



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Dimensión Practica Del Examen Complexivo previo a la obtención de grado de Licenciado(a) de Enfermería

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMBARAZO DE 32.2 SEMANAS DEGESTACIÓN CON PLACENTA PREVIA MARGINAL

AUTOR

Yulissa Lisbeth Paredes Uchubanda

TUTOR

Lic. Consuelo Albán Meneses. Msc

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

INDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
TITULO DE CASO CLINICO	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I.MARCO TEORICO.....	10
1.1 Justificación	14
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo General.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
1.3 Datos Generales.....	16
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	16
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del paciente.....	16
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis)	17
2.3 Examen físico (Exploración física)	17
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	19
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	21
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	22
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	26
2.8 Seguimiento.....	27
2.9 Observaciones	27
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS.....	31

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo a Dios todo poderoso por haberme guiado por el camino del bien, darme fortaleza mientras perseguía mi sueño de llegar a ser una profesional en el área de salud. A mis abuelitos y madrina por están siempre conmigo en las buenas y en las malas brindándome apoyo sin esperar nada a cambio, gracias a sus consejos estoy donde estoy sin ellos ya hubiese flaqueado en mi lucha.

Yulissa Paredes Uchubanda

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas y permitirme formarme, a mis docentes por los conocimientos brindados a lo largo de formación académica y por ultimo a mi tutora por guiarme durante el proceso de elaboración de mi caso clínico.

Yulissa Paredes Uchubanda

TITULO DE CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EMBARAZO DE 32.2
SEMANAS DE GESTACION CON PLACENTA PREVIA

RESUMEN

Se presenta el caso clínico relacionado a una mujer embarazada con placenta previa marginal, área de ginecología en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro este trastorno afecta a 1 de cada 200 embarazadas debido al marcado aumento de este trastorno es de suma importancia conocer más acerca patología y factores de riesgo.

La placenta previa es un trastorno donde el tejido placentario limita o recubre el orificio cervical interno.

En este sentido, existen diferentes tipos de placenta: Placenta previa parcial, cubre parte de la abertura cervical. Placenta previa total, cuando la placenta impide la salida del feto en el parto natural es decir está cubriendo toda la abertura cervical. La causa se desconoce, pero existen factores de riesgo que incluyen los siguientes: Multiparidad, procedimiento uterino previo, tabaquismo, embarazo multifetal, tabaquismo

La placenta previa solo sangra si se desprende y capacidad de crecimiento del segmento inferior del útero supera a la de la placenta y puede producir pequeños desprendimientos del borde placentario que dejan al descubierto vasos sanguíneos que pueden producir hemorragias.

Mi objetivo es aplicar el proceso de atención de enfermería y brindar los cuidados en base a las necesidades de la gestante obtenido de una valoración que se realiza por los patrones funcionales utilizando el modelo de Marjory Gordon, para determinar cuáles son los patrones disfuncionales que nos ayude a realizar un diagnóstico de enfermería y sus respectivas actividades para suplir las necesidades que estén en nuestro alcance priorizando las necesidades y así mejorar la vida de mujeres ecuatorianas y sus hijos.

Palabras claves: placenta previa, hemorragia, multíparas, trastorno, orificio cervical, multipariedad.

ABSTRACT

The clinical case related to a pregnant woman with marginal placenta Previa is presented, gynecology area at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, this disorder affects 1 out of every 200 pregnant women due to the marked increase in this disorder, it is of the utmost importance to know more about the pathology and risk factor's.

Placenta previa is a disorder where the placental tissue limits or covers the internal cervical os.

In this sense, there are different types of placenta: Partial placenta previa, covers part of the cervical opening. Total placenta previa, when the placenta prevents the fetus from coming out in natural childbirth, that is, it is covering the entire cervical opening. The cause is unknown, but there are risk factors that include the following: Multiparity, previous uterine procedure, smoking, multifetal pregnancy, smoking

The placenta previa only bleeds if it detaches and the growth capacity of the lower uterus exceeds that of the placenta and can cause small detachments of the placental border that expose blood vessels that can cause bleeding.

My objective is to apply the nursing care process and provide care based on the needs of the pregnant woman obtained from an assessment that is carried out by functional patterns using the Marjory Gordon model, to determine results are the dysfunctional patterns that help us to carry out a nursing diagnosis and their respective activities to meet the needs that are within our reach, prioritizing the needs and thus improving the lives of Ecuadorian women and their children.

