



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 31.5 SEMANAS
CON PLACENTA PREVIA MÁS ACRETISMO PLANCENTARIO.**

AUTOR

JEREMY ELIAS SEVILLANO ROMAN

TUTOR

LICDA. OTERO TOBAR LIDICE LORENA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022 – 2023

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION.....	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.	12
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	12
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	16
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	17
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	18
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	23
2.8 SEGUIMIENTO	23
2.9 OBSERVACIONES	28
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
ANEXOS.....	32

DEDICATORIA

El siguiente trabajo investigativo está dedicado en primer a Dios y a mis queridos padres por otorgarme su apoyo durante toda mi trayectoria de estudios y por ser los pilares fundamentales de mi vida, metas y sueños anhelados. También por inculcarme de sus valores y perseverancia, para proseguir de pies a pesar de las dificultades que se me han presentado a lo largo de la vida y estudios.

JEREMY ELIAS SEVILLANO ROMAN

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme y por cubrirme con su manto a largo de mi trayectoria académica y por servirme de fortaleza en mi vida personal y social.

Agradezco de todo corazón a mis padres por ser los principales promotores de mis metas y sueños que me he propuesto desde que tengo memoria. También por confiar y creer en mí en todo momento. Y sobre todo, por sus consejos, valores y principios que me ha inculcado desde pequeño y que me han convertido en el hombre y profesional que soy hoy en día.

Quiero brindar un agradecimiento especial a todos docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber transmitido de sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional. En especial, a mi tutora; la Licenciada Otero Tobar Lorena quien me ha guiado con paciencia, rectitud y sabiduría durante toda la preparación de mi estudio caso clínico.

JEREMY ELIAS SEVILLANO ROMAN

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 31.5 SEMANAS
CON PLACENTA PREVIA MÁS ACRETISMO PLANCENTARIO.

RESUMEN

Se define placenta previa como la inserción de la misma sobre la abertura del cuello uterino, en la parte inferior del útero, y no en la parte superior del mismo. En ambas patologías el sangrado puede ser mínimo o estar ausente, pero en placenta acreta no se produce la expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores a la salida del feto. Lo ideal para detectar placenta previa y acreta son los exámenes de laboratorios, ecografías transvaginal y resonancia magnética. En cuanto al tratamiento para placenta previa se basa en control el sangrado, reposo, parto anticipado, transfusión de sangre y tratamiento farmacológico. El siguiente estudio de caso está enfocado en paciente con 31.5 semanas de gestación por presentar cuadro clínico \pm 2 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de moderada intensidad sin presencia de coágulos, dolor en zona del hipogastrio tipo cólico que se irradia a región lumbosacra de manera moderada con frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minuto. Se procede a la elaboración del proceso atención de enfermería con la finalidad de aplicar los cuidados óptimos utilizando las taxonomías Nanda, Nic y Noc, para identificar los patrones disfuncionales que están comprometiendo el estado de salud del paciente y del recién nacido, y así cumplir con los objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

PALABRAS CLAVES: Placenta previa, embarazo, factores de riesgo, proceso atención de enfermería (PAE).

SUMMARY

Placenta previa is defined as the insertion of the same over the opening of the cervix, in the lower part of the uterus, and not in the upper part of it. In both pathologies, bleeding may be minimal or absent, but in placenta accreta, the expulsion of the placenta does not occur within 30 minutes after delivery of the fetus. The ideal to detect placenta previa and accreta are laboratory tests, transvaginal ultrasound and magnetic resonance imaging. Regarding the treatment for placenta previa, it is based on bleeding control, rest, early delivery, blood transfusion and pharmacological treatment. The following case study is focused on a patient with 31.5 weeks of gestation who presented a clinical picture \pm 2 hours of evolution characterized by transvaginal bleeding of moderate intensity without the presence of clots, colic-type pain in the hypogastric area that radiates to the lumbosacral region moderate with a fetal heart rate of 155 beats per minute. We proceed to the elaboration of the nursing care process in order to apply optimal care using the Nanda, Nic and Noc taxonomies, to identify the dysfunctional patterns that are compromising the patient's health status, and thus meet the proposed objectives. in this clinical case study.

KEY WORDS: Placenta previa, pregnancy, risk factors, nursing care process (PAE).

INTRODUCCION

La placenta previa se la define como una complicación que se presenta durante el embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta (Valdivieso, 2018). Mientras que el acretismo placentario es una afección grave que ocurre durante el embarazo cuando la placenta se adhiere profundamente a las paredes uterinas (MAYO CLINIC, 2021).

Según la Organización Mundial de la salud estima que la incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo; para acretismo placentario 1 por cada 533 embarazos (Guerrero, 2018).

Entre los factores de riesgo que conlleva a una gestante a presentar placenta previa incluyen como primer factor la edad (≥ 35 años), multiparidad, cicatriz uterina previa, Tabaquismo (GPC, 2017). Sin embargo, la placenta previa se puede clasificar durante el embarazo en tipo I que hace énfasis a la implantación baja de la placenta. Tipo II a la placenta previa marginal. Tipo III a la placenta previa oclusiva parcial y por último, tipo IV a la placenta previa oclusiva total (López, 2019).

Unos de los principales cuadros clínico a presentar tanto en la placenta previa y acretismo placentario es el sangrado vaginal indoloro de color rojo rutilante. No obstante, debemos de saber que el sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta (GPC, 2019).

