



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 22 SEMANAS
CON DIAGNÓSTICO DE ÓBITO FETAL MÁS SHOCK HIPOVOLEMICO

AUTORA:

JENNIFER YARITZA NIVELA JIMÉNEZ

TUTOR:

DRA. ELISA ÁLAVA MARISCAL

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2024



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 20 de Febrero
del 2024

Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, YO **Jennifer Yaritza Nivelá Jiménez**, con C.I 1206910448, Estudiante egresada de la carrera de **Enfermería** de la Malla Rediseño de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del TEMA de **CASO CLINICO: Proceso Atención de Enfermería en Gestante de 22 semanas, con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico**, el mismo que fue aprobado por el **DOCENTE TUTOR: Dra. Elisa Álava Mariscal.**

Esperando que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Jennifer Nivelá J.

ESTUDIANTE EGRESADO



**ELISA MARIA ALAVA
MARISCAL**

DOCENTE



JENNIFER YARITZA NIVELA JIMÉNEZ

6%
Textos
sospechosos



< 1% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
0% Idiomas no reconocidos
5% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: JENNIFER YARITZA NIVELA JIMÉNEZ.docx
ID del documento: 05a995f3d7338de40f000b77dda7ce8151011e1c
Tamaño del documento original: 59,28 kB

Depositante: MORA MONTENEGRO MARIANA DEL ROCIO
Fecha de depósito: 25/3/2024
Tipo de carga: Interface
fecha de fin de análisis: 25/3/2024

Número de palabras: 7602
Número de caracteres: 51.386

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	revistasanitariadeinvestigacion.com Proceso de atención de enfermería a una g... https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-una-g...	< 1%		Palabras idénticas: + 1% (18 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/4417/6/E-UTB-ICS-ENI-000035.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: + 1% (15 palabras)
3	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/14117/1/E-UTB-ICS-ENI-R-000799.pdf	< 1%		Palabras idénticas: + 1% (10 palabras)

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 22 SEMANAS,
CON DIAGNOSTICO DE OBITO FETAL MAS SHOCK HIPOVOLEMICO.

DEDICATORIA

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano llena de fidelidad, por darme la fuerza para continuar en este proceso y culminar una de las metas más deseadas como es terminar esta etapa de formación.

A mi madre que con su amor, trabajo, paciencia y sacrificio me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, valentía y encaminarme por el sendero de la educación y el respeto siendo el pilar fundamental para culminar mis estudios, en busca de un buen futuro.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. A mis tías, tíos y abuelos porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente, a todas mis amigas, por apoyarme cuando las necesito, por extenderme su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias hermanitas, siempre las llevo en mi corazón porque siempre están cuando más las he necesitado apoyándome en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien ha sido luz de guía durante todo este largo proceso para la obtención de mi título, de ser la fuente de paz para alcanzar el conocimiento; además por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo.

De igual mi agradecimientos a la Universidad Técnica de Babahoyo, a toda la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Carrera de Enfermería, a cada uno de los docentes quienes con las enseñanzas de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Dra. Elisa Álava Mariscal, mis más sinceros agradecimientos por su paciencia y constancia, sus palabras sabias, sus conocimientos de manera profesional e invaluable; usted formo parte importante de esta historia con sus aportes profesionales, gracias por sus orientaciones.

A mi madre, que ha sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanza, quien estuvo siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudios, siempre ha sido mi mejor guía de vida, gracias por creer en mí.