Key words: placenta previa, hemorrhage, multiparous, disorder, cervical os, multiparity.

INTRODUCCIÓN

La placenta previa es la inserción de la placenta que cubre el orificio cervical interno impidiendo la salida del bebé al momento del alumbramiento.

“La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se considera la 3ra causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2da causa de histerectomía obstétrica”.(Dra. Lopez, 2011.)

Las principales causas de las Muertes Maternas hasta el SE 50 son: los Trastornos Hipertensivos con el 25,49%; las Hemorragias Obstétricas con el 23,52% y las causas Indirectas 23,52%. (*GACE T A DE MUE R T E M A T E R N A S E 5 0 DE F I N I C I O N E S O P E R A C I O N A L E S Y T É C N I C A S*, 2019.).

Una de las causas de hemorragia es la placenta previa porque al momento del alumbramiento en el orificio cervical interno se encuentra obstruido, dificultando la expulsión del feto, no existe una causa netamente específica para que se desarrolle este trastorno, pero hay muchos factores que interviene para que exista una aparición como: miomas, legrados anteriores, multípara, fumar, riego sanguíneo bajo, consumir drogas, etc.

I.MARCO TEORICO

PLACENTA PREVIA

Según el libro de Ginecología y Obstetricia (Mulart MD, 2017) refiere que:

“La placenta previa es un trastorno donde el tejido placentario limita o recubre el orificio cervical interno”.

Cuando el orificio del cuello uterino es obstruido de manera parcial o total, es decir el orificio por el cual el feto sale en el momento del parto a eso llamamos placenta previa.

Normalmente en un embarazo normal la placenta debería desplazarse en el útero a medida que crece de forma que el cuello uterino quede despejado para el momento del parto. Solo a partir de las 20 semanas de gestación se puede hablar de placenta previa, antes de eso no porque la placenta se experimenta cambios de posición por el crecimiento uterino. (Medica, 2021)

“Su frecuencia es de 0,2- 0,4% de todos los embarazos, es decir 1 de cada 200 embarazadas. Es más común en embarazos múltiples (85%) especialmente si los embarazos son muy seguidos” (Obstetricia, Reproduccion y Ginecologia Basica, pág. 363)

Los cambios fisiológicos del cuello del útero y el segmento uterino inferior, así como las contracciones pueden producir fuerzas de cizallamiento en el lugar de unión de la placenta, no elástico. La exportación vaginal y el coito también son capaces de alterar el espacio intervellositario y causar hemorragia (siempre hay que verificar la localización de la placenta para asegurarse de que no hay placenta previa antes de realizar una comprobación digital del cuello del útero). La hemorragia es principalmente materna, pero puede producirse hemorragia fetal si se daña un vaso del feto. (Obstetricia y Ginecologia, pág. 303)

Clasificación

Cuando la placenta se implanta en la parte baja del útero, obstruyéndola o aproximando es una placenta previa. En este sentido, existen diferentes tipos de placenta:

Placenta de inserción baja: Cuando la placenta en el lateral o próximo de la abertura del cuello uterino, pero no llega a cubrirlo totalmente.

Placenta previa marginal: La placenta esta en uno de los bordes del orificio del cuello uterino, pero igualmente no lo cubre por completo.

Placenta previa parcial: La placenta cubre parte de la abertura cervical.

Placenta previa total: Cuando la placenta impide la salida del feto en el parto natural es decir está cubriendo toda la abertura cervical. (Salvador, 2018)

CAUSAS

Según (Medica, 2021) menciona que:

“La causa de la placenta previa se desconoce. Se piensa que puede deberse a:

Causas uterinas. Como consecuencia de anomalías en la parte superior de la cavidad uterina (cesáreas, legrados, multiparidad, miomas, antecedentes de placenta previa, etc.) que favorecen la implantación y el desarrollo de la placenta en la parte inferior de la misma.

Causas placentarias. Como consecuencia de un aumento exagerado del tamaño de la placenta (gestaciones múltiples, riego sanguíneo bajo, tabaquismo, consumo de cocaína, etc.).

