



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**UNIDAD DE TITULACION**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA DE  
ENFERMERIA**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS  
DE EDAD DE 23 SEMANAS DE GESTACION CON PLACENTA PREVIA**

**AUTOR:**

**ARISSON DOMENICA AGUAYO GUERRERO**

**TUTORA:**

**LCDA. MARTINEZ ANGULO MARIA AUXILIADORA**

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR**

**2020**

## Tabla de contenido

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>II</b>
<b>TITULO DEL CASO CLINICO .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>VI</b>
<b>I. MARCO TEORICO .....</b>	<b>1</b>
<b>Placenta.....</b>	<b>1</b>
<b>Placenta previa .....</b>	<b>1</b>
<b>Etiología .....</b>	<b>1</b>
<b>BASES TEORICAS .....</b>	<b>2</b>
<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....</b>	<b>2</b>
<b>Epidemiología.....</b>	<b>3</b>
<b>Muerte materna sin relación con la gestación.....</b>	<b>3</b>
<b>Clasificación .....</b>	<b>4</b>
<b>Sintomatología .....</b>	<b>4</b>
<b>Complicaciones.....</b>	<b>5</b>
<b>Factores de riesgo .....</b>	<b>6</b>
<b>Diagnostico.....</b>	<b>6</b>
<b>Tratamiento.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Justificación.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Objetivos .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. Objetivo general .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.2. Objetivo específico .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. Datos generales.....</b>	<b>10</b>
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3. Examen Físico .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4. Información de exámenes complementarios realizados .....</b>	<b>13</b>
<b>2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo ....</b>	<b>14</b>
<b>2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....</b>	<b>15</b>
<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....</b>	<b>16</b>

<b>2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales.....</b>	<b>19</b>
<b>2.8. Seguimiento.....</b>	<b>20</b>
<b>2.9. Observaciones.....</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>



## **DEDICATORIA**

El presente caso clínico quiero dedicarle a Dios por ser mi guía, quien me dio esa fuerza para seguir mi camino a pesar de caídas el me enseñó hacer fuerte y a levantarme de nuevo porque las peores batallas le da a sus mejores guerreros.

A mis padres que son mi pilar para seguir mi camino, agradezco por tenerme esa confianza esa fe y por cada oración de mi familia y que gran satisfacción al sentir que mis padres se sientan orgullosos de mí y a mi pequeña que es mi motor para seguir adelante.

A mi tutora que al principio tenía miedo que haga algo mal y se enoje hasta lo último le tuve miedito, pero sabía que si me retaba era para mi bien muy buena tutora si me dieran el privilegio de volver a escoger sin duda escogería a ella es una tutora que está pendiente de sus pupilos.

**Arisson Domenica Aguayo Guerrero**

## **AGRADECIMIENTO**

El presente caso clínico le agradezco a Dios por ser el quien me guio mi camino y por darme esa fuerza para seguir adelante.

A mi hija que es mi motor para seguir luchando.

A mis padres que son el motor de mi vida, y por ser parte de esta etapa importante en mi vida.

A Jenny Sellan quien me ha aconsejado quien a veces me ha dado el apoyo y me ha brindado su confianza.

A mi hermano Cristhian Aguayo y mi cuñada Dagmar Fonseca, que me apoyaron en este paso importante en mi vida.

A mis amig@s Ivette Huacon Galarza, Génesis Arévalo Bravo, Kerly Mera Amat, Patricia Ganchoso García, Sara Rivas, Norella Maliza, Danny Reyes, Josué Aguirre, Alejandro Daniel, Luis Ponce, Diana Moreira, Karla Toro, Lisethe Flores, Carlos Menéndez, quienes me aconsejaron quien me dieron ese aliento para no de caer y su apoyo incondicional.

**Arisson Domenica Aguayo Guerrero**

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS  
DE EDAD DE 23 SEMANAS DE GESTACION CON PLACENTA PREVIA**

## **RESUMEN**

Placenta previa es una de las causas de hemorragia en el segundo o tercer trimestre de embarazo. Afecta principalmente a mujeres embarazadas menores o iguales a 35 años, partos múltiples, cicatriz uterina previa; endometrio, miometrio u ovulares afectarían a la implantación del blastocito o placenta, estableciéndose del modo que este ubicado cerca o encima del orificio del cuello uterino.

