



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

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE GESTANTE DE  
32 SEMANAS CON PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO.

**AUTORA**

VERONICA BEATRIZ PALMA PALMA.

**TUTOR**

LIC.VICTOR MANUEL SELLAN ICAZA.

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR**

**2021**

## CONTENIDO

AUTORA.....	1
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
TITULO DEL CASO CLINICO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
1. MARCO TEORICO.....	9
1.2.1. Objetivo General.....	15
1.2.2. Objetivo Específico.....	15
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	17
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	17
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	17
2.3. Examen físico.....	18
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	19
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	20
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	20
2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	25
2.8. Seguimiento.....	25
2.9. Observaciones.....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS:.....	30

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo principalmente a Dios por haberme entregado la vida y permitido conseguir con éxito mis metas, a mi madre y demás familiares quienes con amor y paciencia confiaron en mí y fueron parte de este sueño llamado Enfermería, por habernos ayudado a crecer como personas, apoyándonos en todo momento, dándome ánimos y consejos para ser valiente y perseverante.

Verónica Beatriz Palma Palma.

## **AGRADECIMIENTO**

Gratitud a la Universidad Técnica de Babahoyo y a sus docentes de la Carrera de Enfermería, por su noble enseñanza y las oportunidades brindadas de cada día, mismo que ha sido correspondido con dedicación y esfuerzo. De igual manera a mi tutor, Lic. Víctor Manuel Sellan Icaza. Por su invaluable apoyo, dedicación y orientación para la culminación del presente trabajo.

Verónica Beatriz Palma Palma.

## **TITULO DEL CASO CLINICO**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE GESTANTE DE  
32 SEMANAS CON PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO.

## RESUMEN

El presente caso clínico se basa en una paciente con embarazo de 32 +- semanas de gestación, placenta previa y acretismo; la placenta es un órgano complejo que se encarga de la secreción de hormonas y enzimas, el transporte de nutrientes y metabolitos permite el intercambio de gases. La placenta previa es la implementación anómala de la placenta en el segmento inferior cervical interno, esta es la principal causa de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo y uno de los motivos para que no se desarrolle el parto por vía vagina, las características que pueden diagnosticar placenta previa son la forma inicial de sangrado, indoloro, la cantidad, el color del sangrado y si hay contracciones; todo esto puede afectar al bienestar fetal y a su viabilidad y el diagnóstico diferencial suele ser el desprendimiento prematuro de la placenta. Es así que la paciente con 38 años de edad que ingreso por el área de emergencia obstétrica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, con el diagnóstico placenta previa y acretismo, inmediatamente paso al área de gineco-obstetricia.

Por lo cual se desarrolló el proceso de atención de enfermería a través de la recopilación de datos objetivos y subjetivos mediante la valoración por patrones funcionales según M. Gordon y una correcta evaluación mediante el examen físico.

**PALABRAS CLAVE:** placenta previa, acretismo, hemorragia, proceso de atención de enfermería.

## **ABSTRACT**

The present clinical case is based on a patient with a pregnancy of 32 + - weeks of gestation, placenta previa and accreta; the placenta is a complex organ that is responsible for the secretion of hormones and enzymes, the transport of nutrients and metabolites allows gas exchange. placenta previa is the abnormal implementation of the placenta in the lower internal cervical segment, this is the main cause of hemorrhage in the third trimester of pregnancy and one of the reasons for the vaginal delivery not to develop, the characteristics that can diagnose placenta previa are the initial form of bleeding, painless, the amount, the color of the bleeding and whether there are contractions; all of this can affect fetal well-being and viability, and the differential diagnosis is usually premature detachment of the placenta. thus, the 38-year-old patient who entered the obstetric emergency area of the alfredo noboa montenegro hospital, with the diagnosis of placenta previa and accreta, immediately went to the gynecological-obstetric area.

Therefore, the nursing care process was developed through the collection of objective and subjective data through the assessment by functional patterns according to m. gordon and a correct evaluation through the physical examination.

**key words:** placenta previa, accreta, hemorrhage, nursing care process.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de mostrar el enfoque del proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una de las etapas más cambiantes de las mujeres como es el embarazo y brindar una buena asistencia y valoración prenatal identificando a mujeres que se encuentran en situación de riesgo e iniciar la intervención oportuna valorando signos y síntomas de posibles problemas maternos o fetales, problemas incipientes o establecidos durante el embarazo, es así la placenta previa que hoy en día es una complicación del embarazo que se presenta en uno de cada 200 embarazos que llegan a término.

