



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA ENFERMERIA

**Dimensión Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLINICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE GESTANTE DE 37 SEMANAS QUE PRESENTA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL**

AUTOR

Karen Julissa Cunalata Aguirre

TUTOR

Lic. Lidice Lorena Otero Tobar

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

2020

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN(español)	IV
ABSTRACT (resumen en inglés).....	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP).....	1
Clasificación	1
Etiología	2
Fisiopatología.....	2
Factores de riesgo	2
Diagnostico	3
Diagnóstico diferencial	4
Complicaciones.....	4
Tratamiento.....	5
1.1 Justificación	6
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo General.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos	7
1.3 Datos Generales.....	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).	9
Historial clínico del paciente.....	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)..	9
2.3 Examen físico (exploración clínica)	10
Valoración Cefalocaudal	10
Examen físico general:.....	10
Examen físico regional:.....	10
Constantes Vitales	10
Valoración de enfermería por patrones funcionales (TEORIA MARJORY GORDON).....	11
Patrones Funcionales Alterados	12
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	12
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	13

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar	13
Análisis del origen del problema	13
Procedimientos a realizar.....	14
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	17
Articulación de los modelos y teorías de Enfermería con el PAE	17
2.8 Seguimiento.....	18
2.9 Observaciones	19
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21
ANEXOS.....	22

DEDICATORIA

Con todo mi cariño, me permito dedicar este trabajo a Dios todo poderoso por haberme dado la vida, la salud, fortaleza, iluminar mi mente, guiar mi camino y haberme dado la oportunidad para cristalizar mi anhelado sueño, como es ser una profesional.

A mis amados padres: Javier y Ana, que son los pilares de mi vida, por concederme el privilegio de ser cuidada, protegida y apoyada en todos los instantes y haber desarrollado en mí, los hilos dorados de la sencillez, humildad, perseverancia, responsabilidad y ser los cimientos sólidos en mi formación académica.

A mi hermana Cindy y demás familiares, por estar siempre dándome el apoyo incondicional, los quiero mucho.

.

Karen Julissa Cunalata Aguirre

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a Dios, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser la fortaleza en mis momentos especialmente de dificultades, tropiezos y debilidades.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme abierto las puertas para desempeñarme como estudiante.

A mis padres: Javier y Ana, por ser los principales promotores de mis sanos sueños, por estar siempre a mi lado protegiéndome, apoyándome y aconsejándome.

A mi familia por el respaldo incondicional.

A mis compañeras y compañeros de universidad, por su invaluable amistad y compañerismo.

A mis docentes universitarios, por haber compartido sus sabios conocimientos y experiencias, con calidad y calidez humana.

Agradecer a mí tutora, Licenciada Lorena Otero, por su amplia experiencia, conocimiento, paciencia, y motivación, factores importantes que me permitieron, culminar con gran éxito.

Karen Julissa Cunalata Aguirre

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE GESTANTE DE 37 SEMANAS QUE PRESENTA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DRA.MATILDE HIDALGO DE PROCEL

RESUMEN (español)

El presente caso clínico tiene como objetivo dar a conocer el proceso de atención de enfermería en gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, que nos indica la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto, se encuadra dentro de las hemorragias del tercer trimestre. Normalmente se produce a partir de la semana 28 de gestación, siendo la incidencia más elevada sobre la semana 36-38. La triada clásica de síntomas de esta patología es hemorragia escasa y de color oscuro que casi se da en el 80 % de los casos, dolor que puede ser de aparición brusca y lacinante y la hipertoniá uterina

Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. Las exploraciones complementarias son el registro cardiografico (RCTG) que ponen de manifiesto cualquier alteración, los datos de laboratorio mucha de las veces no son específicos y la ecografía El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad. Para esto se desarrolló un plan para evaluar, de acuerdo con las teorías y protocolos, que se asemeja a mi caso clínico, lo que conducirá a un buen diagnóstico de enfermería

Palabras clave: mujeres embarazadas, sangrado transvaginal, contracciones dolorosas, sensibilidad abdominal.

