



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
HEMORRAGIAS POSTPARTO

GUERRERO MORENO MILTON ANDRES
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
HEMORRAGIAS POSTPARTO

GUERRERO MORENO MILTON ANDRES
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIAS
POSTPARTO

GUERRERO MORENO MILTON ANDRES
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

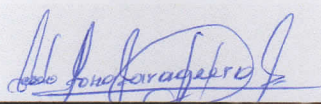
SARAGURO SALINAS SARA MARGARITA

MACHALA, 15 DE ENERO DE 2020

MACHALA
2020

Nota de aceptación:

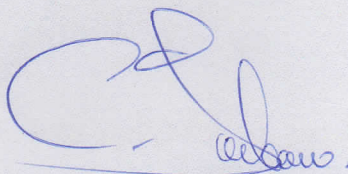
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIAS POSTPARTO, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SARAGURO SALINAS SARA MARGARITA

0701803256

TUTOR - ESPECIALISTA 1



JUMBO DIAZ CESAR PATRICIO

0705064566

ESPECIALISTA 2



GALLEGOS GALLEGOS EDITH MARLENE

0702091968

ESPECIALISTA 3

Machala, 15 de enero de 2020

Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Hemorragia Postparto

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

2%

2

Submitted to Universidad de San Martín de
Porres

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 25 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, GUERRERO MORENO MILTON ANDRES y OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIAS POSTPARTO, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.


Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 15 de enero de 2020


GUERRERO MORENO MILTON ANDRES
0706453677


OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO
0401656525

UNIVERSITAS
MAGISTRORUM
ET SCHOLARIUM

RESUMEN

La hemorragia postparto es una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial, causante de la mortalidad materna en un 29.3% y de provocar efectos adversos severos en la mujer el 26.7%. Esta complicación depende de la correcta valoración que se lleva por parte del personal de salud, la identificación de los factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad de padecerla, como son la prolongación de la tercera etapa del parto, retención placentaria, atonía uterina, antecedentes de aborto u hemorragias postparto en anteriores embarazos, presentación fetal y útero varicoso. El previo de la salud materna aborda un papel importante en el proceso de parto como son número de control prenatal insuficientes, mala nutrición, y la falta planificación familiar.

En la mayor parte de las mujeres no sufren de alteraciones hemodinámicas hasta perder un equivalente de 1000 ml de sangre; los signos y síntomas clínicos que se manifiestan son taquicardia, hipovolemia, hipotensión, sangrado transvaginal, mareo, palidez; así como la presencia de hematomas a nivel abdominal.

El objetivo que se llevará a cabo es determinar el proceso de atención de enfermería en la paciente con hemorragia postparto, mediante los conocimientos teóricos de Marjory Gordon.

El caso se evidenció en una paciente de 27 años de edad con diagnóstico de embarazo de 39 semanas de gestación más distocia de presentación pelviana, para la elaboración de este estudio, se emplearon los métodos de investigación descriptiva, científica y analítica, facilitando la interpretación de la información recabada, de igual forma se empleó la técnica de recolección de datos por medio de la observación, la aplicación de aspectos éticos legales, se analizó la historia clínica de la paciente con su respectiva solicitud de permiso dirigido al Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital General Teófilo Dávila.

Se aplicó el proceso de atención de enfermería mediante el modelo teórico de Maryory Gordon el cual consiste en los 11 patrones funcionales, para la respectiva valoración de la paciente, y el uso de herramientas mundiales propias del personal de enfermería como son las etiquetas diagnósticas NANDA, la clasificación de resultados en enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

Los resultados que se presentaron durante el estudio fueron, la identificación de los patrones funcionales afectados, nutricional-metabólico, eliminación, sueño-descanso, cognitivo/perceptivo, sexualidad-reproducción y adaptación-toleración al estrés.

En conclusión, los cuidados de atención de enfermería comprenden una gran importancia en el proceso de recuperación por hemorragia postparto, por el motivo que ayuda a la prevención y detección de complicaciones, permaneciendo estable los aspectos físicos, psíquicos, sociales y de su propio entorno.

En la trayectoria de la investigación se observó que existe una deficiencia en la valoración e identificación de factores de riesgos, debido a los hallazgos encontrados durante la cirugía, por lo que se recomienda un mayor enfoque durante este proceso, y el apego por parte de los profesionales durante la recuperación de la paciente para mantenerla informada de lo ocurrido, mejorando su estadía dentro del área de centro obstétrico y que se actualice los datos de morbimortalidad por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Instituto Nacional de Estadística de Censo.

Palabras claves: hemorragia, hipovolemia, histerectomía, complicaciones, prevención.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the main obstetric complications worldwide, causing maternal mortality in 29.3% and causing severe adverse effects in women 26.7%. This complication depends on the correct assessment carried out by health personnel, the identification of risk factors that may increase the possibility of suffering it, such as the prolongation of the third stage of labor, placental retention, uterine atony, history of abortion or postpartum hemorrhages in previous pregnancies, fetal presentation and varicose uterus. The previous maternal health addresses an important role in the birth process such as insufficient prenatal control number, poor nutrition, and lack of family planning education.

In most women they do not suffer from hemodynamic alterations until they lose an equivalent of 1000 ml of blood; the clinical signs and symptoms that manifest are tachycardia, hypovolemia, hypotension, transvaginal bleeding, dizziness, paleness; as well as the presence of bruises at the abdominal level.

The objective that will be carried out is to determine the nursing care process in the patient with postpartum hemorrhage, through the theoretical knowledge of Marjory Gordon.

The case was evidenced in a 27 year old patient with a diagnosis of pregnancy of 39 weeks gestation plus pelvic presentation dystocia, for the elaboration of this study, descriptive, scientific and analytical research methods were used, facilitating the interpretation of The information collected, in the same way the data collection technique was used through observation, the application of legal ethical aspects, the patient's medical history was analyzed with their respective permission request addressed to the Teaching and Research Coordinator of the Teófilo Dávila General Hospital.

The nursing care process was applied through the theoretical model of Maryory Gordon which consists of the 11 functional patterns, for the respective assessment of the patient, and the use of global tools of the nursing staff such as the NANDA diagnostic labels, the classification of nursing outcomes (NOC) and the classification of nursing interventions (NIC).

The results that were presented during the study were the identification of the affected functional patterns, nutritional-metabolic, elimination, sleep-rest, cognitive-perceptual, sexuality-reproduction and adaptation-stress tolerance.

In conclusion, nursing care care is of great importance in the recovery process due to postpartum haemorrhage, for the reason that it helps prevent and detect complications,

while the physical, psychological, social and environmental aspects of the environment remain stable.

In the trajectory of the investigation it was observed that there is a deficiency in the assessment and identification of risk factors, due to the findings found during the surgery, so a greater approach is recommended during this process, and the attachment by the professionals during patient recovery to keep them informed of what happened, improving their stay within the obstetric center area and that morbidity and mortality data is updated by the Ministry of Public Health of Ecuador and the National Census Statistics Institute.

Keywords: hemorrhage, hypovolemia, hysterectomy, complications, prevention.