Lo más recomendable es que se realice inmediatamente el examen físico, exámenes de laboratorios, ecografía y ultrasonografía transvaginal (Dulay, 2020). Mientras que el tratamiento para la placenta previa es el adecuado control del sangrado transvaginal y reposo absoluto, mientras que en el acretismo placentario el tratamiento idóneo es la cesárea programada.

I. MARCO TEORICO

PLACENTA PREVIA

CONCEPTO

Podemos definir a la placenta previa como la condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal (Ávila, Alfaro, & Olmedo, Año 2016).

EPIDEMIOLOGIA DE LA PLACENTA PREVIA

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud se estima que la incidencia de placenta previa es de 1 por cada 200 embarazos con variaciones en todo el mundo; para acretismo placentario 1 por cada 533 embarazos. Sin embargo, los índices de placenta previa y acreta están aumentando, probablemente como resultado del aumento de los partos por cesárea, edad materna y la tecnología de reproducción asistida (Guerrero, 2018).

Sin embargo, a nivel regional las tasas de morbilidad materna debido a trastornos placentarios es del 5.1 por 1000 embarazos. En el Ecuador no se disponen de datos exactos sobre la prevalencia de placenta previa, pero se evidencia el incremento de parto por cesárea parece ser el principal factor de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria en nuestra población.

Datos oficiales de los últimos 8 años indican que las cesáreas se incrementaron en 60 % en relación a décadas previas. En el informe se reportó que, a nivel rural, esta práctica aumentó del 16,1% (Valdivieso, 2018).

FISIOPATOLOGÍA

Durante en el último trimestre del embarazo, el istmo del útero se despliega para constituir el segmento más bajo del útero. Esos cambios en el segmento inferior del útero parecen ser los iniciadores de la hemorragia clásica del tercer trimestre. En un embarazo normal la placenta no se sobrepone al istmo, por lo que no hay mayor sangrado durante el embarazo (Perelló, Mula, & López, 2019).

Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto.

Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos.

La liberación de trombina desde el sitio del sangrado promueve mayores contracciones uterinas, haciendo que se instale un ciclo vicioso de contracciones y sangrado seguido de desprendimiento placentario, más contracciones y más sangrado (Perelló & Rick Mula, Placenta previa, 2019).

FACTORES DE RIESGOS EN PLACENTA PREVIA

Los factores de riesgo que se presentan en la placenta previa incluyen los siguientes:

- Edad \geq 35 años.
- Multiparidad.
- Anemia.
- Cicatriz uterina previa (legrado, aspiración manual uterina, cesárea, miomectomía).
- Espacio intergenésico post cesárea < 12 meses (GPC, 2017).

Debemos recordar que el antecedente de cesárea es un factor de riesgo, para desarrollar anomalías de inserción placentaria. Entre ellos tenemos:

- 1 cesárea: 11%

- 2 cesáreas: 40%
- 3 cesáreas: 61%
- 4 o más cesáreas: 67% (GPC, 2017).

CLASIFICACIÓN DE LA PLACENTA PREVIA

La placenta previa se puede clasificar durante el embarazo en:

- **Tipo I. Implantación baja de la placenta:** La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad.
- **Tipo II. Placenta previa marginal:** La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- **Tipo III. Placenta previa oclusiva parcial:** La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
- **Tipo IV. Placenta previa oclusiva total:** El OCI está cubierto por completo por la placenta (López, 2019).

No obstante, de cara al parto esta clasificación se debe simplificar en:

- **Oclusiva:** No permite el parto vaginal. Incluye la placenta oclusiva parcial y la placenta oclusiva total.
- **No oclusiva:** Puede permitir el intento de parto vaginal. Incluye la placenta de inserción baja y la placenta marginal (GPC, 2020).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las gestantes con placenta previa a menudo presentan sangrado vaginal indoloro de color rojo rutilante. No obstante, el sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta.

Motivo por cual, debemos siempre estar atento a la sospecha de placenta previa. Esto sucederá si hay presencia de sangrado después de las 24 semanas de gestación (GPC, 2019).

Sin embargo, si se llegara a dar una metrorragia durante el embarazo.

Esta se caracterizaría por presentar:

- Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones.
- Tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea.
- Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios.
- En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario (GPC, 2019).

EXAMENES DE LABORATORIO Y DIAGNOSTICO

- Examen físico.
- **Exámenes de laboratorio:** Biometría hemática, grupo sanguíneo y factor Rh, factores de la coagulación, perfil hepático y renal. Tener sangre a disposición de la gestante.
- Ecografía y ultrasonografía transvaginal (Dulay, 2020).

TRATAMIENTO EN LA PLACENTA PREVIA

El tratamiento idóneo para tratar la placenta previa es controlar el sangrado provocado por esta afección, pero también dependerá de otros aspectos. Tales como:

- Ecografías para hacer un seguimiento de dónde está la placenta.
- Descanso en cama u hospitalización.
- Parto anticipado.
- Transfusión de sangre para tratar una pérdida de sangre (Perelló & Rick Mula, Placenta previa, 2019)

ACRETISMO PLACENTARIO

CONCEPTO

La placenta accreta se define como una afección grave que ocurre durante el embarazo cuando la placenta se adhiere profundamente a las paredes uterinas (MAYO CLINIC, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

Según la Organización Mundial de la Salud, el acretismo placentario es una de las causas más importantes de las hemorragias, teniendo una incidencia de 1/540 hasta 1/93000 embarazos, con un promedio de 1/7000 gestaciones (González, 2016).

