



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA



**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO
**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE
EDAD CON PLACENTA PREVIA**

AUTORA
MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA

TUTORA
MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Q.F. FÁTIMA MEDINA PINARGOTE. MSC.
DECANATO O DELEGADO (A)

LCDA. GREY ANDRADE. MSC.
COORDINADORA DE CARRERA
O DELEGADO (A)

LCDA. MÓNICA CABALLERO. MSC
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN
DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)
O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





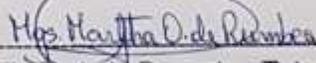
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA** la misma que está matriculada en la modalidad de Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON PLACENTA PREVIA**, de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018.



Firma de la Docente - Tutora

MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

CI: 1202076194





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

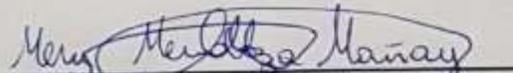
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON PLACENTA PREVIA

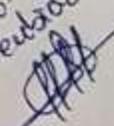
Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Jueves, 20 de septiembre del 2018

Autora


MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA
C.I 1206703942

20-9-18
Revisado


Urkund Analysis Result

Analysed Document: MENDOZA-MAÑAY-MERY-ZULEYCKA.docx (D41531063)
Submitted: 9/17/2018 10:28:00 PM
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

PLACENTA-PREVIA-APA 2 (1).docx (D41525256)

Instances where selected sources appear:

2



Firma de la Docente – Tutora

MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

C.I. 1202076194



Egresada

MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA

C.I. 1206703942

ÍNDICE GENERAL

TEMA.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEÓRICO.....	1
Placenta.....	1
Placenta previa.....	1
Clasificación.....	1
Fisiopatología.....	2
Etiología.....	2
Clínica.....	2
Factores De Riesgo.....	3
Complicaciones.....	3
Diagnóstico.....	4
Tratamiento.....	5
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objetivos.....	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos específicos.....	8
1.3 Datos Generales.....	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.....	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	10
2.3 Examen físico (exploración clínica).	10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	15
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales.....	20
Articulación de las teorías y modelos de Enfermería con el PAE.....	20

<i>Teoría Adopción del Rol Materno por Ramona Mercer</i>	20
2.8 Seguimiento	21
2.9 Observaciones	21
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Ilustración 1 Placenta previa total en gestación de 20 semanas	
Ilustración 2 Notas de enfermería	
Anexo 1 Solicitud de aprobación del Docentetutor del caso clínico.....	
Anexo 2 Solicitud de entrega de caso Clínico.....	
Anexo 3 Registro de Tutorías de caso Clínico primera etapa.....	
Anexo 4 Solicitud de entrega de los 3 anillados.....	
Anexo 5 Registro de Tutorías de caso Clínico segunda etapa	

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE
EDAD CON PLACENTA PREVIA**

RESUMEN

Placenta previa es una de las causas de hemorragia presente en el segundo o tercer trimestre de embarazo, afectando principalmente a gestantes con cicatriz uterina previa, multíparas o con edad igual o mayor a 35 años; las modificaciones endometriales, miometriales u ovulares estarían afectando la implantación del blastocito o la placenta, haciendo que ésta, se ubique cerca o sobre el orificio cervicouterino.

Con el objetivo de elaborar un proceso de atención de enfermería que garantice el bienestar materno – fetal en una paciente gestante con placenta previa se realizó una valoración física, por patrones funcionales y análisis de exámenes complementarios, datos que fueron sometidos al pensamiento crítico enfermero indicando los patrones disfuncionales y determinando los diagnósticos enfermeros que nos llevaron a seleccionar las intervenciones ideales para este caso clínico.

Los resultados fueron favorables alcanzando el equilibrio hemodinámico, ausencia de hemorragia y armonía emocional.

PALABRAS CLAVE: PLACENTA PREVIA, HEMORRAGIA, GESTANTE, CICATRIZ UTERINA PREVIA, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ABSTRACT

Placenta previa is one of the causes of hemorrhage in the second or third trimester of pregnancy which affect mainly pregnant women with previous uterine scar, multiparous or with age equal to or greater than 35 years; the endometrial, myometrial or ovular modifications would be affecting the implantation of the blastocyst or the placenta, causing it to be located near or above the cervical orifice.

With the aim of developing a nursing care process that guarantees maternal-fetal wellbeing in a pregnant patient with placenta previa, a physical assessment was carried out by functional patterns and analysis of complementary exams, data that were subjected to critical thinking nurse indicating the dysfunctional patterns and determining the nursing diagnoses that led us to select the ideal interventions for this clinical case.

The results were favorable due to the hemodynamic balance, absence of hemorrhage and emotional harmony.

KEYWORDS: PLACENTA PREVIA, HEMORRHAGE, PREGNANT, PREVIOUS UTERINE SCAR, NURSING CARE PROCESS.