Las gestantes que llegan a presentar estas complicaciones a partir su identificación, se priorizan las necesidades con mayor afección para realizar un apropiado plan de cuidados y mejorar su estado de salud. Ya que se realizará un adecuado análisis de la información obtenida en base a la correcta valoración por patrones funcionales, como es el caso de la gestante que acudió al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Por eso mediante el actual estudio de caso se podrá obtener más conocimientos sobre la enfermedad y una mejor manera de tratar las necesidades a las que con lleva, por medio de un proceso de atención de enfermería.



## **I. MARCO TEÓRICO**

### **PLACENTA PREVIA**

Usamos el término placenta previa (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

La PP supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbimortalidad perinatal latente.

No hay un claro consenso en la clasificación de la placenta previa, pero los criterios más utilizados son los siguientes:

- PP oclusiva: la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI)
- PP no oclusiva:
- Placenta marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo
- Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI

### **CLÍNICA**

La clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica uterina clínica. El 30% de las pacientes presentan sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas.

## **DIAGNÓSTICO**

La placenta previa se diagnóstica por medio de una ecografía, si se sospecha de esta se solicita un examen minucioso durante el eco que se realiza durante el segundo o tercer trimestre de embarazo. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico.

## **MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA**

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a  $< 10\text{mm}$ , programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).

## **TIPO DE INCISIÓN:**

Debemos disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón. Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal.

## **COMPLICACIONES:**

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Presentación fetal inadecuada
- Hemorragia grave, necesidad de medicación vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto activamos clave roja.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

## **PLACENTA ACRETA**

La placenta acreta se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia es de 3/1000, ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7% y sigue en aumento.

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Acreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%)

El principal factor de riesgo es la presencia de una placenta previa insertada sobre una cesárea previa, ya que el segmento inferior es un área de pobre

decidualización (el 88% de placentas acretas se asocian a una placenta previa). Otras cicatrices uterinas como miomectomías, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa.

El riesgo de placenta accreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

Ninguna cesárea previa: 3.3%

- 1 cesárea previa: 11%
- 2 cesáreas previas: 40%
- 3 cesáreas previas: 61%
- 4/5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta accreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas)

### **DIAGNÓSTICO:**

La ecografía es la técnica de elección para el diagnóstico de placenta accreta en segundo y tercer trimestre. Cuando nos encontremos ante una placenta previa, debemos incluir el diagnóstico de placenta accreta especialmente en la gestante con antecedente de cesárea anterior.

La resonancia magnética es otra técnica que puede ayudar a la detección de una placenta accreta.

### **MANEJO DE LA PLACENTA ACRETA:**

Ante la sospecha de un acretismo placentario, se realizará un seguimiento ecográfico estricto para confirmación diagnóstica, valorar del grado de invasión progresivo y la adecuada planificación de la cesárea.

Dado el elevado riesgo de complicaciones, será necesario realizar una correcta planificación de la cirugía con un equipo multidisciplinar, la cual se ha asociado a una disminución de la morbi-mortalidad.

Cesárea electiva a las 36-37 semanas.

Si se trata de un caso de alta sospecha de placenta acreta o la placenta no se separa, realizaremos la histerorrafia con la placenta in situ y posteriormente:

- A. **Histerectomía.** Es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta.
- B. **Tratamiento conservador:** Consiste en dejar la placenta intraútero y no realizar histerectomía en pacientes sin sangrado importante, estables hemodinámica mente, con deseo de preservar la fertilidad. En estos casos, la utilización de fármacos útero tónicos, la colocación de un balón endouterino, la realización de suturas de compresión uterina o de una embolización, control de score mama (protocolo de hemorragia posparto y activación de clave roja).

## 1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico tiene como finalidad determinar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en una de las etapas más importantes de la vida de una mujer, el embarazo, es así también las posibles complicaciones que se pueden presentar, una de estas y con alto índice de morbimortalidad es la placenta previa y acretismo placentario, el porcentaje de embarazos complicados por placenta previa es de aproximadamente el 0,3 al 0,5%, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos.