ABSTRACT (resumen en inglés)

The present clinical case aims to publicize the process of nursing care in pregnant women with premature detachment of normal placenta from the Maternal and Child Hospital Dr. Matilde Hidalgo de Procel, which indicates the partial or complete separation of a placenta normally inserted before beginning of delivery, falls within the hemorrhages of the third trimester. It usually occurs from the 28th week of gestation, with the highest incidence over the 36-38 week. The classic triad of symptoms of this pathology is scarce and dark hemorrhage that almost occurs in 80% of cases, pain that can be sudden and lacid appearance and uterine hypertonia

Among these factors are: hypertensive disorders of pregnancy, history of placental abruption or caesarean section, diabetes, multiparity, uterine overstress (multiple gestation or polyhydramnios), premature rupture of membranes, abdominal trauma, toxic consumption and thrombophilias. The complementary examinations are the cardiographic record (RCTG) that show any alteration, the laboratory data is often not specific and the ultrasound The diagnosis is based primarily on clinical manifestations. The use of ultrasound has a very limited utility for diagnosis due to its low sensitivity. For this, a plan was developed to evaluate, according to the theories and protocols, which resembles my clinical case, which will lead to a good nursing diagnosis.

Keywords: pregnant women, transvaginal bleeding, painful contractions, abdominal tenderness.

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación¹⁻⁴ y antes del periodo del alumbramiento. Se estima que se produce en 6,5 embarazos por cada 1.000 nacimientos. La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertonia uterina. La hemorragia, escasa y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lacinante.

Clasificación de formas clínicas:

1. Grado 0 asintomática. Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.

2. Grado I o leve. Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertonia. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.

3. Grado II o moderada. Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.

4. Grado III o grave. Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertonia manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal. (Arnedillo, Barroso, & Ruiz, 2018)

Enfermería cumple un papel muy importante acorde a esta patología ya que se centra en los cuidados estandarizados y científicos enfocados al mejoramiento de la salud de las pacientes.

El presente caso clínico está desarrollado acorde al Proceso de Atención de Enfermería en relación a un problema obstétrico aplicado en la taxonomía de Nanda, intervenciones del Nic y los resultados del Noc para mejorar la salud materno-fetal.

I. MARCO TEÓRICO

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

El desprendimiento prematuro de la placenta (DPP), también conocido como placenta abrupta o separación placentaria, es una complicación poco común, pero grave en el embarazo, donde la placenta se separa parcial o totalmente del útero antes del nacimiento. (Pinheiro, 2019)

Clasificación

El desprendimiento prematuro de placenta se clasifica en la escala de grado 0- 3, de acuerdo a la severidad del desprendimiento, el sangrado y el estado de la madre y el feto

Grado 0 – Asintomática: No hay síntomas, y solamente diagnosticada en el examen de la placenta después del parto

Grado

1– Leve: Representa el 48% de los casos La embarazada presenta sangrado vaginal y molestias leves al orinar, no hay peligro para la madre ni para el bebé

Grado 2- Moderada: Representa el 27% de los casos. La hemorragia es moderada, con más contracciones uterinas, y la frecuencia cardiaca del feto puede indicar que existe sufrimiento. La madre presenta síntomas pero no ha caído en shock, el monitoreo fetal se lleva a cabo para detectar si el bebé está en peligro.

Grado 3 Severa: Representa el 24% de los casos. El desprendimiento total (o casi total) de la placenta es infrecuente, pero grave. En este caso, el sangrado es intenso, o permanece oculto. Las contracciones uterinas son continuas, con dolor abdominal y baja presión sanguínea de la madre, que puede sufrir un shock.

Es necesario practicar una cesárea de urgencia para salvar al bebé, pero si el feto no está suficientemente desarrollado, morirá, ya que no se puede detener el desprendimiento de la placenta. (Infogen, 2015)

Etiología

- 1) En un alto porcentaje de los casos, la preeclampsia se asocia con este accidente, hasta tal punto que debe pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento.
 - 2) Los traumatismos externos directos sobre el abdomen, o indirectos, como en el contragolpe de la caída de nalgas.
 - 3) Los traumatismos internos espontáneos o provocados durante las maniobras de versión externa.
 - 4) La falta de paralelismo en la retracción de los tejidos de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca en el hidramnios.
- (Martinez, 2016)

