



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE
17 AÑOS DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN CON HEMORRAGIA
SEVERA PREPARTO.**

AUTOR:

Carlos Andrés Méndez Mayorga

TUTORA:

Dra. Alina Izquierdo Cirer Msc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
TITULO DEL CASO CLINICO:.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vi
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACION	7
1.2. OBJETIVOS	8
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
1.3. Datos Generales	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	10
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.....	10
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	10
2.3. Examen Físico (Exploración física).....	11
2.4. Información de Exámenes complementarios realizados.	13
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	14
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	14
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	19
2.8. Seguimiento	19
2.9. Observaciones	20
CONCLUSIONES	20

Bibliografía	22
ANEXOS	24

DEDICATORIA

El presente estudio clínico se lo dedico primeramente a dios por darme la oportunidad de haberme permitido llegar a este punto importante de mi vida.

A mis padres por apoyarme en todo momento dándome sus consejos, por ser mi guía y mi motor para seguir adelante y a toda mi familia que nunca me dejaron solo, a mis queridos docentes por ser pacientes y siempre dar lo mejor de ellos.

A la Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc por ser una excelente persona y brindarme todo su apoyo y asesoramiento para poder realizar con éxito mi caso clínico.

Carlos Andres Mendez Mayorga

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a dios por permitir este logro en mi vida ya que gracias a él podemos disfrutar de un nuevo día, seguir adelante con nuestros sueños y sobre todo ser siempre humildes.

Agradecido con mi familia, mi novia, con mis compañeras Kerly Mera, Domenica Aguayo, Ivette Huacon, Norella Maliza, Sara Rivas, Luisa Baños y el compañero Pablo Casco que han sido con quienes más he compartido momentos buenos y malos de mi carrera universitaria.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas para lograr el objetivo deseado que es llegar a ser un Lcdo. en enfermería.

A mis docentes quienes siempre me apoyaron de la mejor manera para seguir adelante y en especial a la Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc excelente docente que, gracias a su asesoramiento, al cariño que me demostró pude culminar con éxito mi caso clínico.

Carlos Andres Mendez Mayorga

TITULO DEL CASO CLINICO:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 17 AÑOS
DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN CON HEMORRAGIA SEVERA
PREPARTO**

RESUMEN

Durante el embarazo existen muchas complicaciones que ponen en riesgo tanto la vida de la madre como la del bebé. La hemorragia severa preparto es una de ellas siendo una de las mayores complicaciones que se presentan durante el embarazo debido a causas asociadas como desprendimiento de placenta, placenta previa y vasa previa. Para lo cual se estableció un estudio de caso en el que se identificó una paciente de 17 años de edad con 26 semanas de gestación con hemorragia severa preparto y en donde 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 paciente. Dando como resultado la creación de una herramienta de enfermería basada en el Nanda, Noc y Nic. Para brindar una mayor atención de calidad a este tipo de Padecimientos.

Palabras clave: Hemorragia severa preparto, Desprendimiento de placenta, Vasa previa, Rotura uterina

ABSTRACT

During pregnancy there are many complications that put both the mother's and baby's lives at risk. Severe antepartum hemorrhage is one of them being one of the major complications that occur during pregnancy due to associated causes such as detachment of the placenta, placenta previa and vasa previa. For this reason, a case study was established in which a 17 year-old patient with severe antepartum hemorrhage was identified at 26 weeks of gestation. The nursing care process was based on direct assistance to the patient's care, and therefore the interventions were developed based on the patient's needs. The result was the creation of a nursing tool based on the Nanda, Noc and Nic. To provide a greater quality care to this type of Ailments.

: Severe antepartum hemorrhage, Placental abruption, Prelabour rupture, Uterine rupture

INTRODUCCION

La hemorragia se define como la disminución gradual del flujo de sangre por causa de la rotura de los vasos sanguíneos (Pérez & Merino, 2011). Mientras que la hemorragia obstétrica, se define como el sangrado que se produce durante el embarazo ya sea en su primer, segundo y tercer trimestre de gestación, en el parto y post parto; debido a eventos que son atribuibles al periodo de gestación (Bertucci, 2014).

