



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN MUJER DE 28 AÑOS,
DURANTE EL PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO, CON DIAGNÓSTICO DE
ÓBITO FETAL EN LA SEMANA 35 DE EMBARAZO**

AUTOR

GINGER CADENA ALVARADO

TUTOR

Dra. ALINA IZQUIERDO CIRER

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2022

Índice

I	Dedicatoria	iv
II	Agradecimiento	v
III	Título Del Caso Clínico	vi
IV	Resumen	vii
V	Abstract.....	viii
VI	Introducción	ix
VII	Marco Teórico	1
7.1	Causas Maternas	1
7.2	Factores de Riesgos.....	2
7.3	Etiología	2
7.4	Hipoxia Fetal Extrínseca.....	2
7.5	Signos Clínicos.....	3
7.6	Epidemiología.....	4
7.7	Fisiopatología	5
7.8	Signos y Síntomas.....	5
7.9	Formas Clínicas.....	5
7.10	Diagnóstico.....	6
7.11	Tratamiento	6

7.12	Determinaciones Hormonales.....	7
7.13	Alfafetoproteína	7
7.14	Citología Vaginal Funcional	7
7.15	Puerperio.....	8
VIII	Justificación	8
IX	Objetivos.....	9
9.1	Objetivo General.....	9
9.2	Objetivos Específicos	10
X	Datos Generales	10
XI	Metodología del Diagnostico	11
11.1	Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes.....	11
Tabla1.	Historial Clínico de la Paciente	11
Tabla2.	Principales Datos Clínicos	11
11.2	Examen físico.....	13
Tabla3.	Información De Exámenes Complementarios Realizados	18
11.3	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	19
11.4	Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y de los Procedimientos a Realizar.....	19
11.5	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).	20

11.6	21
11.7	Indicación de las Razones Científicas de las Acciones de salud, considerando valores normales.	22
11.8	Seguimiento.....	23
11.9	Observaciones.....	24
XII	Conclusiones	25
XIII	Referencias.....	26
XIV	Anexos.....	30

Índice de Tablas

Tabla1.	Historial Clínico de la Paciente	11
Tabla2.	Principales Datos Clínicos	11
Tabla3.	Información De Exámenes Complementarios Realizados	18

I Dedicatoria

Este proyecto se lo dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades ni fallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy una persona de bien, a mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme en los recursos necesarios para estudiar.

Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter y desempeño para cumplir mis objetivos.

Ginger Cadena Alvarado

II Agradecimiento

A Dios, por haber guiado con amor, bendiciones e infinita sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, por la oportunidad que me brindó al formarme como estudiante, a las autoridades de la facultad, especialmente a los docentes, por los conocimientos que impartieron en la trayectoria y académica sirvieron para culminar mi carrera profesional.

A mi madre y a mi novio, quienes me ofrecieron incondicionalmente su apoyo, de manera especial a la Dra. Alina Izquierdo, imperecedera gratitud, por haber guiado de manera acertada el desarrollo de este trabajo.

Ginger Cadena Alvarado

III Título Del Caso Clínico

Proceso de Atención de Enfermería en mujer de 28 años, durante el puerperio fisiológico inmediato, con diagnóstico de óbito fetal en la semana 35 de embarazo

IV Resumen

El actual estudio de caso permitió analizar la situación de una paciente de sexo femenino de 28 años de edad y 35 semanas de gestación, que acudió a los servicios de salud por presentar un cuadro clínico sugestivo de óbito fetal, con el antecedente referido de haber presentado un leve dolor abdominal en las 24 horas recientes, el cual se irradió a la región lumbosacra e hipogastrio, además de sangrado transvaginal de aproximadamente un mes de duración. Teniendo en cuenta la información recogida, se realizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), según las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en torno al cuadro clínico que presentaba la paciente, metodología que permitió encaminar las intervenciones de enfermería hacia un fin específico en aras de obtener una mejoría de su estado de salud.

Para desarrollar el marco teórico se tomó como antecedentes diversos trabajos realizados a lo largo del tiempo, para lograr establecer un marco teórico lógico se basó en teorías de enfermería, las cuales sirvieron para conocer acerca de la percepción del personal de enfermería acerca de las madres con óbitos fetales. Por último, se logró elaborar una guía de recomendaciones para mejorar la inteligencia emocional en el profesional de Enfermería en el afrontamiento ante el duelo en óbito fetal del Hospital Básico de Baba.

Por lo tanto, es importante poder determinar y conocer aspectos epidemiológicos del óbito fetal, esto permitirá tener datos actualizados y reales sobre de mortalidad fetal en dicha casa de salud. Y así poder motivar al personal médico y reducir el índice de estos casos, organizar talleres, conversatorios sobre el protocolo para manejo de pacientes, educación, información sobre mortalidad fetal a mujeres embarazadas que visitan dicho centro de salud.

Conclusión: Habiendo desarrollado y finalizado este caso de estudio se demuestra que al momento de brindar los cuidados de enfermería y un plan integral se logra obtener mejorías en el estado de salud de la paciente.

Palabras clave: óbito fetal - muerte fetal – factores de riesgo

V Abstract

The current case study made it possible to analyze the situation of a 28 year old female patient of 35 weeks' gestation, who came to the health services for presenting a clinical picture suggestive of fetal fetus abortion, with the referred history of having presented mild abdominal pain in the last 24 hours, which radiated to the lumbosacral and hypogastric region, in addition to transvaginal bleeding of approximately one month's duration. taking into account the information gathered, the nursing care process (pae) was carried out according to the nanda, noc, nic, taxonomies, based on the clinical picture presented by the patient, a methodology that allowed directing the nursing interventions towards a specific goal in order to obtain an improvement in her state of health.

In order to develop the theoretical framework, various works carried out over time were taken as background, to establish a logical theoretical framework based on nursing theories, which were used to learn about the perception of nursing personnel about mothers with fetal death. Finally, a guide of recommendations was developed to improve the emotional intelligence of nursing professionals in coping with fetal death bereavement at the Basic Hospital of Baba.