Es un estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil, en el periodo comprendido de septiembre 2017- febrero 2018, de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo y de corte transversal en el que se indagó las historias clínicas de pacientes con perfil clínico de acretismo placentario, se encontró total de 15 pacientes con diagnóstico de acretismo placentario en base a los criterios de inclusión y exclusión (Crespo, 2018).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2014, Ecuador, reportó que el 38 % de las muertes se relacionan a causas obstétricas directas. El 28% se produce por la toxemia del embarazo. El 20% por Hemorragias y el 7% por complicaciones en el postparto. Sin embargo, las provincias que notifican mayor número de MM por lugar de fallecimiento son las provincias de Guayas, Pichincha y El Oro (Crespo, 2018).

FACTORES DE RIESGO EN EL ACRETISMO PLACENTARIO

- Edad (mayores de 30 años).
- Gestas (multíparas de 2 a 3).
- Placenta previa con antecedente de cesárea (35%).
- Placenta previa con antecedente de 3 o más cesáreas (67%).
- Historia de legrado uterino (18 a 60%).
- Antecedente de extracción manual placentaria.

- Historia de retención placentaria.
- Antecedente de infección intraamniótica.

(Benítez & Patiño, 2017).

CLASIFICACION DEL ACRETISMO PLACENTARIO

- **Placenta accreta (78%):** Adhesión de las vellosidades al miometrio.
- **Placenta increta (17%):** Invasión de las vellosidades en el miometrio.
- **Placenta percreta (5%):** Invasión del miometrio y serosa uterina e incluso más allá (Karchmer & López, 2016).

MANIFESTACIONES CLINICAS

El cuadro clínico que se presenta en el acretismo placentario es el sangrado vaginal profuso durante la separación manual de la placenta después de un parto. No obstante, el sangrado puede ser mínimo o estar ausente, pero no se produce la expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores a la salida del feto (GPC, 2020).

EXAMENES DE LABORATORIO Y DIAGNOSTICOS

- Examen físico.
- Biometría hemática, grupo sanguíneo, factor Rh, factores de la coagulación, perfil hepático y renal.
- La ultrasonografía en escala de grises.
- Resonancia magnética (Guerrero, 2018).

TRATAMIENTO EN EL ACRETISMO PLACENTARIO

- Cesárea programada.

La mejor opción para el acretismo placentario es una cesárea programada. Es importante mencionar que la cesárea programada debe realizarse a las 34 semanas. Motivo por cual, este abordaje tiende a lograr el mejor equilibrio entre la evolución materna y la fetal (Moldenhauer, 2020).

COMPLICACIONES DE PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO

Complicaciones maternas

- Hemorragias pre – intra y post parto.
- Transfusión sanguínea, shock séptico y muerte materna.
- Acretismo placentario severo.
- Embolia de líquido amniótico.
- Ruptura prematura de membranas (RPM).

Complicaciones fetales

- Prematuridad (40% nacen antes de las 37 semanas de gestación)
- Alteración en ubicación fetal.
- Malformaciones fetales (Benítez & Patiño, 2017).

CLAVES OBSTÉTRICAS

La Clave Obstétrica es un sistema de "roles y funciones" que permite una comunicación y coordinación efectiva. El primer profesional de la salud que entra en contacto con la paciente que presenta una emergencia obstétrica es quien realiza la activación de la clave. Esta activación puede darse desde la sala de emergencia, desde el pasillo, desde el quirófano, desde la sala de partos, desde la sala de posparto o desde cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente embarazada o puérpera. Se recomienda realizar la activación de la clave a través de alarmas, timbres o de un altavoz, para de esta manera garantizar un mecanismo rápido y eficiente que será escuchado por todo el personal de salud involucrado sin la necesidad de realizar diversas llamadas. (MSP, 2017)

Se han seleccionaron 3 claves obstétricas en base a las 3 principales causas de mortalidad materna en el Ecuador:

Clave Roja: Forma parte de una estrategia encaminada a reducir la incidencia de shock hipovolémico hemorrágico obstétrico en mujeres embarazadas o puérperas. En esta situación, el personal debe estar capacitado en las mejores técnicas y estrategias para reducir la morbilidad del proceso de sangrado y la reanimación en sí, y en lo posible para preservar el producto de la concepción. (Perinatal, 2014)

Clave Azul: La Clave azul forma parte de una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por la preeclampsia severa, eclampsia o Síndrome HELLP mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad en los diferentes servicios de atención del instituto. (Perinatal, Clave Azul, 2014)

Clave Amarilla: Clave Amarilla: La Clave Amarilla tiene como objetivo reducir la mortalidad materna por sepsis severa o shock séptico obstétrico en mujeres embarazadas o puérperas, por lo que da lineamientos para el manejo inmediato en orden de prioridad. Permite la estabilización inicial de pacientes con sepsis grave o shock séptico de origen obstétrico antes de su derivación a un centro de mayor complejidad. (Perinatal, Clave Amarilla, 2014)

1.1 JUSTIFICACION

La presente investigación acerca de la placenta previa y el acretismo placentario, fue de vital importancia proceder a su elaboración debido a la morbi – mortalidad materno – fetal que existe hoy en día en la actualidad tanto a nivel nacional como mundial.

