



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión Practica Del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de licenciado (a) en Enfermería.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 26 AÑOS
CON HEMORRAGIA POST-PARTO POR RUPTURA UTERINA.**

AUTORA:

MERCEDES THALIA MACIAS BRAVO

TUTORA:

CONSUELO ALBAN MENESES .MSC

BABAHOYO –LOS RIOS –ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	III
RESUMEN (español).....	IV
ABSTRACT (resumen en inglés).....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Justificación.....	15
1.2 Objetivos.....	16
1.2.1 Objetivo general.....	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Datos generales.....	17
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	17
Historial clínico del paciente.	
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente.....	18
Sobre la enfermedad actual (anamnesis).	
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	19
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	24
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el.....	24
origen del problema y de los procedimientos a realizar.	
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud.....	29
Considerando valores normales.	
2.8 Seguimiento.....	30
2.9 Observaciones.....	31
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

I. DEDICATORIA

Dedico este trabajo a dios por haberme dado la sabiduría, salud y las ganas de seguir con mi carrera profesional. A mis padres y esposo por su ayuda facilitándome los recursos materiales para lograr mi meta además de lo económico el apoyo moral y mental, para no desfallecer en el arduo camino que implica lograr un título de tercer nivel.

MERCEDES THALIA MACIAS BRAVO

II. AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por su acogida durante este largo camino. A los docentes por impartirme sus conocimientos que son de gran importancia para lograr la meta establecida, a la LIC. CONSUELO ALBAN MENESES por la paciencia y dedicación a lo largo de mi trabajo de investigación.

MERCEDES THALIA MACIAS BRAVO

III. TITULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 26 AÑOS
CON HEMORRAGIA POST-PARTO POR RUPTURA UTERINA.**

IV. RESUMEN

Cuando se revisa la hemorragia obstétrica es complicado encontrar la definición adecuada por la falta de consenso sobre lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva. Se pueden enumerar muchas circunstancias clínicas en las cuales hay un aumento apreciable del riesgo de hemorragia, quedando de manifiesto que la hemorragia grave puede ocurrir en cualquier momento durante todo el embarazo y el puerperio. El momento en que ocurre la hemorragia se utiliza ampliamente para clasificar la hemorragia obstétrica como hemorragia anteparto (HAP) o hemorragia posparto (HPP).

El presente caso clínico se realizó en una paciente de 26 años de edad con hemorragia post parto por ruptura uterina, en el HOSPITAL GENERAL Dr. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO en el área de centro quirúrgico siendo la HPP una de las complicaciones más frecuentes que se puede presentar en cualquiera de las etapas del parto, en este caso se dio en la etapa de alumbramiento. Nuestro objetivo principal es aplicar el proceso de atención de enfermería en la paciente que se encuentra con hemorragia post parto por ruptura uterina.

Se realizó una valoración minuciosa a la paciente guiándose por los patrones funcionales de MARJORIE GORDON mediante el cual se pudo determinar los patrones que se encontraban alterados o disfuncionales y gracias a estos hallazgos realizar un correcto proceso de atención de enfermería para ejecutarlo de manera eficaz y lograr la mejoría de la paciente durante la estadía hospitalaria de esta manera podemos ayudar a que el índice de muertes maternas por HEMORRAGIAS POST-PARTO no aumente significativamente sus cifras ya que lo que pretende el MSP es que este índice no suba sus porcentajes .

PALABRAS CLAVES: *Hemorragia postparto, Hemorragia, Valoración, Ruptura, Alumbramiento*

V. ABSTRACT

When obstetric hemorrhage is reviewed, it is difficult to find the appropriate definition due to the lack of consensus on what constitutes excessive blood loss. Many clinical circumstances can be listed in which there is an appreciably increased risk of bleeding, showing that severe bleeding can occur at any time throughout pregnancy and the puerperium. The timing of bleeding is widely used to classify obstetric bleeding as antepartum hemorrhage (PAH) or postpartum hemorrhage (PPH).

The present clinical case was carried out in a 26-year-old patient with postpartum hemorrhage due to uterine rupture, in the GENERAL HOSPITAL Dr. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO in the area of the surgical center, PPH being one of the most frequent complications that can occur in any of the stages of labor, in this case it occurred in the stage of delivery. Our main objective is to apply the nursing care process in the patient with postpartum hemorrhage due to uterine rupture.

A meticulous evaluation of the patient was carried out, guided by the functional patterns of MARJORIE GORDON, through which it was possible to determine the patterns that were altered or dysfunctional and thanks to these findings, carry out a correct nursing care process to execute it effectively and achieve The improvement of the patient during the hospital stay, in this way, we can help the rate of maternal deaths from POST-DELIVERY HEMORRHAGES not significantly increase its figures since what the MSP intends is that this index does not increase its percentages.

KEYWORKS

Postpartum hemorrhage, Hemorrhage, Assessment, Rupture, Delivery

VI. INTRODUCCIÓN

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas en el año 2000 es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015. Esto implica reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con hemorragia posparto (HPP) garantizando la implementación de intervenciones de probada eficacia y el acceso de las pacientes a servicios de atención obstétrica seguros y de alta calidad brindados por profesionales competentes. (MSP, 2013).

