en la dilatación del cérvix, ruptura de las membranas, y la presencia de contracciones uterinas en veces intensas, esperándose que se produzca el aborto en poco tiempo (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

- **Aborto Diferido**

Se define como la retención del embarazo no viable por varias semanas donde puede producir hemorragia vaginal, en este tipo no se desarrolla de un tamaño normal el útero con relación a la edad gestacional sin modificaciones cervicales (Rivero Navia & Pintado Abad, 2017).

TRATAMIENTO

Amenaza de Aborto: la observación ecográfica normal y la dosificación de HCG-B cuantitativa dentro rangos normales se le recomendará reposo absoluto en casa, si el caso amerita el uso de sedante (diazepan 5mg en tabletas dos veces por día), si valores de HCG B cuantitativa son menores al promedio para la edad

gestacional puede hacerse uso de progesterona micronizada 100mg dos veces al día. Informar al servicio de la evolución en casa y además para concertar nueva observación en el hospital (Zambrano, 2016).

Hematoma subcorionico en relación al tamaño (más del 25%) y la edad de la gestante es necesario ingresar a la paciente para control y evaluación del embarazo. Usar progesterona micronizada en dosis de 100 mg dos veces al día, reposo, control de paños y de signos vitales. Veinticuatro horas o 48 horas sin presentar manchado se le da alta, manteniendo reposo en casa y en forma gradual reiniciar actividad. Control dentro de unos 7 a 10 días en hospital. En los casos de hematomas pequeños reposo en casa y estar en contacto con el servicio para hacer conocer evolución (Zambrano, 2016).

Huevo huero, huevo abortivo, aborto retenido aborto incompleto y embarazo molar se procede a la evacuación con el uso de legra y/o aspiración. Y si el caso lo permite (cuantía del sangrado) en los casos con un cérvix uterino completamente inmaduro o con pocas modificaciones se puede preparar el cérvix uterino con la finalidad de madurarlo con el uso de misoprostol tableta de 200 mcg colocado en canal vaginal a la entrada del orificio externo del cérvix y se promueve la maduración del cérvix y permite un acortamiento del tiempo utilizado en el legrado, en especial el uso de la bujías de dilatación de Hegar y complicaciones con el uso de las mismas. Uso de antibióticos y ergotamínicos se promueve después de realizado el legrado uterino: Ampicilina 500mg cada 6 horas; en caso de alergia eritromicina 600 mg cada 8 horas alcaloides del cornezuelo de centeno (ergotamínicos) 0.125mg cada 6 horas y analgésicos acetaminofén 500mg cada 8 horas (Zambrano, 2016).

En caso de extracción de un embarazo molar es necesario dosificar semanalmente la HCGB cuantitativa para asegurarnos su resolución, promover la anticoncepción (Zambrano, 2016).

Embarazo ectópico en relación a tratamiento ver protocolo respectivo.

Observación: en todos los casos en el que se realiza legrado uterino enviar el material extraído para estudio histopatológico.

EPIDEMIOLOGIA

En Europa se calcula que del 5% al 9% de los nacimientos son pretérmino y en Estados Unidos este porcentaje alcanza del 12% a 13%; se desconoce los porcentajes en América Latina, pero datos estadísticos de algunos hospitales de la región antes señalada reportan de un 11% al 15%; de los cuales un 25% al 30% de esos pretérmino son producto de RPM (MSP & GPC, Ruptura Prematura de Membranas, 2014).

En el Ecuador para el 2018 se calcula que los nacimientos en estado de pretérmino en la región Costa son del 8,7%; en la Sierra son del 6,2%, en la Amazonía es del 6,9% y en la región Insular 7,4%. Las muertes del feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas son del 1,3% lo que equivale a 23 defunciones fetales por causas de defunción de 789 registradas, dentro de las muertes fetales en las semanas de gestación con el 14% se dan con un periodo menor a las 20 semanas (INEC, 2019).