Con el fin de desarrollar un proceso de enfermería que asegure la salud materna y fetal de las gestantes con placenta previa antes del embarazo, se realizó una evaluación física mediante el análisis de patrones funcionales y exámenes complementarios, y sobre estos datos se llevó a cabo un riguroso pensamiento de enfermería, indicando el patrón y determinación de la disfuncionales con el determinado diagnóstico de enfermería nos hizo elegir la intervención idónea para este caso clínico.

Los resultados son satisfactorios, se logra el equilibrio hemodinámico, sin hemorragia y armonía emocional.

**PALABRAS CLAVE:** Placenta previa, Hemorragia, Menor de Edad, Proceso de Atención de Enfermería.

## **ABSTRACT**

Placenta previa is one of the causes of bleeding in the second or third trimester of pregnancy. It mainly affects pregnant women under or equal to 35 years of age, multiple births, previous uterine scarring; Endometrium, myometrium or ovaries would affect the implantation of the blastocyst or placenta, establishing itself as it is located near or above the orifice of the cervix.

In order to develop a nursing process that ensures the maternal and fetal health of pregnant women with placenta previa before pregnancy, a physical evaluation was carried out through the analysis of functional patterns and complementary examinations, and a study was carried out on these data. Rigorous nursing thinking, indicating the pattern and determination of the dysfunctional with the determined nursing diagnosis, made us choose the ideal intervention for this clinical case.

The results are satisfactory, hemodynamic balance is achieved, without bleeding and emotional harmony.

**KEY WORDS:** Placenta previa, Hemorrhage, Minor, Nursing Care Process.

## **INTRODUCCION**

La placenta previa es un proceso anatómicamente característico debido a la inserción de la placenta normal del útero y clínicamente debido por hemorragias de intensidad variable. Suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre de gestación, sin embargo, puede suceder en la última parte del primer trimestre gestación. Es una de las principales causas de la hemorragia antes del parto y suele evitar la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

La placenta previa constituye un gran problema dentro del área de salud, en el aspecto médico las complicaciones que presentan pueden comprometer la vida del paciente como para el producto por la gran pérdida de sangre, así como también el desprendimiento prematuro de placenta, y el bebé puede nacer prematuro con bajo peso al nacer o con alguna anomalía congénita. (Healthwise, 2019)

El actual estudio de caso me permite analizar y conocer cómo se detecta dicha patología para poder conocer las causas y consecuencias la situación de la paciente de sexo Femenino de 15 años de edad.

Por medio de la recolección y organización de datos se realizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Según las taxonomías NANDA, NOC, NIC Marjorie Gordon evalúa el modo funcional de la paciente y decide hacer una serie de preguntas sobre los datos objetivos obtenidos a través de la observación para establecer las necesidades los factores de riesgo que se exponen durante y después de su estadía hospitalaria facilitando la realización del diagnóstico enfermero al mostrar los patrones funcionales alterados para plantear las intervenciones de enfermería y aplicar las necesarias con el fin de obtener el mejoramiento.

## **I. MARCO TEORICO**

### **Placenta**

Las funciones placentarias tienen como el incremento con el intercambio de gases, nutrientes y metabolitos; el trofotodermo es el primer tejido en diferenciarse de la mórula y esta es la fase inicial de formación de la placenta; como la implantación se inicia su desarrollo, el blastocito se une al endometrio, siendo la parte externa del blastocito (trofoblasto), lo que da lugar al trofoblasto se nutra y se inserte en las células endometriales formando en el primer trimestre para formar la placenta primitiva (Kurjak, 2016).

### **Placenta previa**

Cuando la placenta se desarrolla a un nivel más bajo de lo normal y se inserta en el útero, cuando parte o la totalidad de la placenta está frente al feto durante el parto, se denomina. Si la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno se indica que la placenta previa es completa o total, mientras que cuando solo queda cubierto parte del orificio cervical interno se indica que la placenta previa es parcial (Niswander, 2010).

### **Etiología**

No se ha encontrado el motivo específico del diagnóstico diferencial de placenta previa, pero la hipótesis principal está relacionada con la vascularización anormal del endometrio y el revestimiento del útero, que es causada por cicatrices o atrofia causada por traumatismos, cirugías o enfermedades infecciosas. La enfermedad puede ser causada por una variedad de razones, que incluyen partos múltiples, madres con edad avanzada, antecedentes de cesárea o aborto espontáneo y posible tabaquismo (Melgar, 2020).

## **BASES TEORICAS**

### **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Es un método sistemático en el que se brinda atención con un enfoque humanitario y todo el conocimiento científico se refleja en la práctica profesional con el objetivo de restaurar todas las esferas de la salud afectadas en el individuo. Se desarrolló a principios de mediados del siglo XX y ha ido evolucionando con el tiempo para consolidarse como una metodología estructurada de cinco etapas.