Fisiopatología

Con independencia de los factores etiológicos y epidemiológicos mencionados, la fisiopatogenia del desprendimiento prematuro de placenta se inicia con la hemorragia en la decidua basal cuya etiología continúa siendo especulativa en la mayoría de los casos, a pesar de una amplia investigación clínica y epidemiológica. Una pequeña proporción de todos los desprendimientos prematuros de placenta están relacionados con eventos súbitos mecánicos, tales como un traumatismo abdominal o descompresión rápida uterina, que causan cizallamiento de la placenta inelástica. Sin embargo, la acumulación de datos y estudios apuntan hacia el desprendimiento prematuro de placenta como el resultado final de procesos crónicos durante el embarazo que probablemente se remontan al primer trimestre. En estos casos, las anomalías en el desarrollo temprano de las arterias espirales conducen a necrosis decidual, inflamación de la placenta y posible infarto, y en última instancia la interrupción vascular y sangrado. De hecho, las lesiones histopatológicas encontradas más frecuentemente coasociados. Coágulo externo en la cara materna placentaria.

(Viruega, 2016)

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar el riesgo de presentar desprendimiento placentario comprenden los siguientes:

- Desprendimiento placentario en un embarazo anterior, a menos que el desprendimiento haya sido causado por un traumatismo en el abdomen que se cree que no está presente en el embarazo actual
- Presión arterial alta crónica (hipertensión)
- Presión arterial alta durante el embarazo, que provoca preeclampsia o eclampsia
- Una caída u otro tipo de golpe al abdomen
- Fumar
- Consumo de cocaína durante el embarazo
- Rotura prematura de membranas, que provoca filtración del líquido amniótico antes de que finalice el embarazo
- Infección dentro del útero durante el embarazo (corioamnionitis)
- Multiparidad
- Ser mayor, especialmente después de los 40 años. (Mayo Clinic, 2018)

Diagnostico

Los datos clínicos más importantes son la presencia de

- Sangrado vaginal 78%
- Dolor obstétrico, 60%
- Choque hipovolémico
- Hipoxia o muerte fetal 50%

La ecografía tiene una posibilidad reducida de diagnóstico, puesto que la sangre fresca representa las mismas características ecográficas que la placenta; la eficacia de este recurso se encuentra en su propiedad de definir la ubicación de la placenta y hacer el diagnóstico diferencial con placenta previa. La conformación clínica consiste en extraer la placenta y observar un coagulo retro placentario. (Muñoz, 2019)

Diagnóstico diferencial

Quiste placentario o quiste citotrofoblástico: Se pueden localizar, al igual que el hematoma subamniótico, entre la membrana amniótica y la placenta, cerca de la inserción del cordón. No son hematomas, sino que contienen un material gelatinoso. Suelen ser pequeños, aunque en algunas ocasiones pueden exceder los 5 cm. No captan color en el estudio Doppler. La prevalencia de estos quistes es superior a la de los hematomas subamnióticos, de un 3% en el primer trimestre. Un 20% de estos quistes se asocian a anomalías cromosómicas o estructurales, sobre todo cuando se encuentran cerca del cordón.

Quiste de cordón umbilical: En el 1º trimestre, la prevalencia de los quistes de cordón umbilical oscila entre el 0.4-3.4%. Sin embargo, son anecdóticos en el 2º y 3º trimestre. El pronóstico difiere en función del momento de la gestación en el que aparecen. La mayoría de quistes de cordón diagnosticados en el 1º trimestre son transitorios y no se asocian a resultados perinatales adversos. Sin embargo, ante hallazgo de quiste de cordón en el 2º o 3º trimestre (o si persisten tras 1º trimestre), se deberá descartar la presencia de anomalías ecográficas y, si aparecen, recomendar estudio genético. (Barral, Cobo, Lòpez, & Mazarico, 2019)

Complicaciones

Alrededor de 1 de cada 100 embarazadas (1 por ciento) tienen desprendimiento de la placenta. Por lo general sucede en el tercer trimestre, pero puede suceder en cualquier momento después de las 20 semanas de embarazo. Los casos leves pueden ocasionar pocos problemas. El desprendimiento es leve si sólo una pequeña parte de la placenta se separa de la pared del útero. El desprendimiento leve suele no ser peligroso.