Motivo por cual, justifico que este estudio de caso clínico e investigación científica tiene como finalidad dar conocer sus factores de riesgos, cuadro clínico y las complicaciones que se presentan tanto a corto y largo plazo si no se tiene un adecuado control durante todo el embarazo.

Si las gestantes harían hincapié en la importancia que tiene al asistir a todos los controles se estaría evitando una de las principales causas de hemorragias en la segunda o tercera etapa del embarazo. Sin embargo, nosotros como profesional de salud debemos incentivar a la comunidad que asistan al centro de salud, mediante la promoción de salud que se brinda más en el primer nivel de atención, para así evitar complicaciones pre – intra y post operatorios.

Por esa razón la finalidad de mi estudio de caso clínico es proceder a la elaboración del proceso atención de enfermería que está encaminado en paciente de sexo femenino de 31.5 semanas de gestación que fue diagnosticada en el área de emergencia con placenta previa más acretismo placentario.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar proceso atención de enfermería en paciente de 31.5 semanas con placenta previa más acretismo placentario.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar las necesidades básicas de la gestante con placenta previa más acretismo placentario.
- Identificar los patrones funcionales alterados presentes en gestante con diagnóstico definitivo de placenta previa más acretismo placentario.
- Aplicar proceso atención de enfermería en gestante de 31.5 semanas con placenta previa más acretismo placentario.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

- **NOMBRE Y APELLIDOS:** NNNN
- **NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:** XXXXXXXXX
- **EDAD:** 31
- **SEXO:** FEMENINO
- **CONVIVIENTE:** ESPOSO E HIJOS.
- **LUGAR DE NACIMIENTO:** QUEVEDO
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/09/1990
- **CI:** XXXXXXXXXX
- **ETNIA:** MESTIZO.
- **LUGAR DE RESIDENCIA:** QUEVEDO
- **NIVEL DE ESTUDIOS:** BACHILLER
- **NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONÓMICO:** MEDIO
- **GRUPO SANGUÍNEO:** O RH +
- **RELIGIÓN:** CATOLICA
- **EDAD GESTACIONAL:** 31.5 SEMANAS DE GESTACIÓN
- **DIAGNOSTICO MEDICO:** PLACENTA PREVIA MÁS ACRETISMO PLACENTARIO.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, multípara con embarazo de 31.5 semanas de gestación por ecografía realizada en el segundo trimestre, llega al área de emergencia obstétrica en ambulancia, referida desde el domicilio por presentar cuadro clínico \pm 2 horas de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de moderada intensidad sin presencia de coágulos, dolor en zona del hipogastrio tipo cólico que se irradia a región lumbosacra de manera moderada con frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minuto.

Antecedentes alérgicos	No refiere
Antecedentes clínicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	3 cesáreas.
Antecedentes patológicos familiares	Madre: No refiere. Padre: Diabetes Mellitus
Antecedentes ginecológicos	Menarquia: 12 años Ciclos menstruales: regulares. Inicio de vida sexual: 20 años. Parejas sexuales: Actualmente 1. Gestas: 4 Partos: 0 Cesáreas: 3 Aborto: 1 ETS: No refiere. Edad gestacional: 31.5 SG Controles prenatales: 5 durante el embarazo. Ecografías: 3 Inmunizaciones: Antitetánica 2 dosis. Complicaciones: Placenta previa más acretismo placentario.

2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Recibo paciente de sexo femenino de 31 años de edad con 31.5 semanas de gestación por presentar cuadro clínico de \pm 2 horas de evolución de sangrado transvaginal de moderada intensidad sin presencia de coágulos y dolor en el hipogastrio tipo cólico que se irradia a región lumbosacra.

Se procedió a la toma de constantes vitales donde se evidencia presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 87lxmin, frecuencia respiratoria: 22rxmin, temperatura axilar: 37° C, saturación de oxígeno 98%, peso 58.6kg, talla 146cm y frecuencia cardiaca fetal de 155 latidos por minuto.

Se toma muestra de sangre, para exámenes de laboratorio. Se canaliza vía periférica N°18 en miembro superior derecho para administración de medicamentos y se coloca sonda vesical para control de balance hídrico.

Se realizó Score mama y se obtuvieron los siguientes valores:

SCORE MAMA		Puntuación
➤ FRECUENCIA CARDIACA	87lxmin	0
➤ PRESIÓN SISTÓLICA	110mmHg	0
➤ PRESIÓN DIASTÓLICA	60mmHg	0
➤ FRECUENCIA RESPIRATORIA	22rxmin	0
➤ TEMPERATURA	37°C	0
➤ SATURACIÓN DE OXIGENO	98%	0
➤ ESTADO DE CONCIENCIA	Alerta	0
➤ PROTEINURIA	Negativo	0
TOTAL =		0

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **CABEZA:** Normocefalica, buena implantación capilar, ojos simétricos, mucosas nasales, mucosa oral semihúmedas, pabellón auricular simétrico y fascies pálidas.
- **CUELLO:** cilíndrico, sin presencia de ganglios linfáticos a la palpación.
- **TÓRAX:** Expansible, campos pulmonares ventilado y ruidos cardiacos rítmicos presentes.
- **ABDOMEN:** Blando, globuloso con feto único vivo de 31.5 semanas de gestación con frecuencia cardiaca fetal de 155lxmin.
- **GENITO-URINARIO:** Al tacto vaginal se evidencia sangrando vaginal de moderada intensidad sin presencia de coágulos.