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT..... | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO | 11 |
| 1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio | 11 |
| 1.2 Hecho de interés..... | 11 |
| 1.3 Objetivos de la investigación..... | 12 |
| 1.3.1 Objetivo general | 12 |
| CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO | 12 |
| 2.1 Bases teóricas de la investigación..... | 12 |
| 2.1.2 Factores de riesgo | 13 |
| 2.1.3 Etiología..... | 13 |
| 2.1.4 Prevención y tratamiento | 15 |
| 2.1.5 Tratamiento quirúrgico | 16 |
| 2.1.6 Patrones funcionales de Marjory Gordon | 16 |
| CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO | 19 |
| 3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada..... | 19 |
| 3.1.1 Tipo de investigación | 19 |
| 3.1.2 Unidad de análisis..... | 19 |
| 3.1.3 Área de estudio..... | 19 |
| 3.1.4 Tipo de estudio | 19 |
| 3.1.5 Método de estudio..... | 19 |
| 3.1.6 Técnicas a utilizar | 19 |
| 3.1.7 Instrumentos de investigación..... | 20 |

| | |
|---|----|
| 3.1.8 Categorías | 20 |
| 3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación | 20 |
| 3.2.1 Aspectos éticos legales | 20 |
| 3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica | 21 |
| 3.2.3 Ubicación de la historia clínica | 21 |
| 3.2.4 Revisión de la historia clínica | 21 |
| 3.3 Sistema de categorización en el análisis de información | 21 |
| 3.3.1 Historia clínica | 21 |
| 3.3.2 Anamnesis | 21 |
| 3.3.3 Diagnóstico médico | 23 |
| 3.3.4 Intervención de enfermería | 25 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 29 |
| 4.1 Descripción de resultados y argumentación teórica de resultados | 29 |
| 4.2 Argumentación teórica del proceso | 30 |
| 4.3 Conclusiones | 31 |
| 4.4 Recomendaciones | 32 |
| BIBLIOGRAFIA | 33 |
| ANEXOS | 38 |
| Anexo 1. Oficio de acceso a la historia clínica, a la UTMACH, para que se emita con el gerente del Hospital General Teófilo Dávila | 38 |
| Anexo 2. Oficio de acceso a la historia clínica, emitido al gerente del Hospital General Teófilo Dávila | 39 |

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es conocida tradicionalmente como la pérdida de sangre estimada mayor de 500 ml en un parto vaginal dentro de las primeras 24 horas, y 1.000 ml en un parto por cesárea. Tiene una incidencia de presentarse en el parto de un 2 al 4% y del 6 al 7% en las cesáreas(1).

Se considera hemorragia postparto primaria o inmediata, aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente, el 70% de los casos de hemorragia postparto inmediata se producen debido a atonía uterina. En cambio, la hemorragia postparto secundaria o tardía se produce entre las 24 horas y seis semanas postparto. La mayoría de estos casos se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas(2).

En el 2015, se presentaron más de 80.000 muertes maternas en todo el mundo; es considerada una de las causas más frecuentes de mortalidad materna con un 29.3% y efectos adversos severos 26.7%. En los países con alto índice sociodemográfico o desarrollados, las muertes maternas por hemorragia postparto representa el 9.3%, en cambio en los países en vía de desarrollo o bajo índice sociodemográfico se ve reflejado con un 45.7%(3).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, establece que la hemorragia obstétrica se encuentra dentro de las tres principales causas de morbilidad materna a nivel mundial, se estima que cerca de 14 millones de mujeres han sufrido de sangrado postparto, en donde 125.000 han fallecido, por tal razón se pone énfasis en la prevención y tratamiento, para el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio(4).

Estados Unidos, ha considerado que las hemorragias postparto han disminuido proporcionalmente la mortalidad materna, además, son frecuentemente identificables en un 66%, donde el 93% de las muertes pueden ser evitables(5).

Se calcula que la hemorragia postparto es la principal causa de muerte, alrededor de 8.2% de las mujeres postparto en América Latina presentarán una hemorragia la cual necesitaría al menos una transfusión sanguínea(6).

En Ecuador, según las estadísticas obtenidas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2014, se detalla que el índice de mortalidad materna se ve encabezando como principal causa de muerte en mujeres con problemas relacionados a causas obstétricas directa con un 35.83%, en cambio la hemorragia postparto se ubica

en cuarto lugar con un 8%. En el 2016 se presentaron 2 muertes maternas por hemorragia postparto el cual representaron 1.5% dentro del perfil de mortalidad materna. Se evidencia que la primera causa de defunción materna abarca otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complica el embarazo, el parto y el puerperio con un total de 28 defunciones representando el 21.05%(7).

En la provincia de El Oro, durante el año 2016 el Ministerio de Salud Pública junto al Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) dio a conocer que la provincia y en la ciudad de Machala no existen casos evidenciados de hemorragia postparto durante este periodo(8).

Como objetivo del caso clínico, determinar el proceso de atención de enfermería en la paciente con hemorragia postparto, mediante los conocimientos teóricos de Marjory Gordon, la presente investigación es aplicada sobre una paciente de 27 años de edad, con diagnóstico de parto único por cesárea más distocia de presentación pélvica y hemorragia postparto, la cual acudió al Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala de la Provincia de El Oro. A través de los 11 patrones funcionales que se encuentran sustentadas a la mejora y contribución de su calidad de salud y vida, las cuales se ven afectadas durante su proceso de parto. Se indago a través de la revisión de la historia clínica y artículos científicos; se empleó herramientas mundiales propias del personal de enfermería que son las etiquetas diagnosticas de NANDA, con sus respectivas intervenciones (NIC) y resultados (NOC).

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

La hemorragia postparto es una consecuencia obstétrica que pone en riesgo la vida de la madre, debido a la pérdida excesiva de sangre que surge durante una complicación, siendo la atonía uterina la principal causa que representa al menos el 80% de los casos, entre otras tenemos rotura uterina, rotura prematura de membrana, retención de tejidos placentarios, traumas o laceraciones, alteraciones de la coagulación, útero varicoso y otras etiologías importantes(9).

Debido a su multicausalidad de origen, conlleva que se identifique de manera temprana los riesgos que puede ocasionar en la paciente. Se puede evitar la muerte materna por hemorragia postparto mediante una buena valoración durante las etapas de parto o cesárea, esto incluye procedimientos quirúrgicos como es la histerectomía obstétrica, aunque no es de primera elección por su alta tasa de morbilidad quirúrgica, debido a procesos infecciosos o falta de técnica de asepsia, en la actualidad se encuentra reservada sólo para aquellas situaciones en las que el manejo conservador para preservar el útero y la función reproductiva han fallado, considerándose el procedimiento como una intervención indicada en los casos de emergencia obstétrica para preservar la vida(10).

Esta complicación obstétrica afecta a la recuperación de la madre, que puede repercutir en consecuencias graves, como una caída de la presión arterial, por tal motivo es necesario que reciba una atención inmediata para prevenir complicaciones más severas como insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria, shock hemorrágico e incluso la muerte(11)(12).

Puede originarse otras consecuencias en las hemorragias postparto como inestabilidad hemodinámica, anemia aguda, requiere de transfusión de hemoderivados, aplicación de la anestesia para intervención quirúrgica para una revisión de la cavidad uterina(13).

Los cuidados directos que recibe la madre después de una hemorragia postparto, son parte del manejo del equipo de salud, pero quien se encarga de su recuperación y pasa su mayor tiempo a su lado es el profesional de enfermería, que mediante la aplicación de sus conocimientos identificara cualquiera anomalía.

1.2 Hecho de interés

Las mujeres embarazadas sanas sin trastornos referentes a los tiempos de coagulación generalmente pueden tolerar 500 a 1000 ml de pérdida de sangre dependiendo del

procedimiento que se realizó; cesárea o parto sin tener signos o síntomas. El aumento de la frecuencia cardíaca se considera el primer signo de hemorragia postparto, entre otros como hipovolemia, oliguria, náuseas, disnea y ortostasis(14).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica (FIGO) junto a la Organización Mundial de la Salud (ONU) promueven la prevención de morbilidad materno fetal secundarias a la hemorragia postparto, por medio de protocolos de estudio de factores de riesgo, guías de acción y consentimiento informado, están basadas en la medicina basada en evidencias(15).

América Latina durante los años de 1990 y 2010, se redujo la mortalidad materna en un total de 43%, pero no llegaría a completar la meta de un 75% según lo correspondiente para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a pesar del progreso que ha tenido durante los últimos años en la disminución de los casos por hemorragia postparto, permanece siendo una de las causas de muerte materna más común en los países de bajo ingreso(6).

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el proceso de atención de enfermería en la paciente con hemorragia postparto, mediante los conocimientos teóricos de Marjory Gordon.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1 Bases teóricas de la investigación

La hemorragia postparto se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, que presenta alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, disminución del hematocrito mayor a 10 puntos, alteración en los cambios hemodinámicos o una pérdida mayor de 150 ml/min(16).

Se clasifica en:

Hemorragia postparto primaria o inmediata es aquella que se producen dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Se considera que el 80% de los casos se ocasiona debido a la atonía uterina(16).