Si tiene desprendimiento de la placenta grave (mayor separación entre la placenta y el útero), su bebé correrá mayor riesgo de:

- Problemas de crecimiento
- Parto prematuro - el que comienza demasiado temprano; es decir, antes de completar las 37 semanas de embarazo

El desprendimiento de la placenta sucede en alrededor de 1 de cada 10 nacimientos prematuros (10 por ciento). Los bebés prematuros (nacidos antes de completar las 37 semanas de embarazo) tienen más probabilidades que los bebés nacidos más tarde de sufrir problemas de salud durante las primeras semanas de vida, discapacidades duraderas o incluso que mueran. (Nacersano, 2012)

Tratamiento

En caso de sospecharse de desprendimiento prematuro de la placenta se aconseja acudir al servicio de urgencias lo más rápido posible para que el obstetra inicie los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Puede ser necesario que la gestante permanezca internada por un tiempo en reposo, con uso de oxígeno y control de la presión arterial y frecuencia cardíaca, además de la monitorización del sangrado con análisis de sangre.

Para tratar el desprendimiento prematuro de placenta es importante individualizar cada caso de acuerdo con la cantidad de semanas de gestación y del estado de salud de la gestante y del bebé.

Así, cuando el feto está maduro o tiene más de 34 semanas el obstetra normalmente recomienda anticipar el parto, pudiendo ser parto normal cuando el desprendimiento es pequeño, pero siendo necesario hacer cesárea si el desprendimiento fuera más grave.

Cuando el bebé tiene menos de 34 semanas de gestación se debe realizar una evaluación constante hasta que el sangrado se detenga y hasta que sus signos vitales y los del bebé estén estabilizados. También pueden indicarse medicamentos para disminuir la contracción del útero. (Sedecias, 2019)

1.1 Justificación

El desprendimiento prematuro de placenta es considerado como uno de los cuadros más complicados durante el embarazo donde la vida de la madre y del feto corre mucho peligro. La causa principal de desprendimiento prematuro de placenta es desconocida, los factores asociados son: hipertensión arterial, traumatismo, tabaquismo, consumo de drogas, rotura prematura de membranas anomalías de implantación, edad avanzada y embarazo múltiple.

En el cuadro clínico, propio de la segunda mitad del embarazo el motivo de consulta es el dolor abdominal, de comienzo brusco intenso y localización en la zona de desprendimiento que se generaliza a medida que aumenta la dinámica uterina y se expande el hematoma retroplacentario.

La identificación precoz, actuación pronta y adecuada del equipo de salud es vital en estos casos para prestar los mejores cuidados materno y fetal.

Con esta investigación se busca demostrar la importancia de tener conocimiento sobre el desprendimiento prematuro de placenta producida por diferentes causas y así poder lograr disminuir su incidencia.

Este caso clínico nos indica los cuidados que precisa las pacientes con esta patología a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería para obtener unos resultados muy satisfactorios, mediante el uso de la taxonomía Nanda, Nic y Noc.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la importancia del proceso de atención de enfermería en gestantes que presentan Desprendimiento Prematuro de Placenta para asegurar y garantizar la calidad de vida.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la aplicación del proceso de enfermería en gestantes de riesgo para su pronta recuperación.
- Verificar la aplicación de protocolos de enfermería acorde a la paciente.
- Aplicar un plan de cuidado estandarizado, que unifique y garantice cuidados de calidad a gestantes que presente esta patología.

1.3 Datos Generales

Nombres y Apellidos: Roaxys Verónica Álvarez Urreta

Historia Clínica: 248300

Fecha De Nacimiento: 16 De Julio De 1987

Cedula Identidad: 20447212

Edad: 30 Años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Raza: Mestizo

Lugar De Nacimiento: Anzoagui – Venezuela-Venezuela

Número De Hijos: 2 Hijos

Nivel De Estudio: Secundaria

Lugar de Residencia: Guayaquil

Dirección Domiciliaria: Víctor Hugo Y Colon

Ocupación Actual: Ama De Casa

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).

Paciente de 30 años de edad acude al centro hospitalario materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel por presentar cuadro clínico de aproximadamente 4 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal y dolor abdominal.