INTRODUCCIÓN

La vocación del servicio es el primer paso que dan los enfermeros, la no maleficencia y la justicia son los principios éticos de nuestra profesión; el valor de la vida lo tenemos cuando le damos contenido: generando y manteniendo vida, ejerciendo sin pretensión de beneficios personales. El binomio madre – hijo es la base de la vida, una conexión inquebrantable que como enfermeros “seres de luz” debemos cuidar y suplir cualquier necesidad requerida por ellos.

Se puntualiza que la placenta previa se da cuando ésta se inserta en el segmento uterino inferior, próxima o sobre el orificio cervicouterino.

Se destaca que existen 52 muertes maternas por cada 100000 n.v en el continente americano; la incidencia mundial de placenta previa, es variable: 1 en cada 200 embarazos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el perfil de mortalidad materna en Ecuador del año 2016 se presentaron 133 casos, siendo la placenta previa la sexta causa con 6 defunciones. También refiere que la placenta previa con hemorragia es una de las causas de morbilidad ambulatoria en 253 casos. Entre los factores predisponentes para la placenta previa encontramos el alto índice de cesáreas, edad materna y las técnicas de reproducción humana asistida. Durante los últimos 8 años hubo un ascenso de aproximadamente el 60% en casos de cesárea. En la zona rural el incremento de esta pericia pasó de 16,1 % al 31,5% entre los periodos de 1999 - 2004 y 2007 – 2012 respectivamente (MSP, 2017). Al ser la placenta previa un riesgo que afecta la diada materno/fetal pongo a consideración el presente caso clínico cuya intención es demostrar las características, factores de riesgo, complicaciones; y el pensamiento crítico enfermero mediante la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería utilizando la taxonomía del NANDA, NIC y NOC.

I. MARCO TEÓRICO

Placenta

La placenta tiene funciones como el intercambio de gases, nutrientes y metabolitos; El trofoectodermo es el primer tejido en diferenciarse de la mórula y esta es la fase inicial de formación de la placenta; con la implantación se inicia su desarrollo, el blastocito se une al endometrio, siendo la parte externa del blastocito (trofoblasto) la que da lugar al sincitiotrofoblasto que al final del primer trimestre se inserta en las células endometriales formando una placenta primitiva (Cunningham, et al., 2011).

Por cada 100 g de peso la placenta aumenta 14 g, van sincronizados. Al final de un embarazo a término el peso aproximado es de 500 g (Fernández, 2009).

Placenta previa

El término se usa cuando la placenta está implantada sobre o muy cerca del orificio cervicouterino.

La incidencia varía en todo el mundo, es de aproximadamente 1 en cada 200 embarazos a término y no hay precisión en la definición e identificación de la placenta previa.

Se estima que la incidencia en nulíparas es de 0.2 % mientras que multíparas puede ascender al 5 % (Martell & Astorga, 1999).

En Ecuador es la segunda causa más común de hemorragia obstétrica en el segundo trimestre, ya que la primera es el desprendimiento de la placenta normalmente implantada (MSP, 2017).

Clasificación

De acuerdo a la relación de la placenta con el orificio cervicouterino se clasifica en:

Oclusiva total: La placenta se ubica sobre el orificio cervicouterino, cubriéndolo totalmente.

Oclusiva parcial: Cuando el orificio cervical uterino está parcialmente cubierto por la placenta.

Marginal: La placenta llega al borde del orificio cervicouterino, pero no lo excede.

Lateral o de inserción baja: La placenta se encuentra próxima al orificio cervical interno. (Grupo CTO, 2011, pág. 93)

Fisiopatología

Se desconoce la fisiopatología de la placenta previa, pero se ha evidencia que se da con mayor frecuencia en las mujeres de edad avanzada o partos por cesárea, asociado con la cicatrización del endometrio.

Se ha propuesto la teoría de que estos fenómenos determinan alteraciones del tejido endometrial, con mala vascularización, adelgazamiento del miometrio y una localización menos favorable para la implantación. Probablemente el embrión es retenido en el tejido más sano, que sería el endometrio no afectado del segmento uterino inferior. Si esto fuera así, cabría pensar que el segmento uterino anterior es un lugar poco adecuado para la implantación tras una cesárea; sin embargo, por motivos que no están claros, los antecedentes de traumatismos uterinos por cesáreas previas en realidad aumentan el riesgo de sufrir una placenta previa hasta seis veces. (Gibbs, Karlan, Haney, & Nyggard, 2009)

Etiología

Ciertas variaciones endometriales, miometriales u ovulares tienden a afectar en la implantación del blastocito o la placenta; haciéndolo esta, no en el fondo uterino si no cerca del orificio cervicouterino (López, 2011).

“La causa específica de la placenta previa es desconocida” (Grupo CTO, 2011, pág. 94).