La hemorragia posparto, en su mayoría causada por atonía uterina, es la causa más frecuente de mortalidad materna evitable en todo el mundo, y la segunda causa más importante de muerte materna en Ecuador. (MSP, 2013)

Según los datos presentados por la ministra en el año 2019, las provincias que mayor número de muertes maternas registran son Pastaza (111,28 por cada 100 mil nacidos vivos); Bolívar (90,93); Imbabura (79,07), Cañar (71,31), Santa Elena (66,14). (EDICION MEDICA , 2019)

Mientras que en 2020 la provincia de Manabí y Guayas tienen una tasa de 0,27 y 0.10 es decir que por cada 10.000 embarazadas de estas provincias 1 está en riesgo de fallecer. (MSP, 2020)

El objetivo general de este caso clínico es crear un proceso de atención de enfermería en paciente de 26 años con HEMORRAGIA POST PARTO por ruptura uterina, utilizando las diferentes taxonomías NANDA, NIC y NOC para crear un proceso de atención de enfermería adecuado basándose en las necesidades y patrones alterados según MARJORY GORDON para mejorar el estado de salud de la paciente.

I. MARCO TEORICO

Cuando se revisa la hemorragia obstétrica es complicado encontrar la definición adecuada por la falta de consenso sobre lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva. Se pueden enumerar muchas circunstancias clínicas en las cuales hay un aumento apreciable del riesgo de hemorragia, quedando de manifiesto que la hemorragia grave puede ocurrir en cualquier momento durante todo el embarazo y el puerperio. El momento en que ocurre la hemorragia se utiliza ampliamente para clasificar la hemorragia obstétrica como hemorragia anteparto (HAP) o hemorragia posparto (HPP). (Araujo, 2011)

Se han propuesto diferentes definiciones para la HPP, pero no se ha conseguido una única definición totalmente satisfactoria. La HPP se ha definido de manera clásica como la pérdida hemática superior a 500 ml en el parto por vía vaginal y superior a 1.000 ml en el parto por cesárea. Sin embargo, al no existir una preparación adecuada en la estimación de las pérdidas sanguíneas es muy habitual obtener unos valores inadecuados, subestimando frecuentemente las pérdidas. (Araujo, 2011).

En un intento de combinar la presentación clínica con datos objetivos, la hemorragia obstétrica puede ser definida mejor como el sangrado excesivo que provoca síntomas (debilidad, vértigo, síncope) y/o signos de hipovolemia (hipotensión, taquicardia u oliguria). (Araujo, 2011).

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POST-PARTO

Hemorragia posparto primaria o inmediata: La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina. Se define como atonía del útero a la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto. (MSP, 2013)

Hemorragia posparto secundaria o tardía: La HPP secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (MSP, 2013)

Según la gravedad del choque la HPP se clasifica como se encuentra representado en la tabla:

GRADOS DE CHOQUE

Grado del choque	Porcentaje de pérdida sanguínea	Signos y síntomas
Leve	<20%	Diaforesis Frialidad en extremidades Ansiedad Aumento llenado capilar
Moderado	20%-40%	Los previos más: Taquicardia Taquipnea Hipotensión postural Oliguria
Severo	>40%	Los previos más: Hipotensión Agitación / Confusión Inestabilidad hemodinámica
(Futchner, 2016)		

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO

Los profesionales de salud deben recordar que la causa más común de hemorragia posparto es la atonía uterina.

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP. El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero. Para el abordaje sistemático de la HPP es útil recordar la nemotecnia de las 4 T, que describe las causas de HPP en orden de frecuencia:

CAUSA - FRECUENCIA (%)**Tono:** atonía uterina 70%**Trauma:** lesión cervical o vaginal, ruptura uterina 20%**Tejido:** retención de placenta o coágulos 10%**Trombina:** coagulopatía preexistente o adquirida <1% (MSP, 2013)

	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
Atonía uterina (tono)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis	Rpm prolongada Fiebre
	Agotamiento muscular	Parto prolongado y/o rápido Elevada multiparidad
Retención de tejidos (tejido)	Placenta	Acretismo placentario Cirugía uterina previa
	Coágulos	
Lesión del canal de parto (trauma)	Desgarros del canal de parto	Parto instrumental Fase de expulsivo precipitada
	Rotura/deshidencia uterina	Cirugía previa (cesárea) Parto instrumental Distocia Hiperdinamia Versión cefálica externa
	Inversión uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Crédé
Alteraciones de la coagulación (trombina)	Adquiridas	Preclamsia Síndrome de Hellp CID Sepsis Abruptio placentae
	Congénitas	Enf.de Von Willerbrand Hemofilia tipo A

Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: Sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: «Un útero vacío y contraído no sangra. (H. Karlsson, 2009)

Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncrета o pércrета. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pércrета. También está relacionado con la existencia de placenta previa. (H. Karlsson, 2009)

Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina. (H. Karlsson, 2009)

Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes. (H. Karlsson, 2009)

Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales. (H. Karlsson, 2009)

Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves. (H. Karlsson, 2009)

Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. (H. Karlsson, 2009)

Alteraciones de la coagulación: coagulopatía congénitas o adquiridas durante el embarazo. (H. Karlsson, 2009)

Congénitas: enfermedad de Von Willerbrand, Hemofilia tipo A. (H. Karlsson, 2009)

Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, *abruptio placentae*, sepsis. (H. Karlsson, 2009)

Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior. El conocimiento sobre si una gestante presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la HPP, pero no hay que olvidar que hasta 2/3 de las HPP ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo. (H. Karlsson, 2009)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMORRAGIA VAGINAL POST-PARTO

La tabla resume las principales manifestaciones iniciales y síntomas típicos que permiten el diagnóstico diferencial de un sangrado vaginal posparto.