RESUMEN

En el estudio realizado se ha evidenciado como objetivo general, aplicar el proceso de enfermería en gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico. En cuanto a la metodología, se ha basado en el análisis de un caso clínico basado en una gestante con complicaciones severa-grave basada en un óbito fetal con shock hipovolémico debido a la pérdida de sangre por hemorragia, en el análisis realizado se ha detectado como resultados obtenidos revelaron una serie de hallazgos clínicos, como desgarro cervical, hemorragia post aborto y un perfil de laboratorio que indicaba ciertos desequilibrios, como leucocitosis y disminución de hemoglobina y hematocrito. En cuanto a las conclusiones, se pudo determinar la complejidad de la situación clínica, destacando la presencia de complicaciones físicas y emocionales en la paciente. La defunción fetal y el shock hipovolémico representaron desafíos significativos para el equipo médico y de enfermería. Las recomendaciones derivadas de este análisis incluyen la necesidad de estrategias integrales de apoyo psicológico para la gestante, así como intervenciones específicas para abordar el shock hipovolémico, como la administración adecuada de fluidos y el monitoreo continuo.

Palabras claves: Óbito fetal, hipovolémico, shock, fluidos, hemorragia.

ABSTRACT

In the study carried out, the general objective has been evident, to apply the nursing process in a 22-week pregnant woman with a diagnosis of fetal death plus hypovolemic shock. Regarding the methodology, it has been based on the analysis of a clinical case based on a pregnant woman with severe-severe complications based on a fetal death with hypovolemic shock due to blood loss due to hemorrhage, in the analysis carried out it has been detected as The results obtained revealed a series of clinical findings, such as cervical tear, post-abortion hemorrhage and a laboratory profile that indicated certain imbalances, such as leukocytosis and decreased hemoglobin and hematocrit. Regarding the conclusions, the complexity of the clinical situation could be determined, highlighting the presence of physical and emotional complications in the patient. Fetal death and hypovolemic shock represented significant challenges for the medical and nursing team. Recommendations derived from this analysis include the need for comprehensive psychological support strategies for the pregnant woman, as well as specific interventions to address hypovolemic shock, such as adequate fluid administration and continuous monitoring.

Keywords: Fetal death, hypovolemic, shock, fluids, hemorrhage

INDICE GENERAL

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN	2
1. Planteamiento problema	2
2. Justificación	4
3. Objetivos del estudio	5
3.1 Objetivo general	5
3.2 Objetivos específicos	5
4. Línea de investigación	5
SEGUNDA PARTE: DESARROLLO.....	6
5. Marco conceptual – Marco teórico: Antecedentes y bases teóricas.....	6
6. Marco metodológico	15
7. Resultados	22
8. Discusión de resultados	34
TERCERA PARTE: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
9. Conclusiones.....	35
10. Recomendaciones.....	36
CUARTA PARTE: REFERENCIAS Y ANEXOS	37
Referencias	37
Anexos.....	39

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería en gestantes con diagnóstico de óbito fetal acompañado de shock hipovolémico representa un desafío complejo y sensible en la práctica clínica, en este caso, nos encontramos ante una situación delicada que demanda una atención multidisciplinaria y una intervención pronta y precisa por parte del equipo de salud, la pérdida del feto a las 22 semanas de gestación conlleva implicaciones médicas, emocionales y psicológicas significativas tanto para la madre como para el equipo médico que la atiende, es esencial abordar esta situación con empatía, comprensión y una atención centrada en el bienestar físico y emocional de la paciente, exploraremos los aspectos fundamentales del proceso de atención de enfermería en esta situación clínica, destacando la importancia de una evaluación exhaustiva, un manejo integral del shock hipovolémico y un acompañamiento compasivo hacia la madre en este difícil momento.

El shock hipovolémico, una condición grave que se caracteriza por una disminución significativa del volumen sanguíneo circulante, puede ser una complicación adicional en estos casos, la pérdida sanguínea asociada al óbito fetal, particularmente en gestaciones avanzadas, puede desencadenar un estado de shock que pone en peligro la vida de la madre y requiere intervención médica urgente, en este contexto, la atención de enfermería desempeña un papel fundamental en la evaluación, el manejo y el apoyo integral de la gestante, es crucial no solo abordar las necesidades físicas de la paciente, como el control del sangrado y la estabilización hemodinámica, sino también proporcionar un soporte emocional compasivo y empático en un momento de profundo dolor y duelo.

PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN

1. Planteamiento problema

Datos Personales.

NOMBRE Y APELLIDOS:	N/N
EDAD:	18 años
ETNIA:	Mestiza
SEXO:	Femenino
ESTADO CIVIL:	Soltero
FECHA DE NACIMIENTO:	10-11-2004
LUGAR DE NACIMIENTO:	Ventanas, Los Ríos
RESIDENCIA:	Ventanas
GRUPO SANGUINEO:	A+
NIVEL DE ESTUDIO:	Segundo de Bachillerato
NIVEL SOCIOECONÓMICO:	Bajo

En base al problema que se ha evidenciado en este caso clínico se determina que, ingresa una paciente a una unidad hospitalaria en ambulancia del 911 referida del hospital de Ventanas acompañada de familiar (hermana de crianza) y personal médico quienes indican, que paciente llega a su unidad refiriendo dolor tipo contráctil y al interrogatorio refiere que se administró 3 tabletas de Misoprostol vía oral y 3 vía sublingual, luego expulsa producto sin vida de +/-20sg, hace hemorragia post aborto, observan desgarro de cérvix lo reparan activan clave roja colocan traje tan administran útero tónicos y ácido tranexámico sin mejoría alguna y deciden referir como emergencia priorizada. Los signos vitales: presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca: 76 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm saturación de oxígeno: 98%, temperatura 36.4 °C, en los exámenes de laboratorio se evidencia, leucocitos 7.41, hemoglobina 10.3, hematocrito 29.8, plaquetas 278.000.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales de la paciente se ha evidenciado que se encuentra en tratamiento de VIH, presenta antecedentes de complicaciones severas de acuerdo con su patología de base. En consideración de los antecedentes quirúrgicos evidencia 2 procedimiento de cesáreas y una apendicetomía, por su parte en los antecedentes familiares, se ha determinado que la madre falleció aproximadamente 7 años debido al contagio de VIH, en cuanto al

padre presenta problemas de hipertensión arterial, hermana no refiere enfermedades.

Este caso plantea un desafío médico complejo que requiere un análisis exhaustivo para comprender los factores subyacentes que han contribuido a la situación clínica de la paciente. La autoadministración de Misoprostol y las complicaciones asociadas, como el desgarro cervical y la hemorragia post aborto, plantean interrogantes sobre la gestión clínica de estos casos, la eficacia de las intervenciones realizadas y la necesidad de una atención más especializada. El objetivo de abordar este problema es mejorar la comprensión de los eventos que llevaron a esta situación y, a partir de ello, identificar áreas de mejora en la atención médica y los protocolos de manejo de emergencias obstétricas.

Examen físico

- Fascia: pálida, mucosas semihumedas hipo coloreada
- Cuello: simétrico no adenopatía
- Tórax: simétrico, expansible, no reacciones,
- Abdomen: blando depresible no megalias con traje antishock
- Extremidades: simétrica no edema

2. Justificación

Desde una perspectiva teórica, este caso se enmarca en la comprensión profunda de la fisiopatología del shock hipovolémico en el contexto obstétrico, especialmente cuando se presenta en combinación con un diagnóstico de óbito fetal, se busca explorar los aspectos médicos y obstétricos que contribuyen a la aparición de esta situación clínica, incluyendo la evaluación de los factores de riesgo, la fisiología de la pérdida fetal y las respuestas fisiológicas del organismo materno frente al shock.

Prácticamente, la justificación se sustenta en la relevancia crítica de abordar eficazmente las emergencias obstétricas que involucran pérdida fetal y shock hipovolémico, el caso destaca la importancia de una atención de enfermería especializada que incluya la identificación temprana de signos y síntomas, la aplicación de intervenciones eficaces para estabilizar a la paciente y la coordinación del cuidado interdisciplinario. Además, el manejo emocional y psicológico de la gestante en situaciones de pérdida fetal representa un componente esencial de la atención.

