



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de licenciado en Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
POSTPARTO CON RETENCIÓN PLACENTARIA EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.**

AUTOR

Ingrid Janina Borja Carrillo

TUTOR

Lic. Alicia Calderón

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

2020

DEDICATORIA

Dedico este estudio de caso clínico y toda mi carrera universitaria a Dios por sus enormes bendiciones y ser mi guía a lo largo de la vida. A mi papa y mama quienes con amor incondicional y esfuerzo hicieron posible el logro de mis metas, fueron mi fortaleza e inspiración diaria. Y para finalizar a Bambam, por todas esas noches acostado al lado mío acompañándome, por las veces en las que me sentía agobiada y con sus intentos de jugar conmigo me animaba.

A ustedes les dedico mis triunfos los amo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a Dios, quien con sus enormes bondades nos obsequia día a día el aliento de vida el cual me permite continuar.

Mi eterno agradecimiento a mi padre y madre quienes con sus valores han ido forjando desde pequeña mis grandes aspiraciones, por inculcarme valores, esfuerzo y dedicación lo cual me permitió afrontar las adversidades y lograr mis objetivos.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Técnica de Babahoyo que hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

Al Hospital Alfredo Noboa Montenegro por brindarme la oportunidad de poner en practica todo lo aprendido y por su desinteresada colaboración para obtener información para este estudio de caso clínico.

A mis mejores amigos que estuvieron a lo largo de la carrera universitaria por siempre sacarme una sonrisa en los momentos difíciles.

INDICE

TEMA DEL ESTUDIO DE CASO CLINICO.....	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
INTRODUCCION.....	1
I. MARCO TEORICO	2
PLACENTA.....	2
MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO.....	2
RETENCION PLACENTARIA.....	2
CLASIFICACION	3
FACTORES DE RIESGO.....	3
MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES	4
MANIFESTACIONES CLINICAS TARDIAS	4
COMPLICACIONES	4
HEMORRAGIA POST PARTO	5
DIAGNOSTICO.....	5
TRATAMIENTO.....	6
MANEJO DE SIRS, SEPSIS SEVERA Y CHOQUE SÉPTICO OBSTÉTRICO	7
RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA RETENIDA OMS.....	8
1.1 JUSTIFICACION	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 General.....	10
1.2.2 Específicos.....	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	12
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	12
2. 3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	15

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	17
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	17
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	20
2.8 SEGUIMIENTO	20
2.9 OBSERVACIONES	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	24

TEMA DEL ESTUDIO DE CASO CLINICO
**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
POSTPARTO CON RETENCION PLACENTARIA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL
HOSPIATL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO**

RESUMEN

La retención placentaria es una complicación puerperal, el riesgo de morbilidad y mortalidad materna es superior en mujeres indígenas que, en mujeres no indígenas, debido a su propia noción de salud, enfermedad, creencias y costumbres.

Desafortunadamente las mujeres indígenas no frecuentan los establecimientos de salud, debido a muchos factores: ubicación geográfica, status socioeconómico bajo, cultura de sus grupos poblacionales, entre otros. Bajo esta premisa se realizó este estudio de caso clínico en paciente gran múltipara de etnia indígena en estado de gestación que culminó con parto pretérmino en domicilio más muerte fetal, la cual mantuvo retenida la placenta por 29 horas. Motivo por el cual acude al Hospital Alfredo Noboa Montenegro referido por personal del ECU 911.

Se activó el manejo de la complicación de manera rápida y eficiente en el área de emergencia, inmediatamente se indicó ingreso a Centro Obstétrico donde se realizó la extracción manual de la placenta garantizando la vitalidad del paciente y posterior el ingreso a sala de ginecología para su recuperación.

En este estudio de caso clínico, se busca percibir la importancia del plan de atención de enfermería, enfocados en el modelo de Florence Nightingale, patrones funcionales de Marjory Gordon y modelo de adaptación de Callista Roy, con el fin de establecer el bienestar y confort del paciente y disminuir las consecuencias como el shock séptico y muerte.

Palabras claves: gran múltipara, parto pretérmino, retención placentaria, hemorragia post parto, shock séptico.

ABSTRACT

Placental retention is a puerperal complication, the risk of maternal morbidity and mortality is higher in indigenous women than in non-indigenous women, due to their own notion of health and disease, beliefs and customs.

Unfortunately, indigenous women do not frequent health facilities, due to many factors: geographical location, low socioeconomic status, culture of their population groups, among others. Under this premise, this clinical case study was conducted in a large multiparous patient of indigenous ethnicity in a state of gestation that culminated with preterm delivery at home plus fetal death, which kept the placenta held for 29 hours. Reason why you go to Alfredo Noboa Montenegro Hospital referred by ECU 911 staff.