Therefore, it is important to be able to determine and know epidemiological aspects of fetal death, this will allow us to have updated and real data on fetal mortality in this health center. In order to motivate the medical staff and reduce the rate of these cases, organize workshops, lectures on the protocol for patient management, education, information on fetal mortality to pregnant women who visit the health center.

Conclusion: Having developed and completed this case study, it is demonstrated that by providing nursing care and a comprehensive plan, improvements in the patient's state of health can be achieved.

Key words: fetal death - fetal death - risk factors - fetal death - risk factors.

VI Introducción

El presente caso clínico se encuentra enmarcado dentro de las líneas de investigación de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo, trata de una paciente adulta de 28 años de edad múltipara con embarazo de 35 semanas que asiste al hospital Básico de Baba, acude a emergencia obstetricia por referir cuadro clínico caracterizado por el dolor en hipogástrico, de leve intensidad de más o menos un día de evolución. dado a que hace aproximadamente 24 horas no evidencia movimientos fetales.

Se define muerte fetal intrauterina como "la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación", tanto la mujer embarazada como el feto, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. Aunque algunos autores la definen como "el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos" no hay una definición aceptada internacionalmente (Neus, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inmensa mayoría de las muertes fetales, un 84%, se producen en los países de ingresos bajos, según el nuevo informe. En 2019, tres de cada cuatro muertes fetales se registraron en África Subsahariana o Asia Meridional. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios (OMS, 2020).

Anualmente se producen en todo el mundo 3,9 millones de muertes fetales, según la UNICEF en Ecuador, hay 2,6 millones de mortinatos, en 2014. Según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) en Los Ríos las defunciones fetales en 2008 fueron de 132, en 2009 fueron 102, en 2010 fueron 109, en 2011 fueron 92, en 2012 fueron 83 y en 2013 fueron 55. Por lo tanto, es importante poder determinar y conocer aspectos epidemiológicos de la muerte fetal intrauterina, así como factores asociados en nuestra realidad, para así poder determinar estrategias que nos

permitan disminuir estas tasas actuando sobre variables que sean modificables por las entidades de salud (Gomez Garcia & Morante Anastacio, 2018).

Dada la importancia social, psicológica y de la muerte fetal intrauterina, continúa siendo un importante tema de estudio, incluidos los factores de riesgos desencadenantes de esta patología.

El siguiente caso clínico trata de un estudio observacional descriptivo ya que la información se la extrae de los datos clínicos de la paciente que asiste al hospital Básico de Baba, para fundamentar el marco teórico se basa en la información adquirida de diferentes textos, ya que el objetivo general es aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 28 años de edad con diagnóstico de óbito fetal.

VII Marco Teórico

Se define muerte fetal tardía como, la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, del hecho de que el feto no respira o no muestra cualquier otro signo de vida, la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. En las diversas definiciones de procedimientos empleadas para establecer el óbito fetal, la causa tal como la falta de los latidos cardíacos, las pulsaciones del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios. La dificultad metodológica cuando se intenta establecer comparaciones entre la frecuencia y los factores comunicados en diferentes publicaciones.

Algunos nacidos tan jóvenes como 22 o 24 semanas en territorios de altos ingresos sobreviven para las comparaciones entre diferentes centros de salud que tienen bajos ingresos. Se estima que alrededor de uno a dos millones de muertes no cuantificadas en debido a la complejidad de la prevalencia, especialmente en territorios donde la atención en salud es deficiente.

El 97% de las muertes fetales ocurren en territorios en vías de desarrollo, los cuales tienen una prevalencia del 3%.

7.1 Causas Maternas

La causa de muerte fetal difiere según la edad de gestación. En general, a medida que la pérdida es más temprana, se relaciona más con condiciones de origen materno y, si se da más tarde, está más relacionada con factores que afectan directamente al feto. Así como la causa de la muerte fetal varía con la edad gestacional, la proporción de muertes fetales sin causa conocida a pesar de la extensa investigación aumenta con la edad de gestación. Hasta la semana 27 la mayoría de las muertes fetales, en especial con pesos menores de 1.000 gramos, están relacionadas con infección lo cual no ha disminuido de manera significativa ni siquiera con el uso de antibióticos. No obstante, alrededor de 21% son inexplicadas,

mientras que después de la semana 28, se consideran inexplicadas hasta en 60% (Vera Coloma, 2015).

7.2 Factores de Riesgos

En los factores sociodemográficos debe investigarse escolaridad y condición socioeconómica de la madre, para conocer el medio social en el que vive. Asimismo, se debe conocer el estado nutricional de la madre antes del embarazo y los antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías, ya que todos influyen en el crecimiento y en el desarrollo del feto en la gestación. Los antecedentes patológicos de la madre (como diabetes, cardiopatías o nefropatías) son de sumo interés por la repercusión que tiene en el feto y en el neonato; de igual importancia son los antecedentes de abortos, partos prematuros o productos malformados, pues es mayor el riesgo de que vuelvan a presentarse en un embarazo ulterior. Los factores socioeconómicos deficientes, señalados por analfabetismo, carencia de saneamiento ambiental e inadecuadas condiciones de vida determinan el marco que caracteriza el entorno de las mujeres embarazadas que tienen alta mortalidad perinatal (Matos Cancho, 2021).

7.3 Etiología

Es fundamental conocer las causas de muerte fetal intrauterina a la hora de diseñar las fetal tardía, por desgracia, que en una importante proporción de casos no vamos a saberla y, en ocasiones, más de una causa puede contribuir a la muerte.

Dentro de los factores que están relacionados podemos destacar a las de origen materno la cual está relacionada a la Hipotensión, problemas hemorrágicos o anemia, cuadros de deshidratación, edad materna, restricción de crecimiento intrauterino, obesidad, diabetes preconcepcional, trastornos hipertensivos del embarazo sobre todo en los cuadros de pre eclampsia y eclampsia (Diago Almela, Perales Puchalt, Cohen, & Perales Marín, 2014).