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnostico probable	Frecuencia y etiología
HPI	-Útero blando y no retraído. -Taquicardia. -Hipotensión.	Atonía uterina	70% de la atonía uterina, anomalía de la contractibilidad.
HPI	-Placenta íntegra. -Útero contraído.	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el periné.	20% del trauma
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal .dolor intenso	-Inversión uterina visible en la vulva o hemorragia post-parto inmediata	Inversión uterina.	20%del trauma
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura). Hemorragia post parto inmediata (e sangrado es intra abdominal y/o vaginal).	-Abdomen doloroso -Shock -Taquicardia -No se expulsa la placenta.	Rotura uterina.	20% del trauma
No se expulsa la placenta dentro de los 30 min después del parto.	-Útero contraído.	Retención de placenta.	10% de tejido, retención de productos de la gestación.
Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay	-Hemorragia post – parto inmediata -Útero retraído.	Retención de restos placentarios.	10% de tejido, retención de productos de la gestación.

desgarros de membranas.			
Sangrado leve que continua luego de las 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto.	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular.	Retención de restos placentarios.	10% de tejido, retención de productos de la gestación.
(MSP, 2013)			

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO

Una vez que se ha identificado una HPP, es útil la organización del cuidado en cuatro componentes:

- Comunicación con todos los profesionales relevantes para el cuidado.
- Reanimación.
- Monitorización e investigación de la causa.
- Implementación de medidas para detener el sangrado

Los cuatro componentes del manejo se deben implementar de forma **SIMULTÁNEA** en todos los casos de HPP.

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, inicie con maniobras de reanimación y detención del sangrado y derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de capacidad resolutive apropiada. (MSP, 2013)

HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATA

El período que sucede al nacimiento del producto y las primeras horas del posparto son cruciales en lo que se refiere al diagnóstico y el manejo del sangrado. El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida. (MSP, 2013)

Una vez que la hemorragia posparto ha sido identificada, el manejo del caso debe tener en cuenta cuatro componentes, los que deben llevarse a cabo simultáneamente.

- Comunicación al personal pertinente
- Reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación
- Monitorización e investigación de la causa
- Detención del sangrado. (MSP, 2013)

MANEJO GENERAL

La paciente debe ser informada de la situación clínica y se le deben explicar en forma resumida los procedimientos que se realizarán; también se le debe proporcionar aliento y contención. (MSP, 2013)

Comunicar la situación y movilizar urgentemente a todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia. Para lograr coordinación, es recomendable la práctica periódica de simulacros. (MSP, 2013)

Colocar dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministrar soluciones cristaloides en volumen de hasta dos litros en infusión rápida. En caso de no disponer de sangre para transfusión, se puede continuar con infusión de soluciones coloides en volumen de hasta 1,5 litros. (MSP, 2013)

Realizar una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo signos vitales: pulso, presión arterial, respiración, temperatura. Si sospecha shock, inicie tratamiento inmediatamente. Aun si no hay signos de shock presentes,

tener en mente mientras evalúa a la mujer puesto que su estado general puede empeorar rápidamente. (MSP, 2013)

Evaluar el tono uterino. En caso de atonía, masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces). Iniciar masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico. (MSP, 2013)

Asegurarse de una adecuada permeabilidad aérea y la provisión de oxígeno de ser necesario. Coloque una sonda vesical para la monitorización del gasto urinario. (MSP, 2013)

Intentar identificar la causa de la hemorragia e iniciar los tratamientos específicos de acuerdo a la causa: Verificar la expulsión completa de la placenta, examinar para tener la certeza de que está íntegra. Examinar el cuello uterino, la vagina y el perineo para detectar desgarros. Considerar la posibilidad de coagulopatía. (MSP, 2013)

Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad. (MSP, 2013)

EVALUACIÓN INICIAL Y REANIMACIÓN

REANIMACIÓN

- Solicitar ayuda
- Colocar vía IV gruesa
- Monitorear pulso, presión frecuencia respiratoria y otros síntomas (el dolor)

EVALUAR LA CAUSA

- Evaluar el útero: tono, existencia de restos o laceraciones
- Explorar el tracto vaginal
- Observar la formación de coágulos

DATOS DE LABORATORIO

- Solicitar estudios de coagulación
- Evaluar la indicación de transfusión de sangre compatible
- Practicar prueba de coagulación junto a la cama. (MSP, 2013)

ADMINISTRACIÓN DE UTEROTONICOS

La oxitocina: es una hormona compuesta por nueve aminoácidos y secretada por el hipotálamo, la cual constituye la primera línea de tratamiento; tiene una vida media-corta, de aproximadamente 5 minutos, e inicio de acción de 2 a 3 minutos después de su aplicación intramuscular y puede mantener un efecto residual hasta una hora después de su administración. (Camacho Alberto Felipe, 2015)

Ergometrina: La Ergometrina es un alcaloide derivado del cornezuelo de centeno que produce contracciones rítmicas y tetánicas del miometrio; tiene una vida media de 30 minutos a dos horas, e inicio de acción de 2 a 3 minutos después de su administración. Es un medicamento de segunda línea que se puede utilizar de forma simultánea o no con oxitocina. (Camacho Alberto Felipe, 2015)