La relevancia práctica de este caso radica en la mejora de la calidad de la atención obstétrica, la prevención de complicaciones adicionales y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, abordar el shock hipovolémico en el contexto de la pérdida fetal implica un enfoque holístico que considere tanto los aspectos físicos como emocionales de la gestante, la aplicación de protocolos de atención estandarizados, la formación del personal de salud y la sensibilización hacia las necesidades psicosociales de las pacientes contribuyen a una atención de calidad y a la mitigación de consecuencias adversas.

3. Objetivos del estudio

3.1 Objetivo general

- Aplicar el proceso de enfermería en gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el estado hemodinámico de la gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal y shock hipovolémico, mediante la monitorización continua de signos vitales, parámetros hemáticos y otros indicadores relevantes.
- Implementar intervenciones de enfermería especializadas para estabilizar el estado hemodinámico de la paciente, abordando de manera eficaz el shock hipovolémico.
- Proporcionar un cuidado integral y compasivo a la gestante, mediante la aplicación de estrategias de apoyo psicológico.

4. Línea de investigación

Línea: Salud humana

Sublínea: Salud integral y los factores mentales, físicos y sociales.

En el desarrollo de este caso clínico es fundamental emplear tácticas destinadas a promover el bienestar físico y emocional en el transcurso de esta revisión de caso clínico, al mismo tiempo que se identifican los elementos que propician ciertas vulnerabilidades en el género femenino, lo cual se observa claramente en el contexto específico de este estudio, que aborda una preocupación de salud pública relacionada con el embarazo, específicamente en mujeres, lo que pone de manifiesto un problema de alcance global.

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO

5. Marco conceptual – Marco teórico: Antecedentes y bases teóricas

Antecedentes

En un análisis del caso basado en el proceso de atención de enfermería en una embarazadas con óbito fetal intraútero, en el que se ha establecido como objetivo, aplicar el cuidado de enfermería aplicado a una gestante con diagnóstico de óbito fetal, en el caso clínico que se aborda a continuación, la razón detrás del fallecimiento fetal es un desprendimiento de placenta, que se define como la separación completa o parcial de la pared uterina, su frecuencia oscila entre 2 y 10 casos por cada 1000 nacimientos, la sintomatología más distintiva comprende dolor abdominal vinculado a contracciones uterinas y hemorragia uterina, que puede variar en intensidad de leve a grave, esta condición conlleva riesgos tanto para la madre como para el feto, en el caso de la madre, podría requerir transfusiones sanguíneas debido a las pérdidas significativas de sangre, que podrían desencadenar un estado de shock hipovolémico, para el feto, un desprendimiento parcial puede resultar en crecimiento intrauterino limitado y bajo peso al nacer, mientras que, si es total, las consecuencias son graves y van desde la hipoxemia y asfixia hasta la muerte fetal, entre los factores de riesgo para la muerte fetal intraútero, se destacan la raza negra, la nuliparidad y los extremos de edad, las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo (Peña *et al.*, 2021).

En otro estudio basado en el óbito fetal y shock hipovolémico secundario a desprendimiento normoplacentario, en el cual se estableció como objetivo general, identificar los factores de riesgo que causan el desprendimiento placentario. Se analiza el caso de una mujer de 25 años, residente en La Maná, en unión libre, con educación primaria y ocupación en quehaceres domésticos, llega al hospital con antecedentes patológicos y familiares no reportados, ha tenido dos cesáreas previas y, en cuanto a su historial gineco-obstétrico, ha tenido tres gestaciones, ningún parto vaginal, dos cesáreas anteriores, y la fecha de su última menstruación fue el 5 de agosto de 2015, con una edad gestacional de 39.2 semanas según la fecha de su última menstruación (Barragán, 2019).