7.4 Hipoxia Fetal Extrínseca

Patologías placentarias: Hallazgo de las siguientes lesiones placentarias, en embarazos sin evidentes patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia

aguda, shock fetal o restricción del crecimiento fetal, infarto, hematoma retroplacentario, depósito exagerado de fibrina intervlositaria, fibrosis o esclerosis vellositaria, necrosis fibrinoide vellositaria, calcificaciones excesivas, trombosis intervlositaria, corangioma, proliferación exagerada del trofoblasto (PET).

Transfusión fetofetal en el embarazo gemelar: Producida frecuentemente en embarazo monocigótico, monocorial cuando existen comunicaciones vasculares placentarias o anastomosis, principalmente arteriales que llevan a la muerte de uno o ambos fetos por shock. otros hallazgos histopatológicos placentarios son: trombosis intervlositaria, depósito de fibrina intervlositaria, infartos (Rencoret, 2014).

Desprendimiento placentario: El desprendimiento abrupto de placenta es una complicación poco frecuente, pero grave, del embarazo. el desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto. esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar un fuerte sangrado en la madre (Research, 2022).

Patologías del cordón umbilical: El cordón umbilical está compuesto por tres pedículos: embrionario, vitelino y alantoideo. El quiste del uraco es secundario a una persistencia anormal del conducto alantoideo, y el divertículo de meckel resulta de una reabsorción incompleta del conducto vitelino. el cordón normal contiene una vena y dos arterias, inmersas en la gelatina de wharton. La sangre oxigenada pasa al feto por la vena umbilical, y la sangre desaturada vuelve a la placenta por las arterias umbilicales. La sangre circula en una unidad fetoplacentaria de baja resistencia, regulada por sustancias vasomotoras (óxido nítrico, acetilcolina, péptido natriurético auricular) (Masson Sas, 2017).

7.5 Signos Clínicos

Se han descrito más de 20 signos radiológicos de la muerte fetal intrauterina. Estos signos no se desarrollan hasta el sexto o séptimo mes de embarazo y no se observan si la muerte fetal es reciente. Más que signos de muerte fetal son signos de maceración, pero no son constantes y, además, algunos se pueden encontrar en

fetos vivos. Entre los signos más importantes se encuentran los que se mencionan a continuación (Donoso Bernaldes & Oyarzún Ebensp, 2012).

7.6 Epidemiología

Propiedades epidemiológicas de las muertes fetales en la Maternidad doctor La población ha sido 1236 gestantes con diagnóstico de muerte fetal, determinando una tasa de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos y abortos. La mayor parte de dichas muertes fetales (85,03%) ocurrieron por abajo de las 37 semanas, con predominio del género masculino. Además, los componentes doctores como el síndrome anémico, los obstétricos como las partes mal formadas fetales y las complicaciones hemorrágicas fueron los más muchas veces encontrados en los casos de muerte fetal.

Referente a las cambiantes en relación con la atención de la gestante se concluyó la manera de interrupción del embarazo, participación quirúrgica obstétrica y estancia hospitalaria en días. A las sucesivas se les concluyó, mediante la prueba de bondad de ajuste, si siguieron alguna repartición estadística. Además, se concluyó la media aritmética, la mediana y el reparto en percentiles en la situación del peso y talla para lograr compararlos con las tablas de normalidad más utilizadas (Tinedo, y otros, 2016).

Síntomas y Signos:

- Ausencia de movimientos del feto
- Pérdidas de líquido amniótico de color marrón
- El útero no crece
- Desaparición de la elasticidad y firmeza de las partes fetales a la palpación
- Dolor abdominal intenso
- Sangrado vaginal.
- Manchas de secreción o sangrado.
- Ausencia de latidos del corazón del feto con estetoscopio o Doppler.
- Ausencia de movimientos y latidos del corazón en la ecografía, lo que posibilita el diagnóstico definitivo de que el feto está muerto.

7.7 Fisiopatología

La mayor parte de las clasificaciones se han creado para usarse en territorios desarrollados con bajas tasas de óbitos fetales, uso liberal de la autopsia y registros de información de calidad razonable a lo largo del embarazo, el parto y el lapso neonatal. En las naciones en desarrollo, la autopsia no se hace de rutina; muchas veces, los papás no dan permiso el método; por consiguiente, a veces, es complicado entablar la causa de muerte.

La categorización de las muertes fetales en el útero continúa siendo un dilema, puesto que no se ha aceptado un exclusivo sistema de categorización entre los varios desarrollados. No obstante, es difícil intentar de equiparar los diferentes sistemas de categorización o hacerlos comparables, gracias a la enorme alteración en las definiciones de óbito fetal usadas y ya que varios sistemas de categorización se crearon para “muerte perinatal”, incluyendo casos de muerte neonatal temprana (Saulo Molina, 2010).

7.8 Signos y Síntomas

La detección de la muerte fetal no resulta tener un diagnóstico fácil, pero, es más importancia que la mujer embarazada este atenta ante cualquier síntoma que amenace la viabilidad del embrazo, las posibles señales de advertencia incluyen las siguientes:

- Detención de los movimientos y patadas del feto
- Manchas de secreción o sangrado
- Ausencia de latidos del corazón del feto con estetoscopio o Doppler
- Ausencia de movimientos y latidos del corazón en la ecografía, lo que posibilita el diagnóstico definitivo de que el feto está muerto. Otros síntomas pueden o no estar vinculados con el parto de feto muerto (Stanford Children's, 2022).

7.9 Formas Clínicas

1. Hipoxia fetal extrínseca incluye asfixia aguda (interrupción brusca del intercambio gaseoso materno fetal) y shock (alteración hemodinámica

producida por masiva pérdida de sangre o secundario a injuria infecciosa; la pérdida de sangre puede ser de la madre, del feto y de la placenta:

- a) patologías placentarias,
 - b) patologías del cordón umbilical,
 - c) enfermedades maternas,
 - d) causas no determinadas.
2. Anomalías congénitas.
 3. Infecciones ascendentes.
 4. Traumatismos del parto.
 5. Hidropesía fetal.