Es por eso que se enfocara en las complicaciones y sangrados del segundo y tercer trimestre de embarazo, ya que la prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas, claro está que la placenta con acretismo se presenta en un mínimo porcentaje y de igual manera esta está acompañada de placenta previa, por eso mediante el actual estudio de caso se podrá obtener más conocimientos sobre la enfermedad y una mejor manera de tratar las necesidades a las que conlleva, por medio de un proceso de atención de enfermería.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar el Proceso De Atención De Enfermería a través del diagnóstico enfermero de la Taxonomía Nanda en gestante de 32 semanas con placenta previa más acretismo en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

### **1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Identificar las alteraciones fisiológicas con las que ingreso la paciente.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería de acuerdo a los signos y síntomas de la paciente en base a la taxonomía del Nic.
- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería, por medio de una comparación del estado de salud inicial con el estado de salud posterior.

### **1.3. DATOS GENERALES**

**Nombre y Apellidos:** N/N

**Edad:** 38 años

**Sexo:** Femenino

**Lugar y fecha de nacimiento:** Bolívar/Guaranda/13 de Julio de 1982

**Numero de historia clínica:** 52814

**C.I:** 020163341-9

**Grupo Sanguíneo:** RH O+

**Estado civil:** Soltera

**Residencia actual:** Santa Fe

**Nivel académico:** Bachiller

**Profesión:** Ama de casa

**Religión:** católica



## **2. METODOLOGIA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.**

Paciente gestante de 32 semanas con 38 años de edad que ingreso al área de emergencia obstétrica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro tras presentar 7 horas de sangrado transvaginal en moderada cantidad con dolor abdominal ausencia de movimiento fetal.

**Antecedentes patológicos personales:** No refiere.

**Antecedentes patológicos familiares:** madre hipertensa.

**Antecedentes ginecológicos:** No refiere.

Menarquia: 15 años.

Ciclo: 30 días.

Duración: regulares de 3-4 días.

Dolor: si

**Antecedentes Quirúrgicos:** No refiere.

**Alergia a Medicamentos:** No refiere.

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

Paciente de 38 años de edad con embarazo de 32 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ingresa por el área de emergencia obstétrica referida con diagnóstico: gestante de 32 semanas con placenta previa y acretismo. refiriendo cuadro clínico de 7 horas sangrado vaginal en moderada cantidad, con ausencia de movimiento fetal, acompañado de nauseas que no llegan al vomito por lo cual acude a la casa de salud. Médico general toma

signos vitales, mismo que están dentro de parámetros normales FC: 80 lpm, FR: 21 rpm, T/A: 110/65 mmhg, SpO2: 93 %, T: 36.2; al momento del ingreso con un score mama de 0 , se envía a realizar exámenes de laboratorio, se hace monitoreo fetal y exámenes complementarios; entre ellos esta una ecografía en la cual se evidencia, feto único vivo, transverso, movimientos fetales espontáneos, corazón con cuatro cavidades , FCF 150X´ un DPT de 6.6cm, L.F. 5.0 cm. CA 23.6 PC 24.9 cm, peso de 1080 libras, líquido amniótico en características y cantidad adecuada; resultados de laboratorio aumento de LDH(589UI/L), normales niveles de hemoglobina (12.3 g/dl) elevación de enzima hepática TGO (71UI/L) y bajo recuento de plaquetas (95,50 mm<sup>3</sup>/μL), no presenta proteinuria.

## **2.3. EXAMEN FÍSICO**

### **VALORACION CÉFALO-CAUDAL**

**Cabeza:** Normocéflica, simétrica correcta implantación de cabello (negro ondulado) sin presencia de adenopatías.

**Nariz:** Tabique nasal central implando, mucosas húmedas, permeables.

**Piel:** Hidratada con facies pálidas.

**Cuello:** Simétrico, móvil sin presencia de masas o adenopatías.

**Tórax:** Normo expandible, simétrico sin novedad, murmullos vesiculares audibles a la auscultación, sin ruido patológico.

**Abdomen:** **Suave depresible**, Globoso, doloroso a la palpación a nivel de hipogastrio útero gestante, feto único vivo, movimientos fetales ausentes, frecuencia cardiaca fetal de 148x´, dorso derecho, con movimientos fetales

**Genitales:** se observa salida de sangre tras vaginal en moderada cantidad.

**Extremidades superiores:** Simétricos, llenado capilar en 2 segundos con vía periférica.

**Extremidades inferiores:** Simétricos con fuerza y tono muscular sin presencia de edemas.

**Medidas antropométricas:**

Peso: 66.9 kg

Talla: 155 cm

**Signos vitales:**

Presión arterial sistólica: 100mm/hg

Presión arterial diastólica: 60mm/hg

Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.2 °C

Saturación de oxígeno: 94%

**2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.**

Se realiza una Biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación, proteinuria.