Historial clínico del paciente

Antecedentes Personales: no refiere

Antecedentes Familiares: madre hipertensa

Antecedentes Quirúrgicos: 2 cesáreas anteriores

Alergias: no refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente embarazada de 30 años de edad, tercera gesta, con periodo intergenésico de 2 años, cesárea previa, con carnet de embarazo el cual registra dos controles, refiere una ecografía de este embarazo en el segundo trimestre.

FUM: abril/19 no confiable, acude por cuadro clínico de aproximadamente 4 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra y luego aparecer sangrado transvaginal escaso de color rojo, al momento utiliza dos paños, se le realiza monitoreo fetal y se observa que no presenta latidos cardiacos.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Valoración Cefalocaudal

Paciente orientada en tiempo espacio y persona

Examen físico general:

Cabeza: Normo cefálica,

Orofaringe: normal

Facies: pálidas

Mucosas: semihumedas

Cuello: simétrico sin adenomegalias

Tórax: sin compromiso cardiorrespiratorio

Abdomen: con útero gestante, con presencia de dolor tipo cólico

Genitales: normales con presencia de sangrado transvaginal leve.

Extremidades inferiores: simétricas, con edema leve y reflejos conservados.

Examen físico regional:

Altura uterina: 36cm

Actividad Uterina: 3 en 10 minutos, duran 30 segundos, (+++) intensidad.

Frecuencia cardiaca fetal: ausente

Estática fetal: cefálico dorso derecho

Especulo copia: Cuello cerrado, móvil, grueso, central, con sangrado activo escaso, color rojo rutilante que aumenta a maniobra de Válsala.

Constantes Vitales

Temperatura: 36.5 °C

Presión Arterial: 130/80 mmHg

Frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Saturación de oxígeno: 98%

Valoración de enfermería por patrones funcionales (TEORIA MARJORY GORDON)

Patrón 1: Promoción de la Salud.- Antecedentes familiares madre hipertensa. No presenta alergia alguna, sin hábitos a sustancias nocivas. Refiere que tenía molestias al caminar se cansaba rápido y presentaba dolor abdominal y por eso ingreso por emergencia con fuerte dolor y sangrado transvaginal.

Patrón 2: Nutrición.- No ha llevado una buena alimentación durante su embarazo debido a la crisis económica de su país.

Patrón 3: Eliminación.- la paciente se encuentra en reposo absoluto por tal motivo realiza sus necesidades bilógicas mediante un bidel.

Patrón 4: Actividad y Reposo.- paciente manifiesta que hace 1 mes llevo a Ecuador y tuvo que caminar y hacer trasbordo junto sus 2 bebes y su hermana.

Patrón 5: Percepción y Cognición.- se encuentra orientada en tiempo espacio y persona. Presenta dolor abdominal tipo contracción.

Patrón 6: Autopercepción.- paciente refiere sentirse bien con su cuerpo, su estado de ánimo depresivo.

Patrón 7: Rol y Relaciones.- paciente refiere no tener pareja y tiene excelente relación con su hermana ya que es la única que vive en Ecuador, sus padres viven en Venezuela

Patrón 8: Sexualidad: presento menarquia a los 11 años, empezó su vida sexual a los 16 años, 2 cesáreas anteriores.

Patrón 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés.- presenta ansiedad y angustia por el ambiente hospitalario, se frustra ante la pérdida de su bebe, se controla con la ayuda de la compañía de su hermana.

Patrón 10: Principios Vitales.- Cree mucho en Dios y no asiste a ninguna iglesia en particular, suele leer la biblia en las noches

Patrón 11: Seguridad y Protección.- no presenta lesión física

Patrón 12: Confort.- Personal de salud y hermana le brindan apoyo emocional y espiritual.

Patrón 13: Crecimiento y Desarrollo.- Paciente de buena estatura y peso.

Patrones Funcionales Alterados

Patrón 2: Nutrición.

Patrón 5: Percepción y Cognición.