MANEJO DE HEMORRAGIA MSP DEL ECUADOR CUANDO SE DEBE ACTIVAR CLAVE ROJA

La activación la realiza la primera persona de salud que tiene contacto con la paciente que presenta sangrado. La activación de la clave roja puede ocurrir en el servicio de emergencia, pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, hospitalización o en cualquier otro servicio en donde se encuentre toda paciente gestante o puerpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre. La secuencia de la clave roja se basa en 4 niveles y el equipo de respuesta ante la activación de la clave son (MSP, 2016):

1. Coordinador (a)
2. Asistente 1
3. Asistente 2
4. Circulante

Coordinado (a): deberá ser médico ginecólogo, o médico general, o obstetrix u profesional de salud capacitado y con mayor experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos severos del embarazo. Sin embargo, el médico especialista deberá acudir dentro de los primeros 20 minutos para la toma de decisiones. Esta persona debe estar posicionada en la parte inferior del cuerpo a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son (MSP, 2016):

1. Organiza el equipo
2. Con la información de los signos vitales y score mamá clasificará el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
3. Clasifica grado del choque y busca la causa e iniciará tratamiento
4. Previa antisepsia evacua vejiga y coloca sonda Foley para medición de excreta urinaria
5. Toma de decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutive de la unidad.
6. Ordena la aplicación de fluidos, hemocomponentes y medicamentos.
7. Verifica continuamente las funciones de los asistentes y circulante y define cambios a realizar dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
8. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
9. Evalúa parámetros de respuesta

Asistente 1.- el profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones (MSP, 2016):

1. Se coloca en la cabecera de la paciente
2. Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza

3. Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia. Maniobra de elevación de mentón: los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula que se jala un poco hacia arriba para llevar el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca. No se debe sobre extender el cuello.
4. Suministra el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de no haber mascarilla.
5. Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria y calcula el score mamá.
6. Registra eventos con tiempos en el formulario de la clave roja.
7. Revalúa el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informa al coordinador.
8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos.
9. Cubre a la paciente para evitar la hipotermia
10. Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas de gestación, verifica que este en posición con desviación uterina a la izquierda.

Asistente 2.- profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones (MSP, 2016):

1. Apertura del Kit Rojo
2. Se coloca a un lado de la paciente
3. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
4. Toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste)
5. Realiza las ordenes de laboratorio (Hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tp, ttp, fibrinógeno, determinación de grupo sanguíneo Rh, y pruebas cruzadas)
6. En shock severo solicita 2 unidades de glóbulos rojos o Rh
7. Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador
8. Puede colaborar con el coordinador en la realización de procedimientos

Circulante.- profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las funciones (MSP, 2016):

1. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre
2. Marca los tubos de las muestras sanguíneas
3. Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento
4. Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador
5. Puede ser requerido por el coordinador para asistir en un procedimiento
6. Establece contacto con la familia para mantenerla informada, y la información la define el coordinador
7. Encargado de activar la Red para realizar transferencia si el caso lo amerita.
8. Llenado de formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita.

Manejo de la clave roja

Minuto Cero (0 minutos)

1. Todo el equipo de salud que atiende a la paciente obstétrica debe estar familiarizado con los signos clínicos de shock hemorrágico.
2. El grado de shock lo establece el peor parámetro encontrado (basado en la clasificación de Basket)
3. Ante Signos de shock y/o cálculo de sangrado superior a 1000ml (ACTIVE LA CLAVE ROJA).

Kit clave roja

Dispositivos Médicos MSP (MSP, 2016).

- Bolsa para drenaje urinario Adulto (1)
- Bolsa retrosacal 2000ml (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G (2 c/u)
- Catéter urinario uretral 14FR ó 16FR (2)
- Condón masculino (3)
- Equipo de sutura de cuello uterino (2)

- Equipo de venoclisis (3)
- Esparadrapo común ó Esparadrapo poroso (1)
- Guantes quirúrgicos N° 6.5, 7, 7.5, 8 (4)
- Jeringas de 1ml, 5ml, 10 ml (4 c/u)
- Mascarilla de oxígeno, Adulto (1)
- Pinza Aro reutilizable estéril (2)
- Sutura trenzada seda N° 0 ó N°1 (1)

Material de Laboratorio (MSP, 2016).

- Tubos para extracción de sangre tapa celeste (3)
- Tubos para extracción de sangre tapa lila (3)
- Tubos para extracción de sangre tapa roja (3) Formularios
- Algoritmos
- Clave roja
- Marcador
- Pedidos de laboratorio
- Pedidos de sangre

Medicamentos (MSP, 2016).