En el estudio realizado por una importante investigadora Bertucci (2014) indica que el diagnóstico de una hemorragia obstétrica es difícil de reconocer debido a las pérdidas sanguíneas que no son fáciles de cuantificar; por lo que cualquier sangrado puede afectar la vida de la gestante y del feto, a causa de los cambios fisiológicos que ocurren en las pacientes embarazadas, los signos de hipovolemia pueden estar enmascarados y la respuesta hemodinámica puede ser deficiente.

Las hemorragias obstétricas siguen siendo la causa más común de mortalidad materna en el mundo (Zaragoza, 2016).

El presente estudio clínico hace referencia a una paciente de 17 años de edad con 26 semanas de gestación y una hemorragia severa preparto, a la cual se le aplica el Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de brindar los cuidados oportunos para precautelar la vida de la paciente. Se sustenta en la Teoría de Dorothea Orem, dado que este modelo plantea procedimientos que debe realizar un enfermero para orientar psicológicamente a mujeres en estado de embarazo con problemas y que comprometan la vida de la madre y del bebé.

I. MARCO TEORICO

Hemorragia

En el presente estudio realizado por los investigadores Pérez y Merino (2011) indican que el termino hemorragia procede del latín haemorrhagia cuyo, origen proviene del vocablo griego, “haima”, que puede traducirse como “sangre”, y el elemento “-rrhagia”, que se emplea para referirse a un excesivo flujo de algún tipo de fluido.

La hemorragia obstétrica se define como el sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500 mL de sangre en el momento del parto vaginal o 1,000 mL durante la cesárea, con la caída de la concentración de hemoglobina (Zaragoza, 2016).

HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN (>20 semanas).

Etiología

En la investigación realizada por Swamy & Heine (2018), atribuyen que la causa más común de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, es el sangrado preparto que anuncia el inicio del trabajo de parto, el mismo que puede ser escaso y mezclado con moco, producto del desgarro de pequeñas venas a medida que el cuello se dilata, sin embargo este se borra en el comienzo del trabajo de parto.

Estas se pueden dar por diferentes causas que son:

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Vasa previa
- Rotura uterina

Desprendimiento de placenta

El desprendimiento abrupto de placenta es una complicación grave y poco frecuente que se presenta en la etapa de gestación. La placenta se desarrolla durante el embarazo y esta se adhiere a la pared del útero (MayoClinic, 2020).

El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar un fuerte sangrado en la madre, con frecuencia aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro la vida de la madre y al bebé (MayoClinic, 2020).

Placenta previa

La placenta previa es un problema que se presenta en el embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta. Siendo el cuello uterino la vía del parto (MedlinePlus, 2020).

En el pasado, las placentas previas se clasificaban como completa, parcial y marginal, dependiendo de cuánto cubría la placenta el orificio endocervical. Sin embargo, la utilización de la ultrasonografía transvaginal permite la localización precisa del borde de la placenta y el orificio cervical. Por consiguiente, la nomenclatura se modificó con el fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal." En lugar de esto, todas las placentas que recubren el orificio cervical se denominan previas y las que están cerca del orificio, pero no lo recubren se denominan de inserción baja (Silver, 2015).

La relación precisa entre la placenta, el orificio y la distancia que recubre o se aleja del orificio (por ejemplo, 3.2 cm sobre el orificio o a 1.3 cm de distancia del orificio) se debe reportar para placentas de inserción baja. La incidencia se estima que es de 1 en cada 200 embarazos a término y varía en el mundo. Los factores de riesgo para desarrollar placenta previa incluyen interrupciones anteriores del embarazo, tanto espontáneas como electivas, y cirugía uterina previa. Al igual que con el parto por cesárea, el riesgo de placenta previa aumenta con el número creciente de pérdidas de embarazos anteriores. Aunque la fisiopatología de la placenta previa sigue siendo incierta, parece haber una asociación entre daño endometrial y cicatrización del útero. Otros factores de riesgo son incremento de la edad materna, tabaquismo, uso de cocaína (Silver, 2015).