Hemorragia postparto secundaria o tardía es aquellas que se originan entre las 24 horas y 6 semanas postparto, en estos casos se puede originar por una retención del producto, restos placentarios(2).

2.1.1 Manifestaciones clínicas

Se puede identificar una hemorragia postparto a través de la sintomatología de la paciente, la mayoría de las mujeres sanas, no muestran signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica hasta que sufra una pérdida de sangre equivalente a los 1000 ml o más. Pueden llegar a presentar(17):

- a. Alteración de la presión arterial en descenso.
- b. Taquicardia
- c. Pérdida de sangre vía vaginal.
- d. Presencia de hematomas en la pared abdominal y pélvico.
- e. Dolor en zonas cercanas a la vagina más presencia de inflamación.
- f. Mareo, debilidad, diaforesis, inquietud, confusión y síncope.

2.1.2 Factores de riesgo

El parto es considerado un proceso fisiológico en donde la atención que es brindada durante el nacimiento sirve para anticipar e identificar las situaciones que comprometan la vida de la madre, por lo tanto la hemorragia postparto incluye consigo factores determinantes que ponen en riesgo y aumentan la frecuencia de los eventos adversos, requiriéndolas identificarlas, tales como son: prolongación de la tercera etapa de parto, cicatrices uterinas previas, edad materna mayor a 35 años, existencia de coagulopatía previa, antecedentes de hemorragia postparto en anteriores embarazos, retención placentaria, macrosomía, episiotomía, hidramnios, multiparidad, mortinato, presentación fetal compuesta, alargamiento en la inducción del trabajo de parto, traumatismo genital y abdominal(18)(19).

También se identificaron otros factores, ya que no solamente dependerá de la pérdida de sangre, se ve influenciado por el estado de salud previo al proceso de parto, la pobreza, consumo de tabaco y drogas, número de control prenatal, mala nutrición materna y la falta de educación sobre el control de la salud en su sexualidad reproductiva(20).

La mayoría de los problemas existen en los dos tercios de las hemorragias postparto que suceden en pacientes en donde no se han encontrado factores de riesgo indiscutibles(15).

2.1.3 Etiología

Las causas de las hemorragias obstétricas postparto, se ven diferenciadas en cuatro grupos principales, con la denominación de tono, trauma, tejido y trombina, en la cual la atonía uterina abarca en un 70%(1)(21).

Por tono: atonía uterina

La atonía uterina es la contracción inadecuada de las células miométriales del cuerpo uterino, conlleva a una hemorragia postparto ya que al momento de la liberación de la placenta produce que las arterias espirales sufran alteraciones, las mismas que no tienen musculaturas y necesitan de contracciones para ser exprimidas mecánicamente a un estado hemostático(22).

Los factores que inciden en un riesgo de una atonía uterina están; trabajo de parto prolongado, trabajo de parto precipitado, distensión uterina, polihidramnios, macrosomía fetal, uso prolongado de oxitocina, la contracción uterina ineficaz, está asociada a otras etiologías como tejido placentario retenido, trastornos placentarios, también está vinculado un (IMC) índice de masa corporal >40 es uno de los causantes de atonía uterina(23).

Por trauma: Desgarros cervicouterinos

Los desgarros de la superficie del cuello uterino por lo general no provocan preocupación, a menos que esta provoque una hemorragia o se extienda al tercio superior de la vagina. En ciertos casos poco frecuentes, se advierte de avulsión total o parcial del cuello uterino desde la vagina, en los fondos de saco anterior, posterior o lateral, estas lesiones aparecen luego de haber realizado rotaciones difíciles manipulando el fórceps, o en caso de nacimiento que se realiza a través del cuello uterino con una dilatación incompleta, en algunas mujeres los desgarros cervicouterinos llegan al segmento uterino inferior y abarcan la arteria uterina y sus ramas principales, en ocasiones se extienden a la cavidad peritoneal, no obstante los desgarros más graves por lo común se manifiestan en la forma de hemorragia externa o como un hematoma y a veces ocurre de manera insospechada. El 11% de mujeres con desgarro cervicouterino necesitaron una transfusión de sangre otras lesiones graves del cuello uterino son poco comunes(24).

Por tejido: placenta previa

Es la placenta anormal que envuelve el orificio endocervical, considerándose una complicación adversa materna fetal, todas las placentas que cubren la abertura hacia el cuello uterino en cualquier grado (placentas grado I-II-III-IV) placenta previa total o completa(I), placenta previa parcial (II), placenta previa marginal (III), placenta lateral o de inserción baja (IV), se ve vinculado entre daño endometrial y cicatrices uterinas y posterior placenta previa(25).

Mientras la situación se complica, ocasionada por la aparición de vellosidades placentarias más allá de la decidua basal originando una placenta acreta o increta, pudiendo producir pérdida de sangre; complicaciones múltiples provocando incluso la muerte, por lo que mujeres que han padecido de placenta previa han aumentado el riesgo de hemorragia postparto(26).

Por trombina: coagulopatía

En todas las situaciones que puedan desencadenar una hemorragia, se puede originar debido a la alteración de la coagulación y presentarse a través de varios mecanismos, como la pérdida de factores en especial fibrinógeno y plaquetas están relacionados con la pérdida de glóbulos rojos durante un sangrado masivo(27).

El uso de líquidos parenterales disminuye el riesgo potencial hemostático, para lograr la formación de coágulos, el cuerpo debe de tener los porcentajes suficientes de trombina plaquetas y fibrinógeno. Además, la perfusión tisular alterada inducida por la hemorragia aumenta la anticoagulación sistemática y fibrinólisis. Este fenómeno provoca la disminución del inhibidor del activador de plasminógeno e inhibidor de la fibrinólisis activable por la trombina(27).

2.1.4 Prevención y tratamiento

Todas las mujeres embarazadas pueden padecer una pérdida de sangre durante el parto, poniendo en riesgo su bienestar y vida, por este motivo se aplica el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), va ayudar a contribuir reduciendo el riesgo de hemorragia postparto en un 60%, evadiendo la necesidad de implementar transfusiones sanguíneas y la anemia postparto. La Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica (FIGO) respalda el uso de rutina de MATEP, por sus evidencias para la prevención, contiene componentes de uso habituales que incluyen los siguientes pasos(2):

Primer paso: Uso de agentes uterotónicos

- Administrar 10 UI de oxitocina intramuscular (IM) dentro del primer minuto luego del nacimiento del producto, palpando el abdomen para descartar la presencia de otro producto. Este medicamento uterotónico hace efecto entre dos y tres minutos de la colocación, con efectos secundarios mínimos y puede ser usado en todas las mujeres, en casos de no contar con oxitocina, se puede sugerir 600 mg de misoprostol por vía oral(1).
- Otros uterotónicos: 0,2 mg IM de ergometrina o metilergometrina, sintrometina que es una combinación tanto de la oxitocina 5 UI y 0,5 mg de ergometrina IM, como

advertencia se debe evitar su uso en mujeres con enfermedades cardiacas, preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta(28)(2).

Segundo paso: Tracción y contracción del cordón umbilical

- Como advertencia antes de la realización de este paso se debe corroborar la administración del fármaco uterotónico, por el motivo de provocar la separación parcial de la placenta, ruptura del cordón, inversión de útero e incluido sangrado excesivo(14).
- Se debe aplicar la maniobra de Brandt-Andrews, en la que con una mano sujeta el cordón umbilical y por encima con la otra mano se aplica contrapresión suprapúbica(14).

Tercer paso: Masaje uterino postparto

- Después de la etapa de alumbramiento, se recomienda masajear el fondo uterino por medio del abdomen de la mujer para ayudar que el útero se contraiga durante las dos primeras horas, verificando que exista retracción uterina y que los loquios hemáticos sean normales y no en exceso(13)

2.1.5 Tratamiento quirúrgico

La histerectomía obstétrica, es considerada una intervención quirúrgica de última elección, solamente reservada para aquellas situaciones que se ven comprometidas y la función reproductiva ha fallado, con el único fin de preservar la vida materna. Aunque no sea un procedimiento de primera elección, debido a sus tasas de morbilidad quirúrgica por la presencia de efectos adversos en el siglo pasado como son sucesos infecciones de la herida o técnica de antisepsia(10).