**Valoración:** En este paso se recoge e interpreta la información más relevante del paciente a través de la anamnesis y examen céfalo-caudal, se identifica a la persona a partir de sus dimensiones, en las que se describe su situación biopsicosocial en la que se encuentra, bajo el aspecto físico, se observan las necesidades, valores afectados, la relación que se establece con el enfermero y la familia, en la situación emocional y espiritual, se contempla lo que siente y manifiesta en relación a la enfermedad, en la dimensión social observamos la relación con el medio que lo rodea.

**Diagnóstico:** La enfermera hace un juicio clínico sobre el estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, pueden ser reales o potenciales, sirven de base para elegir intervenciones de Enfermería y obtener resultados. Un diagnóstico de Enfermería según la taxonomía NANDA consta de los siguientes elementos.

- **Problema:** Muestra el problema o la respuesta que presenta la persona es decir los signos y síntomas obvios y lo describe de forma clara y precisa.
- **Etiología:** Se refiere a los factores de riesgo en los que ocurre el problema de salud es el factor relacionado con el diagnóstico.
- **Signos y Síntomas:** Es la manifestación que se evidencian en los cuadros clínicos del problema o respuesta.

**Planificación:** La atención prioritaria establece los cuidados prioritarios de acuerdo a los recursos disponibles a disposición de la enfermera para resolver el problema de salud del paciente.

**Ejecución o Intervenciones:** Se aplica el plan de cuidados en el que se incluye al paciente y la familia con el objetivo de atender las necesidades de salud afectadas en el individuo.

**Evaluación:** Los resultados obtenidos se evalúan según las que intervenciones utilizadas según los criterios de efectividad y eficiencia de sus resultados (Zumba, 2019).

## **Epidemiología**

- **Mortalidad materna:** La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, define a la muerte materna, como la muerte de toda mujer sin importar la causa, que se encuentre embarazada o hasta los 42 días siguientes del puerperio.
- **Muerte materna directa:** Es la muerte obstétrica en sí misma, que se produce como complicación del embarazo, el parto o el puerperio.
- **Muerte materna indirecta:** Es la muerte indirectamente obstétrica ligada a una enfermedad ya existente, habiéndose desarrollado o agravado en el curso del embarazo.

## **Muerte materna sin relación con la gestación**

- **Incidencia:** Es el número de enfermedades nuevas en periodo especificado.
- **Prevalencia:** Este es el número de personas que están enfermas en un momento dado, por los que incluye casos nuevos y antiguos.
- **Riesgo:** Es la probabilidad o posibilidad de que ocurra un evento o un problema de salud.
- **Factor de riesgo:** Característica física, química, biológica o social, que, al detectarse en un individuo o comunidad, aumenta el riesgo o probabilidad de que ocurra un problema de salud como determinante, con diferentes dimensiones y relaciones en cada caso.

- **Frecuencia:** Este es el número de veces que los mismos datos estadísticos se repiten en un conjunto de observaciones de una investigación determinada (Zambrano, 2016)

## **Clasificación**

**Tipo I Implantación baja de placenta:** Es el que se implanta sobre el segmento uterino, pero cuyo borde inferior está a menos de 2 cm del orificio cervical interno.

**Tipo II Placenta previa marginal:** Es cuando la placenta se encuentra adyacente al margen del orificio cervical interno sin sobrepeso.

**Tipo III Placenta previa parcial:** Es cuando solamente una parte del cuello uterino está cubierta por la placenta.

**Tipo IV Placenta previa total o central:** Es aquella que la superficie de implantación placentaria cubre completamente el orificio cervical del cuello uterino (Ministerio de Salud Pública, 2017).

## **Sintomatología**

durante un embarazo normal o con frecuencia de preeclampsia, el proceso comienza repentinamente. Esta iniciación puede ir acompañada o no de hemorragia externa.

- a) Si hay hemorragia externa, tiene una característica especial establecida: es demasiado tarde, porque la hemorragia proviene de un hematoma placentario intrauterino, por lo que debe haber atravesado, despegando la membrana de la pared uterina; no es en abundancia, tiene un color negro. Se acompaña de coágulos de sangre con hematoma, que es de naturaleza intermitente.
- b) Cuando no hay hemorragia externa o incluso con ella, el cuadro se complementa con otra serie de signos:
  1. El inicio del proceso se acompaña de dolor agudo de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio del desprendimiento. El útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior, y su pared también aumenta

considerablemente en consistencia y tensión, hasta que adquiere el carácter clásico de un útero leñoso a la palpación, excepto en el sitio de la placenta y desprendimiento, donde suele haber una cierta blandura. La hipertensión provoca sensibilidad a la presión de la tensión en el peritoneo, al tiempo que se explica por qué las partes fetales sean difícilmente palpables.