**ECOGRAFÍA:**

Se evidencia, feto único vivo, transverso, movimientos fetales espontáneos, corazón con cuatro cavidades, FCF 150X' un DPT de 6.6cm, L.F. 5.0 cm. CA 23.6 PC 24.9 cm, peso de 1080 libras, líquido amniótico en características y cantidad adecuada

**RESULTADOS DE LABORATORIO:**

Hematocrito: 40mg/dl

Hemoglobina: 12,7mg/dl

Plaquetas: 254.000

Leucocitos: 8400

Grupo y factor sanguíneo: ORH+

T protrombina: 11,3

TTP: 24.8

Proteinuria: negativo

Glucosa en ayunas: 87.3mg/dl

COVID19: negativo

## 2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnóstico presuntivo:** embarazo de 32 semanas de gestación por última fecha de menstruación más amenaza de parto pretérmino+ sangrado.
- **Diagnóstico diferencial:** mediante las manifestaciones clínicas que presento la paciente tras ser valorada, se puede confundir con:  
Amenaza de parto pretérmino secundario a infección de las vías urinarias.
- **Diagnóstico definitivo:** Embarazo de 32 semanas de gestación por última fecha de menstruación + placenta previa + acretismo.

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

Una vez finalizada la valoración por patrones funcionales en el paciente, se podrán identificar los patrones disfuncionales e implementar las intervenciones de enfermería individualizadas según la sintomatología y poder restablecer los mismos:

- **Patrón 6 cognitivo/ perspectivo**

Dx: Real Dolor agudo r/c: agentes lesivos biológicos(embarazo) e/p, expresión facial del dolor

- **Patrón 4 Actividad/ Ejercicio**

Dx: Real: Riesgo de Shock r/c: hipovolemia e/p: n/a

- **Patrón 6: cognitivo perspectivo**

Dx: Real - Discomfort (00147) r/c: síntomas relacionadas con la enfermedad e/p: ansiedad (Heather, 2012-2014).



## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**DX: REAL**  
**DOMINIO: 12**  
 Confort

Dolor agudo (00132)



R/C: conducta expresiva

E/P: agentes lesivos fisiológicos (embarazo).

**METAS**

DOMINIO V salud percibida

CLASE: V sintomatología

ETIQUETA: Nivel del dolor (2101)

ESCALA DE LIKER INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido	X			✓	
Duración de los episodios del dolor		X			✓
Expresiones faciales del dolor			X		✓
inquietud		X			✓

Antes: X Después: ✓

**INTERVENCIONES**

CAMPO: Fisiológico Básico

CLASE: E. Fomento de la comodidad física.

ETIQUETA: Manejo del dolor (1400)

1. Control de signos vitales
2. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
3. Administrar medicación según corresponda
4. Observar los efectos terapéuticos en el paciente

**DX: REAL**

**DOMINIO: 11**

Seguridad/Protección

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Riesgo de shock (00205)



R/C: Hipovolemia

### METAS

Dominio: Seguridad/proteccion

Clase: T. Control de Riesgo y seguridad

Etiqueta: severidad de la perdida de sangrado

### INTERVENCIONES

Campo: 2 Fisiológico complejo

Clase N control de la perfusión tisular

Etiqueta: disminución de la hermooragi

### ESCALA DE LIKER INDICADORES

	1	2	3	4	5
Tiempo de tromboplastina parcial		X			✓
Hemoglobina		x		✓	
Concentración de plaquetas		X			✓
Control de paños			x		✓

1. Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia
2. Observara la cantidad de sangrado
3. Monitorizar la presión arterial y parámetros hemodinámicos
4. Monitorizar el estado hídrico incluido las entradas y salidas
5. Instruir al paciente y familia acerca de los signos de hemorragia
6. Mantener un acceso intravenoso permeable
7. Administrar hemo derivados, plaquetas y plasma fresco

**DX: REAL**  
**DOMINIO: 12**

### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**DISCONFORT (00214)**



R/C: Ansiedad



E/P: síntomas relacionadas con la enfermedad



Dominio: III salud psicosocial

Clase: M bienestar psicológico

Etiqueta: nivel de ansiedad 1211



Dominio: campo III conductual

Clase: T fomento de la comodidad Psicológica

Etiqueta: disminución de la ansiedad 5820

<b>ESCALA DE LIKER INDICADORES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
impaciencia		X			✓
inquietud		x		✓	
irritabilidad		X			✓
Tensión facial			x		✓

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y diagnóstico
- Animar a la familia a permanecer con la paciente



## **2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Fundamento mi proceso de atención de enfermería en la teorizante de Maryuri Gordon “Los patrones funcionales”. Pues enfatiza en los patrones funcionales de las personas y se complementa con las necesidades de una mujer embarazada, en donde se altera una serie de patrones mismos que hay que ir subsanando y también la toma de conciencia del propio estado de salud a fin de reflexionar el deseo y compromiso de contraer un plan de mejora, que permite optimizar su salud.