- **EXTREMIDADES:** Simétricas con presencia de vía periférica calibre #18 en miembro superior derecho. No hay presencia de edemas en miembros inferiores. Se evidencia llenado capilar de 3 segundos y pulsos distales presentes.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 58.6
- **Talla:** 146

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 110/60mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 87lxmin.
- **Frecuencia respiratoria:** 22rxmin.
- **Temperatura axilar:** 37 °C
- **Saturación de Oxígeno:** 98%
- **Proteinuria:** negativo.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD:

Al ingreso, gestante refiere sentir dolor en zona del hipogastrio, tipo cólico que se irradia a región lumbosacra de manera. En el examen físico se presencia sangrado de moderada intensidad sin coágulos.

Después de haber sido sometida a un parto distócico. Recién nacido (RN) fue trasladado inmediatamente al área de UCIN en incubadora neonatal. Madre manifiesta estar temerosa por la condición de salud de su bebé. Paciente se encuentra en el área de hospitalización de ginecología con los cuidados pertinentes.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO

Gestante de 31.5 semanas con peso 58.6kg y talla 146 se encuentra en nada por vía oral (NPO) y con vía periférica permeable catéter #18 en su

miembro superior derecho, administrándose cloruro de sodio 0,9% 30 gotas por minuto, ampicilina 1g vía intravenosa cada 12 horas y paracetamol 1g vía oral cada 8 horas. También manifiesta que ingiere 3 a 4 comidas al día y que no es alérgica a ninguna clase de alimento.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Paciente con sonda foley para control y eliminación de diuresis, más pañal por sangrado moderado.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO

Por el momento paciente se encuentra en reposo absoluto. Se recomienda a la paciente que realice cambios de posición, para evitar laceraciones en la piel.

PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO

Paciente refiere dormir 7-8 horas y no posee ninguna alteración en el sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, posee mayor preocupación por su bebé que por ella.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Se considera una persona amigable y no problemática.

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

Menciona que vive felizmente con su esposo e hijos y que a pesar de ser de bajos recursos económicos, existe una buena relación con sus familiares, amigos y conocidos.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Limitado por su condición de salud. Refiere que su menarquia fue a los 12 años de edad. Sus ciclos menstruales son regulares y su inicio de vida sexual fue a los 20 años. Actualmente tiene una sola pareja. Durante su vida ha

tenido 4 gestas, 0 parto, 3 cesáreas y un aborto. También nos menciona que nunca ha contraído una infección de transmisión sexual.

En su historia clínica se notifica que ha tenido 5 controles durante su embarazo y que se ha aplicado dos dosis de la vacuna antitetánica. La primera después de las 12 semanas de gestación y la segunda dosis después de las 20 semanas de gestación. Las cuales fueron aplicadas en el centro de salud donde se realizaba los controles prenatales.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere que se siente estresada y angustiada por todo lo que está cursando su bebé.

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

Paciente pertenece a la religión católica y manifiesta que asiste a misas los fines de semana.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

BIOQUIMICA			
Glucosa en ayuna	80.86	mg/dL	74 – 110
AST (TGO) Aspartato Aminotransferasa	23.93	mlu/ml	12 – 37
ALT (TGP) Amino Transferasa Piruvica	20.92	mlu/ml	12 – 78
Bilirrubina total	0.8	mg/dL	0.2 – 1
Bilirrubina directa	0.26	mg/dL	0-0.3
Bilirrubina indirecta	0.54	mg/dL	0 – 0.95
Albumina	3.15	g/dl	3.5 – 5
Urea	11.75	mg/dL	10-50
Creatinina	0.51	mg/dL	0.6 – 1.1
Ácido úrico	2.19	g/dL	2.4 – 6
Proteínas totales	5.71	g/dL	6.6 – 8.7

BIOMETRIA HEMATICA		
	RESULTADO	VAL. REFER
Recuento de glóbulos rojos	3.86	4-6 uL
Hematías	4'100.000Xmm3	4'000.000 – 6'000.000

Hemoglobina	12.5	13 – 17 g/dL
Hematocrito	36.3	40 – 50%
Leucocitos	15.4%	25 – 40%
Neutrófilos	74.2 %	55 – 65%
Linfocitos	1.47 mm³	2 – 11mm³
Monocitos	0.13/mm ³	0.4 – 3.1/mm ³
Linfocitos	15.4 10³/UI	25 – 40 10³/uL
Basófilos	0.01/mm ³	0 – 0.2/mm ³
Eosinófilos	0.5/mm ³	0 – 0.25 /mm ³
Plaquetas	177.000mm ³	150.000 – 400.000

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos observar que los valores de Recuento de Glóbulos Rojos están por debajo de los valores normales 3.86uL (4-6uL), al igual que la hemoglobina 12.5 (13-17) y el hematocrito 36.3% (40-50%) estos valores evidencian que la paciente está cursando un proceso anémico el cual debe ser controlado, cabe mencionar que la paciente tubo sangrado moderado y podría ser una de las causas por lo cual estos niveles en sangre estén bajos.