2. El cuadro de fondo de las mujeres es la anemia y el shock.
3. Si el desprendimiento es importante (más de la mitad de la superficie placentaria), el feto sufre anoxia y muere como consecuencia lógica de la misma; la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos.
4. El tacto vaginal revela que las membranas están muy dilatadas. Se ha comprobado que cuando el útero se contrae, el tacto vaginal revela que la bolsa de agua se hincha. Este hecho muestra que el único signo clínico de actividad contráctil en los casos es el que está cubierto por hipertensión, lo que se crea imposible la valoración de la forma mediante a la palpación abdominal. Este signo es valioso para formarse un juicio sobre la existencia de actividad contráctil del útero en el desprendimiento normal de la placenta y, según para poder adoptar una conducta expectante a la espera del parto espontáneo.

Todos los síntomas observados pueden adquirir gran intensidad en el accidente grave, pero también pueden reducirse en los casos leves, en los que incluso es posible, como debe verse, la continuación del embarazo (Fescina).

### **Complicaciones**

Para pacientes con placenta previa o una placenta con implantación baja (acreta), los riesgos incluyen malformaciones fetales, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento fetal, previa venosa e inserción oculta del cordón umbilical (donde el extremo de la placenta del cordón umbilical está rodeado solo por membranas fetales) vasos sanguíneos divergentes del cordón umbilical).

En las mujeres que han tenido una cesárea previa, la placenta previa aumenta el riesgo de acumulación de partos prematuros; el riesgo aumenta significativamente con el aumento de la cesárea anterior (de aproximadamente el 10% en la cesárea a más del 60% (Yvonne S. Butler Tobah, M.D., 2017).

### **Factores de riesgo**

Entre los factores de riesgo de placenta previa podemos destacar:

- **Embarazo múltiple:** La placenta es grande, por lo que existe el riesgo de placenta previa.
- **Cicatriz uterina previa:** histerectomía, cesáreas, legrado y aspiración artificial.

La incidencia aumenta con el número de cesáreas previas, cuando la placenta, se implanta en otras áreas porque no puede ir descendiendo en la cavidad uterina.

- **Nacimientos múltiples y edad mayor o igual a 35 años:** La paridad y la edad avanzada aumenta el riesgo de placenta previa, a través de un mecanismo similar al anterior.
- **Fumadoras:** Riesgo doble (posiblemente debido a la hipoxemia que conduce a una hipertrofia placentaria compensatoria).
- Uso de cocaína
- Intervalo genético por cesárea menor a 12 meses (Ministerio de Salud Publica , 2017)

### **Diagnostico**

La ecografía transvaginal puede ver con mucha precisión la posición de la placenta en relación con el orificio cervical interno. La placenta previa oclusiva total cubre completamente el orificio cervical interno, mientras que, en la placenta previa marginal, el borde inferior esta adyacente o al menos 2 cm del cuello uterino interno; en algunas placentas, la placenta previa atraviesa la parte inferior de la placenta. El borde se superpone con el orificio cervical interno. Si la placenta está a más de 2 cm del cuello uterino y hay sangrado, se

deben descartar otras causas de sangrado antes del parto (Ministerio de Salud Publica , 2017).

### **Tratamiento**

En el proceso de tratamiento, se debe comprender un concepto; el sangrado no se detiene hasta que el útero está vacío, lo que significa que es necesario extraer el feto con urgencia. Sin embargo, antes de iniciar la evacuación, se recomienda reponer la pérdida de sangre y consolidar el estado general alterado por anemia y shock.