Misoprostol: El Misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1, que a diferencia de otras prostaglandinas no está contraindicado en asma ni hipertensión. Su administración por vía sublingual, bucal, oral o rectal puede producir náusea, vómito, diarrea, cefalea, fiebre, taquicardia, hipertensión y broncoespasmo. La administración por vía bucal es muy rápida mientras que la vía rectal tarda más tiempo en iniciar su acción pero mantiene un efecto más largo con menor incidencia de fiebre y otros efectos secundarios. (Camacho Alberto Felipe, 2015)

Ácido tranexámico: El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico que inhibe la degradación del coágulo sanguíneo, inhibiendo los sitios de unión de la lisina al plasminógeno. Es un medicamento que se ha utilizado en pacientes con hemorragia uterina anormal. (Camacho Alberto Felipe, 2015)

Uso del traje anti-choque: El traje anti-choque no neumático es un instrumento de baja tecnología y de primeros auxilios, hecho de neopreno y que está compuesto por seis segmentos: uno para los tobillos —un par—, uno para las piernas —un par—, uno para los muslos —un par—, uno pélvico y dos abdominales . El dispositivo disminuye la irrigación sanguínea en esta región corporal y favorece el flujo de sangre hacia los órganos vitales realizando la contrapresión circunferencial en la mitad inferior del cuerpo. De esta forma, ayuda a combatir el shock y ganar tiempo para lograr un tratamiento definitivo en pacientes con hemorragia posparto. El traje ha demostrado su efectividad en estudios realizados en hospitales de tercer nivel; en un metanálisis de dichos estudios se observó reducción de la mortalidad del 38% con el uso del traje anti-choque. Además, este mismo meta análisis demostró una reducción del riesgo de muerte del 59% en pacientes con shock severo secundario a hemorragia posparto. (Camacho Alberto Felipe, 2015)

HERRAMIENTA SCORE MAMA

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportuna. (MSP, 2017)

El propósito es apoyaren identificar el potencial riesgo obstétrico y precisar la acción necesaria para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva. (MSP, 2017)

Cabe señalar que en el embarazo, parto y puerperio existen cambios fisiológicos, por esta razón se debe tomar en cuenta el aumento de la frecuencia cardíaca (FC) de 15-20 lpm, aumento de la frecuencia respiratoria (FR) 2 respiraciones por minuto, disminución de la presión arterial diastólica de 5 a 10 mmHg. (MSP, 2017)

El Score MAMÁ es una herramienta “complementaria” para la identificación de casos de riesgo biológico, por lo tanto su uso debe ser tomado como un apoyo en la toma de decisiones y para la transferencia oportuna de una paciente. No reemplaza la actual categorización del riesgo obstétrico que se encuentra en los documentos normativos del Ministerio de Salud Pública. (MSP, 2017)

Esta herramienta se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. (MSP, 2017)

FRECUENCIA RESPIRATORIA

La frecuencia respiratoria (FR) es de toma obligatoria ya que este signo vital ha sido identificado como el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente. La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardíaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas. Para una adecuada técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardíaca, y se observará los movimientos de la caja torácica para el conteo. (MSP, 2017)

PRESIÓN ARTERIAL

La toma adecuada de la presión arterial (PA) es determinante para el diagnóstico de patologías obstétricas, por lo que es fundamental que el personal de salud tenga la destreza de una adecuada toma de la presión arterial para prevenir la morbilidad materna y perinatal. La presión arterial (PA) se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo sea medida en todas las embarazadas, particularmente en aquellas con índice de masa corporal $> 29.9 \text{ kg} / \text{m}^2$ en su primera visita prenatal. Si la circunferencia media del brazo es mayor a 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande. (MSP, 2017)

FRECUENCIA CARDIACA

La toma de la frecuencia cardiaca (FC) en el adulto se debe realizar en la arteria radial, ya que es fácilmente accesible. La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral pueden ser palpadas en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica. La arteria radial debe ser palpada con el dedo índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o 60 segundos si la tasa es irregular. (MSP, 2017)

SATURACIÓN DE OXÍGENO

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presta mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales.
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio. (MSP, 2017)

TEMPERATURA CORPORAL

La temperatura debe ser tomada en el sitio apropiado (es decir, vía oral, axilar, o timpánica) de acuerdo con las directrices locales, asegurando el uso correcto del termómetro, en el caso del Score MAMÁ se deberá registrar en la medida de lo posible la temperatura axilar. La temperatura normal a nivel bucal es de 36°C hasta 37.2 °C en la mañana y 37,7°C en la tarde. Los parámetros de temperatura aceptados para el Score MAMÁ son de 35.6°C a 37,2°C, tomados a nivel axilar. (MSP, 2017)

NIVEL DE CONCIENCIA

La respuesta neurológica evalúa el nivel de conciencia de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Alerta: paciente orientada en tiempo, espacio y persona
- Responde ante estímulo verbal
- Responde a estímulo doloroso
- Ausencia de respuesta

Cualquier alteración en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata. (MSP, 2017)

PROTEINURIA

Es la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia -eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos. En el Score Mamá mantiene su vigencia, a pesar de no ser un examen que nos dé un diagnóstico preciso, su positividad nos permite estar en alerta, y nos da la pauta para profundizar en la investigación de la historia clínica. (MSP, 2017)

1.1. JUSTIFICACION

La justificación de este proyecto se basa en la incidencia de las hemorragias postpartos ya que es una de las principales muertes maternas en el Ecuador refirió el MSP, que pueden ser causadas por múltiples factores que van a variar dependiendo la condición de cada paciente.