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0, 9% 500 ml (5 fundas).
- Lactato Ringer líquido parenteral 1000 ml (3 fundas).
- Oxitocina líquido parenteral 10 UI/ml (5 ampollas),
- Misoprostol sólido oral 200 mg (4 tabletas)
- Metilergometrina líquido parenteral 0,2 mg/ml (1 ampolla) Nota: (Tercera línea de tratamiento si la oxitocina o misoprostol no funcionan; según consta en el DNMB VIGENTE, uso único en tercer nivel de atención)

Pérdida de Volumen en % y ml para una mujer embarazada de 50-70Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso Lat/min	PA Sistólica mmHg	Grado de shock	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000 >120	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

Fuente: MSP (2016)

I.1. JUSTIFICACION

Las complicaciones que ocurren en el periodo de gestación representan una de las causas más considerables en la morbilidad y mortalidad materna en el país, y debido a estas complicaciones que se presentan durante el embarazo, van a influir directamente en la salud de la madre y el recién nacido. Siendo la Hemorragia una de las causas más frecuentes y potencialmente graves en las consultas de emergencias obstétricas del Hospital General Martin Icaza.

Debido a que entre el 20 y 30% de las mujeres presentan sangrado en el primer trimestre del embarazo, de las cuales aproximadamente la mitad de estas gestantes terminan en un aborto espontaneo y si esto no sucede, es probable que surjan problemas más adelante lo cual lo vuelve un embarazo de alto riesgo. Por lo que para un adecuado proceso de atención de enfermería es necesario efectuar una valoración preliminar del paciente. Y que de esta manera con la elaboración de planes de cuidados mejoren la condición del paciente.

I.2. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVOS GENERALES

- PLANIFICAR el Proceso de Atención de Enfermería en UNA paciente embarazo de 17 semanas de gestación que presenta Hemorragia transvaginal.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Priorizar el Patrón funcional más descompensado de Marjory Gordon para brindar una atención de calidad y calidez a la gestante.
- Aplicar EL PROCESO de Atención de Enfermería en UNA paciente embarazo de 17 semanas de gestación que presenta Hemorragia transvaginal
- Orientar a la paciente sobre el uso adecuado de un método de planificación familiar.

I.3. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Edad: 27 años

N° de Historia Clínica:

Instrucción: Secundaria

Estado Civil: Unión Libre

Raza: Mestiza

Fecha de Nacimiento: 14 de Abril 1993

Lugar de Nacimiento: La Unión de Clementina

Residencia Actual: Barreiro

Grupo Sanguíneo: A+

Religión: Católica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

II.1. Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes. Historial Clínico del Paciente

Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad consciente, orientada en tiempo y espacio ingresa al área de emergencia por presentar sangrado transvaginal con 4 horas de evolución.

Antecedentes

<i>ANTECEDE NTES PATOLOGICOS PERSONALES</i>	<i>ANTECEDE NTES FAMILIARES</i>	<i>ABNTECED ENTES ALERGICOS</i>	<i>ANTECEDE NTES QUIRURGICOS</i>
No refiere	Padre Diabético Madre Hipertensa	Alérgica a la Penicilina	2 cesáreas

Hábitos:

- **ALCOHOL: No refiere**
- **TABACO: No refiere**
- **DROGAS: Niega**
- **TE: refiere ocasionalmente**
- **CAFÉ: si en las mañanas**

II.2. Principales Datos Clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente de sexo femenino orientada en tiempo y espacio, acude a consulta de emergencia obstétrica acompañada de su conyugue, refiere sangrado rojo mutilante

de cantidad moderada con 4 horas de evolución acompañado de dolor tipo cólico, mareo y cefalea y refiere haber tenido micciones recurrentes en el día.

II.3. Examen Físico

VALORACIÓN CEFALO – CAUDAL

Cabeza: Normo cefálico, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello limpio sin pediculosis, pupilas isotónicas, facie pálida, mucosas orales húmedas, tabique proporcional a la cara recta, simétrica.qa<

Cuello: Móvil, sin presencia de adenopatías.

Tórax: Autonomía respiratoria conservada, simétrico, no presenta lesiones.

Abdomen: Globoso relacionado con la edad gestacional.

Pulmones: A la auscultación no presenta ruidos extraños.

Extremidades Superiores e Inferiores: No presencia de edemas.

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca: 125 latidos por minuto

Presión arterial: 80/50 mm/Hg

Saturación de Oxígeno: 97%

Frecuencia Respiratoria: 22 rpm

Temperatura: 37 °C

Valoración de enfermería por Patrones Funcionales (Teoría de Marjory Gordon)

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Este patrón no presenta alteración. La paciente es consciente de su estado de salud.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: La paciente no presenta alteración de este patrón funcional.