- **Parto vaginal con feto muerto y buen estado general materno:** En casos leves y moderados, si el trabajo de parto espontaneo ya ha comenzado, se puede permitir. La rotura prematura de la bolsa de agua debe realizar de forma sistemática, ya que esto puede reducir enormemente el tiempo de trabajo. Si aún no ha comenzado, intente inducirlo mediante infusión intravenosa continua de oxitocina. Tanto el comportamiento de parto espontaneo como el inducido de estos pacientes también pueden probarse por la rápida velocidad del parto. En mujeres con muerte fetal e hipoplasia cervical, la prostaglandina E2 se puede tomar en dosis de 2.5 a 5.0 mg en un gel o chip vaginal o misoprostol en una dosis de 50 mg.
- **Operación cesárea abdominal:** Si la paciente se vuelve severa, el feto aún está vivo, para evitar su muerte, falla la inducción del parto o se prolongan las horas de trabajo, especialmente en los casos más severos, se sospecha un ictus uterino, entonces se realiza este examen. Esto no solo evacuará el útero rápidamente, sino que también decidirá si conservar el útero. Para histerectomía, se recomienda la inyección intravenosa de oxitocina, que provocara contracciones uterinas manteniendo la estructura anatómica y la integridad funcional del miometrio.

Una vez que se expulsa el feto, todavía existe el riesgo de debilidad e hipofibrinogenemia. Se utiliza el primer masaje y oxitocina, si falla, la histerectomía (Fescina).

### **1.1. Justificación**

El problema de placenta previa que ha venido presentándose durante la existencia del Hospital Gineco - Obstétrico Alfredo G Paulson de la ciudad de Guayaquil corresponde a una patología obstétrica que proyecta marcado interés por ser resuelta con un espíritu solidario orientado a favorecer a las madres embarazadas involucradas, y lograr con esto, pero con el fin del fenómeno, si al menos, lograr una notable disminución en la morbimortalidad materno y perinatal.

Las enfermeras, como todo el equipo de salud tienen como objetivo brindar al paciente todos los cuidados necesarios para lograr u obtener una mejoría y recuperación de la salud a la que hemos brindado los cuidados necesarios.

Dado que la Placenta Previa resulta ser de gran importancia médica y obstétrica, la investigación continua y los estudios racionales en su manejo, la mayoría de las mujeres embarazadas pueden volverse susceptibles de crisis de este trastorno obstétrico, que, de no haberse tomado las medidas correctivas oportunas del caso, tendrían un impacto desfavorable en el logro de un desarrollo normal del embarazo que redundaría en el bienestar de la pareja madre-hijo.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general**

Elaborar el proceso de atención de enfermería en las pacientes con placenta previa del hospital Alfredo G Paulson.

### **1.2.2. Objetivo específico**

- Establecer el proceso de atención de enfermería en pacientes con placenta previa.
- Analizar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a los signos y síntomas que presente la paciente.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería a fin de asistir en la pronta recuperación de la paciente.

### **1.3. Datos generales**

**Nombres y Apellidos:** NN

**Edad:** 15 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Historia Clínica:** 1101992344

**Raza:** Mestiza

**Instrucción:** Ama de casa

**Fecha de nacimiento:** 15 de enero de 2005

**Lugar de residencia:** Guayaquil

**Lugar de procedencia:** Guayaquil

**Grupo sanguíneo:** O Rh positivo

**Religión:** católica

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, llega al área de emergencia Obstétrico, Orientada en tiempo y espacio a la valoración ginecológica con diagnóstico de 23 semanas de gestación feto único, paciente se encuentra con mucosas orales semihidratadas. Refiere dolor intenso a la palpación en hipogastrio + sangrado transvaginal abundante de color rojo rutilante aproximadamente con 1 hora de evolución.

**Antecedentes personales:** Infección a las vías urinarias

**Antecedentes familiares:** No refiere

### 2.2. Anamnesis

Paciente de 15 años de edad, embarazada, primigesta, la última fecha de menstruación (FUM) fue hace 23 semanas. Acudió al servicio de emergencia de Gineco – Obstetra y presento un cuadro clínico de sangrado transvaginal, el sangrado fue de color rojo rutilante, caracterizado por dolor en la región del hipogastrio, con facies pálidas, mucosas orales semihidratadas. A la exploración física encontramos PA: 134/79mmHg; frecuencia cardiaca de 89 latidos por minuto; paciente con abdomen blando y doloroso a la palpación, con fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical, Ginecólogo de guardia realiza ecografía abdominal donde se confirma feto único vivo + placenta previa.