Marco teórico

Profesionales de enfermería

El personal de enfermería tiene competencia que pueden otorgar diferentes atenciones importantes para los pacientes sin importar en qué condición se encuentra, estos cuidados deben tener una garantía de que se realice adecuadamente para el bienestar y la seguridad de todos los usuarios teniendo en cuenta la salud así como los profesionales deben tener destrezas y habilidades relacionadas con el conjunto de comportamiento que se presenta de acuerdo a sus capacidades fundamentales para lograr un objetivo y el desempeño adecuado en base a las actividades y los requerimientos del paciente es importante tener en consideración, conocimiento y la razón de acuerdo a las habilidades y los métodos particulares, las actitudes que permiten el desarrollo de las tareas en el ámbito hospitalario (Saavedra & Rodríguez, 2018, p. 328).

La enfermería con el pasar del tiempo se ha identificado como una de las profesiones más humanitarias que se encuentra relacionada con la filosofía basada en el ser humano y su vinculación con el medio o el entorno, en el cual la persona se auto desarrolla y también tiene una participación directa con el objetivo de la enfermería, es indispensable tener un beneficio para el usuario, así como la labores y que se encuentra relacionada donde se desempeña esta rama, se necesitan ser competentes y aplicar conocimientos habilidades y actitudes para dar juicios médicos tener resolución a los problemas de salud y ejecutar diferentes actividades que se encuentran relacionadas con la resolución de complicaciones, por lo cual la enfermería y otras profesiones del área médica se encuentran relacionado con la educación al usuario en el tema de la salud para que de esta manera puedas elegir una de las diferentes alternativas que se pueden plantear para la solución de los problemas, teniendo en cuenta los diferentes riesgos y ventajas que se pueden tener en consideración, este proceso educativo se ha tornado primordial debido a la tendencia en la que se encuentra en el área de la salud enfocado en el usuario (Saavedra & Rodríguez, 2018, p. 331).

Proceso de atención de enfermería

Es una metodología integral y sistemática que guía la prestación de cuidados a los pacientes, se fundamenta en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, con el objetivo de mejorar la salud y bienestar del individuo, en la fase de valoración, se recopilan datos relevantes sobre el paciente, incluyendo antecedentes médicos, síntomas, y factores psicosociales, este análisis exhaustivo sienta las bases para el diagnóstico enfermero, que implica la identificación de problemas de salud reales o potenciales que requieren intervención, la planificación se centra en el diseño de estrategias y objetivos para abordar los problemas identificados, considerando las necesidades específicas del paciente (Miranda et al., 2020).

El proceso de atención de enfermería es dinámico y se adapta a las necesidades cambiantes del paciente, la comunicación efectiva con el equipo de salud y la colaboración interdisciplinaria son elementos clave en este proceso, garantizando una atención integral y centrada en el paciente, la ética y el respeto por la autonomía del paciente son principios fundamentales que guían cada etapa del proceso, asegurando una atención de calidad y centrada en el individuo (Peña et al., 2021).

Óbito fetal

Se comprende que la mortalidad fetal se refiere al momento en que un bebé nace sin mostrar signos vitales después de un periodo específico, generalmente asociado con la edad gestacional, aunque es un evento poco común, tiene un impacto emocional significativo en los padres y su entorno, la defunción fetal se refiere a la muerte del feto antes de su expulsión completa o separación del organismo materno, independientemente de la duración del embarazo, en muchos casos, las razones detrás de esta tragedia son desconocidas, pero la literatura ha identificado la hipoxia intrauterina y las malformaciones congénitas como factores de riesgo significativos (Barragán, 2019).

Este evento, aunque relativamente poco común, tiene un impacto emocional devastador en los padres y su entorno cercano, las causas detrás del óbito fetal pueden variar y, en algunos casos, permanecen desconocidas, sin embargo, la literatura médica identifica factores de riesgo como la hipoxia intrauterina (falta de oxígeno para el feto) y malformaciones congénitas como posibles desencadenantes de esta triste eventualidad, la pérdida fetal es un fenómeno que, lamentablemente, se cuenta entre los resultados adversos más prevalentes a nivel global (Carvajal, 2019).