Patrón 3: Eliminación: La paciente refiere haber tenido micciones recurrentes y presenta sangrado de cantidad moderada por lo que el medico indica control de diuresis.

Patrón 4: Actividad y ejercicio: Este patrón funcional está alterado debido a la P/A de 80/50mm/Hg y Frecuencia cardiaca de 125 latidos por minuto y además que la paciente manifiesta que no puede estar de pie por presentar dolor tipo cólico.

Patrón 5: Sueño y descanso: La paciente no presenta alteración de este patrón funcional.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: La paciente no presenta alteración de este patrón funcional. Interactúa con el personal de salud.

Patrón 7: Autopercepción – auto concepto: La paciente no presenta alteración.

Patrón 8: Rol y Relaciones: La paciente no presenta alteración.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: La paciente presenta alteración debido a que presenta Sangrado transvaginal.

Patrón 10: Afrontamiento y Tolerancia al estrés: Este patrón está alterado debido a que la paciente manifiesta sentir temor y preocupación por su estado de salud actual.

Patrón 11: Valores y Creencias: La paciente no presenta alteración.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- Patrón Eliminación
- Patrón Actividad y Ejercicio
- Patrón de Sexualidad y Reproducción
- Patrón Afrontamiento y Tolerancia al estrés

PATRON FUNCIONAL PRIORITARIO:

➤ **Sexualidad y Reproducción**

II.4. Información de Exámenes Complementarios

Biometría Hemática

	Resultado	Unidad	Valores Referenciales
Leucocito	5.10	X10 ³ /μL	5.00 – 10.00
Neutrófilos	2.60	10 ³ / μL	0 – 5.00
Linfocitos	1.80	10 ³ / μL	1.30 – 4.00
Hematíes	3.75	10 ⁶ / μL	4.00 - 5000
Hemoglobina	10.8	g/dl	12.0 – 15.0
Hematocrito	35.8	%	40.0 – 45.0
Plaquetas	427	X10 ³ /μL	150 - 400

Ecografía: Saco de gestación con feto de 17 semanas de Gestación, sin latido cardiaco.

Examen de Orina:

	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
Leucocitos	11.7	5,10*10 ³ /μL
Neutrófilos	70.8	60 a 80%
Linfocitos	20.1	20 - 55

II.5. Formulación del Diagnostico Presuntivo, Diferencial y Definitivo

Diagnóstico Presuntivo

En base a la información recopilada de la paciente mediante utilización de preguntas, y de la exploración física céfalo caudal se obtiene un diagnostico presuntivo de Aborto en curso.

Diagnóstico Diferencial

En base al diagnóstico presuntivo y a una exploración más a fondo tomando en cuenta el criterio del médico se sospecha de un aborto incompleto.

Diagnóstico Definitivo

- Aborto en Curso

II.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y procedimientos a realizar.

Después de revisar toda la anamnesis de la paciente, y los exámenes complementarios realizados, no cabe duda de que se trata de un aborto en curso y se llegó a la conclusión del origen del problema es debido a la falta de cuidado que tuvo la gestante en el embarazo así como la inasistencia de los controles prenatales. Mediante el presente estudio clínico también se analizaran ciertas conductas desde los puntos de vista Biológico, ambiental, físico y social.

- ✓ **Biológico:** Presenta sangrado de color rojo rutilante acompañado de dolor tipo cólico.
- ✓ **Ambiental:** No refiere nada comprometedor.

- ✓ **Físico:** Alega haberse realizado 2 cesáreas anteriores y 1 aborto espontáneo.
- ✓ **Social:** No ha asistido a las consultas médicas solo 1 desde que empezó el embarazo.

Procedimientos a Realizar:

- Control de signos vitales.
- Canalizar con Catéter N°18
- Mantener vía periférica permeable.
- Balance hídrico.
- control de Sangrado
- Revisión de prescripción del médico tratante.
- Colocación en posición semifowler.
- Administrar medicamentos.
- Brindar bienestar y confort.
- Registrar en el kardex.
- Valorar riesgo de caída.

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: 000206
NOC: 0413
NIC: 4010

Dominio 11 Seguridad y Protección
Clase 2: Lesión Física Etiqueta: 000206
DX: RIESGO DE SANGRADO

M
E
T
A
S

R/C: Complicaciones del embarazo (amenaza de aborto)

E/P: Sangrado de Cantidad moderada, Hipotensión (90/60mm/hg), F/C: 120X", dolor de tipo cólico.