Vasa Previa

En la investigación que realizó Dulay (2019) afirma que "la vasa previa se origina cuando las membranas que contienen los vasos sanguíneos fetales que

conectan el cordón umbilical y la placenta que recubre el orificio cervical interno están a 2cm de distancia del orificio cervical”. Mientras que López, Cajal, Cordeiro, Valladares, & Cerviño (2016), definen a la vasa previa como una situación en la que vasos sanguíneos aberrantes, procedentes de la placenta o del cordón umbilical, discurren a través de las membranas fetales, en las proximidades del orificio cervical interno.

El riesgo de rotura de esos vasos es elevado debido a la aparición de la amniorraxis. La incidencia estimada es de 1.500 a 1.600 nacimientos. Los factores de riesgo incluyen: inserción velamentosa del cordón, lóbulos placentarios accesorios, placenta baja o placenta previa precoz en embarazos gemelares. Las técnicas de reproducción asistida son uno de los factores de riesgo más importantes de vasa previa, con una incidencia mayor a 1 caso por cada 200 embarazos logrados mediante técnicas de fecundación in vitro, un riesgo diez veces mayor al de las gestaciones espontáneas (López, Cajal, Cordeiro, Valladares, & Cerviño, 2016).

El diagnóstico de la vasa previa se sospecha por la presentación o por los resultados de una ecografía prenatal de rutina. En la presentación, el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, comúnmente sinusoidal, suele ser no reactivo. El diagnóstico se confirma típicamente mediante ecografía transvaginal. Se pueden ver los vasos fetales dentro de las membranas que pasan directamente sobre o cerca del orificio cervical interno (Dulay, 2019).

Rotura Uterina

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido. Se excluyen las perforaciones uterinas producidas en el curso de maniobras quirúrgicas como el legrado o la histeroscopia. Se pueden producir tanto sobre un útero sano, o con una cicatriz previa (Prog Obstet Ginecol, 2013).

Clasificación de la Rotura Uterina

Rotura completa: Consiste en un desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuosos y de dirección variable. La solución de continuidad incluye el peritoneo visceral, miometrio y membranas ovulares. Al comunicar la cavidad uterina con la cavidad abdominal, provoca que el feto salga. Esta rotura con

frecuencia produce complicaciones maternas y fetales graves (Prog Obstet Ginecol, 2013).

Rotura incompleta: Se trata de una rotura segmentaria, que conserva el peritoneo visceral. Las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele asociarse a hemorragia materna o complicaciones neonatales porque el feto permanece en la cavidad uterina (Prog Obstet Ginecol, 2013).

Examen físico en Hemorragias de la Segunda mitad del Embarazo

El examen comienza con una revisión de los signos vitales, especialmente tensión arterial, y signos de hipovolemia. Se evalúa la frecuencia cardíaca fetal, y si es posible se realiza una monitorización fetal. El abdomen se palpa para determinar el tamaño del útero, la presencia de dolor y la tonicidad (Swamy & Heine, 2018).

El examen cervical digital está contraindicado cuando aparece sangrado durante la segunda mitad del embarazo hasta que la ecografía confirme la localización normal de la placenta y de los vasos. Puede realizarse un examen cuidadoso por espéculo. Si la ecografía es normal, los médicos pueden realizar un examen digital para determinar la dilatación cervical y el borramiento (Swamy & Heine, 2018).

Signos de alarma

Los siguientes hallazgos son de particular importancia:

- Hipotensión
- Útero tenso y doloroso
- Distrés fetal.
- Atonía uterina

Estudios complementarios

Los estudios deben incluir:

- Ecografía
- Hemograma completo y compatibilización de sangre
- Posiblemente, una prueba de Kleihauer-Betke

Las mujeres que presentan sangrado durante la segunda mitad del embarazo deben realizarse una ecografía transvaginal, en la cama si se encuentran inestables. Una placenta normal, un cordón y una inserción normales excluyen la placenta previa y la vasa previa. Aunque la ecografía la mayoría de veces confirma un desprendimiento placentario, sin embargo, este estudio no es lo suficientemente fiable para distinguir la rotura uterina. Estos diagnósticos son clínicos, según los factores de riesgo y los hallazgos en el examen (un útero tenso es más común en el desprendimiento placentario; la pérdida de tono es más usual en la rotura). La rotura uterina se confirma durante la laparoscopia (Swamy & Heine, 2018).