La porción inferior del útero no es la adecuada para que se inserte la placenta porque es más delgada, con menos musculatura que la zona superior. Esta condición hace que las placentas que se insertan allí sean más extendidas, aplanadas e irregulares, se fijen de forma más inestable y puedan invadir los tejidos adyacentes.

La placenta previa solo sangra si se desprende. Se puede desprender:

Durante el embarazo. La capacidad de crecimiento del segmento inferior del útero supera a la de la placenta y puede producir pequeños desprendimientos del borde placentario que dejan al descubierto vasos sanguíneos que pueden producir hemorragias. Además, la sangre actúa como irritante del útero y puede

desencadenar contracciones dolorosas que producen desprendimientos mayores y mayor sangrado

Durante el parto. Por las contracciones de trabajo de parto”.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la placenta previa incluyen los siguientes:

- ✓ Multiparidad
- ✓ Cesárea previa
- ✓ Anomalías uterinas que inhiben la implantación normal (p. ej., miomas, legrado previo)
- ✓ Cirugía o procedimiento uterino previo (miomectomía, múltiples procedimientos de dilatación y legrado)
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Embarazo multifetal
- ✓ Edad materna avanzada

(MANUAL MSD, VERSION PARA PROFECIONALES, 2019)

ETIOLOGÍA

Según (Dra Lopez, 2011.) refiere que:

Factores ovulares: un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

Factores maternos: debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

Edad materna: a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.

Multiparidad: en un estudio estadounidense se informó de una incidencia de placenta previa aumentada de manera significativa en mujeres múltiparas en comparación con la de mujeres con paridad más baja.

Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo, los legrados también estarían implicados en la génesis de placenta previa.

Tabaquismo: Williams encontró que el RR de placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. Ananth y Handler confirmaron estos datos. La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.

Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

“La placenta previa se presenta tradicionalmente como sangrado activo indoloro habitualmente sin actividad uterina cerca del final del 2do trimestre o durante el 3er trimestre. Debe ser sospechada en cualquier mujer que se presente con sangrado transvaginal después de las 20 semanas, particularmente sangrado indoloro o sangrado postcoital y una situación fetal anormal (transversa u oblicua). Clásicamente la ausencia de dolor y de contracciones uterinas eran considerados los hallazgos típicos que podían diferenciar esta condición de un desprendimiento de placenta normoinserta. Sin embargo, algunas mujeres con placenta previa tienen contracciones uterinas además del sangrado, por lo que el diagnóstico de placenta previa requiere confirmación ultrasonográfica”.(Revista clinica, 2016.)

DIAGNOSTICO

Según (*Placenta Previa - Diagnóstico y Tratamiento - Mayo Clinic*, s.f.) manifiesta que:

“La placenta previa se diagnostica mediante una ecografía, ya sea durante una consulta prenatal de rutina o después de un episodio de sangrado vaginal. La mayoría de los casos de placenta previa se diagnostican durante una ecografía en el segundo trimestre.

Un diagnóstico podría requerir una combinación de ecografía abdominal y ecografía transvaginalG, que se realiza con un dispositivo con forma de varilla que se coloca en el interior de la vagina. El proveedor de atención médica tendrá

cuidado con la posición del transductor en la vagina para no romper la placenta ni causar sangrado.

Si el proveedor de atención médica sospecha que hay placenta previa, evitará los exámenes vaginales de rutina para reducir el riesgo de sangrado intenso. Es posible que necesites ecografías adicionales para determinar la ubicación de la placenta durante el embarazo y para ver si la placenta previa se resuelve”.

1.1 Justificación

El motivo esencial del presente caso clínico es conocer la patología e identificar cuales son los factores de riesgo que pueden conllevar a una complicación tanto para la gestante, como la del feto y que sirvan como componentes de ayuda para brindar un plan de cuidado de enfermería de manera eficaz, por ende, también la calidad a pacientes que presenten complicaciones en la segunda y tercera semana de gestación como es la placenta previa marginal.

Como es de conocimiento la placenta previa es la implantación de la placenta de forma parcial o total en el fondo del cuello uterino teniendo una La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones.

Las principales causas de las Muertes Maternas hasta el SE 50 son: los Trastornos Hipertensivos con el 25,49%, Hemorragias Obstétricas con el 23,52% y las causas Indirectas 23,52%.