Causas

La muerte fetal, un acontecimiento lamentable, puede tener diversas causas que abarcan problemas durante el parto, hemorragias prenatales, como el desprendimiento de placenta, infecciones y complicaciones maternas a lo largo del embarazo, siendo el impedimento del crecimiento fetal un motivo subyacente recurrente, el riesgo de mortalidad fetal aumenta cuando la madre padece ciertas enfermedades, tales como la preeclampsia o eclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo), afectaciones cardíacas, problemas de coagulación sanguínea, diabetes mal controlada, enfermedades tiroideas, obesidad grave, y el consumo de sustancias como cocaína, alcohol o tabaco (Cerón et al., 2021, p. 33).

Las causas de la mortalidad fetal pueden clasificarse en maternas, fetales y relacionadas con la placenta, entre las causas maternas se encuentran enfermedades graves como el lupus, diabetes, hipertensión arterial, embarazos prolongados, infecciones como toxoplasmosis o rubeola, listeriosis, incompatibilidad de Rh, ruptura uterina o fallecimiento de la madre, las causas fetales incluyen retraso en el crecimiento intrauterino, alteraciones genéticas, malformaciones genéticas, problemas con el líquido amniótico (polihidramnios y oligohidramnios), embarazo múltiple con desequilibrio circulatorio, y rotura prematura de membranas, las causas relacionadas con la placenta involucran enfermedades del cordón umbilical (circulatorias, nudos, dobleces, roturas), desgarro de la placenta, placenta prematura y envejecimiento crónico de la placenta, que puede provocar hemorragias en el feto (Cerón et al., 2021, p. 39).

Síntomas

En base a la sintomatología que se relaciona con el hábito en las gestantes tiene una variación, pero es importante considerar los siguientes aspectos que son esenciales la disminución o ausencia de los movimientos fetales uno de los señales más importantes la cual permite identificar el problema, además los cambios en los patrones de patada del feto podría también según indicador de preocupación para el diagnóstico de esta complicación, otro de los síntomas relevantes del dolor abdominal persistente que se relaciona con el cólicos severos, también es uno de los síntomas que mayormente se presentan en estado de gestación, el sangrado vaginal acompañado de otros síntomas que se mencionaron anteriormente puede ser síntomas de una complicación del óbito fetal (Tinedo et al., 2019, p. 41).

Diagnóstico

En referencia el diagnóstico de esta complicación de mujeres gestantes se basa en el uso de herramientas técnicas que permiten determinar el bienestar respecto como el ultrasonido que es un instrumento esencial para elaboración prenatal además permite la evaluación anatómica fetal y el desarrollo, así como la posición del feto mediante otros dispositivos se pueden monitorear la frecuencia cardíaca del feto generando una variabilidad normal por la ausencia de tus latidos, es importante indicar que se requieren de otras pruebas importantes para la inmunología como la tomografía para poder analizar y obtener datos esenciales, las evaluaciones que se realizan con el ultrasonido o el monitoreo del movimiento fetal es importante para determinar también la cantidad del líquido amniótico es importante realizar estas evaluaciones integrales para poder determinar el bienestar fetal, otra de las pruebas esenciales es el análisis de sangre o la biometría que es importante para determinar posibles infecciones u otras condiciones médicas (Salas & Oviedo, 2019).

Proceso de tratamiento e intervenciones

En referencia al proceso de tratamiento del óbito fetal es importante indicar que se basa un enfoque cuidadoso tanto para el feto y la madre, las intervenciones que se efectúan en proporción de un cuidado integral indicado, para el aliviar los

dolores y el malestar relacionado con el proceso es importante la administración de analgésicos y medidas para mantener un buen confort en la madre, la aplicación del rol de enfermería es importante tanto para el apoyo psicológico de la familia y de la paciente, se fomenta una comunicación abierta que permita conocer todas las necesidades o requerimientos de acuerdo a la situación clínica de la gestante en la mayoría de los casos, se opta por el procedimiento de la cesárea se aborda de manera adecuada y se gestiona cualquier sugerencia o complicación durante este proceso como desgarro o hemorragia con el propósito de preservar la salud de la progenitora, en varios de los casos se ofrece a los padres esta opción para poder realizar una autopsia fetal y obtener datos que puedan conllevar a las causas del óbito fetal (Hernández & Jiménez, 2018).