Clínica

La manifestación clínica característica de la placenta previa es la hemorragia indolora, súbita, de sangre roja brillante, de volumen variable, que aparece en el

segundo o tercer trimestre de gestación, y suele haber reincidencia, aumentando la intensidad en dependencia del avance del embarazo.

La hemorragia, sea por efecto de las contracciones uterinas o por la natural distensión uterina, la porción inferior del órgano, denominada segmento, se amplía paulatinamente por elongación de las fibras musculares en el último trimestre de la gestación. Este fenómeno físico no es seguido por las áreas de implantación placentaria, de manera que se presentan algunas zonas de despegamiento que determinan abertura de vasos sanguíneos deciduales, derivando así la hemorragia. (Fernández, 2009, pág. 302)

Factores De Riesgo

Entre los factores que predisponen placenta previa podemos destacar:

- Embarazo múltiple: La placenta es de mayor tamaño, lo que desarrolla el riesgo de que llegue a ser previa.
- Cicatriz uterina previa: Miomectomía, cesáreas, legrados y aspiración manual endouterina. La incidencia crece con el número de cesáreas previas, cuando la placenta, al no poderse anidar sobre la cicatriz, se implanta en otras regiones, descendiendo en la cavidad uterina.
- Multiparidad y edad mayor o igual a 35 años: La paridad y la edad avanzada incrementan el riesgo de placenta previa, por un mecanismo similar al anterior. (Asturizaga & Jaldin, 2014)
- Fumadoras: Se duplica el riesgo (posiblemente porque la hipoxemia conlleva a una hipertrofia placentaria compensadora)
- Uso de cocaína
- Espacio intergenésico pos cesárea menor a 12 meses. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Complicaciones

La placenta complicada por hemorragia, incide en los siguientes riesgos y consecuencias perinatales: aumento de morbilidad perinatal, parto pretérmino,

ruptura prematura de membrana, shock hipovolémico, placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa, de cordón, hemorragia posparto, histerectomía, embolia de líquido amniótico, mala presentación, necesidad de drogas vasoactivas, transfusiones (Instituto Cínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona, 2012).

“Se ha evidenciado que la anemia fetal y la isoimmunización Rh se desencadenan por la hemorragia feto – materna, para la cual la placenta previa es un factor de riesgo fundamental” (Martell & Astorga, 1999, pág. 254).

Diagnóstico

La literatura menciona que se puede realizar el examen físico siempre y cuando las áreas de exploración sean la abdominal para el reconocimiento de la no contractilidad o hipertonia uterina; auscultación para verificar el estado y presentación fetal.

El examen del cuello uterino está contraindicado porque hasta el tacto vaginal más sutil provocaría un aumento de la hemorragia. Solo se lo efectuaría si el parto está planificado para ese momento o se cuenta con todos los recursos para una cesárea inmediata. Martell & Astorga, (1999) y Águila, Breto, Cabezas, & Delgado (2012) coinciden en que se puede realizarse la exploración cuidadosa con espéculo ya que esta no incrementa el riesgo de hemorragia.

La ultrasonografía transvaginal ha mejorado la exactitud diagnóstica de placenta previa, y es superior a la transabdominal por factores como: vejiga llena que provoca una proximidad de la pared anterior y posterior del segmento uterino inferior dando falsos positivos de placenta previa; y el ocultamiento del borde inferior de la placenta ocasionado por la cabeza fetal.

Referente a las pruebas diagnósticas las recomendaciones son: a) realizar un ultrasonido entre las semanas 18 y 24 que comprenda la ubicación de la placenta; b) si en el ultrasonido abdominal se infiere placenta previa, en la semana 35 o 36 se debe corroborar este diagnóstico mediante un ultrasonido transvaginal; c) En gestantes con cesárea previa y si la placenta cubre total o parcialmente el orificio

cervicouterino se realiza un seguimiento mediante ultrasonografía desde la semana 20. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Tratamiento

Las pacientes con placenta previa deben tener un manejo integral, individualizado y contar con un equipo multidisciplinario. El profesional de salud, la paciente y los familiares deliberaran las complicaciones maternas - fetales que se podrían dar, la edad gestacional y vía en que culminará la gestación.

Tratamiento conservador y valoración materno – fetal en caso de hemorragia menor a 500 ml y edad gestacional inferior a 37 semanas: signos vitales maternos, frecuencia cardiaca fetal, presentación y situación del feto, tono uterino, restricción del tacto vaginal, confirmar el diagnóstico mediante ultrasonografía transvaginal, conducta expectante con la paciente hospitalizada.

Manejo de pacientes con placenta previa en hospitalización:

- Reposo en cama
- Nada por vía oral hasta determinar conducta a seguir.
- Dos vía intravenosas con calibre 16 y 18 para infusión de cristaloides (solución salina al 0.9% o Lactato de Ringer)
- Monitorización del sangrado vaginal.
- Hemograma de ingreso y control recurrente; sistema ABO y factor Rh.
- Reserva y disponibilidad de hemoderivados (4 unidades de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y otros).
- En caso de inestabilidad materno – fetal se recomienda cesárea inmediata.
- Si la gestante de 37 semanas se encuentra sintomática controlada se indica culminar con el embarazo.