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

Dominio II: Salud fisiológica.

Clase: E. Cardiopulmonar.

Etiqueta: 0413 - Severidad de la pérdida de Sangre

Campo: 2. Fisiológico complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Etiqueta: 4010 Prevención de Hemorragia

ESCALA DE LIKERT ANTES DESPUÉS

INDICADORES	DESPUÉS			
	1	2	3	4
SANGRADO VAGINAL		x		X
PRESION ARTERIAL		x		X
FRECUENCIACARDIACA		x		X
ANSIEDAD		x		x
DISMINUCION DEL HEMATOCRITO		X		X

ACTIVIDADES

- Monitorizar signos vitales.
- Canalizar una vía periférica catéter N°18 y mantenerla permeable.
- Control Balance Hídrico
- Mantener Reposo Absoluto
- Administrar medicación prescrita por el médico.
- Educar a la paciente de los signos y síntomas de hemorragia y sobre las acciones a realizar.
- control de Hemoglobina y Hematocrito antes y durante y después de la pérdida de sangre.
- Brindar confort a la gestante

II.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Por medio de las indicaciones de razón durante el análisis del caso clínico presenta inclinación al modelo conceptual de Virginia Henderson dado que permite una visión global de los cuidados de enfermería que se brinda a la usuaria, por lo que mi acción como enfermeras esta fundamentadas en esta teorizante.

Henderson se enfoca en las necesidades que presenta la paciente; por lo tanto, se hace hincapié que el personal de enfermería debe considerarse como un arte, puesto que el ser humano está en la necesidad de satisfacer sus necesidades por lo que se identifica 14 necesidades fundamentales como lo son respirar, eliminar, moverse, comunicación, vestirse, desvestirse, mantenerse limpio, monitoreo de temperatura del cuerpo, evitar los peligros, trabajar, dar culto, aprender y jugar. Dentro de lo previsto el tema se centra en el cuidado directo a la paciente. Además de que Henderson hace referencia al cuidado de enfermería como una función propia de asistir al individuo ya sea sano o enfermo.

ACCIONES DE ENFERMERIA

➤ Monitorización de Signos Vitales

La monitorización continua de los signos vitales facilita la corrección de parámetros vitales alterados como presión arterial, frecuencia cardíaca, respiraciones, saturación de oxígeno, diuresis y la posibilidad de reponer el volumen perdido. Las acciones complementarias se enfocan en contar con vías de acceso venoso permeables, proporcionar oxígeno y solicitar exámenes necesarios (García, Ramírez, Moreno, Ramírez, & Gorbea, 2018).

➤ Vigilar el sangrado

Este primer punto identifica dos condiciones, la primera es la contención del sangrado, cuando se ha determinado una pérdida mayor a la esperada, para evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la gestante. La segunda parte del control de la hemorragia, consiste en aplicar fármacos oxitocina, ergonovina y

misoprostol en este orden establecido conforme a las guías de práctica clínica. De esta forma evitaremos que el sangrado continúe y daremos tiempo a la acción de los fármacos (García, Ramírez, Moreno, Ramírez, & Gorbea, 2018).

➤ **Balance Hídrico**

El control de los líquidos aportados y eliminados, es por tanto una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en su trabajo diario pero es más minucioso en gestantes que presentan sangrado debido a las diferentes causas que puedan desencadenar una hemorragia transvaginal. Que comprometan su organismo Hemodinámico (González, 2015).

➤ **Reposo Absoluto**

Se sugiere el reposo absoluto hasta 48 horas tras el cese del sangrado, y suplementación con ácido fólico, un sedante, y el tratamiento hormonal (CENETEC, 2015).

II.8. SEGUIMIENTO

DIA 1

La paciente ingreso al área de emergencia obstétrica por presentar sangrado y dolor tipo cólico y refiriendo que este cuadro clínico tiene aproximadamente 4 horas de evolución se le realiza Monitorización fetal la cual indica que no existen latidos cardiacos. Por lo que se procede a explicar a la paciente sobre la situación de salud que atraviesa, se le explica al conyugue y se procede a pedir por escrito su consentimiento informado. Para que el médico tratante pueda realizar los procedimientos debidos.