The management of the complication was activated quickly and efficiently in the emergency area. Immediately, admission to the Obstetric Center was indicated where manual removal of the placenta was performed, guaranteeing the patient's vitality and subsequent admission to the gynecology room for recovery.

In this clinical case study, we seek to perceive the importance of the nursing care plan, focused on the Florence Nightingale model, Marjory Gordon's functional patterns and Callista Roy's adaptation model, in order to establish the well-being and comfort of the patient and lessen the consequences such as septic shock and death.

Keywords: large multiparous, preterm birth, placental retention, postpartum hemorrhage, septic shock.

INTRODUCCION

La retención placentaria es una complicación que ocurre en el alumbramiento, lo cual podría ocasionar consecuencias desfavorables como infecciones generalizadas y hemorragias post parto que comprometen la vitalidad materna.

En este estudio de caso clínico destacare un problema de emergencia obstétrica particularmente grave en mujeres indígenas. Como lo afirma Ruiz (2012) “En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en estos últimos periodos se ha presentado un alto riesgo de hemorragias postparto en un porcentaje entre 30-40% en la población de mujeres indígenas en edades fértiles, que han llegado a consecuencias fatales para la mujer (...)”.

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, etnia indígena, acude al área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro con el personal del ECU911 refiriendo dolor en la región pélvica, sangrado transvaginal leve y flujo vaginal fétido. Refiere parto en domicilio con muerte del feto que alcanzo las 32 semanas de gestación.

Al efectuar la valoración y toma de constantes vitales se evidencio alteraciones. Por lo cual se estableció cuáles son los patrones disfuncionales que presenta la paciente, de esta manera se fundamenta los diagnósticos de enfermería.

El tratamiento de la Retención Placentaria debe aplicarse tan pronto sea posible con la extracción manual de la placenta y en casos grave la histerectomía, para optimizar el bienestar del paciente. El plan de cuidado que se realizo fue integral y está dirigido a las intervenciones de enfermería. Los resultados obtenidos fueron favorables para la paciente.

I. MARCO TEORICO

PLACENTA

La placenta es un órgano discoide que tiene una relación hemocorial con la madre. Es decir, el trofoblasto, que cubre las vellosidades está en contacto directo con la sangre materna. (...) Es un órgano muy especializado, que interviene en la nutrición del feto, regulación de su crecimiento y metabolismo, así como su actividad endocrina. El desarrollo de la placenta y el feto es un proceso continuo que comienza en el momento de la fecundación. (Fred Morgan-Ortiz, 2015)

Dado que la placenta es una estructura temporal deberá ser expulsada completa, en la fase del alumbramiento puesto que su función habrá culminado.

MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

El manejo activo del tercer periodo consiste en la aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden son inversamente proporcionales al tiempo en que se produce la expulsión de la placenta. (Dra Ingrid Di Marco, 2018)

RETENCION PLACENTARIA

Ocurre cuando no ha sido expulsada la placenta dentro de los 30 minutos después del parto. La placenta retenida supone un riesgo potencial de morbilidad materna, por ende, es elemental la participación activa y minuciosa en la tercera etapa del parto (alumbramiento). Como argumenta Vázquez (2015) "La morbilidad materna por anomalías placentarias de adherencia e implantación son considerables. La tasa de mortalidad reportada fue 7%, con gran morbilidad intraoperatoria y post-

operatría asociada a transfusiones sanguíneas masivas, infecciones, daño ureteral y formación de fistulas vaginales".

CLASIFICACION

El acretismo complicación patológica que impide la desprendimiento placentaria después del parto.

Según la profundidad se clasifican en:

- **Placenta acreta:** Adherente al miometrio
- **Placenta increta:** Penetra la pared uterina
- **Placenta percreta:** Perfora la pared uterina

Según la extensión se clasifican en:

- Adherencia incompleta
- Adherencia completa

FACTORES DE RIESGO

- Placenta implantada en cicatriz uterina
- Prematuridad
- Inducción del parto
- Placenta anómala

Como lo afirma (Francisca Véliz O, 2018) El mayor factor de riesgo actual es el antecedente de cesárea o de cualquier cirugía uterina (miomectomía, resección de adherencias fibrinosas vía histeroscópica, antecedentes de embarazo ectópico operado, etc.) asociado a una implantación placentaria baja.

MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES

- No se expulsa la placenta
- Falta de fragmentos placentarios
- Sangrado transvaginal
- Retraso en la involución uterina

MANIFESTACIONES CLINICAS TARDIAS

- Fiebre
- Escalofríos
- Hidrorrea con olor
- Dolor abdominal
- Hemorragia puerperal
- Producción de leche tardía

COMPLICACIONES

El principal riesgo para la madre es que tenga hemorragias durante el parto y el posterior intento de separar la placenta de la pared uterina. La hemorragia puede ser potencialmente mortal para la madre, si se convierte en grave. Otras preocupaciones son los daños al nivel del útero y en órganos circundantes. Cuando la placenta es adhiere demasiado al útero, solo una histerectomía puede salvar la vida de la madre y evitar el sangrado excesivo. (MSc. Dra. Milagros Eusebia Muñiz Rizo, 2015) De acuerdo con el autor destaco que la causa de morbilidad se incrementa en las hemorragias debido a la involución uterina provocada por la retención de la placenta la cual evita que el útero vuelva a su tamaño idóneo después del parto. Asimismo, logrando desencadenar problemas infecciosos que comprometen la vitalidad como sepsis puerperal, shock séptico.

HEMORRAGIA POST PARTO

La hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. También se entiende por HPP a cualquier pérdida hemática que cause compromiso hemodinámico en el postparto.

La HPP puede clasificarse en primaria o secundaria según el tiempo en que ocurre el evento.

La hemorragia post parto primaria ocurre durante las primeras 24 horas posteriores al nacimiento del neonato. La hemorragia posparto secundaria ocurre después de 24 horas y hasta 12 semanas después del parto. Las causas incluyen retención de restos placentarios y/o infección. (Dra Ingrid Di Marco, 2018)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de retención placentaria post natal es sencillo debido que ocurre cuando no se ha producido el alumbramiento después de los 30 minutos pese al manejo dinámico del mismo.

El diagnóstico prenatal de placenta adherente es difícil. El uso del Doppler transvaginal ha demostrado ser particularmente útil en casos de sospecha de la enfermedad en el segmento uterino inferior.(...) Los criterios diagnósticos de placenta adherente son la desaparición de la interfase con la decidua, con ausencia o adelgazamiento importante de la zona o banda hipo ecogénica correspondiente al miometrio entre la placenta y la pared uterina externa, irregularidad de la superficie externa del útero correspondiente a la serosa, que se vuelve ondulada y más ecogénica en continuidad con el tejido placentario, irregularidad de la interfase entre útero y vejiga. (Vazquez, 2015)

La resonancia magnética está indicada cuando la ecografía es dudosa o equivoca, (...) Cuando el diagnóstico es definitivo a través de la ecografía, la resonancia

magnética se usa para planear la interrupción del embarazo por vía alta y la HPP. Se recomienda realizar este estudio imagenológico entre las 24 y 30 semanas idealmente, puesto que previamente la placenta aun es inmadura y posteriormente la señal interna se vuelve más heterogénea generando una imagen distorsionada en ambos casos. (Francisca Véliz O, 2018)

TRATAMIENTO

Tras presentarse la retención placentaria, se instaura un primer manejo medico, que constituye principalmente un tratamiento farmacológico activo. Dentro de la práctica clínica, se han utilizado una gran variedad de fármacos o uterotónicos, entre ellos la oxitocina intraumbilical o intravenosa, prostaglandinas intraumbilicales, intravenosas u orales, relajantes musculares como la nitroglicerina intravenosa o sublingual entre otros. (Catalina Quilindo, 2017)

Si a pesar del tratamiento farmacológico instaurado la placenta no se desprende, se debe proceder a un segundo manejo, que corresponde a la extracción manual del tejido retenido, este procedimiento es invasivo y requiere de la extracción física de la placenta bajo anestesia regional o general. (...) En algunos de los casos se dificulta la extracción manual de los restos placentarios o está contraindicado este procedimiento, la paciente debe ser llevada a quirófano para la realización de un legrado bajo anestesia, posteriormente se debe hacer exploración de la cavidad para asegurar la extracción total de los restos. (Catalina Quilindo, 2017)

Y en casos graves como acretismo completo se procede a la histerectomía (extracción de útero).

MANEJO DE SIRS, SEPSIS SEVERA Y CHOQUE SÉPTICO OBSTÉTRICO

Estas complicaciones obstétricas requieren manejo activo para mitigar las condiciones que ponen en riesgo el embarazo, etapa del parto y puerperio. Para dejar más clara esta idea, el Ministerio de Salud Pública, Score Mama, Claves y D.E.R obstétricos (2016) señala que el: "Reconocimiento temprano de la sepsis es de suma importancia para la resucitación agresiva para restaurar y mantener la perfusión tisular dentro de las primeras 6 horas, mejora significativamente la supervivencia".