Por esta razón todo el personal de enfermería debe de estar capacitado para este tipo de emergencias para poder realizar una correcta valoración enfermero para determinar cuáles serían las intervenciones que se deben de realizar de acuerdo a los hallazgos durante la valoración enfermero de esta manera se pretende disminuir la incidencia de las muertes maternas ocasionadas por las HEMORRAGIAS POST PARTO.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente de 26 años con cuadro clínico de hemorragia post-parto por ruptura uterina.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración y diagnóstico de enfermería aplicando la taxonomía NANDA aplicando la valoración por patrones funcionales.
- Realizar la planificación y ejecución de las intervenciones de enfermería teniendo en cuenta los patrones alterados de la paciente basándose en aquellas actividades establecidas en el NIC.
- Evaluar si las intervenciones propuestas dieron resultados positivos utilizando la taxonomía NOC.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: NN
Sexo	: Femenino
Etapas de vida	: Adulta
Edad	: 26 años
Lugar de Nacimiento	: Santo Domingo
Fecha de Nacimiento	: 17/02/1993
Grado de Instrucción	: Bachillerato
Ocupación	: Ama de casa
Estado Civil	: Unión libre
Número de hijos	: 2
Religión	: Católica
Número de cedula	: xxxxx
Etnia	: Mestiza

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del paciente

MOTIVO DE INGRESO: Paciente de 26 años de edad ingresa a emergencia con embarazo de 39,1 semanas de gestación con trabajo de parto y una cesárea anterior ,sube a quirófano el 10/12/2019 en expulsivo donde a las 19h45pm hace parto céfalo vaginal nació único producto vivo de sexo masculino .

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades propias de la infancia	: Varicela
Intervenciones quirúrgicas	: Cesárea hace 5 años

Enfermedades propias	: No refiere
Accidentes	: No refiere
Alergias	: No refiere

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

Paciente de 26 años de edad refiere que el trabajo de parto empezó desde horas de la madrugada del día 10/12/19 y que a medida que avanzaba la mañana se iban intensificando por lo cual decidió acudir al hospital Dr. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO en compañía de su mamá ella refirió que llegó a las 8 am la monitorizaron y le dijeron que vuelva en 2 horas para volverla a monitorizar a las 2 pm le realizaron el ingreso a la paciente.

Signos vitales: T/A: 100/60, FC: 85Xmin, FR: 22X min, SAT DE O₂:98% T°: 36.5°C, la paciente es subida a quirófano en expulsivo a las 19:45 pm hace parto céfalo vaginal nació producto único vivo de sexo masculino , luego en el post parto las licenciadas de turno logran observar que la paciente tenía hemorragia ya que no eran loquios los eliminados, era un flujo abundante de líquido hemático que el pañal estaba totalmente empapado de sangre ,con un total de 1000 ml de sangrado es intervenida quirúrgicamente el 11 /12/2019 se le realizó una laparotomía exploratoria en la cual encontraron un útero aumentado de tamaño pálido flácido un hematoma a nivel de segmento uterino que compromete pliegue besico uterino con un hematoma a nivel de retroperitoneal ruptura uterina aproximadamente de 3cm cubierto de peritoneo visceral se realizó histerectomía parcial y colocación de drenaje en el fondo del saco de Douglas.

El día 11/12/2019 a las 13h es enviada de la uci ya con catéter central es intervenida y se le realiza otra laparoscopia en la cual se encontraron con presencia de coágulos aproximadamente de 1500ml hematoma en pared posterior a la vejiga ,vagina con hematoma con presencia de coágulos de 350ml se realizó ligadura bilateral de arterias hipogástricas corte y extracción de cuello uterino sangrado aproximadamente de 2300 ml se le realiza una transfusión de

6 CGR ,4 PFC Y 4 UNIDADES DE CRIOPRECIPITADOS la cual pasa a UCI por un choque hipovolémico grado IV.

PLAN DIAGNOSTICO:

Se realiza laparotomía exploratoria.

PLAN DE TRATAMIENTO:

- Ingreso a la UCI.
- Monitorización continua.
- Catéter central.
- Reposo absoluto.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

VALORACION CEFALOCAUDAL

CABEZA

Estructura ósea normal sin presencia de tumoraciones, normocéfalo, implantación de cabello normal en buen estado de higiene.

Cabello:

- Cabello castaño oscuro y abundante.
- Buen estado de higiene.
- No presenta pediculosis.

Cara:

- Simétrica.
- Tés de color mestiza.
- Fascias pálidas con signos de deshidratación.
- No evidencia cicatrices ni lesiones dérmicas.

Ojos:

- Ojos simétricos.
- Buena implantación de cejas y pestañas.
- Visión normal.

Oídos:

- Orejas simétricas.
- Pabellón auricular en regular estado de higiene.
- Buena audición.

Nariz:

- Fosas nasales permeables.
- No presenta desviaciones de tabique.
- Buen estado de higiene.

Boca:

- Labios delgados con signos de deshidratación.
- Piezas dentarias completa.
- Movimiento de labios y lengua normal.
- Presencia de tubo endotraqueal.

Cuello:

- Simétrico.
- Forma cilíndrica.
- No presencia de ganglios inflamados a la palpación.
- Presencia de catéter venoso central.