Shock hipovolémico

El shock hipovolémico es una condición grave que se particulariza por la reducción significativa de la sangre lo que conlleva a una insuficiencia en la supervisión de los órganos, este tipo de shock se origina cuando se pierde una cantidad considerable de sangre o de líquidos corporales debido a hemorragias o traumatismos que se pueden presentar, además de otras situaciones como quemadura y complicaciones que generan pérdida considerable de sangre (López & Cumbajín, 2022, p. 4609)

El shock hipovolémico se basa en la reducción de sangre lo que determina una reducción también en la presión arterial, por lo cual el suministro de oxígeno también desencadena en respuesta fisiológica que necesitan de una atención emergente, así como alteración en el sistema nervioso lo que permite liberar hormonas estrés, por lo cual se debe controlar la perfusión vital y mantener la estabilidad del paciente por las complicaciones que se generan en los tejidos (López & Cumbajín, 2022, p. 4610).

Causas

Puede tener diversas causas, pero todas se caracterizan por una pérdida significativa de volumen sanguíneo o líquidos corporales, lo que conduce a una disminución en la perfusión de los tejidos y órganos, una de las causas más

comunes es la pérdida de sangre debido a traumatismos graves, como lesiones por accidentes automovilísticos, heridas de arma blanca o de fuego, y fracturas graves, además, las hemorragias internas, como las provocadas por lesiones en órganos internos durante un trauma o por úlceras gástricas o duodenales, pueden ser una causa importante de shock hipovolémico (Vera, 2017, p. 46).

Otra causa común es la pérdida de líquidos corporales debido a quemaduras extensas, las quemaduras graves pueden dañar la barrera de la piel y provocar una pérdida significativa de líquidos, lo que puede resultar en shock hipovolémico si no se trata adecuadamente, asimismo, la deshidratación severa causada por vómitos prolongados, diarrea intensa o sudoración excesiva también puede conducir a una disminución del volumen sanguíneo y desencadenar un shock hipovolémico, incluyen complicaciones durante procedimientos médicos, como cirugías, que pueden provocar hemorragias internas o pérdida de líquidos, así como trastornos médicos graves como la pancreatitis aguda, la ruptura de un aneurisma aórtico, la peritonitis, la sepsis o la insuficiencia cardíaca aguda que pueden desencadenar un shock hipovolémico debido a la disminución del volumen sanguíneo o líquidos corporales (Vera, 2017, p. 49).

Síntomas

Se manifiesta a través de una serie de síntomas que reflejan la insuficiencia en la perfusión de órganos y tejidos debido a una disminución significativa del volumen sanguíneo, uno de los signos característicos es la hipotensión, donde la presión arterial disminuye considerablemente, esto puede provocar una respuesta compensatoria del cuerpo, como un aumento en los latidos cardiacos, además, los pacientes pueden experimentar una taquicardia, que es un ritmo cardíaco elevado, así como una respiración rápida y superficial (Marsilla, 2020, p. 12)

Estos cambios fisiológicos son indicadores de la respuesta del cuerpo a la falta de volumen sanguíneo, a medida que progresa el shock hipovolémico, los órganos pueden no recibir suficiente oxígeno y nutrientes, lo que lleva a la disfunción orgánica, los síntomas también pueden incluir palidez en la piel, sudoración fría, confusión, mareos e incluso pérdida del conocimiento, la sed

intensa y la disminución de la producción de orina son señales adicionales de desequilibrio en los fluidos corporales, en casos graves, el paciente puede entrar en estado de shock, lo que significa que los órganos no reciben la cantidad adecuada de sangre y oxígeno, poniendo en peligro la vida del individuo (Marsilla, 2020, p. 16).