Dentro de las principales recomendaciones para realizar las histerectomías obstétricas, que consiste en la extracción de útero de manera total o parcial, es debido a una serie alteraciones fisiológicas. La histerectomía postcesarea es el procedimiento de mayor elección a realizar durante la etapa puerperal, considerándola un indicador de calidad de la atención obstétrica, porque se ve asociada de manera substancial con la morbilidad obstétrica extrema(10)(29).

2.1.6 Patrones funcionales de Marjory Gordon

Los patrones funcionales dentro del campo profesional de enfermería la cual es la ciencia que se basa en el cuidado de la salud del ser humano, y junto a esta teoría resulta muy beneficioso permitiéndole identificar condiciones de las personas con el

objetivo de mantener el balance para la recuperación o mantenimiento de su salud, mediante la ampliación de conocimientos científicos y técnicas que sean requeridas(30).

Historia de Marjory Gordon: nació el 20 de mayo de 1911, en Estados Unidos, creadora de la teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud en los años 70, reconocida como líder y presidenta internacional de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), con el objetivo de estandarizar el diagnóstico de enfermería, a su vez se unió a la Academia Americana de Enfermería donde la reconocieron como “Leyenda viviente” por sus conocimientos.

El modelo de los 11 patrones funcionales, abarca el área del ser humana de manera holística, modificando comportamiento y contribuyendo en la mejora de la calidad de vida, aportando al diagnóstico enfermero. Según la teoría de Marjory Gordon estos son los siguientes patrones(31):

1. Patrón percepción y control de la salud
2. Patrón actividad – ejercicio
3. Patrón de eliminación
4. Patrón de reposo – sueño descanso
5. Patrón cognitivo perceptual
6. Patrón autopercepción – autoconcepto
7. Patrón de rol – relaciones
8. Patrón de sexualidad – reproducción
9. Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
10. Patrón valores creencias
11. Patrón nutricional metabólica

Glosario

Distocia de presentación pelviana: es aquella que no permite una dilatación efectiva, lo que puede ocasionar que la cabeza quede atrapada durante el parto.

Taquicardia: es considerada como un ritmo cardíaco irregular o aceleración de la frecuencia cardíaca, generalmente mayor a 100 latidos por minuto.

hipovolemia: disminución del volumen de la sangre u otros líquidos dentro del sistema cardiovascular, ocasionado por factores múltiples como deshidratación, hemorragia, quemaduras, etc.

Hematocrito: volumen de glóbulos rojos en relación a la sangre total, en mujeres de 36.1% a 44.3%.

Avulsión: es el desgarro o pérdida de una parte del cuerpo humano.

Mortinato: se lo define como un feto nacido muerto de mayor de 20 semanas de gestación.

Puerperal: proceso infeccioso septicémico grave que compromete a todo el organismo con una respuesta inflamatoria general, afecta a mujeres que hayan pasado por un aborto u proceso de parto.

Sutura hemostática de B-Lynch: sutura compresiva que se coloca quirúrgicamente para tratamiento de hemorragia postparto.

Multiparidad: partos viables > a 5 fetos.

Polihidramnios: líquido amniótico de forma excesiva; se relaciona con complicaciones maternas fetales.

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1 Tipo de investigación

En la presente investigación se la realizó aplicando el método analítico y descriptivo, mediante la revisión bibliográfica de artículos científicos específicos, con el respectivo seguimiento del caso clínico, y la historia clínica de la paciente para la recolección de información necesaria del presente estudio, detallando las características de los hechos observados.

3.1.2 Unidad de análisis

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad con diagnóstico de Parto único por cesárea, distocia de presentación pélvica y hemorragia postparto.

3.1.3 Área de estudio

El presente estudio de caso se lo desarrollo en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Teófilo Dávila, de cantón Machala, provincia El Oro.

3.1.4 Tipo de estudio

En el presente caso se empleó la investigación descriptiva, analítica y científica, que permite enfocar las actividades y características bases que sostiene el objetivo de investigación planteado en el presente estudio.

3.1.5 Método de estudio

3.1.5.1 Método descriptivo: Proceso aplicado en el análisis para especificar de manera detallada los hechos o factores presentes en el caso actual.

3.1.5.2 Método analítico: Se aplicó este método para distinguir los elementos o factores que conforman el caso clínico.

3.1.5.3 Método científico: Proceso utilizado para la aplicación práctica del conocimiento científico teórico-práctico planteado para la atención de las necesidades presentes desencadenadas por la enfermedad presente en el individuo.

3.1.6 Técnicas a utilizar

- **Observación:** Técnica empleada para la recolección de los datos del caso, en esencia se realiza una observación no estructurada, debido a la inclusión de los investigadores al ambiente propio del caso.

3.1.7 Instrumentos de investigación

- Historia clínica del paciente.
- Base de datos E-book y Scopus de la UTMACH.
- Fuentes bibliográficas de revistas científicas.

3.1.8 Categorías

Revisión de los diferentes criterios a valorar durante el análisis del caso son:

- Signos vitales
- Manifestaciones clínicas
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Planes de cuidados de enfermería.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

Los pasos a seguir para la recolección de la información, se consideró los siguientes aspectos, como la utilización de guía de práctica clínica del Ecuador, artículos y revista científicas que se encuentren relacionados a la temática de la investigación tales como scielo, clinical opinión, original research, american journal of obstetrics and gynecology, american family physician, obstetrics and gynecology, etc.

3.2.1 Aspectos éticos legales

Para la realización de este análisis de caso se cumple con los principios bioéticos que orienta las actitudes y al comportamiento profesional, como son:

- **Autonomía:** Respetando la fuente de información del presente estudio que se obtuvo por medio de la historia clínica, a través del consentimiento del paciente.
- **Beneficencia:** Se aplican los procedimientos adecuados para la recuperación del paciente y evitar complicaciones severas.
- **No maleficencia:** Se establecen los procedimientos más apropiados que no afecten al paciente en su calidad de vida, con el fin de salvaguardarla.

- **Confidencialidad:** Se protege los nombres y datos personales del paciente de manera anónima.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica

El acceso al análisis de la historia clínica de la paciente del presente caso se la obtuvo mediante el oficio **N° UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0905-OF**, generado y emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, dirigido al Director del Distrito 07D02 “Ec. Calles Palomeque Mauro”

3.2.3 Ubicación de la historia clínica

En cumplimiento a la aceptación de la solicitud del oficio emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala de disponibilidad de la historia clínica, se logró acceder a la misma que se encontraba en el departamento de estadística del Hospital General Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala provincia El Oro.

3.2.4 Revisión de la historia clínica

Con el acceso a la historia clínica se procedió a la recolección e indagación de la información más relevante, permitiéndonos desarrollar el presente análisis de caso.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información

3.3.1 Historia clínica

Se indaga en la historia clínica de la paciente, obteniendo información de importancia como la evolución de la paciente, reportada por parte del personal médico y de enfermería, motivo de ingreso a la unidad de salud, exámenes de laboratorio, ecografías durante el embarazo, indicaciones médicas, procedimientos realizados e información relevante.

3.3.2 Anamnesis

Enfermedad actual y revisión de sistemas

Paciente de 27 años de edad, refiere cuadro clínico de aproximadamente 30 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contracción a nivel de hipogastrio de leve intensidad aumentando progresivamente en intensidad y frecuencia irradiándose a región lumbosacra, al persistir cuadro acude a esta casa de salud, decide tras valoración su ingreso. Presenta reporte ecográfico donde producto se encuentra en presentación pélvica.