Además, se realiza un hemograma completo y un panel de sangre (tipificación y anticuerpos anormales). Si el sangrado es moderado a grave, se sospecha un desprendimiento de placenta. Si hay hipotensión materna, varias unidades de sangre deben prepararse para transfusión según la necesidad de la paciente y se realizan estudios para descartar la coagulación intravascular diseminada (CID), (PT/PTT, niveles de fibrinógeno, niveles del dímero-d) (Swamy & Heine, 2018).

EPIDEMIOLOGIA

El 50% de las causas de muerte materna se deben a Hemorragias en el periodo de gestación, lo que equivale a 530,000 muertes al año. Siendo las hemorragias obstétricas como una de las principales causas de muerte materna en el mundo (Zaragoza, 2016).

MANEJO DE LA CLAVE ROJA

Minuto Cero (0 minutos) (MSP, 2016):

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.

4. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre (donde sea disponible).
5. Alertar al servicio de transporte ambulancia por si la necesidad es de transferencia (MSP, 2016)

Medicamentos en la Activación de clave roja

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) estipula los siguientes medicamentos sobre el manejo de la clave roja (MSP, 2016):

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 100 ml (1 funda).
- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 500 ml (1 funda).
- Lactato Ringer líquido parenteral 1000 ml o Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 1000 ml (1 funda)
- Sulfato de magnesio líquido parenteral 20 % (13 amp) (Primera Opción)
- Hidralazina líquido parenteral 20mg/ml (1 amp) (Segunda Opción)
- Nifedipino sólido oral 10 mg. (3 tabletas) (Tercera Opción)
- Gluconato de Calcio líquido parenteral 10%, (1 amp) (Antídoto) (MSP, 2016).

1.1. JUSTIFICACION

Las hemorragias obstétricas son una de las complicaciones más frecuentes que se presentan durante el periodo de gestación y se caracterizan por un sangrado transvaginal que puede ser de indicio leve a severo; además el riesgo dependerá en que trimestre de embarazo se presente (Zaragoza, 2016).

Una de cada cinco muertes maternas es a consecuencia de hemorragias obstétricas durante el periodo de gestación. Cada día fallecen en América alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, siendo la hemorragia su principal causa (OPS, 2018).

Este estudio de caso clínico se basa en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una paciente de 17 años de edad con un embarazo de 26 semanas de gestación y hemorragia severa preparto con antecedente de un aborto espontáneo a la edad de 15 años. La hemorragia obstétrica en la actualidad es considerada un tema de vital importancia a nivel nacional e internacional.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente de 17 años con 26 semanas de gestación con hemorragia severa preparto, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos y la sintomatología presente en la paciente.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la hemorragia severa preparto en paciente de 17 años con 26 semanas de gestación.
- Describir la sintomatología presente en paciente de 17 años con 26 semanas de gestación y hemorragia severa preparto, que exige la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, teniendo en cuenta el método establecido para el cuidado de dicha patología.
- Evaluar los resultados del Proceso de Atención de Enfermería, en paciente de 17 años con 26 semanas de gestación y hemorragia severa preparto.

1.3. Datos Generales

Nombres y apellidos: NN

Sexo: femenino

Raza: mestiza

Edad: 17 años

Estado civil: Unión libre

Instrucción: secundaria incompleta

Profesión: no refiere

Ocupación: ama de casa

Lugar de Nacimiento: Caracas - Venezuela

Nacionalidad: venezolana

Fecha de nacimiento: 22/07/2001

Residencia actual

Cantón: Guayaquil

Ciudad: Guayaquil

Provincia: Guayas

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Motivo de consulta: Paciente de sexo femenino de 17 años de edad con un embarazo de 26 semanas de gestación acude al área de emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil por presentar cuadro clínico de más de 2 horas de evolución caracterizado por sangrado de cantidad severa con presencia de dolor tipo cólico en zona pélvica, mareo y cefalea; motivo por el cual requiere ingreso, y aplicación del tratamiento y cuidado respectivo.