El estudio de caso tiene como objetivo desarrollar y aplicar un proceso de atención de enfermería de acuerdo a las necesidades y patrones afectados en la paciente, utilizando la taxonomía de NANDA, NIC Y NOC, para llegar a una pronta recuperación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Emplear el Proceso de Atención de Enfermería en embarazo de 32.2 semanas de gestación con placenta previa marginal.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar una valoración y diagnóstico (NANDA) de acuerdo a los patrones disfuncionales y necesidades de la paciente.
- Planificar las actividades de enfermería establecida en el NIC para satisfacer las necesidades de la paciente.
- Ejecutar las actividades de enfermería en conjunto con el plan de tratamiento y evaluar las intervenciones realizadas.

1.3 Datos Generales

Nombres y Apellidos: NN

Género: Femenino

Edad: 34 años

Lugar y fecha de nacimiento: 27-12-1984

Estado civil: Divorciada

Ocupación: Técnica

Hijos: 2

Lugar de procedencia: Guaranda

Nivel de Escolaridad: Secundaria

Auto Identificación étnica: Indígena

Fuente de información: Paciente, historia clínica

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Motivo de Ingreso: Paciente de 32.2 semanas de gestación ingresa al área de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro refiriendo que hace aproximadamente 3 horas presenta sangrado vaginal en moderada cantidad de color rojo acompañado de coágulos motivo por el cual acude a esta área de salud.

ALERGIAS	No refiere
ANTECEDENTES PERSONALES	No refiere
ANTECEDENTES FAMILIARES	No refiere
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	Icterigo hace 1 año

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

Paciente de 34 años de edad con 32.2 semanas de gestación que vive con su hijo y mama, la paciente refiere sangrado vaginal por lo cual se alarmo y acude a la casa de salud Hospital Alfredo Noboa Montenegro para ser examinada.

Con signos vitales: tensión arterial 90/50, frecuencia cardiaca 76 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto y temperatura 37,2°C. Feto único vivo, cefálico, frecuencia cardiaca fetal 150 lpm, altura uterina 32 cm.

Por sangrado en moderada cantidad se ingresa a la paciente al área de ginecología para ser monitoreada.

Planes de diagnostico

Medico solicita: Exámenes de laboratorio y Eco obstétrico

Planes de tratamiento

Ingreso a ginecología

Dieta blanda

Reposo absoluto

2.3 Examen físico (Exploración física)

Valoración cefalocaudal

Paciente orienta en persona, tiempo y espacio.

Constantes vitales

Temperatura: 37.2 °C

Presión Arterial: 90/50 mmHg

Frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 32x min

Saturación de Oxígeno: 94 %

Valoración cefalocaudal

Cabeza: Normo-cefálico, buena implantación de cabello, ausencia de infección o infestación.

Boca: mucosas orales semihumedas

Torax: simétrico expandible

Abdomen: globuloso, feto único vivo

Genitales: normales, al momento no se evidencia sangrado

Extremidades superiores e inferiores: simétricos, sin cicatrices, movimientos flexibles, ausencia de edema.

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

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Paciente describe que su salud siempre ha sido buena hasta este momento el cual desconoce de su patología, no tiene ningún mal hábito como: fumar, tomar Ingerir drogas, etc.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: Al momento se encuentra con una dieta blanda y en su hogar lleva una dieta equilibrada.

Patrón 3: Eliminación: Paciente al momento necesita de ayuda del personal de enfermera para que le pasen el bidel, refiere incomodidad por ello.

Patrón 4: Actividad y ejercicio: Paciente con reposo absoluto

Patrón 5: Sueño y descanso: Sin alteración

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Paciente se encuentra orientada en tipo y espacio, recibe apoyo emocional de su mamá, muy necesario en esta difícil etapa.

No tiene ningún problema auditivo

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Sin alteración

Patrón 8: Rol y Relaciones: Mantiene una buena relación con todos los miembros de la familia quienes les están brindando su apoyo.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Paciente con embarazo de 32.2 semanas de gestación con placenta previa marginal con sangrado vaginal rojo brillante.

Patrón 10: Afrontamiento y Tolerancia al estrés: Paciente se siente intranquila, angustiada con temor a perder a su bebe

Patrón 11: Valores y Creencias: Paciente cree fielmente en dios quien le va a dar fortaleza, no pierde la fe en que todo va a salir bien.