En esta etapa las mujeres emprenden una serie de actividades destinadas aliviar los efectos negativos a causa de los cambios que experimentan durante este período y el profesional de salud desempeña un rol importante ya que a través de las intervenciones individualizadas que se realizan por cada diagnóstico va permitiendo que la paciente pueda mejorar cada una de sus necesidades.

Principalmente el personal de enfermería debe brindar información pertinente a la paciente, sobre las complicaciones que se pueden presentar y como evitarlas a tiempo.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

Se realiza seguimiento a la paciente de sexo femenino de 38 años de edad durante un periodo de 5 días de hospitalización con diagnóstico de placenta previa y acretismo.

El primer día se realiza el día 7 de enero del 2021 tras ser referida con diagnóstico de: embarazo de 32 semanas con placenta previa y acretismo, es valorada y se toman signos vitales, médico genera orden de exámenes de laboratorio y ecografía e inmediatamente se la prepara y para realizar los

exámenes y posteriormente se estabiliza con medicación y se compensa pérdida de líquidos. Se coloca sonda vesical.

Segundo día se realiza el 8 de enero: paciente despierta consiente, orientada en tiempo y espacio, facies pálidas, mucosas semi húmedas, abdomen blando depresible con dolor a nivel de hipogastrio se observa, útero gestante feto único vivo con FCF 148, movimientos fetales presentes. Sonda vesical permeable con balance hidroelectrolítico positivo. Vía periférica permeable.

### **Tratamiento farmacológico:**

Activamos clave roja de ser necesario, permanecemos atentos a la sintomatología.

Tercer día se realiza el 12 de enero del 2012: Paciente con signos vitales FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, T/A: 110/60 mmhg, SpO2: 93 %, T: 36.; dentro de los parámetros normales, permanece en el área de hospitalización presentando mejor evolución, balance hidroelectrolítico positivo, sonda vesical permeable, vía periférica permeable se mantuvo clínicamente estable, feto único vivo con frecuencia cardiaca fetal dentro de parámetros normales. Continúa con tratamiento farmacológico.

Cuarto día se realiza el 18 de enero del 2021, paciente clínicamente estable, facies semi pálidas, abdomen globoso suave depresible poco doloroso a la palpación, útero gestante movimientos fetales presentes con frecuencia fetal dentro de parámetros normales paciente en reposo absoluto, depresible poco doloroso a la palpación, se retira sonda después de ejercicios vesicales, vía periférica permeable.

Quinto día 4 de marzo del 2021 En condición clínica estable, con mejor estado de ánimo, tranquila con abdomen globoso depresible no doloroso a la palpación, útero gestante, frecuencia cardíaca fetal 150 lpm, dentro de parámetros normales, luego de valoración médica, la paciente es dada de alta llevando tratamiento farmacológico vía oral a casa y deberá acudir a controles médicos. Se comunica con centro de salud más cercano para planificación de visitas familiares.

## **2.9. OBSERVACIONES**

Paciente estable y colaboradora. Respondió de forma favorable ante el tratamiento terapéutico del médico y a las intervenciones individualizadas de manera integral por parte del personal de enfermería.

Se mantuvo informado a familiares sobre la evolución del paciente y se presentó los debidos consentimientos informados que fueron firmados.

Después de la alta médica se indicó que deberá llevar tratamiento farmacológico vía oral, acudir a controles médicos solamente de ser necesario y que debe guardar reposo absoluto. Se brindó información respectiva sobre medidas a tomar para su autocuidado en casa. También se indicó la contra-referencia al centro de salud mas cercano que es el Cordero Crespo para las visitas domiciliarias. Paciente hemo dinámicamente estable signos vitales estables.