Reporte de ingreso al servicio de Centro Obstétrico

TA: 120/60 **Pulso:** 72x **F. resp:** 20x **T°:** 36,5°C **Sat O:** 98%

Paciente de 27 años de edad ingresa al área de centro obstétrico desde ginecología, con diagnóstico de embarazo de 39 semanas de gestación + FUM + distocia de presentación pélvica, neurológicamente se encuentra consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, a nivel torácico se encuentra campos pulmonares ventilados, abdomen globuloso ocupado por producto interno vivo con presencia de movimientos fetales, a nivel genital no se evidencia pérdida de líquido transvaginal, tono y fuerza muscular conservada sin presencia de edemas en extremidades superiores e inferiores, con vía venosa permeable, exámenes de laboratorio en carpeta y trae consigo manilla de identificación.

Latidos cardiacos fetales (LCF): 142x

Altura de fondo uterino (AFU): 35 cm

3.3.2.1 Signos vitales

- Presión Arterial: 100/80
- Frecuencia cardiaca: 88x
- Respiración: 18x
- Temperatura: 36,4°C
- SPO2: 99%

3.3.2.2 Examen cefalocaudal

- Neurológico: orienta en tiempo, espacio y persona
- Cabeza normo cefálica
- Pupilas isocóricas fotoreactivas
- Conjuntivas pálidas
- Mucosas orales semihúmedas
- Cuello móvil sin adenopatías palpables
- Tórax, campos pulmonares ventiladores más expansibilidad y elasticidad conservada
- Corazón: rítmico - normoacústico
- Abdomen globuloso compatible con útero gestante, AFU: 34 cm FCF: 150x, movimientos fetales presentes.
- Genitales: se evidencia pérdidas transvaginales
- Tono y fuerza muscular conservada

3.3.2.3 Antecedentes personales y familiares

3.3.2.3.1 Antecedentes patológicos personales

- No refiere alergias
- Aspiración manual endouterina (AMEU) aproximadamente hace 1 año

3.3.2.3.2 Antecedentes patológicos familiares

- **Madre:** hipertensa
- **Padre:** asma

3.3.3 Diagnóstico médico

- Embarazo de 39 semanas de gestación
- Distocia de presentación pelviana

3.3.3.1 Plan de tratamiento

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de FCF y AU
4. Monitoreo fetal
5. Preparación para cesárea
6. Parte operatorio
7. Cloruro de sodio 0,9% 1000 ml pasar intravenoso, 300 cc Luego a 30 gotas por minuto
8. Cefazolina 2 gramos intravenoso, STAT

3.3.3.2 Reporte de enfermería del área de centro obstétrico durante la cirugía

Fecha: 24 – 7 – 19

8:20 Paciente ingresa a quirófano consciente y orientada, en tiempo, espacio y persona, para ser intervenida quirúrgicamente para cesárea, se aplican medidas de asepsia y antisepsia.

8:25 Se administra anestesia peridural.

8:33 Se coloca sonda vesical, orina color clara.

8:43 Bajo medidas de asepsia se coloca campos quirúrgicos en el área operatoria, e inicia cirugía segura.

8:52 Se extrae el producto único vivo de sexo masculino en posición podálica, con llanto fuerte y espontaneo.

Realiza sangrado transitorio, limpieza y exploración de cavidad abdominal de aproximadamente 1000 cc, el cual se ve alojado en la cavidad abdominal por el cual se realiza histerectomía.

3.3.3.3 Nota medica post cesárea

Bajo medidas de asepsia y antisepsia + anestesia peridural se realiza cesárea segmentaria obteniéndose:

- Útero varicoso
- Líquido amniótico Claro
- Producto único vivo masculino

APGAR: 8 – 9

Peso: 3200 gr

Talla: 47 cm

Capurro: 39,5 SG

- Presentación pélvica
- Placenta fúndica posterior
- Anexos macroscopicos basales
- Sangrado de más o menos 1000 cc

Se realiza histerectomía en 3 planos + revisión y secado de cavidad abdominal

Dx: Parto único por cesárea + distocia de presentación pélvica + hemorragia postparto

3.3.3.4 Plan de tratamiento

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales c/15min x 2 horas
3. Control de ingesta y eliminación
4. Control de loquios hemáticos y altura uterina c/15min x 2 horas
5. Ducha vulvar BID
6. Masajes uterinos
7. Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + 30 UI oxitocina IV a 30 gts
8. Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + 200 mg de tramal + 120 mg de ketorolaco + 20 mg de metoclopramida IB a 48 ml/h
9. Cefazolina 1gr IV c/8h
10. Misoprostol 400 mg vía sublingual stat y 800 mg vía rectal stat
11. Ácido tranexanico 500 mg IV Stat y c/8h
12. Methergin 1 amp IM stat
13. Ketorolaco 60 mg IV PRN
14. Pasar 2 unidades de glóbulos rojos stat
15. BHC de control

16. Activar código rojo
17. Pasar a recuperación
18. Pasar a ginecología en 2 horas

3.3.4 Intervención de enfermería

3.3.4.1 Patrones funcionales afectadas por la hemorragia postparto

Valoración de enfermería aplicado desde el punto de vista de los patrones funcionales de salud Marjory Gordon en relación con los dominios NANDA.

De acuerdo con el diagnóstico médico establecido, se aplica la valoración profesional por parte del personal de enfermería, para identificar los comportamientos no comunes, con el objetivo de establecer diagnósticos de enfermería con sus respectivos dominios y planes de cuidados específicos para su bienestar y mejora de calidad de vida.

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Se restringe la ingesta de líquido vía oral y alimentos durante su estancia de recuperación.

Patrón 3: Eliminación

Al evaluar la función excretora de la paciente, eliminación espontánea de diuresis alterada por presencia de sonda vesical.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Se mantiene en reposo relativo, de acuerdo a medidas de prevención de caídas.

Patrón 5: Sueño- descanso

Paciente refiere sentirse cansada y agotada.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Manifiesta verbalmente presencia de mareo y de dolor a nivel de la herida quirúrgica, los cuales ceden durante la administración de fármacos.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

Estado reproductivo alterado por intervención quirúrgica de emergencia, debido a la presencia de sangrado, se realiza histerectomía obstétrica.

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Paciente manifiesta estado de ansiedad y preocupación durante su recuperación, por motivos de que sus familiares estén al tanto de su estado de salud.

- **Proceso de atención de enfermería**

Tabla 1. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas(32).

| Dominios Comprometidos | Categoría Diagnóstica | Factores Relacionados | Características Definitorias | Criterio de Resultado e Intervención |
|--|---|---|-------------------------------------|--|
| Dominio 2 Nutrición Clase 5 Hidratación | 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos | Pérdida de líquido a través de vías anormales | Sangrado transoperatorio | NOC: 0602 Hidratación NIC: 4120 Manejo de líquido |

Tabla 1. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería(33).

| Diagnóstico de Enfermería: 00028 riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida de líquido a través de vías anormales m/p sangrado transoperatorio | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| Objetivo de Enfermería: Hidratación (0602) | | |
| Indicadores | Escala de Medición | Puntuación DIANA |
| | | Mantener a Aumentar a |
| 060201 Turgencia cutánea | 1. Extremadamente | 4 5 |
| | 2. Sustancialmente | |
| 060202 Membranas mucosas húmedas | 3. Moderadamente | 4 5 |
| | 4. Levemente | |
| 060215 Ingesta de líquidos | 5. No comprometido | 4 5 |
| 060211 Diuresis | | 3 5 |
| 060218 Función cognitiva | | 4 5 |
| | | Puntuación promedio DIANA 4 |

Tabla 1. Criterios de intervenciones de enfermería(34).

| |
|--|
| Intervención de Enfermería-NIC |
| Intervención: Manejo de líquidos (4120) |
| Actividades: |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar terapia i.v. según prescripción. ➤ Preparar al paciente para la administración de hemoderivados. ➤ Administrar los hemoderivados. ➤ Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática). ➤ Monitorizar el estado hemodinámico, según la disponibilidad. ➤ Monitorización de los signos vitales. ➤ Control de ingesta y eliminación. ➤ Sondaje vesical, si es preciso. |

Tabla 2. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas(32).

| Dominios Comprometidos | Categoría Diagnóstica | Factores Relacionados | Características Definitorias | Criterio de Resultado e Intervención |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| Dominio 11 Seguridad/protección Clase 2 Lesión física | 00206 Riesgo de sangrado | Complicaciones del postparto | Útero varicoso | NOC: 0413 Severidad de la pérdida de sangre NIC: 4026 Disminución de la hemorragia: útero postparto |