- La tocólisis está indicada en gestantes con riesgo de parto pretérmino para extender el embarazo al menos 48 horas, de preferencia la dosis inicial con nifedipino de 10 a 20 mg por vía oral cada 20 minutos si no disminuyen las contracciones.
- En gestación de 24 a 34 semanas se induce a la maduración pulmonar fetal con corticoides como: Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos dosis o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis (Ministerio de Salud Pública, 2017, págs. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

1.1 Justificación

La placenta previa es una complicación obstétrica y un componente de riesgo asociado al incremento sustancial de la incidencia de hemorragia post parto, siendo también una condición que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la gestante como en su producto. Aunque en la actualidad hay un importante desarrollo en su diagnóstico y tratamiento, los casos con esta patología persisten en las unidades de salud.

Luego del análisis de diversos criterios y conceptualización de la patología se precisarán los diagnósticos y elaborarán los planes de cuidados que resolverán las necesidades de la paciente.

El siguiente caso clínico se justifica atendiendo y desarrollando un proceso de atención de enfermería basado en la incidencia de hemorragia post parto ya que constituye una complicación obstétrica y neonatal; su aplicación en el campo asistencial mejoraría la calidad de vida de la paciente y su producto.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Elaborar un proceso de atención de enfermería que garantice el bienestar materno – fetal en paciente gestante con placenta previa.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los componentes de riesgo asociados con placenta previa.
- Describir las intervenciones de enfermería en pacientes con placenta previa.
- Identificar los patrones disfuncionales y necesidades afectadas en la gestante con placenta previa.

1.3 Datos Generales

Tabla 1

Datos Generales

Nombre y apellidos:	NN
Edad:	23 años
Raza:	Mestiza
Lugar y fecha de nacimiento:	04 de diciembre de 1994
Lugar de procedencia	Urdaneta
Residencia actual:	Cuatro varas – Urdaneta
Numero De Historia Clínica:	xx
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	xx
Religión:	Católica
Grupo Sanguíneo:	O Rh +

Fuente: Historial clínica de paciente. Nota: Elaborado por Mery Zuleycka Mendoza Mañay

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de sexo femenino con 23 años de edad, 20 semanas de gestación, feto único; llega a Emergencia consciente, orientada en tiempo y espacio, mucosas orales semihidratadas. Refiere dolor intenso a la palpación en hipogastrio y sangrado transvaginal abundante de color rojo rutilante con 4 horas de evolución.

Antecedentes personales: 1 Cirugía (Cesárea)

Antecedentes familiares: No refiere.

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

Se realiza ingreso el día 10 de Junio del 2018 a las 14:30. Ocupación quehaceres domésticos. Periodo intergenésico corto: 6 meses. Calendario de vacunación completo; presencia de animales domésticos en el interior de la vivienda; refiere alimentación completa y desde su percepción nutritiva; no refiere hábitos alcoholismo o drogadicción.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Cráneo: Simétrico, sin patología.

Cara: Simétrica, sin patología.

Cabello: Buena implantación sin presencia de pediculosis, ni descamación en cuero cabelludo.

Ojos: Simétricos, hidratados, no presenta patología.

Nariz: Sin secreción nasal, ni desviación.

Oídos: Simétricos, se observan perforaciones por presencia de aretes, limpios, no hay presencia de secreciones.

Boca: Piezas dentarias completas sin signos de gingivitis o caries, mucosas orales semihidratadas, amígdalas en estado normal.

Labios: Pálidos y semihidratados.

Lengua: Coloración normal, semihidratada.

Cuello: Sin adenopatía.

Tórax: Simetría de los senos, areola tono oscuro, pezón normal

Miembros superiores: Simétricos, sin patología.

Abdomen: Globuloso según fecha gestacional, línea alba notoria, fondo uterino 19 cm; doloroso a la palpación.

Miembros inferiores: Simétricos, sin edemas.

Dedos: Completos, limpios, sin presencia de cianosis.

Uñas: Limpias, simétricas, completas, no se evidencia micosis.

Talla: 157 cm

Peso: 77,5 Kg

Signos vitales:

T= 36.1 °C

P = 89 x'

PA= 134/79 mmHg

Resp.= 20 x'.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Percibe deterioro en su salud, manifiesta preocupación e intranquilidad, está dispuesta a participar en el proceso de mejorar su salud.

2.- PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Refiere tener una buena alimentación, apetito normal, ha aumentado de peso por su estado gestacional. Piel y membranas mucosas semihidratadas.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Micciones de corto intervalo y con un poco de dolor; deposiciones en frecuencia normal.

4.- PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

No realiza actividad física, y por su estado opta por el reposo. Campos respiratorios ventilados.