Se procede a controlar sus signos vitales cada 15 minutos. Se controla y se evalúa el sangrado su color e intensidad. Se canaliza con catéter N°18 y de inmediato se procede a la Hidratación con S.S al 0,9% de 1000ml IV, con aplicación de 60 gotas por minuto. Para que la paciente pueda expulsar los restos, se aplicó misoprostol de 800mg por vía vaginal Stat.

10 HORAS TRANSCURRIDO EL INGRESO

Signos Vitales ya en parámetros normales Presión arterial de 110/60 mm/hg Frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, T° 36.8 °C, Frecuencia Respiratoria de 20rpm al momento duerme con vía endovenosa permeable. El sangrado ha disminuido.

DIA 2

La paciente queda en observación debido a que el sangrado continúa de forma leve y dolor tipo cólico procede. Se continuará con el tratamiento farmacológico indicado por el médico vía oral y vía intravenosa hasta que la paciente mejore.

DIA 3

La paciente está consciente orientada en tiempo y espacio con signos vitales al momento estables y se le brinda charla educativa de cómo utilizar anticonceptivos, el esposo no está del todo de acuerdo. Con la utilización de métodos anticonceptivos.

DIA 4

Alta médica, ya no presenta sangrado transvaginal se le brinda consejería, y referencia para el área Psicología y Ginecología y medicación correspondiente. Además dentro del sistema de planificación familiar se le brinda el conocimiento de los métodos anticonceptivos pos aborto los cuales pueden ser aplicados posteriores al evento, entre los cuales están los método hormonales como: píldoras, anillos, parches, inyectables o implantes.

II.9. OBSERVACIONES

La paciente una vez medicada con misoprostol de 800mg e hidratada con Solución Salina al 0,9% transcurriendo aproximadamente 13 horas desde su ingreso se estabiliza. La paciente presenta depresión debido a la perdida por lo que se le procede a brindar un cuidado de calidad y brindar confort. El tratamiento

oportuno que se le aplico a la paciente fue el más certero y los cuidados de enfermería que se le brindaron fueron los más adecuados logrando una respuesta favorable evitando una complicación mayor en la salud de la paciente.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso clínico se concluye con dar el cumplimiento a cabalidad de los objetivos trazados; puesto que se ha dado prioridad al patrón funcional de mayor descompensación que presentaba la gestante lo cual ha permitido brindar una atención de calidez y calidad desde el momento de ingreso de la paciente, puesto que el patrón funcional de sexualidad y reproducción a partir del mismo se ofrece la adecuada atención asistencial durante el evento de su ingreso. Al establecerse el patrón funcional y determinar el proceso que ocasiona la hemorragia se efectuó el diseño de un proceso de atención de enfermería (PAE) acorde a lo identificado, para lo que se establecen los procedimientos a seguir acordes a la hemorragia transvaginal tomando en cuenta la desde el ingreso de la paciente además de tener en cuenta la edad de la paciente y su antecedente clínico, siendo el determinante para su plan de cuidado a atención que brindara el personal de enfermería.

Al termino del proceso de atención y seguimiento de la evolución de la apacientes, además de darle derivaciones a otros especialistas que favorezcan a su recuperación total, por ultimo de brindar la ayuda necesaria sobre la planificación familiar puesto que el rol que ejerce la enfermera no es solo brindar el cuidado directo al usuario, sino más bien el de promocionar la salud mediante el incentivo de charlas y sobre todo insistir a las usuarias a realizarse los controles prenatales desde el inicio del embarazo y tener en cuenta y definir todos los signos de alarma por lo que deben acudir a las consultas médicas para disminuir la incidencia de Abortos.

Bibliografía

- Arcia, R., Lorie, L. E., & Ferrer, O. (2017). Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. *Rev Inf Cient.*, 96(4), pp. 605-614.
- Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica La Paz*, 20(2), pp. 57-68.
- Carrión Mediavilla, J. (2016). *La despenalización del aborto y los derechos sexuales y reproductivos en la legislación ecuatoriana*. Ibarra: Universidad Regional Autónoma De Los Andes.
- CENETEC. (2015). Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la Amenaza de Aborto en el Primer y Segundo Nivel de Atención. *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC*. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Mexico. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026_GPC_AmenazadeAborto/SSA_026_08_GRR.pdf
- García, J. L., Ramírez, M. Á., Moreno, M., Ramírez, E., & Gorbea, V. (2018). Hemorragia obstétrica postparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), pp. 190-194.
- González, J. (2015). BALANCE HÍDRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO. *CiberRev. IV Época*(41).
- INEC. (agosto de 2019). *Registro Estadístico de Hechos Vitales de Nacidos Vivos y Defunciones 2018*. Recuperado el 20 de enero de 2020, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Atención del Aborto Terapéutico, Guía de Práctica Clínica* (1er. ed.). Quito: La Caracola Editores.