7.10 Diagnóstico

Ante una muerte fetal durante la gestación es necesario determinar la causa en interés de los padres y con el objeto de prevenir este accidente en embarazo. La necropsia del feto y el estudio de la placenta, cordón y membranas ovulares proporcionan datos de valor fundamental.

En algunos casos, la muerte fetal ocurre cuando la paciente está siendo monitoreada por condición de alto riesgo. Infrecuentemente, la muerte fetal ocurre durante el proceso de trabajo de parto. La muerte fetal se debería confirmar siempre mediante examen ecográfico. Se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, la demostración y la ausencia de actividad cardiaca (Sifuentes Palacios & Balarezo Ramírez, 2013).

7.11 Tratamiento

- Si es necesario, medicamentos para expulsar el feto
- Si es necesario, procedimientos para eliminar cualquier tejido restante en el útero
- Apoyo emocional y asesoramiento

Si el feto muerto no es expulsado, se puede administrar a la mujer una prostaglandina (un fármaco semejante a las hormonas que estimula los espasmos del útero), como el misoprostol, para ocasionar la abertura (dilatación) del cuello

uterino. Si el embarazo es inferior a 24 semanas o el feto es subjetivamente diminuto, puede desarrollarse una dilatación y evacuación (D y E) para sustraer el feto muerto. Si cualquier tejido del feto o de la placenta permanece en el útero, se debería realizar un aborto por aspiración para retirarlo. Después se inserta un tubo flexible en el útero para sustraer el feto y la placenta.

El cuidado de las féminas que han dado a luz un bebé muerto es el mismo que se ofrece generalmente desde el parto (cuidado posparto). Los cambios y los sentimientos que experimentan las féminas tras una muerte fetal son semejantes a los que se generan tras un legrado espontáneo. Comúnmente las damas sienten dolor por la pérdida y requieren apoyo emocional y en ocasiones terapia (Dulay, 2020).

7.12 Determinaciones Hormonales

Algunas, como las pruebas biológicas cuantitativas (coriogonadotropina coriónica), no son seguras si el embarazo se encuentra en el último trimestre, ya que normalmente son bajas o casi siempre negativas.

Son bastante seguras las determinaciones de estrógenos en la orina de 24 horas o en sangre, porque descienden rápidamente después de la muerte fetal. En el último trimestre son normales cifras de 16 mg de estriol en orina de 24 horas. Por debajo de 7 mg se puede afirmar la muerte fetal (Sas Masson, 2010).

7.13 Alfetoproteína

Disminuye con la muerte del feto, pero no da certeza

7.14 Citología Vaginal Funcional

En la práctica médica se utilizan frecuentemente para predecir o vaticinar la muerte fetal las pruebas siguientes:

- Cardiotocografía (CTG), simple ante parto e intraparto.
- Cardiotocografía (CTG), estresado.
- perfil biofísico fetal (PBF).

En cuanto a determinar la causa de la muerte fetal, si no pudiera aclararse por el cuadro clínico y el examen anatomopatológico, debe buscarse ésta en una diabetes latente, un conflicto de grupo sanguíneo materno poco frecuente, así como sífilis y listeriosis (Roque Jiménez, 2015).

7.15 Puerperio

De acuerdo a la revista cubana de obstetricia y Ginecología, puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en: Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal. Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre (Roque Jiménez, 2015)..

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- Inmediato (primeras 24 horas).
- Propiamente dicho (2do al 10mo día).
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- Tardío (45avo al 60avo día).

VIII Justificación

Este estudio de caso se enfocó en la importancia del control prenatal como una estrategia para la determinación de los posibles factores de riesgos que pueden

condicionar a que un embarazo termine como óbito fetal. Teniendo en cuenta que unos de los problemas que pudieron afectar la viabilidad del embarazo en este caso fueron los insuficientes controles prenatales.

Esta investigación se realizará con el fin de tener un estudio descriptivo de todos los casos de óbito fetal en embarazo únicos en el hospital Básico de Baba, esto permitirá tener datos actualizados y reales sobre de mortalidad fetal en dicha casa de salud. Y así poder motivar al personal médico y reducir el índice de estos casos, organizar talleres, conversatorios sobre el protocolo para manejo de pacientes con óbito fetal, educación, información sobre mortalidad fetal a mujeres embarazadas que visitan dicho centro de salud.

Es fundamental mencionar que, debido a creencias y costumbres, el acceso a la salud integral está restringido, se niega a acudir a profesionales capacitados y, en el presente caso, no cumple con los controles prenatales.

Los profesionales de la salud deben ser capaz de fomentar técnicas y medidas necesarias a las mujeres en etapa de gestación para obtener resultados que reduzcan la muerte fetal.

La importancia de fomentar nuevos conocimientos para dar resultados ante la problemática de salud, es tener un personal más capacitado e íntegro con perspectivas que amplíen el horizonte ante la responsabilidad que deben asumir como profesionales de salud.

IX Objetivos

9.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 28 años de edad con diagnóstico de óbito fetal.

9.2 Objetivos Específicos

- Identificar los patrones funcionales alterados en la paciente, desde el punto de vista de la Enfermería, teniendo en cuenta los resultados de la anamnesis y del examen físico.
- Determinar las necesidades reales de la paciente desde el ámbito de la enfermería, priorizando los hallazgos patológicos más relevantes.
- Elaborar un plan de cuidado integral, teniendo en cuenta los diagnósticos de Enfermería de acuerdo a los problemas de salud identificados en la paciente, en relación a la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

X Datos Generales

Nombre del paciente: NN

Edad: 28 años

Sexo: femenino

Estado civil: unión libre

Raza: mestizo

Datos De Hospitalización

Hospital: Hospital Básico de Baba

Sala: gineco obstetricia

Fecha de Ingreso: 07/05/2022

XI Metodología del Diagnostico

11.1 Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad que cursa un embarazo de 35 semanas de gestación aproximadamente por Ecográfica, acude a emergencia obstétrica por referir cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio, de leve intensidad de más o menos un día de evolución.