5.- PATRÓN SUEÑO – DESCANSO

Refiere dormir 7 horas diarias, el ambiente es acogedor, no tiene problemas para conciliar el sueño.

6.- PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

Dolor en hipogastrio, abdomen globuloso por su estado gestacional.

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Está conforme con su cuerpo, ansiedad leve, estado de ánimo deprimido.

8.- PATRÓN ROL – RELACIONES

Una pareja conyugal; excelente relación con su madre.

9.- PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Vida sexual activa, cursa embarazo de 20 semanas; tiene un hijo; presencia de sangrado transvaginal.

10.- PATRÓN AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere ansiedad leve pero esto no interfiere en sus horas de sueño. Se adapta con facilidad a los cambios o nuevo estilo de vida.

11.- PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

De religión católica no practicante; se identifica con el valor de la honestidad.

Patrones Funcionales Alterados

PATRÓN PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Percibe deterioro en su salud, y la de su producto evidenciado por preocupación e intranquilidad.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Deterioro de la eliminación urinaria evidenciado por micciones de corto intervalo y con un poco de dolor

6.- PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

Disconfort manifestado por dolor en hipogastrio; abdomen globuloso por su estado gestacional.

9.- PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Se evidencia sangrado transvaginal.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 2

Exámenes complementarios realizados

<u>Nombre</u>	<u>Valor</u>	<u>Valores Referenciales</u>
Biometría Hemática		
GLOBULOS BLANCOS (WBC)	12.500 mm ³	4.000 - 10.000/mm ³
GLOBULOS ROJOS (RBC)	5,0 millones/mm ³	3,8 5,8 millones/mm ³
HEMOGLOBINA (HGB)	10.1 g/dL	12.0 – 16.0 g/dL
HEMATOCRITO (HCT)	34.6 %	36.0 – 45.0 %
VOL. CORP. MEDIO (MCV)	76 fL	80 – 100 fL
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)	26 pg	27 – 32 pg
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC)	31 g/dL	32 – 36 g/dl
PLAQUETAS	224.000 mm ³	150.000 – 450.000/mm ³
Formula Leucocitaria		
NEUTRÓFILO	84	40 – 75 %
LINFOCITO	48	20 – 45 %
MONOCITO	11	2 – 10 %
EOSINÓFILO	7	1 – 6 %
BASÓFILO	3	<1 %
Uroanálisis		
Aspecto	Ligeramente turbio	Transparente
Color	Amarillo	Amarillo
Densidad	1012	1010 - 1030
pH	7.0	5.5 – 7.0
Leucocitos	25 células/campo	< 5 células por campo

Fuente: Historial clínica de paciente. Nota: Elaborado por Mery Zuleycka Mendoza Mañay

Ecosonografía:

EMBARAZO: Único **PRESENTACIÓN:** Transverso **DORSO:** Derecho

F.C.F: 156 lpm **DBP:** 52 mm **CA:** 145 mm **LF:** 28 mm **PESO:** 346 g **LÍQUIDO**

AMNIÓTICO: 400 ml **PLACENTA:** Placenta previa total **MADUREZ:** Grado 0

Placenta previa total

Embarazo 20 semanas de gestación

FPP: 25 de octubre del 2018

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

El pensamiento crítico enfermero nos cede la oportunidad de consolidar las referencias y antecedentes proporcionados por la paciente como: la evolución del sangrado vaginal y el dolor en hipogastrio; para establecer los diagnósticos de enfermería fundamentados en la taxonomía del NANDA como presuntivo: Riesgo de infección; diferencial: Déficit de volumen de líquidos; definitivo: Riesgo de sangrado.

Diagnóstico médico: Embarazo 20 semanas de gestación; placenta previa; infección de vías urinarias.

Diagnóstico diferencial: Desprendimiento prematuro de la placenta.

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

De los datos obtenidos en la anamnesis se pueden destacar los factores predisponentes asociados con lo que menciona la teoría son la cicatriz uterina previa y el período intergenésico corto: 6 meses.

Tabla 3*Operacionalización De Las Variables*

Variable	Conceptual	Indicador	Índice
Placenta previa	Es cuando la placenta se instala sobre o muy contigua del orificio cervicouterino.	Localización de la placenta en el útero	Oclusiva total Oclusiva parcial Marginal Lateral o de inserción baja
Sangrado vaginal	Efusión de sangre a través del canal vaginal.	Volumen de la hemorragia	Leve Moderado Grave
Dolor en hipogastrio	Dolor localizado en la región media, inferior del abdomen, entre las fosas ilíacas izquierda y derecha.	Escala del dolor	Leve Moderado Grave
Cicatriz uterina previa	Es el rastro en la región abdominal, como resultado de un antecedente quirúrgico uterino.	Antecedente quirúrgico	Miomectomía Legrado Cesárea