También podemos observar que los linfocitos están disminuidos 1.47 mm³ (2-11mm³) a diferencia que los neutrófilos que se encuentran en valores elevados 74.2% (55-65). Estos dos valores evidencian que la paciente está cursando un proceso infeccioso lo que puede ocasionar daño en el feto si no es tratada a tiempo.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- Embarazo de 31.5 semana más amenaza de parto pretérmino.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Embarazo de 31.5 semanas más placenta previa.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Embarazo de 31.5 semanas de gestación más placenta previa más acretismo placentario.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El siguiente estudio de caso realizado en embarazada de 31.5 semanas de gestación con un diagnóstico de placenta previa más acretismo placentario, se pudo valorar que el origen del problema fue causado por los siguientes factores:

- **Biológicas:** Paciente cursa su cuarta gesta con antecedente de 3 cesáreas y un aborto hace 5 años y los antecedentes de cicatrices uterinas previas (C.U.P). Sin embargo, recordemos que el riesgo aumenta dependiendo del número de cesáreas. En este caso fueron 3 y existe un alto riesgo del 61% que la paciente desarrolle placenta previa.
- **Física:** Demanda de esfuerzo físico en los quehaceres domésticos.
- **Sociales:** Cuida de sus hijos, realiza todas las actividades domésticas como lavar, cocinar, planchar, cuidar de los animales domésticos.

Procedimientos a realizar:

- Control de signos vitales.
- Control de monitoreo fetal.
- Administración de medicamentos.
- Canalizar vía periférica.
- Reposo absoluto.

Patrones disfuncionales a tratar:

- Nutrición
- Confort

- Adaptación / tolerancia al estrés.

NANDA: 00028
NOC: 0413
NIC: 4010



Dominio 2: Nutrición **Clase:** hidratación
Etiqueta. 00028 **Dx:** riesgo de déficit de volumen de líquidos

M
E
T
A
S

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

R/C: Placenta previa más acretismo placentario

E/P: Sangrado vaginal de moderada intensidad

DOMINIO II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: Severidad De La Pérdida De Sangre

Campo 2. Fisiológico Complejo

Clase N.- Control De Perfusión Tisular

Etiqueta 4010.- Prevención De Hemorragia

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
041305.- Presión arterial					X
041307.- sangrado vaginal			X	X	
041313.- palidez de piel y mucosas		X	X		
041314.- ansiedad		X			X
041316.- disminución de hematocrito			X		

- ACTIVIDADES**
- Control de constantes vitales
 - Control de score mama pre – intra y post operatorios.
 - Evitar movimientos rigurosos que puedan producir hemorragias.
 - Mantener reposo en cama durante el sangrado activo.
 - mantener a paciente tranquila para evitar riesgos de caída.
 - Administrar hemoderivados según corresponda.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 2210

Dominio 12: Confort **clase 1.** Confort físico
Etiqueta: 00132 **Dx:** Dolor agudo

E/P: Dolor de herida quirúrgica post – cesárea.

M
E
T
A
S

R/C: Agente lesivos físicos (proceso quirúrgico: Parto distócico)

DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud

CLASE S: Conocimientos sobre la salud

ETIQUETA 2110: Nivel del dolor

CAMPO 2: Fisiológico complejo

CLASE H: Control de fármacos

ETIQUETA 2210: Administración de analgésicos

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

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201: Dolor referido		X		X	
210206: Expresiones faciales del dolor		X			X
210223: Irritabilidad			X		X
210224: Muecas del dolor		X			X
210226: Diaforesis			X		X

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales y del dolor por medio de la escala de EVA
 - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - Comprobar el historial de alergias del paciente.
 - Administrar vía IV los medicamentos, mejor absorción.
 - Administrar los analgésicos a la hora determinada, para evitar picos y valles de la analgesia.
 - Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
 - Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios.

NANDA: 00146
NOC: 1211
NIC: 5820

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase 2:** Respuesta de afrontamiento
Etiqueta. 00146 **Dx:** Ansiedad

R/C: PARTO PREMATURO

E/P: Temor a perdida de RN

DOMINIO III: Salud psicosocial

Clase M: Bienestar Psicosocial

Etiqueta 1211: Nivel De Ansiedad

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento De La Comodidad Psicológica

Etiqueta 5820: Disminución De La Ansiedad

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
121105.- Inquietud		X		X	
121108.- Irritabilidad		X			X
121117.- Ansiedad Verbalizada		X		X	
121122.- Pupilas Dilatadas			X		X
121103.- Manos Húmedas		X			X

ACTIVIDADES

- Utilizar enfoque sereno que le dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos a realizar.
- Promover seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Identificar los cambios en nivel de ansiedad.
- Determinar la capacidad de toma de dicciones del paciente.
- Observar signos que puedan producir daño al paciente.

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 LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Como futuro profesional de enfermería relaciono mi estudio de caso clínico aplicado en paciente de 31.5 semanas con placenta previa más acretismo placentario a la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas donde engloba lo fisiológico del paciente, la seguridad que debemos aportarle al paciente desde su llegada hasta su satisfactoria recuperación.

La empatía que debemos demostrarle al paciente y familiares desde su ingreso hasta su alta médica. Y lo más importante, el reconocimiento y la autorrealización al interactuar con el paciente en todo momento. Es fundamental mencionar que la valoración física, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico nos confirmaron que estábamos frente un caso de placenta previa más acretismo placentario.

2.8 SEGUIMIENTO

Se realiza seguimiento a gestante de 31.5 semanas con diagnóstico definitivo de placenta previa más acretismo placentario, por presentar cuadro clínico de \pm 2 horas de evolución de sangrado transvaginal de moderada intensidad sin presencia de coágulos y dolor en el hipogastrio tipo cólico que se irradia a región lumbosacra.