Patrones Funcionales Alterados.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Patrón 10: Afrontamiento y Tolerancia al estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

HEMATOLÓGICO

Parámetro	Valore Anteriores	Valores hasta El momento	Valores Normales
Hematocrito	39%	34%	38.0% – 48.0%
Hemoglobina	12.7 g/dl	11.2 g/dl	12.6 – 16.4 g/dl
Plaquetas	211.000	241.000	150000-400000 mm ³
Leucocitos	5.300	9.400	6000-10000 mm ³
VCM	86	83	86-100 fL
HCM	28.5	27.8	26-32 picogramos
CHCM	33.3	33.4	32-37 %
T P	12.7 S	-	11-13.5 segundos

TT P	24.8 S	-	25-35 segundos
Eosinofilos	3%	1 %	1-4 %
Linfocitos	29%	17 %	23-25 %

QUÍMICA SANGUÍNEA

Parámetro	Valores	Valores Normales
Glucosa en ayunas	85.4	70-115 mg/dl
Urea	10.0	15-50 mg/dl
Creatinina	0.58	0,6-1,1 mg/dl
Transaminasa puruvida	17.6	31-41 UI/L
Transaminasa Oxalacetica	19.2	32-35 UI/L

UROANALISIS

Parámetro	Valores
Densidad	1.020
Aspecto	Transparente
Eritrocitos/C	0-2
Células	Epiteliales escasas
Bacterias	+

ECOGRAFIA

10/10/2019

Embarazo único vivo, cefálico derecho, movimientos fetales presentes, corazón de cuatro cavidades, FCF: 126 lpm reactivo.

Placenta: Posterior grado I previa marginal se observa un hematoma de 4,8 cm

Líquido amniótico en adecuada cantidad.

17/10/2019

Feto único vivo presentación cefálica dorso izquierdo, situación longitudinal. Actividad cardíaca positiva, movimientos fetales presentes. Cerebro sin alteraciones. Corazón con cuatro cavidades, riñones sin patología. Fcf:151 x minuto DBP: 82 mm. Cc: 305 mm. Femur: 82 mm ca: 294 mm. Peso aproximado de 2186 gramos. Sexo femenino. Líquido amniótico normal, bolsillo único de 5,67 cm. Placenta fundida anterior, lateral izquierdo, grado I/II de maduración, se extiende cubriendo parcialmente el cuello uterino, hallazgo compatible con, placenta previa oclusivo parcial.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo: Placenta Previa

Diagnóstico diferencial: lesiones cervicales o uterinas, ruptura uterina

Diagnóstico definitivo: Embarazo de 32.2 semanas de gestación con placenta Previa Marginal

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de sangrado

r/c: Complicaciones relacionadas con el embarazo (placenta previa marginal)

e/p: sangrado vaginal en moderada cantidad.

Ansiedad

r/c: Amenaza de cambio en el estado de salud

e/p: inquietud, angustia

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

Después de examinar todo el cuadro clínico de la gestante, y los exámenes complementarios realizados, no cabe duda que es una patología obstétrica muy común en el segundo trimestre de embarazo “la placenta previa marginal” por lo que se analiza las conductas que lo origina desde el punto de vista biológico, ambiental, físico y social.

Biológico: Alteraciones en el endometrio ocasionado cambios de posición anatómica de la placenta.

Ambiental: Fumar o estar en exposición al humo del tabaco, pero la paciente no tiene familiares que fumen ni ha estado expuesta.

Físico: Paciente no se ha realizado una cesárea anterior.

Social: Siempre asistir cada mes a los controles prenatales para un diagnóstico antes que sean presentados los síntomas.

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA: 0007
NOC: 0800

Dx Riesgo de sangrado

R/C: Complicaciones relacionadas con el embarazo (placenta previa marginal)

E/P: sangrado vaginal en moderada cantidad.

M
E
T
S

Dominio:2

Salud Fisiológica

Clase:E

Regulación metabólica

Etiqueta:
Severidad de la pérdida de sangre

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

Campo:2

Fisiológico Complejo

Clase:
Control de la Perfusión

Etiqueta:

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
-Sangrado vaginal				x	
-Disminución de la tensión arterial					x
-Pérdida de calor corporal					x
-Palidez de piel y mucosas					x
-Disminución de hemoglobina					x

- ACTIVIDADES**
1. Vigilar de cerca al paciente por si producen hemorragias
 2. Control de signos vitales ortostaticos, incluida tensión arterial
 3. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa
 4. Administrar medicación si está indicado
 5. Instruir a la paciente/familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas.
 6. Consejería nutricional.