Fuente: Williams Obstetricia 23ª edición. Nota: Elaborado por Mery Zuleycka Mendoza Mañay



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: (00028)
NIC: (4010)
NOC: (0413)

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

**M
E
T
A
S**

R/C: Pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Etiqueta: Severidad de la pérdida de sangre

Campo 2 Fisiológico: Complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Etiqueta: Prevención de hemorragia

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

E/P: Sangrado transvaginal abundante de color rojo rutilante, mucosas orales semihidratadas, palidez.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal		x			
Pérdida de calor corporal				x	
Palidez en membranas cutáneas y mucosas			x		
Disminución de la hemoglobina	x				
Disminución del hematocrito	x				
Ansiedad			x		

ACTIVIDADES

1. Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
2. Observar signos y síntomas de hemorragia persistente.
3. Realizar estudios de coagulación.
4. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.
5. Administrar productos sanguíneos, si procede.
6. Evitar procedimientos invasivos.
7. Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas, si se produjeran hemorragias.

Elaborado por: Dra. Alina Izquierdo Cirer, MsC, Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MsC (Herdman & Kamitsuru, 2015) (Morhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2009)
Colaboradora: Lic. María Vera Márquez, (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2009)



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: (00132)
NIC: (1400)
NOC: (1605)

**M
E
T
A
S

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

Dolor agudo

E/P: Expresión facial (ojos apagados, gemidos, movimientos escasos)

R/C: Agentes lesivos (biológicos: infección de vías urinarias)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de salud (Q)

Etiqueta: Control del dolor

Campo 1 Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce factores causales				X	
Utiliza medidas preventivas				X	
Utiliza medidas de alivio no analgésicas			X		
Utiliza los analgésicos de forma apropiada			X		
Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario				X	

ACTIVIDADES

1. Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya, localización, características, y factores desencadenantes.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.
4. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relación, capacidad de distracción guiada, distracción, musicoterapia) antes, durante y después de las actividades dolorosas.
5. Monitorizar el grado de satisfacción de la paciente con el control del dolor a intervalos específicos.

Elaborado por: Dra. Alina Izquierdo Cirer, MsC, Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MsC (Herdman & Kamitsuru, 2015) (Morhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2009)
Colaboradora: Lic. María Vera Márquez, (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2009)



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: (00209)
NIC: (6800)
NOC: (0111)

**M
E
T
A
S**

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

Riesgo de alteración de díada materno/fetal

R/C: Complicaciones del embarazo (placenta previa)

Dominio: Salud funcional (I)

Clase: Desarrollo y crecimiento (B)

Etiqueta: Estado fetal: prenatal

Campo 5 Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

Etiqueta: Cuidados del embarazo de alto

E/P: Sangrado transvaginal abundante de color rojo rutilante, ansiedad leve.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia cardíaca fetal (120-160)					x
Resultados de la ecografía fetal		x			
Frecuencia del movimiento fetal				x	
Cardiotocografía en reposo				x	
Cardiotocografía con contracciones				x	
Prueba de estimulación acústica				x	

ACTIVIDADES

1. Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo, exámenes y procedimientos habituales de vigilancia.
2. Instruir a al paciente en técnicas de autocuidado (hidratación, modificación de actividades).
3. Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos.
4. Enseñar a contar los movimientos fetales.
5. Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal.
6. Proporcionar guía de las posibles intervenciones durante el proceso de parto.

Elaborado por: Dra. Alina Izquierdo Cirer, MsC, Lic. Elisa Boucourt Rodríguez, MsC (Herdman & Kamitsuru, 2015) (Morhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2009)
Colaboradora: Lic. María Vera Márquez, (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2009)

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

Diagnosticada la placenta previa en embarazos menores a 36 semanas y pérdida sanguínea menor a 500 ml es imprescindible optar por el tratamiento expectante.

Al ingreso de la paciente se monitorizaron signos vitales, y se procede a mantener un tratamiento conservador: se canaliza vía endovenosa para garantizar la estabilidad hemodinámica, monitorización fetal, exámenes de control: Hemograma y uroanálisis; se establece reposo absoluto; dieta basal. Se administra medicación prescrita: antibioticoterapia: Ampicilina 1g i.v cada 6 horas, Gentamicina 160 mg i.v cada día; paracetamol 1g cada 8 horas. Con estas indicaciones y la vigilancia continua de las variables vitales tanto maternas como fetales se obtuvo una mejoría sintomatológica y se logrará un parto a término.

Articulación de las teorías y modelos de Enfermería con el PAE

Teoría Adopción del Rol Materno por Ramona Mercer

Esta teoría de rango medio propone una interacción y evolución de la vinculación madre - hijo para ello la enfermera debe promover el control prenatal en donde participe también el padre, este abordaje garantiza un cuidado holístico en el proceso gestacional, parto y posparto en donde no solo se necesita del apoyo institucional sino también del hogar. Se inicia por fortalecer el autoestima y autoconcepto de los padres, la relación padre - madre y dinamizar la flexibilidad de los roles. Ya en el parto la enfermera es quien asume el liderazgo y toma acciones de vinculación neonato – parental.