Activar clave amarilla para SIRS, Sepsis severa y Choque séptico obstétrico

1. Aplicar score mama para identificar signos y síntomas de gravedad
2. Examen físico completo
3. Asegure dos accesos venosos con catéter N 16 o N 18
4. Administración de oxígeno suplementario con mascarilla o cánula nasal
5. Coloque sonda vesical
6. Mantener temperatura corporal
7. Toma de muestras para exámenes de sangre y cultivos
8. Realizar gasometría arterial
9. Tomar cultivos de nasofaringe y secreción vaginal
10. Si no se consigue el objetivo de saturación de oxígeno, considerar fluidos y transfusión de glóbulos rojos concentrado
11. Iniciar protección gástrica, de acuerdo a protocolo de remitidita u omeprazol de acuerdo a disponibilidad.
12. Iniciar antibióticos, sin que la obtención de cultivos retrase la administración de antibióticos más 45 minutos
13. Restitución de líquidos
14. Vigilancia fetal
15. Iniciar asistencia hemodinámica y tratamiento auxiliar de acuerdo a las recomendaciones del protocolo de manejo de sepsis. (MSP, 2016)

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA RETENIDA OMS

Si la placenta no se expulsa en forma espontánea, se recomienda el uso de oxitocina adicional (10 UI, IV/IM) en combinación con tracción controlada del cordón umbilical. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

No se recomienda el uso de ergonometrina para el tratamiento de la placenta retenida, dado que puede causar contracciones uterinas tetánicas, las cuales pueden demorar la expulsión de la placenta. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

No se recomienda el uso de prostaglandinas alfa E2 (dinoprostona o sulprostona) en el tratamiento de la placenta retenida. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja)

Se recomienda la administración de una dosis única de antibióticos (ampicilina o cefalosporina de primera generación), si se lleva a cabo la extracción manual de la placenta. (Recomendación débil, pruebas científicas de calidad muy baja) (OMS, 2014)

1.1 JUSTIFICACION

El propósito de este estudio de caso clínico es contribuir con un plan de acción de enfermería encaminado a la disminución de los riesgos de la retención placentaria y a mejorar los conocimientos de las madres sobre los mismos a través de actividades de enfermería enfocadas en la educación y la prevención.

Ya que sigue siendo un potente problema de salud que pone en riesgo el bienestar materno, es fundamental por dicha razón que estos casos sean tratados por personal de salud capacitado de esta manera se preverá el incremento de muertes maternas.

Iniciando con la elaboración de un plan de cuidados orientados en el modelo conceptual de Marjory Gordon con los patrones funcionales y la taxonomía de NANDA-NIC-NOC las cuales están dirigidas a solucionar los problemas de salud del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

- Aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 42 años de edad con diagnóstico médico de Retención Placentaria en el área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.2.2 Específicos

- Valorar al paciente por medio de la aplicación de diferentes métodos y técnicas de recolección de datos.
- Identificar patrones disfuncionales.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.
- Establecer las acciones de enfermería que contribuyen a mejorar la salud del paciente.

1.3 DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: XXX XXXX

Numero de cedula: 0201514508

Sexo: femenino

Edad: 42 años

Grupo Cultural: Indígena

Lugar de nacimiento: Guaranda

Lugar de procedencia:

Estado civil: Casada

Ocupación: Agricultor

Nivel de instrucción: Ninguna

Religión: católica

Número de hijos: 8

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

El día 4 de junio del 2019 paciente de sexo femenino de 42 años de edad acude con personal del ECU 911 al área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por presentar sangrado transvaginal leve, acompañado de dolor pélvico, flujo vaginal fétido.

ANTECEDENTES PERSONALES

No refiere

ANTECEDENTES ALERGICOS

No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere

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

Paciente orientada en tiempo y espacio, abdomen suave doloroso a la palpación, gran multipara que cursaba las 32 semanas de gestación que finalizó con parto en domicilio (parto séptico) con muerte fetal, presenta hidrorrea de mal olor, sangrado transvaginal en leve cantidad, dolor en región pélvica con 29 horas de evolución, carente empatía ante el duelo, lo que facilita la etapa de aceptación del duelo.

Se generan ordenes de exámenes de Laboratorio.

Medida inicial en el área de emergencia

- Activar clave amarilla (Protocolo de Score Mama, Claves, D.E.R obstétricas)

- Monitorización continua de signos vitales
- Score mama cada 15 minutos
- Oxígeno por cánula nasal a dos litros por minuto
- Canalización de vía periférica
- Reposición de fluidos intravenosos
- Vía 1: Cloruro de sodio al 0,9% 2000 ml IV STAT
- Vía 2: Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml a 120 ml/Hora
- Ceftriaxona 2 gramos IV STAT
- Control de sangrado vaginal
- Aseo
- Colocación de sonda vesical
- Brindar medidas de confort
- Ingreso a Centro Obstétrico

2. 3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Constantes vitales de ingreso

Presión Arterial: 98/52 miligramos de mercurio

Frecuencia Cardíaca: 100 por minuto

Frecuencia Respiratoria: 25 por minuto

Temperatura: 37° C

Saturación de Oxígeno: 87%

Medidas antropométricas

Peso: 59 kg

Talla: 147 cm

Evaluación cefalocaudal (exploración clínica)

Cabeza: normo cefálica, buena implantación de cabello

Cara: con presencia de manchas

Ojos: pupilas isocóricas

Oídos: permeable, sin presencia de secreciones

Boca: mucosa oral semihidratada, carece de piezas dentales

Piel: pálida, diaforética.