TORAX

- Simétrico.
- No presenta dolor a la palpación.

Pulmones:

- Presenta leves estertores bibasales.
- FR: 22x.'

Cardiovascular:

- Ruidos cardiacos rítmicos.
- PA: 100/85 mmHg.
- FC: 100x.

Pezones

- Normales a la palpación.
- Areolas agrietadas.

ABDOMEN

- Distendido.
- refiere dolor mucho dolor a la palpación.
- Presencia de sutura por laparotomía exploratoria.
- Se auscultan ruidos hidroaereos.

EXTREMIDADES SUPERIORES:

- Simétricos.
- Escasa implantación de vellos.
- No presenta dolor a la palpación.
- Buena implantación de uñas cortas en buen estado de higiene.
- Dedos completos.
- Vías periféricas en ambas extremidades y permeables.

EXTREMIDADES INFERIORES:

- Simétricos.
- No hay presencia de cicatrices.
- Escaso vello en ambas piernas.
- Dedos completos
- Buena implantación de uñas cortas en buen estado de higiene.
- Con presencia de edema grado 1.

GENITAL:

- Buena implantación de vello pubiano.
- Presencia de sonda vesical y pañal.
- Presencia de líquido hemático.

REGIÓN GLUTEOS

- Aparentemente sin problemas.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjorye Gordon).

DOMINIO 1: PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD

Paciente se encuentra consiente de la gravedad de su estado clínico refiere que deja todo en las mano de los médicos, ya que son personal capacitado para este tipo de situaciones.

DOMINIO 2: PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO

Refiere encontrarse muy inquieta porque ella es una mujer activa y debido a su condición no podrá movilizarse o realizar alguna actividad física durante un tiempo prolongado.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Presenta problemas de eliminación, porque está eliminando cantidad considerada de líquido hemático que atreves de su canal vaginal además se encuentra muy diaforética.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPSOSO

Paciente refiere sentir dolor en los puntos de presión del cuerpo al estar acostada tanto tiempo a pasar de que se le cambia de postura refiere dolor y sentir irritada la piel en los talones, sacro y omoplato.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN

Paciente refiere que sus receptores sensoriales se encuentran en buenas condiciones.

DOMINIO 6: AUTOCONCEPCION -AUTOCONCEPTO

Paciente refiere sentirse deprimida por su condición médica.

DOMINIO 7: ROL -RELACIONES

La paciente comprende que debido a su estado de salud se va a encontrar un tiempo separado de sus seres queridos especialmente de su bebe que está recién nacido.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD REPRODUCCION

Paciente expresa estar muy contenta a pesar de su situación, por haber concebido a su bebe.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente se encuentra muy preocupada, porque no podrá a tener a su bebe entre sus brazos y porque su otra bebe se encuentra lejos de ella.

DOMINIO10: VALORES Y CREENCIAS

Refiere en que toda su fe esta puesta en Dios y que es muy creyente y que por eso va a mejorar su estado de salud.

DOMINIO 11: NUTRICIONAL Y METABOLICO

Paciente durante su estadía en la uci se mantenía con dieta líquida cada 8 horas y diban 100 ml cada 8 horas con lo cual ha bajado considerablemente de peso.

PATRONES ALTERADOS

ELIMINACION E INTERCAMBIO

ACTIVIDAD Y REPOSO

NUTRICIONAL METABOLICO

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

HEMATOLOGICO

HTO	26.6
LEUCOCITOS	15,460
NEUTROFILOS	84.2%
HB	8,1
PLAQUETAS	180.000

ELECTROLITOS

SODIO (Na)	142.4
POTASIO (k)	3.28
COLORO (Cl)	107.71

GASOMETRÍA

PH	7.21
PCO ₂	49
PO ₂	54.9
HCO ₃	20.2
BE	-6
SO ₂	81.2

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico médico:

- **Diagnostico presuntivo:** Atonía uterina.
- **Diagnóstico diferencial:** Retención placentaria.
- **Diagnóstico definitivo:** Hemorragia posparto por ruptura uterina.

Diagnóstico de enfermería de mayor importancia:

- Déficit de volumen de líquidos.
- Deterioro de la integridad cutánea.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTO A RELIZAR

Las hemorragias postparto es la segunda causa de muerte materna en el Ecuador teniendo un alto impacto en la salud pública. Las hemorragias postparto es uno de los factores de morbilidad materna de mayor importancia, se pueden presentar en cualquier de las etapas del parto siendo la más frecuente en la etapa del alumbramiento. Provocando en la paciente una serie de complicaciones médicas entre ellas: pérdida considerable de la volemia, shock

hipovolémico, por lo que se analiza las conductas desde el punto de vista biológico, ambiental, físico, social.

BIOLOGICO: Alteraciones en la estructura uterina o malformaciones de la placenta durante el embarazo.

AMBIENTAL: Partos atendidos en los domicilios.

FISICO: Cesárea anterior, debilidad o cansancio por trabajo de parto prolongado.

SOCIAL: nivel socioeconómico y escolaridad son unos de los factores más relevantes.

PROCEDIMEINTOS DE LAS INDICACIONES MÉDICAS

MEDIDAD GENERALES

- Monitorización continua.
- Cabeza a 30°.
- Realizar cuidados de enfermería.
- Control de ingesta y excreta.

HIDRATACION E INFUSIONES.

- Dextrosa al 10% 1000ml +cloruro de potasio 10 ml pasar IV a 3 ml/h.