MSP. (2016). *Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos. Protocolo*. Ecuador.

MSP, & GPC, R. (2014). *Ruptura Prematura de Membranas*. Universidad Nacional.
doi:doi: <https://doi.org/EBSCO>

Rivero Navia, M. J., & Pintado Abad, S. V. (2017). *Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durant el periodo de enero y febrero del 2017*. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Gauayquil.

Zambrano, H. (2016). *HEMORRAGIAS OBSTETRICAS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DEL AÑO 2014-*. Guayquil: Universidad de Guayaquil.

ANEXOS



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			USUARI	3
MSP			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	CÓDIGO	093-001
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	FECHA	02/10/2018
Cruz	Ramos	Ruddy	Marcela	27 años	093.1323174		
VARIABLES DE 13 A 18 AÑOS Y ADULTOS							
1. CAÍDA PREVIA	NO		PUNTAJE				
	SI		0				
2. COMORBILIDADES	NO		10				
	SI		0				
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	NINGUNA/REPOSO EN CAMA/ASISTENCIA		15				
	BASTÓN/MULETA/CAMINADOR		0				
	SE APOYA EN LOS MUEBLES		10				
4. VENOSICLISIS	NO		20				
	SI		0				
5. MARCHA	NORMAL/REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS		0				
	DEBIL		10				
	LIMITADA		20				
6. ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES		0				
	SOBREESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES		15				
7. PUNTO FINAL Y NIVEL DEL RIESGO			20				
RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN					
↓ BAJO	0 A 25	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA					
↑ MEDIANO	25 A 50	IMPLEMENTACION DEL PLAN DE PREVENCIÓN					
↑ ALTO	MAYOR A 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES					
MARQUE CON UNA X EN EL CIRCULO QUE CORRESPONDA A LA PONTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO							
FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				Leda: Ruddy			

SNS-MSP-GC-HGMI-Form-051-B

HOSPITAL GENERAL "MARTIN ICAZA"

NOMBRE	APELLIDO	SEXO	N° HOJA	N° HISTORIA CLINICA
Roddy Mariza	Cruz Ramos	F	01	RA31323124

NOTAS DE ENFERMERIA

Paciente de 27 años de edad hispana, presentando de Babahaya auto-referida en compañía de familiares para presentar dolor palpitante de gran intensidad tipo colica, mas sangrada transitorio en medicación de analgesia + 1 día de exclusión de alimentos por episodios de vómito con diarreas medicadas. Embarazo 12 semanas mas aborta - ha estado abdominalmente sin latidos hasta los presentos se administró medicamento para lo cual se palpa brujula de 20cm/10 cm. se toma signos vitales presión arterial 100/60 mmHg pulso 88 x/1 temperatura 36.1°C. Se toma muestra de urina muestra de color bajo. Lata 20chou

Paciente permanece en la unidad con estado consciente en tiempo espacio verbal abdomen suave latido palpable sangrado vaginal leve cantidad farmacología para el control de vómito en espera de estudio de producto se toma signos vitales presión arterial 100/60 mmHg pulso 88 x/1 temperatura 36.1°C. Se toma muestra de urina muestra de color bajo. Lata 20chou

Paciente paciente consciente orientada en tiempo y espacio con sangrado en poca cantidad de Babahaya. Viales. Puntos vitales 100/60 pulso 88 x/1. Ruminos 19 x. Temperatura 36.1°C. Lata 20chou

Paciente consciente para Sala de maternidad con sangrado en poca cantidad con matices de Babahaya. Viales. Puntos vitales 100/60 pulso 88 x/1. Ruminos 19 x. Temperatura 36.1°C. Lata 20chou

Paciente paciente que llega del area de sala de parto con diagnóstico de Eubacterias. 12 semanas mas aborta después de 12 semanas de gestación. Puntos vitales 100/60 pulso 88 x/1. Ruminos 19 x. Temperatura 36.5°C. Se toma muestra de urina muestra de color medio. Lata 20chou

M. Ramos