La última etapa de la adopción del rol maternal está caracterizada por la percepción de armonía, intimidad y competencia, esto se denomina identidad materna. Los círculos concéntricos de Bronfenbrenner son la base de esta teoría:

Microsistema.- Es el entorno medular que encierra a la familia, factores con el funcionamiento familiar, relación madre – padre, estrés y apoyo social. En este

contexto se destaca la importancia del padre en la adopción del rol mediante la interacción madre, padre y niño.

Mesosistema.- Se agrupan e interactúan los elementos del microsistema, formando parte del mesosistema el cuidado diario, la escuela, lugar de trabajo y otras instituciones contiguas a la comunidad esto contribuye en el desarrollo del rol maternal y del niño.

Macrosistema.- Comprende corrientes culturales, políticas y sociales aplicadas en los otros sistemas por ejemplo el impacto del actual sistema de cuidado de la salud, las políticas nacionales referentes a mujeres y niños y las prioridades sanitarias influyen en la adopción del rol.

2.8 Seguimiento

- Valoración periódica de las características y volumen del sangrado transvaginal; de sintomatología como disuria, dolor en hipogastrio y constantes vitales.
- Valorar frecuencia cardíaca del feto y realización de ultrasonografía transvaginal.
- Evaluación de las intervenciones de enfermería.
- Previo examen de control (uroanálisis) analizar, cumplir o reestructurar el esquema de antibióticos con el equipo interdisciplinario.
- Mantenimiento de vía endovenosa permeable y de gran calibre con la reposición de líquidos indicada.
- Realizarse controles prenatales.

2.9 Observaciones

- Se realiza entrevista a madre y paciente, previa autorización de las mismas.
- Se involucra al cónyuge de la paciente en el tratamiento.
- Organización de los datos obtenidos para un brindar un cuidado con calidad y calidez teniendo como prioridad las necesidades de la paciente.

- Luego de explicar las complicaciones, tratamiento farmacológico y no farmacológico de la patología la paciente mostró inclinación para mejorar su salud, disminuyendo así la ansiedad de ingreso.
- Posterior a las recomendaciones e indicaciones de salud, paciente recibe alta médica.
- Un recurso necesario tanto como para el estudio, como para el manejo de la placenta previa fue la Guía Práctica Clínica de Anomalías de Inserción Placentaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

CONCLUSIONES

Luego de aplicar el proceso de atención de enfermería a una paciente con 23 años de edad, gestante de 20 semanas y diagnosticada con placenta previa total:

1. Se obtuvo el resultado esperado como es mantener y garantizar el bienestar materno – fetal, dirigidos por protocolos estandarizados nacionales e internacionales. Con la correcta valoración de enfermería situada en el ser biopsicosocial y los círculos concéntricos que establece Bronfenbrenner se pudieron discernir los agentes de riesgo que predispusieron su estado actual.
2. Se describieron las intervenciones de enfermería que formuladas y ejecutadas de manera eficiente, aportarán en la reducción de la morbimortalidad materno-fetal cumpliendo así con los Objetivos del Milenio.
3. Se identificaron también las necesidades y patrones alterados que mediante instrucciones básicas de cuidado y la asistencia oportuna, se maneja la salud de la paciente favorablemente, manifestada mediante un equilibrio hemodinámico y emocional de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, D. S., Breto, D. A., Cabezas, D. E., & Delgado, D. J. (2012). *Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Asturizaga, D. P., & Jaldin, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *REVISTA MÉDICA LA PAZ*, 58.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC* (Quinta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Cunningham, G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2011). *WILLIAMS OBSTETRICIA* (VIGÉSIMO TERCERA ed.). México, D. F.: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Fernández, J. (2009). *OBSTETRICIA CLÍNICA DE LLACA-FERNÁNDEZ* (Segunda ed.). México, D. F., México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Gibbs, Karlan, Haney, & Nyggard. (2009). En *Obstetricia Y Ginecología de Danforth* (pág. 386). Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health.
- Grupo CTO. (2011). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. Madrid: CTO.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Barcelona: Elsevier.
- Instituto Cínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. (25 de Septiembre de 2012). *Medicina Fetal Barcelona*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomalías.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- López, E. (12 de Enero de 2011). *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. Obtenido de

http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf

Martell, A., & Astorga, A. (1999). Placenta previa. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia Moderna* (pág. 254). Madrid: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE VENEZUELA.

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales* (Primera ed.). Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización - MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017-1.pdf>

Morhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC* (Cuarta ed.). Barcelona: Elsevier.