Tabla 2. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería(33).

| Diagnóstico de Enfermería: 00206 riesgo de sangrado r/c complicaciones del postparto m/p útero varicoso | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|
| Objetivo de Enfermería: Severidad de la pérdida de sangre (0413) | | |
| Indicadores | Escala de Medición | Puntuación DIANA |
| 041301 Pérdida sanguínea visible | 1. Extremadamente | Mantener a Aumentar a |
| 041301 Hematuria | 2. Sustancialmente | 2 5 |
| | 3. Moderadamente | 4 5 |
| | 4. Levemente | |
| | 5. No comprometido | Puntuación promedio DIANA 3 |

Tabla 2. Criterios de intervenciones de enfermería(34).

| |
|---|
| Intervención de Enfermería-NIC |
| Intervención: Disminución de la hemorragia: útero postparto (4026) |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar en el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia postparto. ➤ Monitorización constante de los signos vitales y su estado hemodinámico. ➤ Preparar al paciente para la administración de hemoderivados. ➤ Canalizar vía i.v. adecuada para la administración de hemoderivados. ➤ Administrar los hemoderivados. ➤ Realizar sondaje vesical para monitorizar la diuresis. ➤ Mantener informado a la familia sobre el estado clínico y tratamiento. ➤ Prepararse para una histerectomía de urgencia, si es necesario. |

Tabla 3. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas(32).

| Dominios Comprometidos | Categoría Diagnóstica | Factores Relacionados | Características Definitorias | Criterio de Resultado e Intervención |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---|
| Dominio 12 Confort Clase 1 Confort físico | 00256 Dolor de parto | Herida quirúrgica de cesárea | Alteración de la frecuencia cardiaca | NOC: 1605 Control del dolor NIC: 1400 Manejo del dolor |

Tabla 3. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería(33).

| Diagnóstico de Enfermería: 00256 dolor de parto r/c herida quirúrgica de cesárea m/p alteración de la frecuencia cardiaca. | | |
|---|---|----------------------------|
| Objetivo de Enfermería: Control del dolor (1605) | | |
| Indicadores | Escala de Medición | Puntuación DIANA |
| 160501 Reconoce factores causales | 1. Extremadamente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido | Mantener a Aumentar a |
| 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada | | 4 5 |
| 160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario | | 4 5 |
| 160509 Reconoce síntomas asociados al dolor | | 4 5 |
| 160511 Refiere dolor controlado | | 4 5 |
| | | |

Tabla 3. Criterios de intervenciones de enfermería(34).

| |
|---|
| Intervención de Enfermería-NIC |
| Intervención: Manejo del dolor (1400) |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. ➤ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento). ➤ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ➤ Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. ➤ Observar signos no verbales de molestia. ➤ Notificar al médico si las medidas no tienen éxito. |

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción de resultados y argumentación teórica de resultados

Paciente de 27 años de edad de sexo femenino, primigesta que reside en la ciudad de Machala, provincia de El Oro, Ecuador, que vive en la zona urbana, estado civil unión libre, con título de secundaria, ejecuta funciones domésticas dentro de su hogar; mediante la revisión de la historia clínica se recopiló información de la paciente, la cual presenta antecedente quirúrgico de AMEU (aspiración manual endouterina) hace un año, y los antecedentes patológicos de sus familiares; su madre padece de hipertensión y su padre de asma.

Se evidencia que la paciente durante su embarazo se realizó 5 controles prenatales, y se administró 5 dosis de difteria y tétano (DT) y 4 ecografías abdominales; se visualiza que el útero gestante con producto único vivo con movimientos activos, en situación pélvica dorso lateral derecho, en conciencia a su anterior embarazo se realizó los controles correspondientes y cumplió con su esquema de vacunación, bajo prescripción médica tomo hierro y ácido fólico durante el embarazo, para garantizar su calidad de atención que se necesita, con el objetivo de identificar complicaciones maternas fetales, factores de riesgo y enfermedades, que puede ocurrir antes, durante y después del embarazo, es común cuando no se tiene un correcto seguimiento del estado de salud.

La paciente de más o menos 39 semanas de gestación acude al Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, para la atención debida de su parto, se le realiza exámenes de laboratorio (**cuadro 1**) y presenta reporte ecográfico donde producto único se encuentra en presentación pelviana. Es ingresada al servicio de ginecología y valorada con el score mama, al día siguiente, pasa al servicio de centro obstétrico a las 6:30 am, donde es recibida y valorada por el personal médico y de enfermería; parámetros vitales sin alteraciones, altura de fondo uterino (AFU) 35 cm, movimientos fetales presentes, latidos cardiacos fetales (LCF) 142x', fecha de última menstruación (FUM) 1 de enero del 2018, extremidades móviles sin presencia de edema.

Pasa a quirófano acompañada por el personal de enfermería, es colocada en la mesa quirúrgica y monitorizada para el proceso anestésico, colocación de sonda vesical permeable, bajo normas de asepsia y antisepsia se inicia cirugía segura, intervención cesárea segmentaria, obteniendo hallazgos como útero varicoso, líquido amniótico claro, producto único vivo masculino en presentación pelviana, apgar 8-9 al minuto, peso 3200 gramos, talla 47 cm, perímetro cefálico 36 cm y capurro de 39.5 semanas de gestación, se administra solución salina 0.9% 1000 ml más 30 UI de oxitócina vía venosa

a 30 gotas por minuto. Durante la cirugía presenta complicación de sangrado equivalente a 1000 ml, por vía intramuscular se coloca 1 ampolla de metergin, stat, no disminuye sangrado, misoprostol 2 tabletas de 400 mg vía sublingual stat y ácido tranexánico 1 gr vía venosa stat, mas expansor plasmático 500 ml; sin efecto alguno, se realiza histerectomía en 3 planos, revisión y secado de la cavidad abdominal; sutura por plano hasta llegar a piel, antes de pasar al área de recuperación se le coloca vía rectal 800 mg de misoprostol.

Finalizada la cirugía, pasa a recuperación, bajo prescripción médica se prepara terapia del dolor con solución salina 0.9% 1000 ml, 120 mg de ketorolaco, 20 mg de metoclopramida y 200 mg de tramal vía venosa a 16 gotas por minuto, después de administrar concentrado de glóbulo rojo 279 ml. Durante su estancia en recuperación se aplicó los cuidados respectivos, control de signos vitales cada 15 minutos por 2 horas, la cual presentó taquicardia y tuvo como producto de valoración del score mama de 1, se realizó control de la eliminación de los loquios hemáticos, ducha vulvar BID y control de ingesta y excreta. La paciente una vez estable pasa al área de ginecología, tiene pendiente administración de concentrado de glóbulo rojo bajo resultado de examen de sangre de laboratorio, la cual su administración no fue necesaria, es dada de alta médica el 26 de julio del 2019, con condiciones de egreso estable y pronóstico bueno.

4.2 Argumentación teórica del proceso

Autores como López et.,al(2017) menciona que la hemorragia postparto es una pérdida de sangre en un parto vaginal con igual o mayor a 500 ml y en una cesárea una pérdida de sangre mayor o igual a 1000 ml, mientras Evencen at.,el(2017) indica que no es posible cuantificar esta pérdida con una medición exacta, por el motivo que no todos los líquidos eliminados durante el parto son sangre, sino que también habrá líquido amniótico al momento de la expulsión, lo que ocasiona una diferencia entre la cantidad que se reconoce para identificar una hemorragia, así mismo dependiendo del procedimiento que se le realice a la paciente sea una cesárea o parto vaginal(1)(14).

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública y autores como López et al., (2017) enuncian que el diagnóstico y el método de identificación de las hemorragias postparto se da gracias a identificación de las 4T; tono, trauma, tejido y trombina que al estar presente unas de esta complicación pueden provocar una hemorragia postparto(2)(1).