Antecedentes:

- **Personales:** No consume ningún tipo de droga, alcohol, no fuma.
- **Familiares:** Su padre es Hipertenso; su madre es fallecida por Enfermedad Renal Crónica (ERC).
- **Ginecobstétrico:** Menarquia a los 10 años de edad con ciclos irregulares normales, Gesta previa 1 + aborto espontáneo a edad de 15 años, embarazo actual no fue planificado.

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

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad con un embarazo de 26 semanas de gestación acude al área de emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil acompañada de familiar manifestando un cuadro clínico de más de 2 horas de evolución caracterizado por sangrado de cantidad severa con presencia de dolor tipo cólico en zona pélvica, mareo y cefalea; constantes vitales de presión arterial de 90/69 mm/Hg. Frecuencia Cardíaca de 122 latidos por minutos, Frecuencia Respiratoria de 23 rpm, Temperatura 36,3 °C, Saturación de Oxígeno del 96%. El médico valora e indica exámenes de laboratorio, prescribe mediación.

- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc + 40 unidades de oxitocina intravenoso.
- Ergometría 1 ampolla intravenosa cada 6 horas.
- Misoprostol 800mg vía rectal stat.
- Ceftriaxona 2 gramo stat. luego 1gramo cada 12 horas.
- Metronidazol 500 miligramos intravenosa cada 8 horas.
- Ketorolaco 60 miligramo cada 8 horas.

2.3. Examen Físico (Exploración física)

EXAMEN CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normo cefálico, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello limpio

Cara: Facie pálida

Boca: Mucosa oral húmeda

Nariz: Tabique proporcional a la cara.

Cuello: Sin presencia de adenopatías ni tumoraciones.

Tórax: Simétrico, no presenta lesiones. Murmullo vesicular presente en pulmones, Ritmo cardiaco arrítmico paroxístico, con presencia de soplos.

Abdomen: Globuloso relacionado con la edad gestacional, doloroso a la palpación a nivel del epigastrio.

Pulmones: A la auscultación presencia de estertores húmedos crepitantes en vértice y región para hilar del lado izquierdo y sibilantes en base derecha.

Extremidades Superiores e Inferiores: No presencia de edemas.

SIGNOS VITALES

PA: 90/69 mm/Hg

FC: 122 latidos por minutos

FR: 23 rpm

T°: 36,3 °C

SAT O2: 96%

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD:

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad; familiar refiere que la paciente no posee antecedentes de alcoholismo, drogas.

Paciente refiere realizarse un control prenatal durante su embarazo, además manifiesta un aborto espontáneo a la edad de 15 años.

PATRON 2: NUTRICIONAL – METABOLICO

No ha presentado náuseas en el transcurso de su embarazo. Generalmente realiza sus 3 comidas al día.

En cuanto la dieta de la paciente en su primer día de ingreso no se le administra nada por vía oral, al segundo día, el médico prescribe dieta líquida hiposódica.

PATRON 3: ELIMINACION

Eliminación Urinaria: presencia de sonda Foley, Diuresis de 108 cc en 4 Horas.

PATRON 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

Actividad respiratoria: Patrón respiratorio irregular de 23 rpm y Saturación de Oxígeno del 96%.

Actividad Circulatoria: Presión arterial irregular de 90/69 mm/Hg, frecuencia cardiaca 122 latidos por minutos

No existe presencia de edema, al momento con reposo absoluto. Riesgo de caída alto.

PATRON 5: SUEÑO – DESCANSO

Paciente refiere periodos de sueños irregulares de 4 a 6 horas durante su embarazo.

PATRON 6: COGNITIVO PERCEPTUAL

Debido al sangrado que presenta la paciente refiere dolor tipo cólico, mareo y cefalea.