Patrón 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

HEMATOLOGIA			
EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	RANGO DIFERENCIAL
Hemoglobina	9.6	g/dL	11.7-16
Hematocrito	27	%	36-47
Plaquetas	97.3	mm ³ /µl	150-400
LDH	219	UI/L	105-333
TPT	26	Seg	25-35
TP	11.3	Seg	11-13.5
B. Directa	0.1	mg/dL	0-0.3
B. Indirecta	0.2	mg/dL	0.1-0.5
B. Total	0.3	mg/dL	0.3-1.0
BIOQUIMICA			
EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	RANGO DIFERENCIAL
Urea	16	mg/dL	15-40
Creatinina	0.6	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	5.2	mg/dL	2.4-6.0

SEROLOGIA	
EXAMEN	RESULTADOS
VDRL	No Reactivo
HIV	No Reactivo
Grupo Sanguineo	O
Factor RH	Positivo

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnóstico presuntivo:

Desprendimiento prematuro de placenta.

Diagnóstico diferencial:

- Placenta previa
- Trabajo de parto pretérmino
- Rotura uterina

Diagnóstico Definitivo:

Embarazo de 37 semanas de gestación + desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar

Análisis del origen del problema

- **Biológico:** placenta previa en los dos embarazos anteriores
- **Físico:** dos cesarías anteriores
- **Ambiental:** no posee un lugar fijo donde vivir
- **Social:** migración de Venezuela a Ecuador, pobre cumplimiento de atención prenatal, carencia de marido o acompañante estable.

Procedimientos a realizar

1. Nada por vía oral
2. Reposo absoluto Decúbito lateral izquierdo
3. Control de signos vitales cada 30 minutos o según Score Mama y registrar
4. Consentimiento Informado
5. Monitoreo Toco-cardiográfico continuo
6. Hidratación con Lactato de Ringer 1000ml endovenoso pasar a razón de 125ml/hora.
7. Tocolisis con Nifedipino 10mg acción corta vía oral cada 20 minutos por 1 hora previa toma de tensión arterial, luego cada 8 horas.
8. Laboratorios de control
9. Ecografía gineco/obstétrica
10. Valoración por Especialista en Ginecología
11. Terapia afectiva



PROCESO DE ATENCION



DE ENFERMERIA

DOLOR AGUDO (00132)

M
E
T
A
S

R/C: CONDUCTA EXPRESIVA

E/P: DOLOR TIPO CONTRACTIL

DOMINIO IV : CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD

CLASE Q: CONDUCTA DE SALUD

RESULTADOS: (1605) CONTROL DEL DOLOR

CAMPO: FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE E: FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

ETIQUETA: (1400) MANEJO DEL DOLOR

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Refiere el inicio del dolor					X
Indica sintomatología el personal sanitario				X	
Refiere dolor controlado				X	

- ACTIVIDADES**
- 1.- CONTROL DE SIGNOS VITALES
 - 2.- TRANQUILIZAR AL PACIENTE EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE Y EXPLICARLE EL PROCESO A REALIZAR
 - 3.- COLOCAR A LA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO PARA MEJORAR EL RETORNO VENOSO
 - 4.- ASEGURAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE UNA O DOS VIAS PARA REPOSICION HIDRICA Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA



ANSIEDAD (00146)

R/C: PERDIDA FETAL

E/P: ANGUSTIA Y ANSIEDAD

DOMINIO III: SALUD PSICOSOCIAL

CLASE O: AUTOCONTROL

RESULTADOS: (1402)
AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

CAMPO: CONDUCTUAL

CLASE R: AYUDA PARA EL
AFRONTAMIENTO

INTERVENCIONES: (5270) APOYO
EMOCIONAL

INDICADORES

	1	2	3	4	5
IDENTIFICAR LA INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD				X	
BUSCA AYUDA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD					X
REFIERE DORMIR DE FORMA ADECUADA					X
CONTROLA LA RESPUESTA DE ANSIEDAD				X	

ACTIVIDADES

- 1.- HABLAR LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CON LA PACIENTE
- 2.- ANIMAR AL PACIENTE QUE EXPRESE LOS SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, IRA O TRISTEZA.
- 3.- ESCUCHAR LAS EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS Y CREENCIAS
- 4.- PROPORCIONAR SENTIMIENTOS DE SEGURIDAD