Manifiesta Alvarez at.,el (2017) que una hemorragia obstétrica puede presentar factores de riesgo determinantes como es la prolongación de la tercera etapa del parto, cicatrices uterinas previas, edad materna mayor a 35 años, existencia de coagulopatía previa,

antecedentes de hemorragia postparto en embarazos previos, retención placentaria, macrosomía, entre otros, los cuales pueden ser identificables y ayudar a evitar complicaciones severas, en cambio la paciente de estudio que presentó la hemorragia postparto, a pesar de su respectiva valoración médica e indagación, no se pudo establecer un factor de riesgo que pudiera ser la causante, si no hasta al momento de la cirugía el cual evidencio hallazgos que no fueron evidenciados mediante sus respectivos chequeos(18).

Así mismos, autores hacen referencia como López et.,al(2017), las Guías de Práctica Clínica del MSP(2013) y la OMS(2014) aluden que dentro del tratamiento de primer paso que se tiene como elección es el uso de agentes uterotónicos, como la oxitocina y otros derivados, sobre el caso a la paciente se aplicó uterotónicos como oxitocina y metilergonometrina los cuales no dieron resultados en el control de la hemorragia postparto, mientras Aguilar et al., (2016) y otros estudios refieren que la histerectomía se la puede usar como tratamiento de las hemorragias postparto, en tal caso que no hayan funcionado los otros métodos de control, dando paso al tratamiento quirúrgico(10).

Recalcamos que hay referencia como la Zrihen et., al, (2015) expone mediante un caso de un útero varicoso que se presentó, como medida de tratamiento para detener el sangrado que no se pudo controlar, culminando en una histerectomía de urgencia(35).

4.3 Conclusiones

La investigación realizada determina que la aplicación de los cuidados de atención de enfermería intrahospitalario basados en la teoría de Maryory Gordon, se encuentran orientados a la recuperación y la satisfacción fisiológica de los patrones alterados.

Los datos obtenidos durante su complicación obstétrica abarcan a la paciente en sus distintos ambientes como son físicos, psíquicos, sociales y de su propio entorno, se detalla que durante el proceso investigativo se identificó los patrones funcionales alterados: nutricional-metabólico, eliminación, sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, sexualidad-reproducción y adaptación/toleración al estrés.

Finalmente, la hemorragia postparto puede ser evitable en un 66% desde la concepción si se lleva a cabo sus adecuados controles prenatales, cumple con el esquema de vacunación para embarazadas, suplementos de ácido fólico y hierro, descartar anemia, ecografías rutinarias entre otras acciones, que tiene como finalidad la disminución de la morbimortalidad materna a nivel mundial.

4.4 Recomendaciones

Realizar un manejo de prevención desde la captación en la atención primaria de salud, hasta el momento del parto o cesárea, encaminado a prevenir las hemorragias obstétricas y evitar complicaciones severas, de esta forma lograr disminuir la morbimortalidad materna y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Actualizar los datos estadísticos de morbimortalidad por hemorragia postparto, las cuales se ven desactualizadas en el perfil del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), contribuyendo a la investigación en el interior del país.

Identificar factores predisponentes causales de la hemorragia obstétrica, y plasmarlo como evidencia del trabajo investigativo.

Actualizar y abastecer el tratamiento para el manejo efectivo en la tercera etapa de parto con el adecuado uso de medicamentos uterotónicos para la prevención de las hemorragias postparto.

La comunicación del personal de enfermería brindada a este grupo prioritario debe ser de una forma clara, precisa y oportuna, recatando la importancia de educar a las pacientes justo antes de su embarazo, reduciendo en lo posible los factores de riesgo durante el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

1. López-García LF, Ruiz-Fernández DP, Zambrano-Cerón CG, Rubio-Romero JA. *Incidencia de Hemorragia Posparto con Base en el Uso Terapéutico de Uterotónicos*. Resultados Maternos en un Hospital de Mediana Complejidad de Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 Sep 29;68(3):218. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n3/es_0034-7434-rcog-68-03-00218.pdf
2. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. *Prevencion, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Postparto* [Internet]. Quito: Guia de Practica Clinica (GPC); 2013. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guía-de-hemorragia-postparto.pdf>
3. Borovac-Pinheiro A, Pacagnella RC, Cecatti JG, Miller S, El Ayadi AM, Souza JP, et al. *Postpartum Hemorrhage: New Insights for Definition and Diagnosis*. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Aug;219(2):162–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937818302941>
4. Lombar JOF, Sierra RE, Joseff IB, Armas KSE. *Obstetric Hemorrhage in Anesthesia Service at Dr. Agostinho Neto hospital*. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2019;45(1):25–36. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n1/1561-3062-gin-45-01-25.pdf>
5. Gyamfi-Bannerman C, Srinivas SK, Wright JD, Goffman D, Siddiq Z, D'Alton ME, et al. *Postpartum Hemorrhage Outcomes and Race*. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Aug;219(2):185.e1-185.e10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.052>
6. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. *OPS/OMS Busca Reducir las Muertes Maternas por Hemorragias en Países de las Américas* [Internet]. OPS. 2015. Available from: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1286:opsoms-busca-reducir-las-muertes-maternas-por-hemorragias-en-paises-de-las-americas&Itemid=255
7. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. *Perfil de Mortalidad Materna* [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC); 2016. Available from: [https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes,](https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes)

8. Instituto Nacional de Estadística y Censo. *Perfil de Mortalidad por Sexo y Mortalidad Materna por Tipo* [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2016. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes>,
9. Marshall AL, Durani U, Bartley A, Hagen CE, Ashrani A, Rose C, et al. *The Impact of Postpartum Hemorrhage on Hospital Length of Stay and Inpatient Mortality: a National Inpatient Sample–Based Analysis*. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Sep;217(3):344.e1-344.e6. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30609-9/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30609-9/pdf)
10. Calvo Aguilar O, Rosas Carvallar E, Vásquez Martínez J, Hernández Cuevas J. *Histerectomía Obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México*. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Dec;81(6):473–9. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n6/art04.pdf>
11. Lindquist J, Vogelzang R. *Pelvic Artery Embolization for Treatment of Postpartum Hemorrhage*. *Semin Intervent Radiol* [Internet]. 2018 Mar 5;35(01):041–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886774/pdf/10-1055-s-0038-1636520.pdf>
12. Henriquez DDCA, Gillissen A, Smith SM, Cramer RA, van den Akker T, Zwart JJ, et al. *Clinical Characteristics of Women Captured by Extending the Definition of Severe Postpartum Haemorrhage with ‘Refractoriness to Treatment’: a Cohort Study*. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Dec 17;19(1):361. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2499-9>
13. Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG. *Tratamiento Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Tres Esquemas de Oxitocina*. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2016;84(5):306–13. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom165f.pdf>
14. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, Deneux-Tharaux C. *Postpartum Haemorrhage: Prevention and Treatment*. *Expert Rev Hematol* [Internet]. 2016 Nov 20;9(11):1043–61. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17474086.2016.1245135>
15. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar

- Enríquez G. *Hemorragia del Postparto. Principales Etiologías, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 Nov;25(6):993–1003. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706492>
16. Carrillo-Gaucín S, Torres-Gómez LG. Carbetocina y Oxitocina: *Prevención de Hemorragia Posparto de Pacientes con Factores de Riesgo para Atonía Uterina*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016;54 Suppl 3(33):S284–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855051>
 17. Greenawalt JA, Zernell D. *Autologous Blood Transfusion for Postpartum Hemorrhage*. MCN, Am J Matern Nurs [Internet]. 2017;42(5):269–75. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005721-201709000-00005>
 18. Rubio Álvarez A, Molina Alarcón M, Hernández Martínez A. *Factors Associated with Blood Loss During Precipitate Labor*. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2017 Aug;40(2):237–45. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/54679/36452>
 19. Howard TF, Grobman WA. *The Relationship Between Timing of Postpartum Hemorrhage Interventions and Adverse Outcomes*. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2015 Aug;213(2):239.e1-239.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.017>
 20. Arcia Fiffe R, Lorie Sierra L, Ferrer Cala O. *Caracterización de Hemorragia Posparto en Maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo*. Rev Inf Científica [Internet]. 2017;96(4):605–14. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric174b.pdf>
 21. García-Benavides JL, Ramírez-Hernández MÁ, Moreno-Cárcamo M, Alonso-Ramírez E, Gorbea-Chávez V. *Hemorragia Obstétrica Postparto: Propuesta de un Manejo Básico Integral, Algoritmo de las 3 «C»*. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2018;41:S190–4. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>
 22. Baird EJ. *Identification and Management of Obstetric Hemorrhage*. Anesthesiol Clin [Internet]. 2017 Mar;35(1):15–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2016.09.004>
 23. Gill P, Patel A, Van Hook MD JW. *Uterine Atony* [Internet]. Vol. 26, StatPearls. 2019. 109–15 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630290>