PATRON 7: AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

Paciente manifiesta ser una persona alegre y muy social.

PATRON 8: ROL – RELACIONES

Paciente refiere no tener una buena relación con su pareja.

PATRON 9: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Paciente manifiesta menarquia a los 10 años de edad con ciclos irregulares y un aborto espontáneo a la edad de 15 años.

PATRON 10: ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere sentirse sola por no tener la compañía de sus padres, pero a pesar de eso no acude al consumo de alcohol, droga y otras sustancias.

PATRON 11: VALORES/CREENCIAS

Paciente refiere ser católica.

2.4. Información de Exámenes complementarios realizados.

Biometría Hemática

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
HEMOGRAMA			
Leucocitos	5.80	$10^3/uL$	4 - 12
Hematíes	*3	$10^6/uL$	3.5 - 5.2
Hematocrito	29.9	%	36.0 - 45.0 %
Hemoglobina	*9.5	g/dl	12 - 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	88.6	fL	80 - 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	28.3	Pg	27 - 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	32.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	287	$10^3/uL$	100 - 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.7	fL	6.5 - 12
Neutrofilos %	*71.1	%	50 - 70
Linfocitos %	20.7	%	20 - 40
Monocitos %	6.6	%	3 - 10
Eosinofilos %	1.2	%	0.5 - 5
Basofilos %	0.4	%	0 - 1

GRUPO SANGUINEO

GRUPO SANGUINEO

O

FACTOR RH

POSITIVO

Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
Tiempos			
TP (Tiempo de protrombina)	12.4	Min seg	10 – 13
INR (Pruebas de tiempo de protrombina)	1.03		1.0
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	29.80	seg	25 – 38 seg

- Movimientos fetales ausentes al realizar ecografía Doppler.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Hemorragia severa

Diagnóstico diferencial: Alumbramiento incompleto

Diagnóstico definitivo: Hemorragia severa parto

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

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta fundamental y de vital importancia para aplicar cuidados de enfermería de acuerdo a los requerimientos del paciente.

De tal manera mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon los cuales contribuyen a la salud y calidad de vida del paciente, se puede conocer cuáles patrones se encuentran alterados, lo cual facilita la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para brindar cuidados de una manera óptima y ayudar a la recuperación del paciente.

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- **Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud.

- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio.
- **Patrón 6:** Cognitivo Perceptual.
- **Patrón 8:** Rol – Relaciones.
- **Patrón 9:** Sexualidad – Reproducción.

Plan Farmacológico:

A la paciente se le administró el tratamiento indicado por el médico:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc + 40 unidades de oxitocina intravenosa.
- Ergometría 1 ampolla intravenosa.
- Misoprostol 800 microgramos vía rectal stat.
- Ceftriaxona 2 gramo stat. luego 1 gramo intravenosa cada 12 horas. intravenosa.
- Metronidazol 500 miligramos intravenosa cada 8 horas.
- Ketorolaco 60 miligramos intravenosa cada 8 horas.
- Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
- Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 hora.
- Ampicilina 1 gramo intravenosa cada 6 horas.
- Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 8 horas.
- Paracetamol 1 gramo intravenosa por razones necesarias.
- Ácido tranexánico 500 miligramos intravenosa cada 12 horas.
- 2 unidades de glóbulos rojos concentrado.

NANDA: 00206
 NOC: 0413
 NIC: 4020

Dominio 11: Seguridad y protección
Clase 02: Lesión física Etiqueta: 00206
Dx: Riesgo de sangrado

R/C: Complicaciones del embarazo (hemorragia severa preparto)

E/P: Taquicardia, hipotensión, patrón respiratorio irregular, mareo, cefalea.

M
E
T
A
S

Dominio 02: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: Severidad de la pérdida de sangre.