El historial reproductivo de la paciente indica que por 8 veces se ha encontrado en estado gestacional, cuatro de ellos han sido partos a término y nacidos vivos, y 3 de ellos abortos, mientras que el actual se diagnostica como Óbito fetal.

Tabla1. Historial Clínico de la Paciente

<i>Historial</i>	
Nombre del paciente: NN	Lugar de residencia: Baba
Historia clínica: 1206567556	Dirección: Monte redondo
Edad: 28 años	Raza: mestizo
Peso: 63.7 Kg	Ocupación: Ama de casa
Talla: 1.60cm	Grupo sanguíneo: O+
Sexo: femenino	Religión: católica
Escolaridad: Secundaria	Estado civil: unión libre

Tabla2. P
Principales Datos Clínicos
P
Principal

Esos datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).
2022

Datos principales de la paciente

Nombres: NN	Estado civil:
Apellidos: NN	Escolaridad:
HC:	Religión:
Sexo:	Dirección:
Fecha de ingreso:	Teléfono:
Causa de consulta	
<p>Estado actual</p> <p>Paciente de sexo femenino de 28 años de edad acude al servicio de emergencia obstétrica por presentar dolor de leve intensidad que se irradia a región lumbosacra en hipogastrio, paciente refiere haber presentado sangrado transvaginal aproximadamente de un mes de duración.</p> <p>La paciente indica que por 8 veces se ha encontrado en estado gestacional, cuatro de ellos han sido partos a término y nacidos vivos, y 3 de ellos abortos, mientras que el actual se diagnostica como óbito fetal.</p>	
<p>Estilo de vida</p> <p>Composición familiar: esposo, cuatros hijos menores de edad.</p>	

Antecedentes patológicos personales	Antecedentes patológicos familiares
Alergias: No Traumas: No	Abuelo diabético
Antecedentes quirúrgicos	Antecedentes alimenticios
Partos: Dos Cesárea: Dos Abortos: Uno	Tipo de alimentación: Inadecuada, alta en grasa, carbohidratos, azucares, Etc.

Legrado: Dos	Dieta: Ninguna
--------------	----------------

Revisión Cefalocaudal

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad que acudió al área de emergencia obstétrica del presente establecimiento de salud con un embarazo de 35 semanas de gestación aproximadamente por Ecográfica, presenta un cuadro clínico aproximadamente 24 horas de evolución evidenciado por dolor en hipogastrio de leve intensidad, ausencia de movimientos fetales.

Elaborado por: Ginger Cadena Alvarado

2022

- Piel: La piel y mucosas se encuentra un poco deshidratada.
- Cabeza: simétrica, normo cefálica, cabello bien implantado.
- Cuello: simétrico de largo y ancho, sin presencia de nódulos, ni ganglios inflamados.
- Tórax: Simétrico y expansible, al auscultar los campos pulmonares ventilados y ruidos cardiacos rítmicos.
- Abdomen: gestante 35 semanas doloroso a la palpación profunda.

11.2 Examen físico

- Signos Vitales:
- Temperatura: 36.9 °C
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Frecuencia Cardíaca: 71 latidos por minutos
- Saturación de oxígeno: 98%
- Presión Arterial: 114/77mm Hg
- Estado de consciencia: alerta
- Cabeza: simétrica, normo cefálica, cabello bien implantado.
- Cuello: simétrico de largo y ancho, sin presencia de nódulos, ni ganglios inflamados.
- Tórax: Simétrico y expansible, al auscultar los campos pulmonares ventilados y ruidos cardiacos rítmicos.
- Miembros Inferiores: Simétricas, sin edema.

Valoración por sistemas:

- Órganos de los sentidos: Sin alteraciones
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos
- Respiratorio: campos pulmonares ventilados
- Digestivo: manifiesta dolor en el hipogastrio
- Genitourinario: sangrado transvaginal
- Osteomuscular: no presenta edema
- Piel y Tegumentos: La piel y mucosas se encuentra un poco deshidratada, presenta facie pálida del rostro
- Neurológico: paciente consciente, orientado en tiempo y espacio, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente.
- Psiquiátrico: Sin Alteraciones

Valoración Por Patrones Funcionales

- Patrón percepción de salud – manejo de salud

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona

- Patrón nutricional – metabólica

Su estado nutricional no es muy bueno por lo que refiere, comer comida alta en grasa, carbohidratos, azucares.

- Patrón eliminación

Sangrado transvaginal aproximadamente un mes de duración

- Eliminación Urinaria

Eliminación urinaria 400cc al día

Sangrado transvaginal aproximadamente un mes de duración

- Patrón actividad – ejercicio

Patrón respiratorio normal con de 98%, siente poca energía para realizar actividades.

➤ Patrón sueño y descanso

Paciente refiere, no tener problema para conciliar el sueño

➤ Patrón cognitivo – perceptual

Paciente consciente, orientada se comunica de manera buena, aunque con facies dolorosas.

➤ Patrón rol relaciones

Tiene apoyo de su familia, especialmente de su esposo.

➤ Patrón sexualidad y reproducción

La paciente se encuentra en estado gravídico y al realizársele la valoración no presenta latido cardiaco fetal, cabalgamiento de los huesos del cráneo y no se observa líquido amniótico.

➤ Patrón de adaptación – tolerancia al estrés

Las situaciones que le causan estrés es la sintomatología del cuadro clínico, incluso se fuga del hospital, pero 53 minutos después regresa.

➤ Patrón valores y creencias

Religión católica, manifiesta que Dios es su salvación y cree en ello.

➤ Patrón Seguridad – protección

Paciente se muestra preocupada por su estado de salud.

➤ Patrón confort

Paciente se encuentra bien porque tiene el apoyo de su familia.

➤ Patrón de Crecimiento y desarrollo

No refiere

Cuidados de Enfermería al Momento de Ingreso

➤ Medir y controlar los signos vitales.