M
E
T
A
S

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

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

De acuerdo a la situación expuesta de los exámenes realizado de hematocrito, hemoglobina, plaquetas, ecografía transvaginal y registro tocografico nos pudimos dar cuenta que la paciente presenta desprendimiento prematuro de placenta

Cesárea de emergencia

Si hay un desprendimiento completo de la placenta, feto dejara de recibir oxigeno de la madre, cuando esto ocurre se debe realizar una intervención quirúrgica a consecuencia de una patología la cual pone en riesgo la vida materno-fetal por tal motivo es recomendable la finalización del embarazo rápidamente

Existen caso de desprendimiento prematuro de placenta que provoca angustia fetal o tonos fetales no tranquilizadores en el monitor fetal en el presente caso ya hubo muerte fetal

Articulación de los modelos y teorías de Enfermería con el PAE

Es muy indispensable para aplicación del proceso de atención de enfermería tener como base una fundamentación científica, por tal motivo mi caso clínico está enfocado en tres teorías fundamentales : la teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson que comprende los componentes de los cuidados de enfermería , ya que la define como la ayuda principal al individuo sano o enfermo para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila, la teoría del autocuidado de Dorothea Orem servicio que presta el personal de enfermería cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud , la vida ,el Bienestar y la teoría de Florence Nightingale los cuidados de enfermería están enfocados en el bienestar y confort del paciente

2.8 Seguimiento

La paciente es ingresada por el área de emergencia del hospital materno-infantil Matilde Hidalgo de Procel por presentar dolor tipo contráctil de gran intensidad que se irradia en la región lumbosacra y sangrando rojo rutilante. Las constantes vitales se encontraban normales, con diagnóstico médico: embarazo de 37 semanas de gestación más desprendimiento prematuro de placenta grado II, por dicho motivo se indica cesárea quirúrgica de urgencia ya que el feto no presentaba latidos cardiacos. Se canaliza dos vías permeables y monitorización de signos vitales constate. Luego haber salido de la cirugía pasa a sala de recuperación donde se le realiza control de balance electrolítico, administración de medicación prescrita por médico tratante.

A la paciente en cuestión se realiza seguimiento de signos vitales cada 15 minutos por las dos primeras horas y luego cada 4 horas por 48 horas o según Score Mamá con la indicación de notificar cambios en el mismo si puntuación mayor igual o mayor a 1, se realiza masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas y luego cada 4 horas con la finalidad de mejorar el tono uterino y la formación del globo de seguridad de pinard el cual resultará en la disminución del sangrado puerperal y cantidad de loquios los cuales se evalúan de la misma manera, cada 15 minutos por dos horas y luego cada 4 horas por 48 horas, tiempo en el cual se valorará el alta con previo estudio de exámenes de laboratorio si se encuentran con Hemoglobina dentro de la normalidad o en límites aceptables..

Se realizo control y monitorización materna. Luego de las 72 horas de hospitalización es dada alta la paciente con su respectiva medicación. Se le da asesoría de signos de alarma

2.9 Observaciones

La paciente refirió que durante su embarazo no tuvo una buena alimentación, no se mantuvo en reposo y tampoco recibió todos los controles prenatales ya que durante los primeros meses de embarazo no sabía que estaba en gestación.

Recibió el alta médica con un cuadro muy favorecedor aunque se mostró un poco triste tras la pérdida de su tercer bebe

CONCLUSIONES

Al culminar el presente caso clínico acorde a la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una gestante de 37 semanas con Desprendimiento Prematuro de Placenta, se pudo constatar la gran importancia de los cuidados de enfermería para mejorar la salud de la paciente.