Se procede a tomar signos vitales donde se evidencia:

- **Presión arterial:** 110/60mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 87lxmin.
- **Respiración:** 22rxmin.
- **Temperatura:** 37° C.
- **Saturación de oxígeno:** 98%.
- **Peso:** 58.6kg y **talla:** 146cm.
- **Frecuencia cardiaca fetal:** 155lxmin

Se toma muestra de sangre, para exámenes de laboratorio. Se canaliza vía periférica N°18 en miembro superior derecho para administración de

medicamentos y se coloca sonda vesical para control de balance hídrico. Se realizó Score mama y se obtuvieron los siguientes valores:

SCORE MAMA		Puntuación
➤ FRECUENCIA CARDIACA	87lxmin	0
➤ PRESIÓN SISTÓLICA	110mmHg	0
➤ PRESIÓN DIASTÓLICA	60mmHg	0
➤ FRECUENCIA RESPIRATORIA	22rxmin	0
➤ TEMPERATURA	37°C	0
➤ SATURACIÓN DE OXIGENO	98%	0
➤ ESTADO DE CONCIENCIA	Alerta	0
➤ PROTEINURIA	Negativo	0
TOTAL =		0

RESULTADOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

- **Útero:** Grávido. **Feto:** Único vivo.
- **Presentación:** Pelviano con polo cefálico dirigido a epigastrio.
- **Situación:** Dorso longitudinal anterior a la izquierda.
- **Latidos cardiacos fetales:** 155 latidos por minutos.
- **Peso aproximado:** 1.100gr
- **Placenta:** Ubicada en la pared anterior.
- **Inserción:** baja previa oclusiva marginal
- Se observa hacia la pared anterior adherencia anormal en proyección del miometrio y hacia el cérvix.
- **Líquido amniótico:** Aspecto claro en volumen adecuado al momento.
- **ILA:** 13.4ml
- **Presencia de movimientos:** Activos.
- **Partes fetales:** Normales.
- **Sexo:** Femenino.

Resultados de los exámenes de laboratorios

Se observa que los valores de Recuento de Glóbulos Rojos están por debajo de los valores normales 3.86uL (4-6uL), al igual que la hemoglobina 12.5 (13-17) y el hematocrito 36.3% (40-50%) estos valores evidencian que la paciente

está cursando un proceso anémico el cual debe ser controlado, cabe mencionar que la paciente tubo sangrado moderado y podría ser una de las causas por lo cual estos niveles en sangre estén bajos.

También podemos observar que los linfocitos están disminuidos 1.47 mm^3 ($2-11 \text{ mm}^3$) a diferencia que los neutrófilos que se encuentran en valores elevados 74.2% (55-65). Estos dos valores evidencian que la paciente está cursando un proceso infeccioso lo que puede ocasionar daño en el feto si no es tratada a tiempo.

Se realiza administración de medicamentos en emergencia y se registra en Kardex. Minutos más tarde, paciente es transferida inmediatamente a sala de parto para ser intervenida a una cesárea de emergencia (parto distócico).

- Cloruro de sodio 0,9% 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 1g vía intravenosa cada 12 horas.
- Paracetamol 1g vía oral cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg V.O c/8h

Medidas generales pre – cesárea.

- Nada por vía oral (NPO).
- Cefazolina 1gr IV 30 minutos antes del procedimiento quirúrgico.
- Control de actividad uterina + latido cardiaco fetal.
- Monitorización de signos vitales.
- Control de score mama cada 6 horas.
- Eco documentado.

Indicaciones generales post – cesárea:

- Nada por vía oral (NPO).
- Control de signos vitales y score mama cada hora.
- Control de ingesta y excretas mediante balance hídrico.
- Reposo absoluto.
- Mantener sonda vesical.

Indicaciones farmacológicas post – cesárea:

- Cloruro de sodio 0,9% 30 gotas por minuto.

- Ampicilina 1g vía intravenosa cada 12 horas.
- Paracetamol 1g vía oral cada 8 horas.

Se obtiene producto único, vivo, prematuro de sexo femenino con Apgar de 8/9 con peso de 1.100 gr y talla 40cm. Se transfiere al recién nacido (RN) al área de UCIN para brindarle soporte de oxígeno.

Recién nacido permanece en incubadora con estricta monitorización de constantes vitales los cuales se apuntaran cada tres horas.

- **Presion arterial:** 56/28 (37).
- **Frecuencia cardiaca:** 139lxmin.
- **Frecuencia respiratoria:** 32rxmin
- **Temperatura:** 37 °C
- **Saturación de oxígeno:** 93%

Acciones de enfermería:

- Presencia de cateterismo por donde se le administra la medicación prescrita por médico.
- Sonda nasogástrica por donde recibirá su alimentación con leche materna.
- Cambios de pañal y de sabanas 3 veces al día.
- Limpieza o cambio de sonda nasogástrica, si demanda.

Se realiza la administración de tratamiento farmacológico:

- Dextrosa 10% 1000ml, pasar a 5.9ml/h.
- Gluconato de calcio 10%, pasar a 1.7ml + 1.7ml de solución salina IV c/8 h.
- Ampicilina 179mg IV C/12horas
- Gentamicina 7.1mg IV C/día.

Recién nacido en su tercer día de evolución en la unidad de cuidados intensivos. Permanece en incubadora neonatal con monitorización de constantes vitales cada 6 horas y con cánula nasal a 0.5lt mas sonda nasogástrica para alimentación con leche materna.