MEDICACION

- Omeprazol 40 mg QD.
- Metoclopramida 10 mg IV BID.
- Tramadol 100 mg IV diluida TID.
- Piperacilina +tazobactam 4.5 gr IV cada 6 horas.
- Metronidazol 500 mg IV TID.
- Amikacina 1 gr QD.
- Gluconato de calcio 10 ml TID.
- Furosemida 10 mg IV cada 12 horas.

ANALISIS DE LOS PATRONES ALTERADOS

PATRON ELIMINACION E INTERCAMBIO

Este patrón se encuentra afectado ya que la paciente presento una hemorragia postparto que desencadenó a la paciente a una hipotensión por la disminución de su valor sanguíneo y por ende se encontraba diaforética lo que le hizo disminuir el líquido intravascular ,intersticial o intracelular .

PATRON ACTIVIDAD Y REPOSO

Este patrón se encuentra alterado debido a la condición delicada o crítica de la paciente ella tuvo que ser ingresada a la sala de hospitalización de la UCI para mejorar su condición médica esto le implica a la paciente inmovilidad total debido a los diferentes dispositivos médicos a los q ella iba a ser conectada, por ello la actividad y el movimiento propio se encuentra alterado y con ello un posible deterioro cutáneo por la inmovilidad ,estado de nutrición y presión continua de los dispositivos médicos .

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

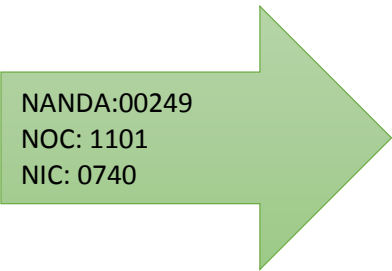
Patrón afectado debido a que la paciente en los primeros días de hospitalización se encontraba en NPO bajo indicación médica , luego fue modificada a una dieta líquida cada 8 horas , por lo cual la paciente perdió peso ya que no aportaba nutrientes necesarios .

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Valorar a diario los signos y síntomas más relevantes que nuestra paciente manifieste.

Identificar y priorizar los factores de riesgo que pueden comprometer de manera negativa la salud de la paciente

Elaborar y ejecutar un plan de acción de enfermería que nos garantice la mejoría hacia el paciente y poder aplicarlo de manera eficiente para suplir sus necesidades afectadas.



RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

R/C: inmovilidad física, factores mecánicos.

E/P: alteración de la superficie de la piel.

METAS

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase L: integridad tisular

Etiqueta 1101: integridad tisular (piel y membranas mucosas)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Piel seca		x			
Paciente encamado	x				
Inmovilidad física		x			

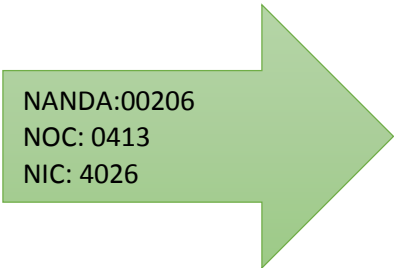
INTERVENCIONES

Campo 1: Fisiológico - básico

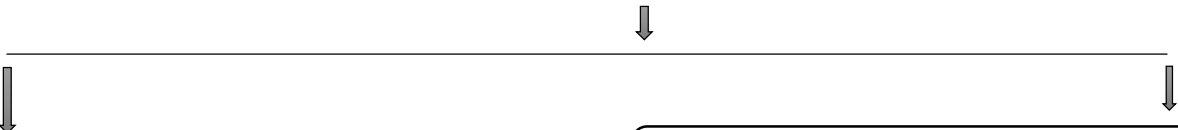
Clase C: Control de inmovilidad

Etiqueta 0740: Cuidados del paciente encamado

- ACTIVIDADES**
1. Realizar cambio de posiciones cada dos horas.
 2. Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
 3. Colocar al paciente en una posición correcta.
 4. Colocar sabanas limpias y dejarlas sin arrugas.
 5. Colocar almohadillas en todos los puntos de presión.
 6. Vigilar el estado de la piel.



Lesión física: Riesgo de sangrado



R/C: complicaciones del postparto

E/P: sangrado vaginal

METAS

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: severidad de la pérdida de sangre

INTERVENCIONES

Campo 1: Fisiológico - Complejo

Clase N: control de la perfusión tisular

Etiqueta 4026: disminución de la hemorragia postparto

Etiqueta 3786: Tratamiento de la hipertermia



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hemorragia posparto	x				
Disminución de la presión arterial	x				
Palidez de piel y mucosas		x			

ACTIVIDADES

1. Observar las características del sangrado. (olor, color y volumen.)
2. Pesar la cantidad de sangre perdida
3. Elevar las piernas de la paciente
4. Administrar medicamentos según prescripción medica
5. Administrar hemoderivados.
6. Asegurar acceso endovenoso de buen calibre para administrar hemoderivados.

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

Para poder diagnosticar la hemorragia postparto se debe tener en cuenta cuáles son los signos y síntomas más relevantes de esta patología siendo la segunda causa más relevante de las muertes maternas en el Ecuador, por este motivo se recomienda que el personal médico y de enfermería este totalmente capacitado para actuar frente a este tipo de emergencia obstétrica.

Por lo general para realizar el diagnóstico de las hemorragias postparto se debe de identificar las manifestaciones iniciales como son los signos y síntomas típicos de las hemorragias posparto.