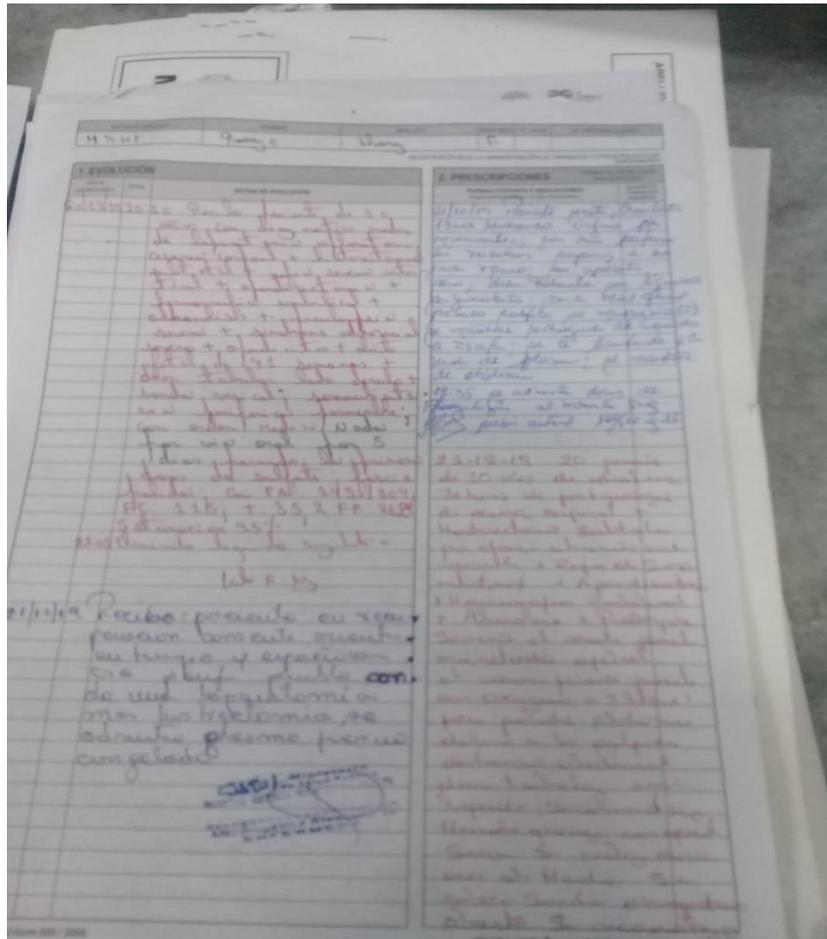
Se le realizó la valoración Cefalocaudal y por patrones funcionales para conocer que patrones tenía alterados, así recabar un diagnóstico de enfermería y cumplir con el plan de cuidados estandarizados y científico acorde a la paciente.

El personal de enfermería cumple un rol de gran importancia que no solamente consiste en el cuidado directamente con la paciente sino con la familia y la comunidad, haciendo promoción de salud mediante charlas educativas incentivamos a las personas para que tomen conciencia y poder evitar posibles complicaciones de su salud y otras enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arnedillo, M., Barroso, A., & Ruiz, M. (2018). *Actuación en un desprendimiento*. Sevilla.
- Barral, Y., Cobo, T., Lòpez, M., & Mazarico, E. (2019). HEMATOMAS PLACENTARIOS. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. *Clinica Fetal Barcelona*, 4-5.
- Infogen. (2015). DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA. *Infogen*, 1.
- Martinez, C. (2016). DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA. *Revista Materno Fetal*, 23.
- Mayo Clinic. (13 de Junio de 2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
- Muñoz, M. (8 de marzo de 2019). *Repositorio. ucsg*. Obtenido de Repositorio. ucsg: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12461/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-513.pdf>
- Nacersano. (enero de 2012). *Nacersano*. Obtenido de Nacersano: <https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/desprendimiento-de-la-placenta.aspx>
- Pinheiro, P. (5 de octubre de 2019). *mdsaude*. Obtenido de mdsaude: <https://www.mdsaude.com/es/embarazo/desprendimiento-prematuro-de-la-placenta/>
- Sedecias, S. (2019). Desprendimiento de placenta: qué es, causas y tratamiento. *tuasaude*, 1.
- Viruega, D. (2016). *Repositorio. Unican*. Obtenido de Repositorio. Unican: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

ANEXOS



NOTAS DE ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	1
Sistólica	≤ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	2
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	0
FR	≤ 11	-	-	12-22	-	23-29	≥ 30	FR	0
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6-37.2	37.3-38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	0
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100	-	-	-	Sat	0
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de conciencia	0
Proteinuria (***)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	0
								TOTAL SCORE MAMÁ	3

La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrían alterarse

(*) Temperatura axilar

(**) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros. sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.

(***) Sobre las 20 semanas de gestación

SCORE MAMA