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal		X			X
Disminución de presión arterial			X		X
Aumento de la frecuencia cardiaca		X			X
Disminución de hemoglobina y hematocrito		X		X	

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

Campo 02: fisiológico: Complejo

Clase N: Control de perfusión tisular

Etiqueta 4020: Disminución de la hemorragia

- ACTIVIDADES**
1. Control de signos vitales
 2. Mantener vía periférica permeable
 3. Control de balance hídrico
 4. Registrar el nivel de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
 5. Administrar medicación prescrita por el médico.
 6. Brindar cuidados y confort de enfermería.

NANDA:00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dominio 12: confort
Clase 01: confort físico Etiqueta: 00132
Dx: dolor agudo

R/C: Agentes lesivos físicos

E/P: Inquietud, llanto, desesperanza, dolor tipo cólico.

M
E
T
A
S

Dominio 05: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales del dolor		X			X
Inquietud		X			X
Gemidos y gritos		X			X
Foco limitado	X			X	
Nauseas			X		X

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

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

- ACTIVIDADES**
1. Realizar valoración exhaustiva del dolor: localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
 2. Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, estado de ánimo, relaciones).
 3. Proporcionar a la paciente un alivio de dolor optimo mediante analgésicos prescritos.
 4. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

NANDA:00209
 NOC: 2509
 NIC: 4021

Dominio 08: Sexualidad
Clase 03: Reproducción Etiqueta: 00209
Dx: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Complicaciones del embarazo
 (hemorragia severa preparto)

E/P: Hipotensión, hemorragia, taquicardia,
 cefalea, nauseas.

M
E
T
A
S

Dominio 06: Salud familiar

Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia

Etiqueta: Estado materno: Preparto

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cefalea		X			X
Nauseas		X			X
Dolor epigástrico	X			X	
Sangrado vaginal	X				X
Presión arterial		x		X	

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

Campo 05: Familia

Clase N: Cuidados de un nuevo bebe

Etiqueta 4021: Disminución de la hemorragia:
 Utero anteparto

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar los signos vitales de la madre, si es necesario, e función de la cantidad de pérdida de sangre.
 2. Iniciar procedimiento de urgencia de hemorragia anteparto, según corresponda (p. ej.; oxigenoterapia, terapia i.v; determinación del grupo sanguíneo).
 3. Administrar hemoderivados según como corresponda.
 4. Registrar las entradas y salidas.

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

El presente caso clínico se enfocó en una paciente de 17 años de años de edad con diagnóstico médico de hemorragia severa preparto, la cual está fundamentada en la teoría de Dorothea Orem, ya que esta se centra en el arte y la práctica de enfermería ayudando a la paciente a mejorar el autocuidado y a modificar ciertas actividades con la finalidad de conservar y recuperar la salud.

En su investigación Navarro & Castro (2010), refieren que Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre su conducta y el entorno que lo rodea, con aptitud para utilizar ideas, pensar y comunicarse, lo cual beneficia al individuo y familiares; mediante cuidados de enfermería para ayudar a mantener acciones de autocuidado que favorezcan la salud y la vida de la paciente con el objetivo de recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

2.8. Seguimiento

DIA 1

Paciente femenino de 17 años de edad ingresa al área de emergencia obstétrica con un cuadro clínico de más de 2 horas de evolución presentando sangrado vaginal abundante refiere dolor tipo cólico en zona pélvica, cefalea intensa y mareo. Se procede al control de signos vitales, se procede a canalización de vía periférica con catéter #18, se administra tratamiento farmacológico y se aplica un plan de hidratación indicado por el medico el cual consiste en suministrar solución salina al 0,9% 1000cc más 40 unidades de oxitocina y misoprostol 800 microgramos vía rectal stat.

DIA 2

Paciente consciente pasa a sala de alto riesgo para observación médica debido a que presenta sangrado leve. Se continua con el tratamiento farmacológico indicado por el médico con vía intravenosa pasando plan de hidratación solución salina 0,9% 1000cc mas medicación prescrita.

DIA 3

La paciente está consciente, orientada, afebril, niega molestias, sin presencia de sangrado en vía vaginal, continua con vía periférica permeable pasando plan de hidratación solución salina 0,9% 1000cc, se administra medicación prescrita por el médico y se brinda cuidados y confort de enfermería.