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: expandible, mamas y areola normales

Abdomen: suave doloroso a la palpación intensidad 7-10

Genitales: hidrorrea con mal olor, sangrado transvaginal

Extremidades: móvil, sin edemas

Valoración por patrones funcionales

1. Percepción/Control de Salud

paciente tiene conciencia de su complicación obstétrica, aspecto físico conservado.

2. Nutricional y Metabólico

piel y membranas mucosas semihidratada.

3. Eliminación

diuresis colúrica, proteinuria, hemoglobinuria, paciente diaforética

4. Actividad/Ejercicio

sin alteraciones, sueño conservado en cantidad y calidad

5. Cognitivo/Perceptual

presencia de dolor pélvico intensidad 7/10

6. Autocontrol/Autoconcepto

Escasa empatía ante duelo (muerte fetal) con tendencia a la aceptación.

7. Función y Relaciones

sin alteraciones, buena relación familiar.

8. Sexualidad/Reproducción

escaso nivel de conciencia de planificación familiar y métodos anticonceptivos.

9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

sin alteraciones.

10. Valores y Creencias

sin alteraciones, católica.

11. Seguridad y Protección

Riesgo de infección por retención placentaria, riesgo de shock

12. Confort

Leve ansiedad

Patrones disfuncionales

1. Eliminación
2. Cognitivo/Perceptual
3. Seguridad y Protección

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Hematológico	Resultados	Valores referenciales
Hemoglobina	7.0	Mujer: 11.6-15 gramos/dL
Hematocrito	20.9 %	Mujer: 35.5-44.9%
Leucocitos	13.760	4.000-12.000

Química sanguínea	Resultados	Valores Referenciales
Glucosa en ayuna	83.7 mg/dl	70-115

Urea	39.8 mg/dl	15-50
Creatinina	0.76 mg/dl	0,6-1,1
Transaminasa oxalacetina	116.7 u/l	31-35

Uroanálisis elemental	
Densidad	1.025
pH	5
Proteína	++
Cetona	+
Hemoglobina	+

Gasometría	Resultados
pH	7.33↓
pCO ₂	14.5 ↓
Electrolito	Resultados
Na ⁺	136 mmol/L
K ⁺	3.6 mmol/L
Ca ⁺⁺	0.70 ↓ mmol/L
Cl ⁻	124 ↑ mmol/L
Metabolito	Resultados
Glu	116 ↑
Lac	7.08 ↑

Análisis de exámenes

La biometría hemática revelo anemia severa, la cual pudo ser provocada por el parto. Se evidencio leucocitosis debido a la presencia de una infección provocada por la retención placentaria. En la química sanguínea se evidencia niveles altos en las transaminasas que supone disfunción hepática. El uroanálisis revela eliminación

de cetonas, proteínas la cual figura que el riñón no funciona de la forma correcta. En la gasometría arterial se evidencio Acidosis metabólica descompensada.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico presuntivo

Infección

Diagnóstico definitivo

Retención placentaria, shock séptico

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

Diagnósticos de enfermería

Riesgo de shock R/C retención placentaria E/P sangrado transvaginal, hidrorrea fétida

Dolor agudo R/C retención placentaria E/P dolor pélvico, diaforesis, expresión facial



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



(T Heather, 2014) (NIC, 2014) (NOC, 2014)

RIESGO DE SHOCK (00205)

R/C: Retención placentaria

E/P: Sangrado transvaginal, hidrorrea fétida.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Etiqueta: Severidad de shock séptico (0421)

Campo: 2 Fisiológico complejo

Clase: N Control de la perfusión tisular

Etiqueta: 4250 Manejo del shock

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Disminución de la presión arterial diastólica			X		
Aumento del ritmo cardiaco				X	
Aumento de la frecuencia respiratoria		x			
Disminución del oxígeno arterial		X			
Aumento de la temperatura corporal		X			

ACTIVIDADES

- Monitorizar los signos vitales, presión arterial ortástica, estado mental, diuresis
- Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión
- Vigilar la pulsioximetría, según corresponda
- Realizar una gasometría arterial y monitorizar la oxigenación tisular
- Monitorizar los valores de laboratorio
- Insertar y mantener una vía IV de gran calibre
- Administrar líquidos IV mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda
- Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y o plaquetas según corresponda