### 2.3. Examen Físico

**Cráneo:** Simétrico, sin patología

**Rostro:** Simétrico, sin patología

**Cabello:** Bien implantado, sin presencia de pediculosis y sin descamación en el cuero cabelludo.

**Ojos:** Simétricos, hidratados, sin patología

**Nariz:** Sin secreción nasal, sin desviación

**Orejas:** Debido a la presencia de aretes, se observaron perforaciones simétricas, limpias y sin secreción.

**Boca:** Dientes intactos, sin signos de gingivitis ni caries, mucosa oral semihidratadas y amígdalas en estado normal.

**Labios:** Pálidos y semihidratadas.

**Lengua:** Normal, semihidratadas.

**Cuello:** Sin adenopatías.

**Tórax:** Asimétrico, areola oscura, pezones normales, mama un poco abultadas sin presencia de nódulos.

**Miembros superiores e inferiores:** Normal sin edemas

**Abdomen:** blando, depresible doloroso a la palpación.

**Genitales:** hay presencia de sangrado vaginal

**Dedos:** Completos, limpios, sin presencia de cianosis.

**Uñas:** Limpias, simétricas, intactas, sin signos de enfermedades 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 (TEORIAS DE MARJORY GORDON)**

### **1.- PATRON PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD**

Paciente refiere y describe su estado de salud, siente malestar en el cuerpo a nivel de los genitales hay presencia de sangrado transvaginal abundante, paciente con 23 semanas de gestación.

### **2.- PATRON NUTRICIONAL – METABOLICO**

Refiere tener una buena alimentación adecuada en la cual, tiene una dieta hipo sódica y ojos simétricos, fosas nasales permeables, piel con un poco de palidez y fría al contacto, tiene control de ingestas de líquidos.

### **3.- PATRON ELIMINACION**

Presenta hematuria con intervalos de micción normales, liquido presenta mucosidad, sangrado transvaginal moderada.

#### **4.- PATRON ACTIVIDAD – EJERCICIO**

Signos vitales inestables, sin actividad uterina con control de frecuencia cardiaca fetal dentro de sus valores normales, la paciente se encuentra en reposo absoluto.

#### **5.- PATRON SUEÑO – DESCANSO**

Refiere dormir 7 horas diarias, pero tiene un poco de dificultad por el ambiente hospitalario, medicación se le administra sulfato de magnesio, más una ampolla de complejo B, en su estado de descanso.

#### **6.- PATRON COGNITIVO – PERCEPTUAL**

Debido al embarazo, dolor abdominal.

#### **7.- PATRON AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO**

Está satisfecho con su cuerpo, leve ansiedad y depresión.

#### **8.- PATRON ROL – RELACIONES**

Menciono que vive con sus padres

#### **9.- PATRON SEXUALIDAD – REPRODUCCION**

No mantiene relaciones sexuales al momento.

#### **10.- PATRON AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Informa de ansiedad leve, adaptarse fácilmente a cambios o nuevos estilos de vida.

#### **11.- PATRON DE VALORES – CREENCIAS**

Religión católica; considerando el valor de la honestidad.

#### **Patrones funcionales alterados**

- ❖ Patrón Percepción – Manejo de la Salud
- ❖ Patrón Eliminación
- ❖ Patrón sexualidad – reproducción
- ❖ Patrón autopercepción – auto concepto
- ❖ Patrón cognitivo - perceptual

#### **2.4. Información de exámenes complementarios realizados**

<b>NOMBRE</b>	<b>VALOR</b>	<b>VALORES REFERENCIALES</b>
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>		
GLOBULOS BLANCOS (WBC)	12.500mm <sup>3</sup>	4.000 – 10.000/mm <sup>3</sup>
GLOBULOS ROJOS (RBC)	5,0 millones/mm <sup>3</sup>	3,8 5,8 millones/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA (HGB)	14.9 g/dL	14.5 – 16.5 g/dL
HEMATOCRITO (HTC)	34.6%	36.0 – 45.0%

VOL. CORP. MEDIO (MHC)	76 fL	80 – 100fL
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)	26 pg	27 – 32 pg
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MHC)	31 g/dL	32 – 36 g/dl
PLAQUETAS	224.000 mm <sup>3</sup>	150.000 – 450.000/mm <sup>3</sup>
<b>FORMULA LEUCOCITARIA</b>		
NEUTROFILO	84	40 – 75%
LINFOCITO	48	20 – 45%
MONOCITO	11	2 – 10%
EOSINOFILO	7	1 – 6%
BASOFILO	3	1%
<b>UROANALISIS</b>		
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

## **ECOSONOGRAFIA**

**EMBARAZO: UNICO PRESENTACION: TRANSVERSO DORSO: DERECHO**

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

**AMNIOTICO: 450 ml**

**PLACENTA: Placenta previa total MADUREZ: Grado 0**

Placenta previa total

Embarazo de 23 semanas de gestación

**FPP: 23/02/2020**

### **2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo**

#### **Diagnostico presuntivo:**

Placenta previa

#### **Diagnóstico diferencial:**

Riesgo de desprendimiento de placenta

#### **Diagnóstico definitivo:**

Embarazo de 23 semanas de gestación + placenta previa

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

Se realizó la valoración clínica y por patrones funcionales de Marjory Gordon aplicados en la paciente de 15 años de edad sexo femenino con Placenta previa, en ella se reflejan los patrones alterados, que a mi juicio enfermero son los siguientes:

- Patrón Percepción – Manejo de la Salud
- Patrón Eliminación



## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



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

Dolor Agudo

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

**E/P:** Conducta expresiva o Expresión facial del dolor (gemidos, movimientos fijos o escasos).

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Salud percibida

**Clase:** Sintomatología (V)

**Etiqueta:** Nivel del dolor

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales del dolor			x		
Diaforesis				X	
Gemidos y gritos		x			
Irritabilidad			x		

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

**Campo 1 Fisiológico:** Básico

**Clase E:** Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** Manejo del dolor

- ACTIVIDADES**
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características y factores desencadenantes.
  2. Asegurar de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
  3. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la paciente a las molestias.
  4. Monitorizar el grado de satisfacción de la paciente con el control del dolor.
  5. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, capacidad de imaginación guiada, distracción, musicoterapia).



## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



### Riesgo de alteración de diada materno/fetal

NANDA:  
NOC:  
NIC:

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** complicaciones del embarazo (placenta previa o desprendimiento de placenta)

**E/P:** Evidenciado por el sangrado transvaginal moderado

**Dominio:** 8 Sexualidad

**Clase:** Reproducción

**Etiqueta:** 1810 Conocimiento: Gestación

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

**Campo:** 2 Fisiológico: Complejo

**Clase:** N Control de la perfusión tisular intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

**Etiqueta:** 4021: Disminución de la hemorragia ante parto

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Estrategia para equilibrar actividad y reposo				X	
autocuidado apropiado de las molestias de la gestación			X		
Signos de alarma de las complicaciones del embarazo			X		

### ACTIVIDADES

1. Monitorizar los signos vitales de la paciente si es necesario en función de la cantidad de pérdida de sangre.
2. Administración de medicamentos oral e intravenosos.
3. Apoyo emocional.
4. Monitorizar electrónicamente el ritmo cardiaco fetal.
5. Mantener una vía IV permeable



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA: (00016)  
 NOC: (1609)  
 NIC: (0590)

Riesgo de sangrado

**R/C:** Complicaciones del embarazo (placenta)

**E/P:** Sangrado transvaginal

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Conocimiento y conductas en salud (IV)

**Clase (T):** Control de riesgo y seguridad

**Etiqueta:** Control de riesgo

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Identificar factores del control de riesgo		x			
Sigue las estrategias del control de riesgo		x			
Evita exponerse a amenazar para la salud				x	
Reconoce cambios en el estado general de salud				x	

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

**Campo I:** Fisiológico complejo

**Clase N:** Control de la perfusión tisular

**Etiqueta:** Prevención de hemorragias

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar signos vitales
  2. Vigilar de cerca a la paciente por si se producen hemorragias
  3. Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.
  4. Observar si presenta signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).

## **2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales.**

Para la aplicación del proceso de enfermería, me guiará una enfermera teórica en historia, como la teoría de Dorothea Orem. La aplicación de esta teoría es que la mujer embarazada experimentará diversos cambios durante el embarazo, lo que provocará necesidades de autocuidado y en ocasiones deficiencias en el autocuidado, estas deficiencias deben ser resueltas o compensadas para mantener la salud y perseverancia de la madre y el producto.

### **TEORIA DE ENFERMERIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO**

Cuando un individuo no puede cuidar de sí mismo por cualquier motivo, la enfermera actuará porque Dorothea Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, los cuales se basan en ayudar y / o reemplazar la enfermera al paciente.

1. Por ejemplo, en el caso de una enfermera inconsciente, en sustitución de una persona.
2. Ayudar o guiar a la persona a la que se ayuda, como en consejos de salud para mujeres embarazadas.
3. Personas que brindan ayuda psicológica y psicológica. Por ejemplo, aplicando métodos médicos prescritos.
4. Crear un entorno propicio para el desarrollo personal, como las medidas de higiene.
5. Enseñar a las personas que ayudan, por ejemplo, a la higiene y educación de los pacientes con cardiopatías congénitas.