➤ Realizar canalización de vía periférica

- Realizar examen físico
- Apoyar emocionalmente a la paciente

Prescripción de Medicamentos y sus dosis día 7 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 8 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de sangrado
- Comunicar novedades al médico residente

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 8 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de sangrado cada 2 horas
- Solución salina 1000cc + oxitocina 10 IV
- Metronidazol 500 ml cada 8 horas IV
- Clindamicina 600mg IV cada 8 horas
- Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas
- Paracetamol 1gr cada 8 horas
- Rastreo ecográfico

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 9 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de sangrado

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 9 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de sangrado

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 10 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Comunicar novedades al médico residente

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 10 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Diclofenaco 75mg PRN
- Nifedipina 10mg

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 11 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Comunicar novedades al médico residente

Prescripción de Medicamentos y sus dosis el día 11 de mayo del 2022

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Comunicar novedades al médico residente

Tabla3. Información De Exámenes Complementarios Realizados

Biometría	Resultados	Valores Normales
PLAQUETAS	150000– 400000/mm ³	3 10.0 - 45.0
LEUCOCITOS	5.3x10 ³	4.00 -10.0
LINFOCITOS	21.7%	22.0 – 40.0
HEMOGLOBINA	8g/dl	11.0 – 16.0
HEMATOCRITO	35%	37.0 – 54.0
NEUTROFILOS	62.2%	50.0 – 70.0

Química Sanguínea	Resultado
GOT	510UI/L
GPT	342UI/L
BD	10mg/dl
BI	2.4mg/dl
BT	12.4mg/dl
GLICEMIA	72mg/dl
CREATININA	0.7mg/dl
ALBUMINA	3.7g/dl

*Elaborado por: Ginger Cadena Alvarado
2022*

11.3 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Al momento de realizar el examen físico, se observó un abdomen gestante que al realizar la exultación no se encuentran latidos cardiacos del feto, paciente manifiesta dolor en el hipogastrio.

Diagnóstico Presuntivo

Óbito de 35 semanas

Diagnóstico Diferencial

Muerte Fetal intrauterina

Diagnóstico Definitivo

Óbito Fetal de 35 semanas

Diagnóstico Enfermería

Dx: riesgo de alteración en la diada materno fetal

R/c: antecedentes de hemorragia

E/p: ausencia de latidos

11.4 Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y de los Procedimientos a Realizar.

- Según lo que podemos observar, el cuadro clínico de la paciente está caracterizado por:
- Dolor en hipogastrio de leve intensidad
- Y al realizar el Eco se evidencia la ausencia de los latidos del feto
- Todos estos síntomas corresponden a un óbito fetal.

Variables relacionadas con el problema:

- Biológicas: antecedente de cuatro abortos
- Físicas: dolor y antecedente de sangrado transvaginal

11.5 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

DX: (00209) Riesgo de alteración en la diada materno fetal: óbito fetal

R/C: antecedentes de hemorragia, dolor en

E/P: ausencia de latidos cardiacos

Dominio: II Salud Fisiológica:
resultados que describen el funcionamiento orgánico.

Clase: AA- Respuesta terapéutica: Resultados que describen una reacción sistémica

Etiqueta: (2305) recuperación

Clase J Cuidados perioperatorios: intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía.

Campo: 2 Fisiológico Complejo

R/C: extracción del óbito fetal.

Dominio: II Salud Fisiológica:
Resultados que describen el funcionamiento orgánico de un individuo.

ESCALA

INDICADORES	1	2	3	4	5
Signos vitales				x	
Estado de conciencia				X	
Dolor			x		
Estado emocional			X		

- ACTIVIDADES**
1. Controlar los signos vitales
 2. Educar a la paciente sobre el proceso a realizar y dar apoyo emocional
 3. Completar la lista de comprobaciones perioperatorias.
 4. Realizar la lista de chequeo IV según se
 5. Colocar inyecciones antieméticas según corresponda

DX: (00206) Riesgo de sangrado

E/P: puerperio.

ESCALA

INDICADORES	1	2	3	4	5
Equilibrio emocional		x			

11.6

*Elaborado por: Ginger Cadena Alvarado
Diagrama de Proceso de Atención de Enfermería
“PAE” 21*

11.7 Indicación de las Razones Científicas de las Acciones de salud, considerando valores normales.

Dolor:

1. Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis del analgésico y frecuencia del analgésico prescrito: Se deben comprobar las ordenes medicas prescritas para ser administrado de acuerdo a su dosis y vía de administración.
2. El historial de alergia a medicamentos: Se lo debe comprobar el historial para obtener conocimiento acerca de los medicamentos que causan reacciones alérgicas a la paciente.
3. Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriban más de uno: se debe elegir la variación para que el analgésico tenga una correcta reacción para así aliviar el dolor de la paciente y para evitar reacciones adversas.
4. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos: se debe evaluar cuál es la reacción de la paciente hacia los medicamentos administrados, observando si al momento de la medicación no presente reacciones medicamentosas.
5. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso: Es importante llevar un registro de toda la evolución de la paciente al momento de administrarle el analgésico, y también todos los efectos adversos que se pueden presentar en ella.

Signos vitales:

1. Comprobar temperatura y otros signos vitales: Se debe monitorizar la temperatura y los demás signos vitales, anotándolos en el formulario de signos vitales para comprobar si hay variación de sus signos al momento de utilizar el tratamiento prescrito por el médico.

2. Observar el color y temperatura: es muy importante observar el color y temperatura para verificar si la fiebre que presenta la paciente defiende y si hay variación en el color de su piel.
3. Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de los líquidos: se debe realizar el balance hidroelectrolítico para verificar las pérdidas insensibles y la eliminación de los líquidos
4. Administrar medicamentos o líquidos: se debe administrar líquidos para evitar la deshidratación en la paciente, también así podemos evitar las complicaciones que puede presentar.
5. Humedecer los labios y mucosas secas: es muy importante mantener húmedas las mucosas y labios para que no tengan complicaciones y no haya deshidratación en la paciente debido a la fiebre que presenta

11.8 Seguimiento.

La paciente ingresa por el área de emergencia obstétrica, se le diagnostica óbito fetal de 35 semanas de gestación, se le explica el proceso, luego de esto la paciente huye del hospital y regresa 53 minutos después, se procede a estabilizar a la paciente y realizar todos los cuidados de enfermería necesaria, poco tiempo después se prepara a la paciente para realizar la extracción del óbito y se realiza los procedimientos necesarios para un puerperio fisiológico inmediato.