NANDA: (00132)
NOC: (3107)
NIC: (5616)

M
E
T
A
S

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



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



(NIC, 2014) (NOC, 2014)

DOLOR AGUDO (00132)

NANDA: (00132)
NOC: (3107)
NIC: (5616)

R/C: RETENCION PLACENTARIA

E/P: DOLOR PELVICO, DIAFORESIS, EXPRESION FACIAL

M
E
T
A
S

Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud

Clase: Q Conducta de salud

Etiqueta: Control del dolor (1605)

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

Campo: (1) FISIOLÓGICO BASICO

Clase: (F) FOMENTO LA COMODIDAD FISICA

Etiqueta: (1400) MANEJO DEL DOLOR

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce el comienzo del dolor			X		
Reconoce factores causales		X			
Utiliza medidas de alivio no analgésicas				X	
Reconoce síntomas asociados del dolor			X		
Refiere dolor controlado			X		

ACTIVIDADES

- Control de los signos vitales
- Realizar valoración del dolor
- Observar signos no verbales de molestias
- Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia
- Proporcionar al paciente un alivio del dolor optimo mediante analgésicos prescritos.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Dando las circunstancias inestables de los exámenes de laboratorio realizados con valores inferiores a los normales se evidencia un problema infeccioso provocado por la retención placentaria la cual desencadenaría el sangrado transvaginal y como consecuencia anemia severa.

Orientada en el modelo conceptual de Marjory Gordon con los patrones funcionales, se estructura los cuidados de enfermería focalizando el bienestar del paciente conjunto con los modelos naturalistas de Florence Nightingale enfocados en el confort y el modelo de adaptación de la hermana Callista Roy ayuda al paciente que se adapte al entorno hospitalario para superar su complicación obstétrica.

2.8 SEGUIMIENTO

Bajo normas de asepsia y antisepsia previa colocación de campos estériles y con anestesia general se realiza extracción manual de placenta más revisión de cavidad. Sangrado durante el procedimiento de 300 ml, no hay desgarros, cérvix entreabierto duro.

Hallazgos

- Cordón umbilical que protruye por vía vaginal
- Placenta extraída en pedazos con fetidez

Prescripciones para área de Recuperación Centro Obstétrico

- Monitorización continua de signos vitales y Score Mama cada 15 minutos
- Control de atonía uterina
- Control de sangrado transvaginal
- Control de ingesta y excreta
- Control de diuresis horaria

- Administración de medicación prescrita (antibióticos)
- Control de curva térmica
- Bajar temperatura por medios físicos
- Transfundir 3 concentrados de glóbulos rojos Grupo O+
- Transfundir 2 plasmas frescos congelado
- Comunicar novedades
- Medidas de confort
- Se realiza ingreso al servicio de ginecología para continuar con la recuperación.

En la biometría hemática post transfusión se patentiza como los valores aumentaron de forma favorable garantizando la homeostasis.

Con plan de alta el 09 de junio del 2019, paciente de 42 años de edad el cual respondió bien al tratamiento y evoluciona de manera satisfactoria en el servicio de Ginecología, no hubo presencia de complicaciones durante el proceso por lo que se pudo tratar de forma exitosa la complicación.

2.9 OBSERVACIONES

Se educó acerca de la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, debido a su escaso nivel de conciencia de planificación familiar.

Se sugirió seguir con el horario de toma de medicamento y se realiza la Contrarreferencia a la Unidad Operativa de Guanajuato para la continuidad de la atención integral.

CONCLUSIONES

La retención placentaria constituye una gran problemática poco común que ponen en riesgo la vida de la mujer. Se considera que las principales complicaciones de la placenta retenida son las hemorragias post parto y sepsis puerperal. Como determina la Guía Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de las hemorragias post parto, la frecuencia de retención placentaria es de un 10%, ocupando el 90% la atonía uterina, ruptura uterina y problemas de coagulopatía preexistente o adquirida.