DIA 4

Paciente recibe el alta médica al no presentar sangrado transvaginal, se brinda consejería y referencia para el área Psicología, Ginecología y medicación correspondiente. Además, se le brinda charla de planificación familiar para el conocimiento de los métodos anticonceptivos y puedan ser aplicados posteriores a la relación sexual, entre los cuales están los métodos hormonales como: píldoras, anillos, parches, inyectables o implantes.

2.9. Observaciones

Antes de ingresar a la paciente al quirófano el médico explica a los familiares sobre el procedimiento a realizar los beneficios y riesgos que pueden llegar a tener, se explica de manera detalla el consentimiento informado. Al ingresar la paciente al quirófano y realizando procedimiento de extracción de coágulos de sangre el medico observa desgarró en cérvix derecho el cual se procede a suturar. En cuanto al tratamiento que se le aplicó a la paciente fue el más certero y los cuidados de enfermería que se le brindaron fueron los más adecuados logrando una respuesta positiva y de esta manera evitando una complicación mayor en la salud de la paciente.

CONCLUSIONES

Con la realización de este estudio de caso en una paciente de 17 años de edad con diagnóstico médico de hemorragia severa preparto, se pudo concluir que es un tema de vital importancia por las complicaciones que puede generar si no se toman las medidas de prevención necesaria.

Por otro lado, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon se pudo brindar una atención de calidad y calidez porque permitió conocer los patrones que se encontraban más alterados, de esta manera se efectuó el Proceso de

Atención de Enfermería teniendo conocimiento de antecedentes patológicos, sintomatología, edad del paciente y su antecedente clínico, estableciendo procedimientos a cumplir acorde a la hemorragia severa preparto, los cuales permitan un plan de cuidado efectivo por parte del personal de enfermería.

Así mismo se pudo identificar factores de riesgo, describir la sintomatología presente en la gestante y de esa manera se establecer resultados que favorezcan a la recuperación de la paciente.

El papel que la enfermería ejerce, no es solo brindar un cuidado directo, sino el de promocionar la salud mediante charlas sobre planificación familiar e insistir a las pacientes sobre los controles prenatales desde su inicio del embarazo, y que conozcan los signos de alarma para la disminución de hemorragias.

Bibliografía

- Bertucci, S. (2014). Manejo Anestésico de la Hemorragia. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 27(1), pp. 5. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732014000100005&lng=es&tlng=es
- Dulay, A. (agosto, 2019). *Vasa Previa*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/vasa-previa#:~:text=La%20vasa%20previa%20se%20produce,cm%20de%20distancia%20de%20%C3%A9l>.
- López, R., Cajal, C., Cordeiro, V. G., Valladares, B. Z., & Cerviño, G. E. (Noviembre de 2016). Vasa previa: algoritmo para su diagnóstico (serie de casos). *Ginecol Obstet Mex.*, 84(11), pp. 730 - 736. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1611h.pdf>
- MayoClinic. (05 de mayo de 2020). *Desprendimiento de placenta*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
- MedlinePlus. (2 de julio de 2020). *Placenta previa*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000900.htm>
- MSP. (2016). Score Mama, Claves y D.E.R. obstétricos. *Protocolo*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <http://181.211.115.37/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
- Navarro, P., & Castro, S. (19 de junio de 2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 1-14. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es.
- OPS. (marzo de 2018). *Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas*. Obtenido de Organización Panamericana de la salud:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es

Pérez, P. J., & Merino, M. (2011). *Definición de Hemorragia*. Obtenido de Definición de Hemorragia: <https://definicion.de/hemorragia/>

Prog Obstet Ginecol. (2013). Rotura Uterina. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(6), pp. 296-299. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.006>

Silver, R. (2015). Implantación anormal de la placenta Placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, pp. 1 - 23.

Swamy, G. K., & Heine, R. P. (Agosto de 2018). *Sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/sangrado-vaginal-en-la-segunda-mitad-del-embarazo>

Zaragoza, S. J. (Abril - Junio de 2016). Hemorragia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), pp. 20 - 21. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>

ANEXOS