## **2.8. Seguimiento**

**03/02/2020**

Paciente ingresa al área de emergencia por presentar sangrado vaginal, dolor en la región del hipogastrio, se controlan signos vitales con una presión arterial de 134/79 mmHg, se canaliza vía periférica permeable pasando plan de hidratación y se realiza exámenes de laboratorio, médico de guardia realiza una ecografía en la cual decide el ingreso hospitalario con un diagnóstico definitivo de Placenta previa.

**04/02/2020**

Paciente tranquila consciente, orientada en tiempo espacio y persona, con facies pálidas, mucosas orales semihidratadas, abdomen blando depresible y doloroso a la palpación, genitales con presencia de sangrado vaginal.

**05/02/2020**

Se realiza control de signos vitales cada 6 horas, control de balance hídrico, se administra medicación prescrita, paciente en posición decúbito dorsal, sin presencia de sangrado transvaginal, se realiza los cuidados de enfermería, y se recomienda dieta basal.

**06/02/2020**

Luego de realizar un plan de cuidados a la paciente su evolución fue satisfactoria después de la alta médica, se le indica que cada 15 días se acerque al área de salud para su control prenatal, y continuar con el tratamiento farmacológico.

## **2.9. Observaciones**

Se entrevista a la paciente y a la madre de la misma previamente con la autorización de ambas.

Organizamos cada uno de los datos obtenidos para brindar una calidad de cuidado y calidez teniendo como prioridad las necesidades de la paciente.

Capacitar a la paciente sobre las complicaciones que pueden surgir del tratamiento farmacológico y no farmacológico que pueden mejorar el estado de salud tanto de ella como del producto durante la hospitalización.

A continuación, le explicamos cada una de las recomendaciones e indicaciones que esta debe seguir cuando sea dada de alta.

## **CONCLUSIONES**

La culminación de este caso de estudio concluye con la aplicación del proceso de atención de enfermería en una paciente de 15 años de edad con embarazo de 23 semanas de gestación con diagnóstico de placenta previa total.

Se logró el resultado que se deseaba que fue mantener y garantizar el bienestar de la paciente, de acuerdo con la respectiva valoración de enfermería enfocada en las necesidades de Dorothea Orem, para mi paciente y poder reducir los factores que incidían el estado de salud.

Se elaboró el plan de cuidados y de actividades de enfermería, que se llevó a cabo de manera eficaz y con ello se gestionó el riesgo de morbilidad materna infantil.

Se establecieron los patrones y necesidades que tenía alterados que mediante las actividades, cuidados y asistencia se mejoró la salud de la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANTONETTE T. DULAY, M. M. (25 de JUNIO de 2019). *MANUAL MERCK* . Obtenido de MERCKMANUALS CORPORATION WEB SITE : <https://www.merckmanuals.com>
- Fescina, R. (s.f.). *Obstetricia* (Sexta ed.). El Ateneo.
- Healthwise. (2019). *Placenta previa, generalidades*. Estados Unidos.
- Kurjak, A. (20 de Marzo de 2016). *Ecografia en Obstetricia y Ginecologia*. Buenos Aire, Argentina: Panamericana. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/search>.
- Melgar, A. (2020). Placenta previa. *Revista Boliviana*, 42-45. Obtenido de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S8888-88882010000200011&lng=en](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882010000200011&lng=en).
- Meza, M. M. (2015). *Incidencias de preeclancia en gestantes adolescentes* . Guayaquil .
- Ministerio de Salud Publica . (2017). *Anomalias de insercion placentaria y vasos sanguineos fetales* . Quito .
- Niswander, K. (2010). *Obstetricia, parctica clinica*. Barcelona: Reverté S.A.
- V, R. (2018). *Placental development and physiologic*. Estados Unidos: Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/search>.
- Yvonne S. Butler Tobah, M.D. (2017). Complicaciones de placenta previa. *Mayo Clinic*, 3. Obtenido de <http://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/placenta-previa>.
- Zambrano, T. (2016). *Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patologia obstetrica del hospital gineco- obstetrico isidro ayora de quito, durante el periodo comprendido entre enero diciembre del 2016*. Quito.
- Zumba, M. (18 de Octubre de 2019). Proceso de atención de Enfermería en gestantes con placenta previa y sus complicaciones materno-fetales. *Ocronos, III*. Obtenido de [https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-placenta-previa/#:~:text=En%20el%20protocolo%20de%20medicina,presentar%20sangrado%20tra nsvaginal%20\(6\)](https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-placenta-previa/#:~:text=En%20el%20protocolo%20de%20medicina,presentar%20sangrado%20tra nsvaginal%20(6)).

**ANEXOS**