4010 - Prevención de
HemorragiaTisular

NANDA: 0007
NOC: 0800

Dx. Ansiedad

M
E
T
S

R/C: Amenaza de cambio en el estado de salud

E/P:
inquietud, angustia

Dominio:
3. Salud psicosocial

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
-Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso					X
-Busca información para reducir la ansiedad					X
-Disminución de la duración de episodios					X
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.			X		

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

Clase:O
Autocontrol

Etiqueta:
Control de ansiedad

Campo:3 Conductual

Clase:T Fomento de la comodidad psicológica

Etiqueta:
Disminución de la ansiedad

- ACTIVIDADES**
1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
 2. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico y tratamiento
 3. Animar a la familia a permanecer con la paciente.
 4. Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista
 5. Crear un ambiente que facilite confianza
 6. Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan a la ansiedad
 7. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

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

Es muy necesario tener un fundamento científico que ayude a determinar los procedimientos que guíen al establecimiento de conductas saludables; el presente tema está basado con el actual modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, el cual nos permitió identificar que patrones funcionales que se encontraban alterados, el cual permitió establecer las prioridades de dichos patrones disfuncionales, para la elección correcta de los Diagnósticos de enfermería fundamentados en las Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. (ASTURIAS, 2010)

2.8 Seguimiento

Por la grave situación que estaba atravesando el país la pandemia del COVID-19 y las normas de bioseguridad que se estaba tomando en todo el país para no propagar el virus no se pudo realizar el seguimiento oportuno a la paciente, pero se realizó una llamada en el cual la paciente refiere estar en buenas condiciones, continua con reposo, llevando una buena alimentación y tomando su medicación prescrita.

2.9 Observaciones

La paciente se mostró receptiva al instante de darle las recomendaciones y ha sido muy colaboradora en el cumplimiento de su tratamiento; por lo que se le ha estado informando su evolución y todo el procedimiento conjunto con los cuidados de enfermería que se le realizaron.

La paciente recibió el alta médica luego de su cesaría y recuperación con un cuadro clínico favorecedor, posteriormente de haber estado varios días en hospitalización.

Se revisó guías clínicas, libros, artículos de revista y varias bibliografías que me ayudaron a entender mejor esta patología obstétrica, encontrando diferentes factores, los cuales de cierta forma contribuyeron en la evolución de este caso clínico.