Utilizando los patrones funcionales alterados se realizó el diagnóstico enfermero el cual nos permitió priorizar los problemas potenciales de la paciente, se utilizó el proceso de atención de enfermería integral, con las intervenciones de enfermería ejecutadas a través de la taxonomía NANDA, NOC, NIC, por lo cual se obtienen resultados favorables en su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Catalina Quilindo, J. R. (2017). Uterotonicos en el tratamiento de la retencion placentaria. *Asociacion de Sociedades Cientificas de Estudiantes de Medicina de Colombia*.
- Dra Ingrid Di Marco, D. H. (2018). *CONSENSO Hemorragia Postparto (HPP)*. Obtenido de SOGIBA: http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf
- Eduardo Martínez Martín, P. M. (2013). Manejo de la retención placentaria basado en la evidencia científica actual. *Dialnet*, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455634>.
- Francisca Véliz O, A. N. (2018). *Articulo de Revision*. Obtenido de Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador.: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0513.pdf>
- Fred Morgan-Ortiz, F. V.-R.-C.-J.-B. (2015). Anatomia y Fisiologia de la placenta y liquido amniotico. *Revista Medica de la UAS*. Obtenido de Anatomia y Fisiologia de la placenta y liquido amniotico: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf>
- Gloria M. Bulechek, H. K. (2014). *NIC*. España: Elsevier.
- MSc. Dra. Milagros Eusebia Muñiz Rizo, M. D. (2015). Acretismo placentario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- MSP. (2016). *Score Mamáa, Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminucion Mortalidad Materna: <http://181.211.115.37/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1a,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. *Organizacion Mundial de Salud*, 3.
- Ruiz, M. (2012). *Factores de riesgo que inciden en hemorragias postparto vaginal en mujeres atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro*. Obtenido de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=http%3A%2F%2Fspace.uniandes.edu.ec%2F+space.uniandes.edu.ec+%E2%80%BA+...+%E2%80%BA+Tesis+de+M%C3%A9dico+Cirujano+Factores+de+riesgo+que+inciden+en+hemorragias+postparto+...>
- Sue Moorhead, M. J. (2014). *NOC*. Barcelona- España: Elsevier.
- T.Heather, H. (2014). *NANDA International DIAGNOSTICOS ENFERMEROS*. Barcelona: Elsevier.
- Vazquez, S. (2015). *Anales de Facultad de Ciencias Medicas*. Obtenido de Tesis presentada en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, para elescalafóndocente de la Cátedrade Ginecologia y Obstetrícia: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v48n1/v48n1a03.pdf>

ANEXOS

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"									
INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD.	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
H.S.P.		H.A.N.H.			PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
					02	01	02		
1 REGISTRO DE ADMISION									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CEDULA DE CIUDADANIA	
Griso		Castro		Maria		Olga		0201314908	
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA	ZONA	N° DE TELEFONO
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	GENERO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO	
1976-07-01	Guaranda	Ecuatoriana		43					
FECHA DE ADMISION	OCCUPACION	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE			
04/06/19									
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:			PARENTESCO-APINIDAD		DIRECCION		N° DE TELEFONO		
FORMA DE LLEGADA			FUENTE DE INFORMACION		INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE		N° DE TELEFONO		
AMBULATORIA			AMBULANCIA		OTRO TRANSPORTE				
2 INICIO DE ATENCION Y MOTIVO									
HORA	TRAUMA	CAUSA CLINICA	CAUSA G. OBSTETRICA	CAUSA QUIRURGICA	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh				
NOTIFICACION A LA POLICIA	OTRO MOTIVO	X Rotación Placentaria							
3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA									
FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCION DEL EVENTO				CUSTODIA POLICIAL			
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAIDA	QUEMADURA	MORDEDURA	ANOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	AFLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE		
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	VIOLENCIA X IRINA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FISICO	ABUSO PSICOLOGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA		
INTOXICACION ALCOHOLICA	INTOXICACION ALIMENTARIA	INTOXICACION POR DROGAS	INHALACION DE GASES	OTRA INTOXICACION	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA		
OBSERVACIONES									
ALIENTO ETILICO									
VAPOR ALCOHOLICO									
4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NUMERO RESPECTIVO									
1. ALERGICO	2. CLINICO	3. GINECOLOGICO	4. TRAUMATOLG.	5. QUIRURGICO	6. FARMACOLOG.	7. PSIQUIATRICO	8. OTRO		
NO REFIRIRSE.									
5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS									
DESCRIBIR Cronologia LOCALIZACION CARACTERISTICAS SINTOMAS PRESENCIA FACTORES AGRAVANTES									
VIA AREA LIBRE	X VIA AREA OBSTRUIDA	CONDICION ESTABLE	X	CONDICION INESTABLE					
Paciente femenina 42 años edad acude con personal del ECU911, por presentar rotación placentaria de 20h evolución por lo que acude.									