## CONCLUSIONES

En conclusión, la placenta previa y acretismo es una complicación del embarazo, que puede conllevar a riesgos maternos y fetales si no es tratado y controlado de manera correcta, es una emergencia obstétrica que no se puede dejar pasar sin la adecuada atención.

Al finalizar este caso clínico, se evidencio que, a través de un proceso de atención de enfermería por medio de una buena valoración de patrones funcionales, se identificó las múltiples alteraciones en la gestante, lo que ayudo a establecer metas e intervenciones individualizadas de acuerdo a cada necesidad por medio de la taxonomía del Nanda, Nic y Noc permitiendo:

- Mejores niveles hematológicos obtenidos a través de medidas terapéuticas
- Un correcto control y manejo del dolor que permitió su alivio.
- A su vez se logró disminuir su ansiedad y sentimientos de tristeza.

Dando como resultado una óptima mejora en la salud de la paciente y confort durante la estadía en la casa de salud. Sin olvidar la importancia de las recomendaciones que se le brindo junto al familiar sobre el autocuidado.

Se lograron cada uno de los objetivos planteados que contribuyo a una evolución positiva en la paciente, por medio de una comparación de resultados del estado de salud inicial al obtenido.

Por último, cabe mencionar que los logro obtenidos con la mejor de la paciente, no puedo ser alcanzado únicamente por las acciones dependientes e independientes de enfermería ya que se requirió de un gran equipo de trabajo, experto en el área, existiendo una coordinación de todos para poder brindar una atención especializada de manera humanista e integral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Silver RM. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2015;126(3):654-668.
- Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. RCOG Green-top Guideline No. 27. January 2011.
- Lortie E, Ancel PY, Torchin H, Kaminski M, et al. Impact of latency duration on the prognosis of preterm infants after preterm premature rupture of membranes at 24 to 32 weeks' gestation: a National Population-Based Cohort Study. *J Pediatr* 2017;182:47-52
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol* 2016;128(4):934-936.
- Mills WG. Central placenta praevia with premature rupture of membranes. *Br Med J* 1948;1(4549):500.
- Allen, L., Jauniaux, E., Hobson, S., Papillon-Smith, J. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. *FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management guidelines* (140) 281– 290. DOI: 10.1002/ijgo.12409
- Wu, S. Kocherginsky, M. Hibbard, J. (2005). Abnormal placentation: Twenty-year analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192: 1458–1461 DOI:10.1016/j.ajog.2004.12.074
- Riesle, H. Bravo, E. Scarella, A. De la Torre, I. (2006) Laparotomía de Giordano-Cherney en la operación cesárea. Una alternativa en las malformaciones del sistema nervioso central fetal. *Revista chilena de Obstetricia Ginecología* (71):4:259-262. DOI: 10.4067/S0717-75262006000400007
- Jauniaux, E., Collins, S., Burton, G.J. (2017). Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound

imaging. The American Journal of Obstetrics and Gynecology (5.4) 1-13.

DOI: 10.1016/j.ajog.2017.05.067

**ANEXOS:**

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**  
**HOSPITAL PROVINCIAL "SALVADOR NOVOA MONTERROSO"**  
 DEPARTAMENTO DE IMAGEN  
 SERVICIO DE ECOGRAFIA  
 15-43-35

Guaymas, 9/01/21

**NOMBRE:** Margoth Alexandra Martinez Quilligana 38 Años  
 CI: 0201633419

**EXAMEN:**  
 ECOGRAFIA OBSTETRICA BIOMETRICA

**INFORME:**

Útero gestante, se observa:  
 Feto único, vivo, transverso, movimientos fetales espontáneos.  
 Corazón: con cuatro cavidades, FCF: 150 latidos por minuto.  
 DBP: 8.6 cm L.F: 5.0 cm CA: 23.6 cm PC: 24.9 cm PESO: 1080 gramos aprox.

Placenta: posterior G0  
 Líquido amniótico: de características y cantidad adecuada.

**CONCLUSION:**  
 Embarazo único de 27.1 semanas de gestación por Eco + / 1 semana

**Atentamente,**  
 Dra. Indira Nolasco  
 MEDICO

**SIGNOS VITALES**

HORA	AM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**LANCE HIDRICO**

INDICADOR	ORAL	RECTAL	LIBRE	LIBRE +	OTROS	TOTAL
INDICADOR						

**ACCIONES Y ACTIVIDADES**

INDICADOR	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio
INDICADOR	3	3	3	4	4	5	3	6	3



Figura 1a: PP oclusiva



Figura 1b: PP marginal