CONCLUSIONES

- A lo largo del análisis anterior se ha podido establecer el actual diagnóstico acertado de placenta previa para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se pudo comprobar la importancia de los cuidados enfermeros a través de la valoración de los 11 patrones funcionales y valoración cefalocaudal para así obtener un diagnóstico verdadero de enfermería y elaborar los planes de cuidados de enfermería, proporcionando ayuda en la recuperación de la paciente en estado de gravidez
- La enfermera no solo cumple el rol de los cuidados de enfermería, sino que también brinda promoción de salud que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla a través de charlas educativas
- Es muy importante realizar un diagnóstico oportuno con un personal capacitado para reducir de la muerte materna además de que la madre tenga todos sus controles prenatales para identificar el problema antes de que se presenta y tenga conocimiento de lo que puede conllevar tener malos hábitos como con sumir alcohol, fumar, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- MANUAL MSD, VERSION PARA PROFECIONALES. (Junio de 2019). *MANUAL MSD, VERSION PARA PROFECIONALES*. Obtenido de MANUAL MSD, VERSION PARA PROFECIONALES: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>
- Medica, R. (2021). *Diccionario de enfermedades*. (Sanitaria) Obtenido de Diccionario de enfermedades: <https://www.redaccionmedica.com/images/enfermedades/placenta-previa.jpg>
- Mulart MD, D. M. (2017). Libros Google. En A. M. MD, S. D. MD, & R. P. MD, *Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de Libros Google: <https://books.google.com.ec/books?id=8dvQDwAAQBAJ&pg=PA303&dq=placenta+previa&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwihrvXjZ3vAhUKZN8KHWBvAfUQuwUwAnoECAkQCQ#v=onepage&q=placenta%20previa&f=true>
- Mularz, D. y. (2007). *Obstetricia y Ginecología*. Polonia: Gea consultoria editorial S.L.
- Pellicer, B. y. (2007). *Obstetricia, Reproduccion y Ginecología Basica*. Madrid: Medica panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=uk9tU-YznoMC&pg=PA363&dq=CLASIFICACION+PLACENTA+PREVIA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiRnL6qgaLvAhXCuFkKHZOtD6EQ6AEwAXoECAgQAg#v=onepage&q=CLASIFICACION%20PLACENTA%20PREVIA&f=false>
- Salvador, D. O. (24 de Mayo de 2018). *Reproduccion asistida ORG*. Obtenido de Reproduccion asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/que-es-la-placenta-previa/tipos-placenta-previa/>
- GACE T A DE MUE RT E MAT E RNA S E 5 O DE F I N I C I O N E S O P E R A C I O N A L E S Y T É C N I C A S. (n.d.).
- mtgg. (n.d.). *Hemorragias del Tercer Trimestre Esther López del Cerro Fecha: 12 de Enero de 2011 Nombre: Dra. Esther López del Cerro R1 Tipo de Sesión: Seminario PLACENTA PREVIA DEFINICIÓN*.
- Placenta previa - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic*. (n.d.). Retrieved March 8, 2021, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-previa/diagnosis-treatment/drc-20352773>
- San, H., De Dios, J., José, S., Fundado, C. R., Darcia, S. Á., Moya, T. A., & Soriano, J. O. (n.d.). *TEMA 2016: Generalidades sobre placenta previa y acre-tismo placentario*. Retrieved March 8, 2021, from www.revistaclinicaahsjd.ucr.ac.cr
- GACE T A DE MUE RT E MAT E RNA S E 5 O DE F I N I C I O N E S O P E R A C I O N A L E S Y T É C N I C A S. (n.d.).

mtgg. (n.d.). *Hemorragias del Tercer Trimestre Esther López del Cerro Fecha: 12 de Enero de 2011*
Nombre: Dra. Esther López del Cerro R1 Tipo de Sesión: Seminario PLACENTA PREVIA
DEFINICIÓN.

Placenta previa - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (n.d.). Retrieved March 8, 2021, from
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-previa/diagnosis-treatment/drc-20352773>

San, H., De Dios, J., José, S., Fundado, C. R., Darcia, S. Á., Moya, T. A., & Soriano, J. O. (n.d.). *TEMA 2016: Generalidades sobre placenta previa y acre-tismo placentario.* Retrieved March 8, 2021, from www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr

GACE T A DE MUE RT E MAT E RNA S E 5 0 DE F I N I C I O N E S O P E R A C I O N A L E S Y T É C N I C A S.
(n.d.).

mtgg. (n.d.). *Hemorragias del Tercer Trimestre Esther López del Cerro Fecha: 12 de Enero de 2011*
Nombre: Dra. Esther López del Cerro R1 Tipo de Sesión: Seminario PLACENTA PREVIA
DEFINICIÓN.

Placenta previa - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (n.d.). Retrieved March 8, 2021, from
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-previa/diagnosis-treatment/drc-20352773>

San, H., De Dios, J., José, S., Fundado, C. R., Darcia, S. Á., Moya, T. A., & Soriano, J. O. (n.d.). *TEMA 2016: Generalidades sobre placenta previa y acre-tismo placentario.* Retrieved March 8, 2021, from www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr

ANEXOS

Anexo 1. Historial Medico

HOSPITAL GENERAL DE

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N.º HOJA	N.º HISTORIA CLÍNICA
H. A. J. H.	Cecilia Manzanilla	Monabanda Tenelama	F		020197443