Para un correcto tratamiento se debe evaluar la causa del sangrado en este caso sería evaluar el útero para determinar su tono, existencia de restos o laceraciones esta valoración ayudó a determinar que el sangrado de la paciente del presente caso se debía a una ruptura uterina. Posterior a este diagnóstico se procedió a realizar una histerectomía a la paciente.

En el presente proceso de atención de enfermería se realizó basado en la literatura acerca de los patrones funcionales de MARJORYE GORDON con el cual se pudo identificar cuáles eran los patrones disfuncionales en la paciente.

Gracias a la valoración enfermero basándose en las diferentes teorías y modelos de enfermería nos permitió representar teóricamente la intervención práctica de enfermería para de esta manera poder crear un plan de cuidados basándose en las diferentes taxonomías DIAGNOSTICOS (NANDA), INTERVENCIONES (NIC) y los RESULTADOS obtenidos mediante el (NOC).

2.8 SEGUIMIENTO

12 /12/2019

Paciente se encuentra en el Área de uci con pronóstico reservado debido a choque hipovolémico grado IV, mantiene ventilación mecánica, paciente requirió politransfusión masiva por perdida de más del 80% de su volemia, con una acidosis metabólica persistente .Debido a la alta necesidad de hemoderivados y fluidoterapia los médicos ponen en consideración, las múltiples complicaciones que la politransfusión prevee como difusión cardíaca por lo que deciden soporte de inotrópicos a dosis bajas.

Signos vitales: Ta: 110 /80mmhg, **Fc:** 95x Min, **Fr:** 20, **T°:**36,1

16/12/2019

Luego de 5 días de hospitalización de la uci la paciente empieza a dar resultados positivos a la antibioterapia recibida con medicamentos de amplio espectro, se empezó a disminuir la dosis de oxígeno para así empezar a realizar el destete.

20/12/2020

Luego de 10 días de hospitalización en la UCI la paciente es dada de alta médica a la sala de ginecología donde termino su tratamiento y luego de 6 días en el área de hospitalización de ginecología fue enviada a su domicilio con una serie de recomendaciones entre ellas mantener reposo, una dieta rica en nutrientes, cumplir con el esquema de medicación enviado a su domicilio.

Se contribuyó en la mejoría de la paciente gracias al proceso de atención de enfermería que se elaboró de acorde a los patrones alterados esto ayudo al progreso satisfactorio de la paciente.

2.9 OBSERVACIONES

- Durante el tiempo que permaneció la paciente hospitalizada en el hospital Dr. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO se logró evidenciar el profesionalismo tanto del personal médico como el personal de enfermería ,siendo enfermería una pieza clave ya que se encarga de realizar una valoración minuciosa al paciente para identificar riesgo potenciales que pueden complicar el estado de salud del paciente y mediante esta correcta valoración por patrones funcionales basados en la literatura de MARJORYE GORDON , poder crear un proceso de atención de enfermería el cual lo vamos a ejecutar y evaluar los resultados obtenidos .
- Paciente a pesar de condición médica era muy colaboradora con el personal de enfermería y médicos ayudaba con lo que estaba a su alcance ya que su autocuidado era limitado porque solo podía realizar movimientos mínimos mas no podía deambular , lo cual dio resultados positivos al tratamiento.

CONCLUSIONES

- Se realizó la valoración de enfermería a la paciente guiándose en las diferentes etapas del proceso diagnóstico enfermero. Se ejecutó una valoración y diagnóstico minucioso a la paciente basándose en la taxonomía NANDA enfocada en los 11 patrones funcionales de Marjorye Gordon mediante el cual se identificaron los patrones disfuncionales o alterados.
- Gracias a la información obtenida por la valoración y diagnóstico se planificó y se realizó la ejecución de las intervenciones de enfermería basándose en la taxonomía de NIC, una vez realizada estas etapas se procedió a realizar la última etapa del proceso diagnóstico enfermero que es evaluar las intervenciones (NOC) propuestas. Con esta evaluación se pudo evidenciar que hubo una mejoría notoria en los patrones afectados de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Araujo, A. /. (2011). Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstetrica Masiva . *Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstetrica*, 14.
- Calle Andres, M. B. (2008). Diagnostico y tratameinto de la hemorragia postparto. *Diagnostico y tratameinto de la hemorragia postparto*.
- Camacho Alberto Felipe. (2015). *Recomendaciones Internacionales para las Hemorragias Post Parto*.
- EDICION MEDICA . (19 de 01 de 2019). Obtenido de EDICION MEDICA :
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/la-meta-de-salud-para-2020-es-bajar-la-muerte-materna-a-36-2-por-cien-mil-nacidos-93473>
- Futchner, C. E. (2016). *Hemorragia Post-Patro*. Bogota.
- Futhnner. (s.f.). *Hemorragia Post Parto* .
- H. Karlsson, C. P. (2009). Hemorragia post -parto . *scielo* .
- MSP. (2013). *GUIA DE LA HPP*, 9.
- MSP. (2017). *score mama y claves obstetricas*.
- MSP. (2020). GACETA DE MUERTE MATERNA 2020. *GACETA DE MUERTE MATERNA 2020*.
- Voto, L. (2019). HEMORRAGIA POST PARTO. *HEMORRAGIA POST PARTO*.
- Zaragoza-Saavedra, J. J. (2016). Hemorragia Obstetrica. *Hemorragia Obstetrica*, 20-21.

ANEXOS

[illegible][illegible]