24. F. Gary Cunningham; Kenneth J. Leveno; Steven L. Bloom; Catherine T. Spong; Jodi S. Dashe; Barbara L. Hoffman; Brian M. Casey; Jeanne S. Sheffield. *Williams Obstetricia*. 24° Edición. McGraw-Hill, editor. 2015.
25. Silver RM. *Abnormal Placentation*. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Sep;126(3):654–68. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201509000-00030>
26. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, et al. *The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Spracklen CN, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Jan 20;12(1):e0170194. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0170194>
27. Oh KJ, Hong J-S, Youm J, Cho S, Jung EY. *Can Coagulopathy in Post-Partum Hemorrhage Predict Maternal Morbidity?* *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2016 Nov;42(11):1509–18. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jog.13098>
28. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS para la Prevención y el Tratamiento de la Hemorragia Posparto* [Internet]. *Biota Neotrop*. 2014. 1–48 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=6942C1E22426E10000D2A34E63FC4E2?sequence=17B_%7Dartt%7B&%7DtIng=es
29. Bernaud-Bourrelie L, Ishaque U, Gabriel R. *Alumbramiento Normal, Alumbramiento Dirigido, Hemorragias Posparto*. *EMC - Ginecol* [Internet]. 2017 Dec;53(4):1–14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X17868880>
30. Martínez-López MA, Pérez-Constantino M, Montelongo-Meneses PP. *Proceso de Atención de Enfermería a una Lactante con Neumonía Basado en Patrones Funcionales de Marjory Gordon*. *Enfermería Univ* [Internet]. 2014 Jan;11(1):36–43. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72662-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72662-4)
31. Martínez-Olivares MV, Cegueda-Benítez BE, Romero-Quechol G, Galarza-Palacios ME, Rosales-Torres MG. *Competencia Laboral de la Enfermera en la Valoración por Patrones Funcionales de Salud*. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015;23(1):3–8. Available from: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/articulo/view/17/20

32. Herdnab HT, Kamitsuru S. *NANDA International, Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación*. Primera ed. Elsevier Inc. Barcelona; 2015.
33. Moorhead, Sue; Marion, Johnson; Meridean, L. Mass; Elizabeth S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Quinta edi. Elsevier inc. 2014.
34. Wagner, Gloria m., Bulechk; Howard k., Butcher; Joanne M. DCM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Sexta edic. Elsevier Inc. Barcelona; 2014.
35. Emergui Zrihen Y, Figueras Falcón T, García Hernández JÁ, Gutiérrez García L, Martel Santiago C. *Rotura Espontánea de Varices Uterinas como Causa de Hemoperitoneo en la Segunda Mitad de la Gestación*. *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. 2016 Dec;59(2):75–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315002782>

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de acceso a la historia clínica, a la UTMACH, para que se emita con el gerente del Hospital General Teófilo Dávila

Machala, 06 de Noviembre del 2019

Lcda. SANDRA FALCONI Mgs.

Coordinadora de la carrera de Enfermería

Presente.

De nuestra consideración:

Nosotros, GUERRERO MORENO MILTON ANDRES portador del número de cedula de ciudadanía N° 070645367-7 y OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO portador(a) del número de cedula de ciudadanía N° 040165652-5, estudiantes del 10mo SEMESTRE PARALELO "A" en la asignatura de TITULACION bajo la responsabilidad de la DOCENTE DRA. MIRANDA VELAZQUEZ ELIZABETH, Esp, solicitamos a Ud; se gestione con el Ec. CALLES PALOMEQUE MAURO, GERENTE del HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA" de la ciudad de MACHALA, acceso de la HISTORIA CLINICA N° 138132905, de la paciente, HURTADO PEREZ ANTONIA ROSA con DIAGNOSTICO PARTO UNICO POR CESAREA + HEMORRAGIA POSTPARTO + DISTOCIA DE PRESENTACION PELVICA, para nuestro trabajo de ANALISIS DE CASO con el tema de "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL TEOFILO DAVILA"

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,


GUERRERO MORENO MILTON ANDRES
C.I.: 070645367-7


OJEDA NARVAEZ MARCELO PATRICIO
C.I.: 040165652-5



Anexo 2. Oficio de acceso a la historia clínica, emitido al gerente del Hospital General Teófilo Dávila



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad, Pertinencia y Calidez

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA:

ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0905-OF
Machala, 07 de noviembre de 2019

Señor.
MAURO CALLES PALOMEQUE
Gerente Hospital General Teófilo Dávila
Ciudad.

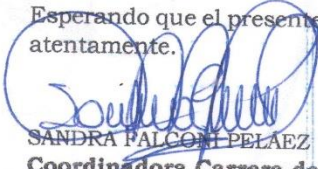
De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N° 138132905 de la paciente HURTADO PEREZ ANTONIA ROSA, a los estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Dra. Elizabeth Miranda Velázquez, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es "**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA**". Los estudiantes de la Carrera de Enfermería, que acudirán son:

- Guerrero Moreno Milton Andres (C.I. 0706453677)
- Ojeda Narvaez Marcelo Patricio (C.I. 0401656525)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.


SANDRA FALCONI PELAEZ
Coordinadora Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud
C.I. 0704840867
fsandra@utmachala.edu.ec



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA
SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO POR:
Nombre: Johanna F.
Fecha: 07-11-19
Hora: 10:04 No. Hojas: 2

SFP/Priscila O.

Página 1/1

Dir. Av. Panamericana km. 5 1/2 Vía Machala Pasaje Telf: 2983367 - 2983368 - 2983369 - 2983374

www.utmachala.edu.ec

Cuadro 1. Valores de exámenes de laboratorio realizado al momento de su ingreso al Hospital General Teófilo Dávila.

| Examen | Resultado | V. Referencia |
|-------------|----------------------|-----------------|
| Hemoglobina | 10,20 g/dl | 12.00 – 16.00 |
| Hematocrito | 32,1% | 36.00 – 48.00 |
| Plaquetas | 297 xmm ³ | 150.000-500.000 |
| Basófilo | 0,10 % | 0.0 – 0.1 |
| Monocitos | 8,3 0% | 0.0 – 8.0 |
| HCM | 27,5 | 25.00 – 34.00 |
| CMHC | 31,8 | 31.00 – 36.00 |
| TP | 11,90 | 10.00 – 13.00 |
| TPT | 30,50 | 23.00 – 35.00 |
| VIH – VDRL | No reactivo | |

Cuadro 2. Control de los signos vitales postparto en el servicio de Centro Obstétrico en la sala de recuperación para la valoración del SCORE MAMA.

| Día | Hora | T° | TA mmHg | FR Rpm | Pulso lpm | Sat % | Est. Conc | Invil. Uter | Loquios Hemat. | Score Mama |
|----------------|-------|------|------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------------|-------------------|---------------|
| 24 – 07 – 2019 | 9:45 | 36,2 | 125/77 | 20 | 88 | 99 | a | c | n | 80 |
| | 10:00 | 36,2 | 118/72 | 20 | 110 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 10:15 | 36,2 | 120/81 | 20 | 106 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 10:30 | 36,2 | 125/77 | 20 | 110 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 10:45 | 36,2 | 125/75 | 20 | 108 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 11:00 | 36,2 | 115/82 | 20 | 110 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 11:15 | 36,2 | 129/78 | 20 | 109 | 99 | a | c | n | 1 |
| | 11:30 | 36,2 | 126/79 | 20 | 108 | 99 | a | c | n | 1 |