FECHA (DAMES/AG)	HORA	NOTA DE INGRESO	2 PRESCRIPCIÓN
		<p>NOMBRES: Cecilia Manzanilla APELLIDOS: Monabanda Tenelama EDAD: 34 años FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-1984 LUGAR DE NACIMIENTO: Guamandí LUGAR DE RESIDENCIA: Guamandí ESTADO CIVIL: Divorciada ETNIA: Indígena INSTRUCCIÓN: Superior OCUPACIÓN: Técnica RELIGIÓN: Católico LATERALIDAD: Diestra</p> <p style="text-align: center;">ANTECEDENTES</p> <p>ALERGIAS: No refiere PERSONALES: No refiere FAMILIARES: No refiere QUIRÚRGICOS: Plástica hace 1 año</p> <p style="text-align: center;">GINECOLÓGICOS</p> <p>MENARQUIA: 14 años CICLOS: Regulares 4 días DISMENORREA: No PAPTEST: Se hace 10 meses IVSA: 22 años PS: 1 G:2 P:2 C: A:0 FUM: 28-02-2019 FPP: 05-12-2019 EDAD GESTACIONAL: ECOS: 6 CONTROLES: 7 ANTICONCEPTIVOS: Se medroxypro ANTITETÁNICA: Se 2</p>	<p>1. Dieta Blanca 2. CSU 3. Control Obstétrico C/2h 4. Score mama C/2h 5. Reposo absoluto 6. HST QD 7. Lactado Merg 1000ml a 40 g/l y más 8. Metoprolol 10mg C/15 min por 4 dosis luego C/2h 9. Diclofenaco 50mg TID C/12h por 4 dosis 10. Fenacetamol 1g TID C/Ph</p> <p style="text-align: center;">David López Vargas Médico Ginecología Hospital General de Guamandí No. de Colección: 020197443</p>
		MOTIVO DE CONSULTA	
		ENFERMEDAD ACTUAL	
		<p>Paciente refiere que hace aproximadamente 3 horas presenta sangrado vaginal en moderada cantidad de color rojo acompañado de cólicos mativos por el cual acude.</p>	

EXAMEN FÍSICO

TA: 90/50
T: 37.2

SO2: 94%
PROTEINURIA: -

FC: 76

FR: 32
ESTADO CONCIENCIA Alerta

SCORE MAMA: B

Paciente consciente orientado afebril
Boca: mucosas orales semihúmedas
Tórax: Simétrico, expansible
Riñones: Murmullo vesical, conservado
Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos
Abdomen: globuloso, feto intrauterino, a favor, FCF 150, AU: 32, B D
RTG: no se aprecia aneurisma al momento
Extremidades: Simétricas no edema

DIAGNOSTICO

Embarazo 32 S6 x FUM + dicenta previa marginal

PLAN DIAGNÓSTICO

Exámenes de laboratorio
Eco Obstétrica

PLAN TERAPEUTICO

PLAN EDUCACIONAL

Consejería en lactancia materna
Consejería en planificación familiar
Consejería en nutrición
Post consejería en VIH y UDRI

RESPONSABLE:

Anexo 2. Exámenes complementarios



la
Dirección Provincial de Salud de Bolívar
Hospital Provincial "Alfredo Noboa Montenegro"

ECOGRAFIA OBSTETRICA.

PACIENTE:

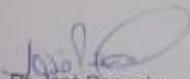
SRA. CECILIA NINABANDA TENELEMA 0201774775

17/10/2019

34 AÑOS

Feto único vivo presentación cefálica dorso izquierdo, situación longitudinal. Actividad cardíaca positiva, movimientos fetales presentes. Cerebro sin alteraciones. Corazón con cuatro cavidades, Riñones sin patología. FCF: 151 x min. DBP: 82 mm. CC: 305 mm FEMUR: 82 mm CA: 294 mm. Peso aproximado de 2186 gramos. Sexo femenino. Líquido amniótico normal, bolsillo único de 5,67 cm. Placenta fúndica anterior, lateral izquierda grado I/II de maduración, se extiende cubriendo parcialmente el cuello uterino, hallazgo compatible con placenta previa oclusiva parcial.

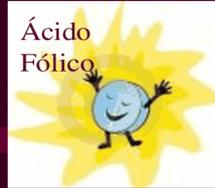
CONCLUSIÓN: EN PRINCIPIO EMBARAZO DE 33 SEMANAS +/- 1 SEMANA DE AMENORREA- A CONSIDERAR PLACENTA PREVIA.


Dr. José Remache.

MÉDICO RADIOLOGO

MSP.1031-R06-13-70

Causas generales



La carencia
de ácido
fólico

Causa mas
importante

Diversos factores

Anormalidad es de la
vascularización
endometrial

Ovulación tardía

Traumatismo previo del
miometrio o el endometrio

Toxemia gravídica
tardía



El hábito de
fumar

El aumento reducido
de peso o de un
exceso