MSP. (31 de JULIO de 2017). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA*. Obtenido de <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes>,

Organización Mundial de la Salud. (11 de Noviembre de 2015). *Global Health Observatory data repository*. Obtenido de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1370?lang=en>

ANEXOS



Ilustración 1 Placenta previa total en gestación de 20 semanas

<p>10/06/18 Tice gestante de 23 años de edad con antecedentes de embarazo de término a término que ingresó a sala de parto con diagnóstico de placenta previa total a las 20 semanas de gestación. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia.</p>	<p>07:00 Pta gestante durante un periodo a periodo aparentemente tranquilo fue libre de dolor que hipogastrio no se palpaba nada por vía bina, se le administró toda la medicación usada con vía oral. P/A = 100/50 T = 36.8°C FC = 80x' R = 20x'</p>
<p>8:00 Paciente a las 23 semanas de edad con antecedentes de embarazo a término en sala de parto. Se le administró toda la medicación por vía oral.</p>	
<p>9:40 Paciente a las 23 semanas de edad con antecedentes de embarazo a término en sala de parto. Se le administró toda la medicación por vía oral.</p>	
<p>10/ Junio / 2018 Paciente gestante que ingresa a sala de parto con diagnóstico de placenta previa total a las 20 semanas de gestación. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia.</p>	<p>11-6-18 Paciente gestante de 23 años de edad con vía crónicamente primario con medicación administrada por vía oral. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia. Se indica cesárea electiva a las 36 semanas de gestación por riesgo de hemorragia.</p>

Ilustración 2 Notas de enfermería



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DE LA TUTORA

Yo, **MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA** en calidad de Docente Tutora de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): "**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON PLACENTA PREVIA**", elaborado por la estudiante egresada: **MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA**, de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de julio del año 2018


Firma de la Docente -Tutora

LCDA. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

CI: 180.302.619-4





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 5 de julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA**, con cédula de ciudadanía **1206703942**, egresada de la Carrera de **Enfermería**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON PLACENTA PREVIA**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora: Lda. Martha Ordoñez Hinojosa.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA
C.I 1206703942



05/07/2018 12:40



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05/07/2018

NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: Hs. Martha Lidiana Hinojosa FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL CASO CLINICO: Proceso de atención de un paciente pediátrico de 03 años de edad con Neumonia Parva
 NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: Henny Zuleyka Hernández Hinojosa
 CARRERA: Enfermería

Pag. No.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2 h	29-06-18	Presentación del caso clínico	✓		25%	[Firma]	[Firma]
2 h	30-06-18	Definición del Tema del caso clínico	✓		25%	[Firma]	[Firma]
1 h	02-07-18	Definición del Tiempo y espacio del caso clínico	✓		25%	[Firma]	[Firma]
1 h	04-07-18	Revisión final de la signatura del caso clínico	✓		25%	[Firma]	[Firma]



LIC. MARILU HINOJOSA G. MSC.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



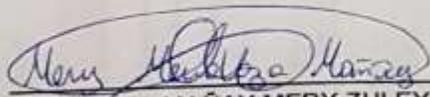
Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA**, con cédula de ciudadanía **1206703942**, egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 23 AÑOS DE EDAD CON PLACENTA PREVIA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente


MENDOZA MAÑAY MERY ZULEYCKA
C.I 1206703942





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: Mgs. Martha Godínez Hinojosa FIRMA: Mgs. Martha Godínez Hinojosa
 TEMA DEL CASO CLINICO: Proceso de atención de enfermería en paciente de 23 años de edad con placenta previa
 NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: Mery Zuleycka Mendoza Huaray
 CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. N°
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1	25/08/2018	Revisión de marco teórico	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	
2	31/08/2018	Revisión de objetivos	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	
2	11/09/2018	Revisión de justificación	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	
2	8/09/2018	Aprobación de introducción	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	
1	10/09/2018	Revisión y aprobación de valoración enfermería	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	
1	12/09/2018	Aprobación de conclusiones que determinan el problema	/		100%	Mgs. Martha Godínez Hinojosa	Mery Zuleycka Mendoza Huaray	



LIC. MARIOLINDA G. MSC.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/04/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: Mrs Martha Ordoñez Hinojosa FIRMA: Mrs Martha Ordoñez Hinojosa
 TEMA DEL CASO CLINICO: Proceso de atención de enfermería en paciente de 23 años de edad con placenta previa
 NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: Mely Zuleyka Mendoza Masay
 CARRERA: Enfermería

Nº de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje del Avance	Docente	FIRMAN	Pag. Nº
			Presencial	Virtual				
2	14/09/2018	Aprobación del PAE	✓		100%	Mrs Martha Ordoñez Hinojosa	Mely Zuleyka Masay	
1	15/09/2018	Aprobación de observaciones, conclusiones.	✓		100%	Mrs Martha Ordoñez Hinojosa	Mely Zuleyka Masay	



LIC. MARIJUANITA G. MISC.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERÍA

10/09/18
 Pabayo