Cuidados de enfermería#1

Se recibe paciente de sexo femenino de 28 años de edad orientada en tiempo y espacio con diagnóstico médico de óbito fetal de 35 semanas de gestación.

paciente ingresa a la sala de parto con vía endovenosa permeable iniciando el trabajo de parto con dilatación completa.

El manejo inicial de la paciente en el centro hospitalario se manejó con el siguiente tratamiento:

- Solución salina 1000cc 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1gr cada 12 horas

- Metronidazol 500 cada 12 horas
- Paracetamol 500 cada 8 horas
- Control de signos vitales

Cuidados de enfermería#2

Al momento si ninguna novedad se valoran signos vitales y sangrado transvaginal los cuales se mantiene estable.

Paciente se mantiene con signos vitales estable se pasa a la paciente a post inmediato para realizar el score mama.

- Toma de los constantes vitales
- Control de sangrado transvaginal
- Aplicar medicación prescrita por el médico
- score mama
- Comunicar novedades

Cuidados de enfermería#3

- Paciente se mantiene con signos vitales estables
- Presión arterial 110/82 mmHg
- Frecuencia cardíaca 73 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria 19 por minuto
- Temperatura 36.1°C
- Saturación de oxígeno 99%
- Score mama (0)

11.9 Observaciones.

- En el presente caso se estudió a una paciente de 28 años de edad que presenta óbito fetal.
- La paciente tiene un historial de 3 abortos.
- Mediante el plan de cuidados ya establecidos, se ejecutaron las metas y objetivos propuestos teniendo como resultado la mejoría del estado de salud de la paciente

- Durante su primera instancia en el hospital se fugó, pero regreso y se le realizaron todos los procesos correspondientes para estabilizar su salud.

XII Conclusiones

Mediante nuestro estudio de caso concluimos, que en relación a los factores sociodemográficos a mayor edad de la gestante aumenta los riesgos de tener complicaciones en el embarazo, pudiendo culminar este en la muerte del feto.

Tener 2 o más gestas; abortos o muertes fetales previas en la gestante se asocia a mayor riesgo de presentar muerte fetal, en cambio a mayor número de controles prenatales, ecografías realizadas durante el embarazo, peso de la gestante y edad gestacional, tienen menos probabilidad de presentar muerte fetal.

Al momento de brindar los cuidados de enfermería se logró obtener una mejoría de su estado de salud satisfaciendo todas sus necesidades requeridas ya que unos de los objetivos propuestos del caso es determinar todas las necesidades reales de la paciente.

Se cumplieron adecuadamente los objetivos propuestos gracias a la ayuda de la elaboración de un plan de cuidado integral, ya que lo primero a realizar es la valoración de examen físico, de esa manera poder identificar los patrones disfuncionales afectados, obteniendo una recuperación satisfactoria en la paciente de 28 años de edad de puerperio fisiológico.

XIII Referencias

- Alfredo Ovalle S.1, E. K. (2005). *Scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500005
- Corralo, D. S. (30 de Mayo de 2022). Obtenido de <https://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/amnioscopia>
- Diago Almela, V. J., Perales Puchalt, A., Cohen, M., & Perales Marín, A. (14 de 8 de 2014). *Muerte fetal tardía*. Obtenido de Muerte fetal tardía: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf
- Donoso Bernales, B., & Oyarzún Ebensp, E. (12 de 09 de 2012). *Parto prematuro*. Recuperado el 12 de 01 de 2019, de Parto prematuro: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
- Dulay, A. (13 de 10 de 2020). *Muerte fetal*. Obtenido de Tratamiento de la muerte fetal: [https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal#:~:text=Tratamiento%20de%20la%20muerte%20fetal&text=Si%20el%20feto%20muerto%20no,\(dilataci%C3%B3n\)%20del%20cuello%20uterino.](https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal#:~:text=Tratamiento%20de%20la%20muerte%20fetal&text=Si%20el%20feto%20muerto%20no,(dilataci%C3%B3n)%20del%20cuello%20uterino.)
- (Enero- Junio 2014). *Elsevier*, 20-27.
- España, M. (2017). *MAPFRE SALUD*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/puerperio-inmediato/>
- Gomez Garcia, M. D., & Morante Anastacio, N. L. (30 de 4 de 2018). *Prevalencia de Óbito Fetal en la area de Ginecología*. Obtenido de Prevalencia de Óbito Fetal en la area de Ginecología: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/CD%202473-%20MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISSETH.pdf>
- JA, M. (2002). Martin JA, Hoyert DL. The national fetal death file. *Semin Perinatol* 2002; 26: 3-11. *Semin Perinatol*, 5.

- Julio. (Diciembre de 2017). Materno Perinatal. *Materno Perinatal*, 2.
- Masson Sas, E. (18 de 9 de 2017). *Fisiología y patologías del cordón umbilical*.
Obtenido de Fisiología y patologías del cordón umbilical: <https://www.em-consulte.com/es/article/1143254/fisiologia-y-patologias-del-cordon-umbilical>
- Matos Cancho, C. C. (25 de 5 de 2021). *Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina*. Obtenido de Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4957/T061_47259792_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Morante Anastacio, N. L. (31 de 5 de 2018). *Prevalencia de Obito Fetal*. Obtenido de Prevalencia de Obito Fetal:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/CD%202473-%20MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISSETH.pdf>
- Morante Anastacio, N. L. (2018). *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31146>
- Morante, L. A. (31 de 4 de 2018). *Prevalencia de Óbito Fetal, en la Area de Ginecología*. Obtenido de Prevalencia de Óbito Fetal, en la Area de Ginecología:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/CD%202473-%20MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISSETH.pdf>
- MR, L. (2004). Obtenido de
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico
- Neus, F. (04 de 01 de 2012). *Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal-por-problemas-en-la-placenta/>
- OMS, O. (8 de 10 de 2020). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS):