GNS-MSP/HCU form 008 / 2008

EMERGENCIA (1)

Formulario 008

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PRÁCTICA ASISTENCIAL

1. Consentimiento Informado para Quirófano
2. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro
3. Servicio del establecimiento de salud: H A N M
4. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: 0201514908
5. FECHA: 04/06/2019 6. HORA: 13:55

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
<u>Brito</u>	<u>Chileno</u>	<u>Maria Olga</u>	<u>42</u>

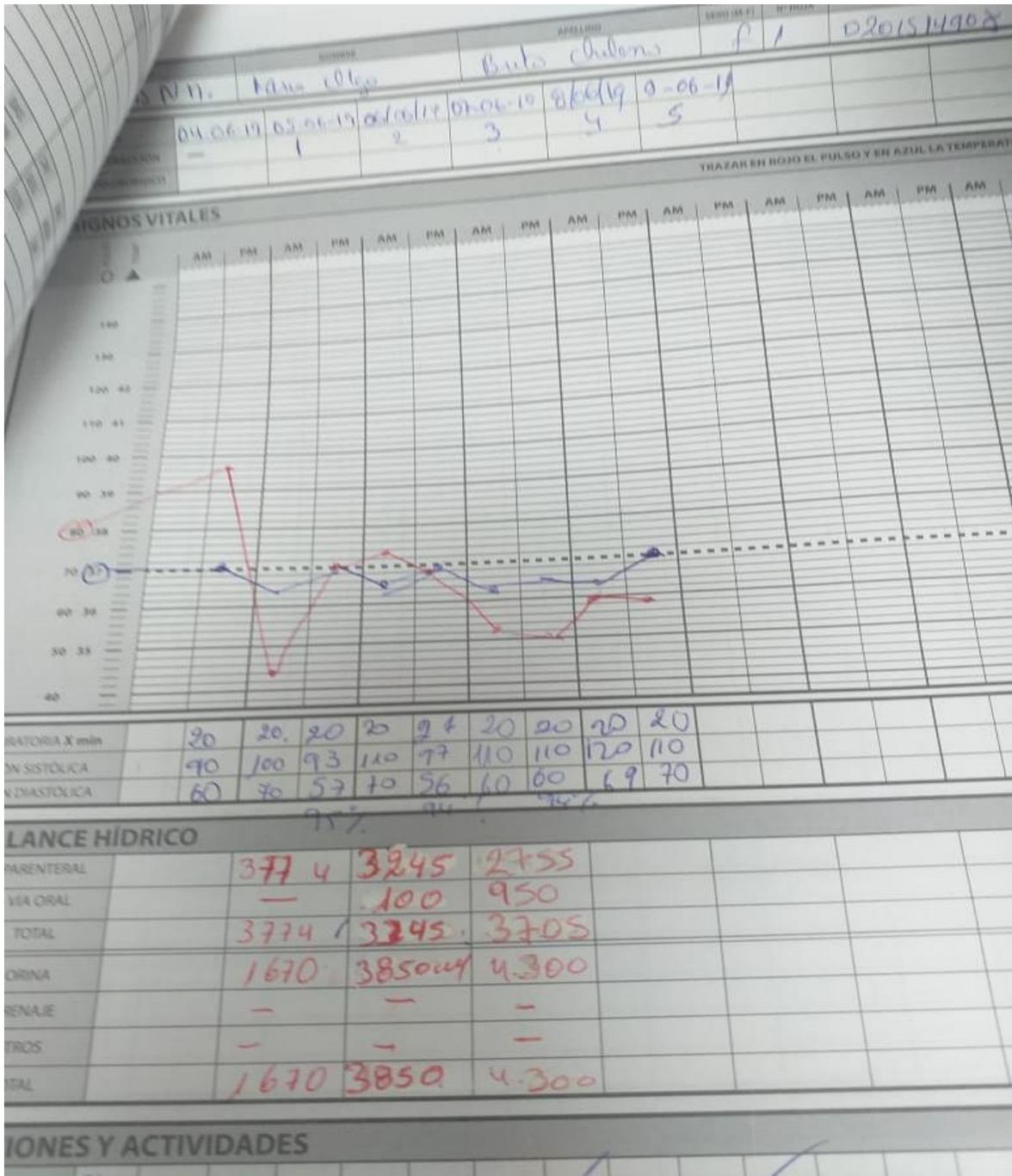
8. TIPO DE ATENCIÓN Ambulatoria: _____ Hospitalización: _____
9. NOMBRE DEL DIAGNOSTICO (codificación CIE10) Retención Placentaria - Shock séptico
10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO Extracción Manual de Placenta
11. ¿EN QUÉ CONSISTE? Extraer la placenta
12. ¿COMO SE REALIZA? Bajo normas de asepsia y antisepsia, bajo colocación de campos estériles
13. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión a paciente)



14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: 40 minutos
15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: Bienestar Materno
16. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): Shock
17. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): _____
18. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc): Gran Multipara
19. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: _____
20. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: Ninguno
21. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Revert Materno

DNEAIS - HCU - FORM. 024 - anverso

Consentimiento informado para realizar extracción manual de placenta



Hoja de signos vitales