Por el momento no ha presentado ninguna descompensación y se mantiene con el mismo tratamiento farmacológico, hasta segunda orden.

- Dextrosa 10% 1000ml, pasar a 5.9ml/h.
- Gluconato de calcio 10%, pasar a 1.7ml + 1.7ml de solución salina IV c/8 h.
- Ampicilina 179mg IV C/12horas
- Gentamicina 7.1mg IV C/día.

Se realiza balance hídrico donde no se evidencia alteraciones en cuanto a los ingresos y egresos. Recién nacido (RN) cursa su quinto día de hospitalización con un diagnóstico de prematurez.

Al sexto día, medico decide retirar cánula y ver sus pulmones trabajan bien y no se descompensa. Se vigila estrictamente la saturación de oxígeno y se registra cada 30 minutos, para seguimiento y control. Se administra medicación teniendo en cuenta los cambios que el medico ha realizado y se los registra en el kardex de medicación:

- Dextrosa 5% en agua 1000ml + Cloruro de sodio 10ml + Cloruro de potasio 10ml IV 35ml/H + Sodio 20% 10ml + Potasio 20% 10ml, para pasar 12ml/H,
- Ampicilina 10mg IV C/6horas.

RN al octavo día, fue dado de alta en compañía de su madre a quien se le educó acerca del control que debe llevar su bebé en el centro de salud. Y también sobre la importancia del tamizaje y la vacunación de dos, cuatro y seis meses. Al año y a los 5 años de edad, para así cumplir con el esquema de vacunación del Ministerio de Salud Pública.

También se le brinda planificación familiar, debido a que, si llegara a tener otro embarazado, podría significar la pérdida de su vida o la del bebé. Debido al número de cesáreas que ha tenido. Y por ende, aquello es un factor muy predisponente para que una mujer pueda conllevar a una placenta previa o acretismo placentario.

2.9 OBSERVACIONES

- Paciente de 31 años de edad con diagnóstico de placenta previa más acretismo placentario se le realizó una cesárea de emergencia, obteniendo producto, único, vivo y prematuro.
- RN fue trasladado al área de Unidad de Cuidados Intensivos donde se le brindará los pertinentes cuidados de enfermería.
- Paciente se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Se encuentra preocupada por el estado de su bebé, pero se brinda apoyo emocional.
- La paciente no ha presentado complicaciones post – operatorias.
- Paciente se mostró muy colaboradora en todas las preguntas y procedimientos que se le realizaron desde su ingreso hasta alta médica.

CONCLUSIONES

Se aplicó proceso atención de enfermería en embarazada de 31.5 semanas con diagnóstico de placenta previa más acretismo placentario, brindando así los cuidados básicos, comodidad física, disminuir el dolor con analgésicos, brindar ayuda a la hora de moverse a realizar sus necesidades fisiológicas, higiene personal y dieta adecuada.

Es importante saber que todas estas necesidades mencionadas se deben efectuar de manera eficaz, empático y carismático, para así conectar en mente, cuerpo y alma a la hora de interactuar con el paciente y proporcionarle los óptimos cuidados de enfermería.

Además, se procedió a realizar el examen físico y la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon donde se identificaron los patrones afectados de nutrición, confort y afrontamiento y tolerancia al estrés. Los cuales estaban comprometiendo la salud materno – fetal y que a su vez fueron tratados por parte del personal de enfermería.

Finalmente, gracias a las valoraciones e intervenciones de enfermería se consiguió un progreso positivo tanto en la madre como en el recién nacido. Cumpliendo así con los objetivos establecidos en este estudio de caso clínico que se llevó a cabo durante mis prácticas pre – profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ávila, S., Alfaro, T., & Olmedo, J. (15 de Junio de Año 2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, Vol 6(Nº III), 11-19. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
- Benítez, M., & Patiño, J. (2017). *ACRETISMO PLACENTARIO: PERFIL CLINICO Y COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, 2009 - 2016*. UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA , Departamento de Medicina. España: Editorial Universitaria de Granada.
- Perelló, M., & Rick Mula, M. L. (2019). ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA PREVIA) Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE. *Protocolo de Medicina fetal y perinatal*, XVII(2), 1-15.
- GPC. (2017). Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. *Guia Practica Clinica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIION-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>
- GPC. (2019). Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa. *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA*, 14-60. Obtenido de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- GPC. (05 de Abril de 2020). PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO. *Protocolos asistenciales en Obstetricia*, 334-347. Obtenido de file:///C:/Users/hp/Downloads/S0304501313000812%20(3).pdf
- Guerrero, M. (2018). *HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SECUNDARIA A PLACENTA PREVIA COMPLICADA CON ACRETISMO PLACENTARIO*. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, Departamento de Medicina. Ambato: Imprent in Ecuador.

MAYO CLINIC. (29 de Julio de 2021). *Acretismo placentario*. Obtenido de MAYO CLINIC: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-accreta/symptoms-causes/syc-20376431>

Valdivieso, M. (2018). *PLACENTA PREVIA ACRETA, RESULTANTE OBSTETRICA Y NEONATAL*. Universidad Estatal de Guayaquil, Departamento de Obstetricia y Ginecologia. Guayaquil: Editorial Universitaria.

Véliz, F., Núñez, A., & Selman, A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Vol.83(Nº. 5), 513-526. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0513.pdf>