<https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>

Rencoret, G. (25 de 6 de 2014). *Manejo del síndrome de transfusión feto fetal en gestaciones gemelares monocoriales*. Obtenido de Manejo del síndrome de transfusión feto fetal en gestaciones gemelares monocoriales:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-embarazo-gemelar-S0716864014706455>

Research, F. (12 de Mayo de 2022). *Desprendimiento de placenta*. Obtenido de Desprendimiento de placenta: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>

Roque Jiménez, A. (2 de 8 de 2015). *Muerte fetal*. Obtenido de Muerte fetal:
https://www.ecured.cu/Muerte_fetal

salud-femenina. (Octubre de 2020). Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/incompatibilidad-de-rh>

Santiago. (2005). *Chilena de osbtetricias y ginecologias*, 5.

Sas Masson, E. (6 de 10 de 2010). *métodos de determinación exploración dinámica y molecular*. Obtenido de métodos de determinación exploración dinámica y molecular: <https://www.em-consulte.com/es/article/267881/ginecologia-endocrina-metodos-de-determinacion-exp>

Saulo Molina, D. A. (1 de 1 de 2010). *Muerte fetal anteparto ¿Es una condición prevenible?* Obtenido de Muerte fetal anteparto ¿Es una condición prevenible?: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676006.pdf>

Sifuentes Palacios, Y. E., & Balarezo Ramírez, A. P. (2013). *Causas Materno Fetales y Ovulares en Relación al Óbitol Fetal*. Obtenido de Causas Materno Fetales y Ovulares en Relación al Óbitol Fetal:
<http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/840/CAUSAS%20MATERNO->

FETALES%20HOSPITAL%20VICTOR%20RAMOS%20GUARDIA-HUARAZ-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stanford Children's, H. (6 de 8 de 2022). *Parto de feto muerto*. Obtenido de Parto de feto muerto: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=muerte-del-feto-90-P05611>

Tinedo, M., Santander, F., Alonso, J., Herrera, A., Colombo, C., & Díaz, M. (20 de agosto de 2016). *caracterización epidemiológica*. Obtenido de caracterización epidemiológica: <http://ve.scielo.org/pdf/s/v20n2/art08.pdf>

Vera Coloma, J. E. (28 de 6 de 2015). *Factores de Riesgos Incidentes en el Óbito Fetal*. Obtenido de Factores de Riesgos Incidentes en el Óbito Fetal: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48040/1/CD-501-VERA%20COLOMA.pdf>

Willebrand, v. (2016). *Guía de Referencia Rápida Diagnostico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único GPC Guía de Práctica Clínica* Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-567-12. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf

XIV Anexos

FECHA	HORA	SATO ₂	FR	FC	TA	TE	Score HemoC
8/11/2020	00h55	99%	19x	77x	107/163	36,1°C	0
	01H00	99%	19x	77x	139/180	36,1°C	0
	01H30	98%	19x	60x	129/185	36,4°C	0
	02H00	99%	19x	73x	110/182	36,1°C	0
	02H30	99%	19x	73x	110/182	36°C	4
	03H15	98%	19x	68x	154/103	36,2°C	4
	03H35	98%	19x	64x	152/190	36,6°C	4
	04H00	98%	20x	65x	149/100	36,5°C	4
	04H30	99%	19x	69x	131/194	36,6°C	2
	05H20	99%	19x	69x	138/195	36,6°C	2
	05H30	98%	20x	78x	127/185	36,5°C	0
	06H00	99%	19x	79x	122/181	36,6°C	0
	06H30	99%	20x	84x	122/182	36,5°C	0
	07H00	99%	19x	83x	141/174	36,5°C	0

San Villavieja

The image shows a medical form with an ultrasound image of a fetus. The form includes fields for patient information, clinical data, and a checklist of symptoms. The ultrasound image shows a fetus in a longitudinal view. The form is titled 'HISTORIA CLÍNICA' and includes a section for 'DESCRIBIR LA CAUSA, ENFERMEDADES O AFECCIONES DEL FETO'.

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

11) DESCRIBIR LA CAUSA, ENFERMEDADES O AFECCIONES DEL FETO
 Describir la causa, enfermedad o afección del feto en el momento del parto. El profesional de la salud materno o materno legítimo debe registrar la enfermedad, lesión o afección del feto en el momento del parto. La clasificación de la OMS-10 se registra en el formulario.

12) ENFERMEDAD, AFECCIÓN O TRAUMATISMO MATERNO QUE AFECTÓ AL FETO (En el caso de tenerlo)
 Describir la enfermedad, afección o traumatismo materno que afectó al feto. El profesional de la salud materno o materno legítimo debe registrar la enfermedad, lesión o afección materna en el momento del parto. La clasificación de la OMS-10 se registra en el formulario.

CAUSA DE DEFUNCIÓN FETAL (MSO MEC)

ANEXOS 1: Evidencia de los constantes vitales y ecografía obstétrica



ANEXO 2: Paciente en sala de parto, se realiza el monitoreo de constantes vitales y control del goteo de la vía intravenosa



ANEXOS 3: Instrumentando en procedimiento de la extracción del órbito.

REPORTE DEL URKUND



GINGER CADENA ALVARADO

Original

Document Information

Analyzed document	Caso de Estudio Cadena Ginger.docx (D142150915)
Submitted	2022-07-18 02:41:00
Submitted by	
Submitter email	gcadena658@fcs.utb.edu.ec
Similarity	10%
Analysis address	aizquierdo.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf Fetched: 2019-10-22 10:57:59	 9
W	URL: https://vsip.info/obito-fetal-monografia-pdf-free.html Fetched: 2022-07-18 02:41:12	 4



firmado electrónicamente por:
ALINA
IZQUIERDO

DOCENTE-TUTORA
DR. ALINA IZQUIERDO CIRER, MSC