Tratamiento o procesos de intervenciones

En referencia a los tratamientos del shock hipovolémico es una urgencia que necesita intervenciones rápidas y específicas lo que permite la restauración de volumen sanguíneo, además de la perfusión de los tejidos requiere una atención crucial para poder evitar complicaciones más graves y conllevan a consecuencias fatales es importante la administración de líquidos intravenosos para mantener los líquidos, así como reponer el volumen de líquido es esencial para mejorar la perfusión en los tejidos (Pérez & Robles, 2019, p. 21).

Es necesario administrar líquidos intravenoso que se pueden emplear otros enfoques de acuerdo a la causa que se genera el shock hipovolémico en situaciones hemorragia es importante la reparación quirúrgica debido a las lesiones que generan pérdidas de sangre, así como la transfusión de este líquido vital que permite la restauración de componentes sanguíneos, en contexto más grave se encuentra vinculada con la deshidratación lo que genera la administración de soluciones intravenosas que conlleven electrolitos para la hidratación y reestablecer el equilibrio hídrico, el control de los signos vitales es importante para tener en consideración los parámetros durante el proceso del tratamiento (Pérez & Robles, 2019, p. 24).

Información de exámenes complementarios realizados

Hemograma		
Análisis	Resultados arrojados	Valores normales
Glóbulos blancos	18.38 uL	4.0-11.0 uL
Hemoglobina	10.3 (g/dl)	12.0-15.5. (g/dl)
Hematocrito	28.8%	36-46%

Plaquetas	278.000 uL	150.000-450.000 uL
Grupo sanguíneo	A	---
Factor	RH +	---
VIH	Reactivo	---
Sífilis	Negativo	---
Autora: Jennifer Yaritza Nivelá Jiménez		
Fuente: Hospital General Martín Icaza B.		

Gases arteriales		
Análisis	Resultados arrojados	Valores normales
pH arterial	7.33	7.35-7.45
PaO ₂	88 mmHg	75-100 mmHg
PaCO ₂	36 mmHg	35-45 mmHg
HCO ₃	21 mEq/L	22-26 mEq/L
SaO ₂	94%	95-100%
Autora: Jennifer Yaritza Nivelá Jiménez		
Fuente: Hospital General Martín Icaza B.		

Análisis: El análisis general de los resultados del hemograma revela una serie de hallazgos importantes. Se destaca un aumento significativo en el número de glóbulos blancos (18.38 uL), indicativo de una respuesta inmunológica activa, posiblemente en respuesta a una infección o inflamación. La hemoglobina (10.3 g/dl) y el hematocrito (28.8%) muestran valores por debajo de los rangos normales, sugiriendo la presencia de anemia, una condición en la que la sangre no tiene suficientes glóbulos rojos sanos para transportar oxígeno de manera eficiente. Este hallazgo podría estar relacionado con la pérdida sanguínea asociada al óbito fetal y al shock hipovolémico.

En cuanto a las plaquetas (278.000 uL), se encuentran dentro del rango normal, indicando una capacidad adecuada de coagulación sanguínea. Es importante señalar que los resultados del grupo sanguíneo y factor RH están dentro de los parámetros normales. Adicionalmente, se ha realizado la prueba de VIH, que arrojó un resultado reactivo, y la prueba de sífilis, que dio como resultado negativo. Estos hallazgos deben ser evaluados en detalle por un profesional de la salud para

determinar la necesidad de intervenciones específicas y establecer un plan de tratamiento integral, considerando la situación clínica de la gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico.

6. Marco metodológico

Valoración por patrones funcionales (Teoría de M. Gordon)

- **Patrón 1: Percepción y manejo de la salud**

la paciente que ingresa a la unidad hospitalaria exhibe una percepción aguda de su estado al buscar atención médica ante el dolor tipo contráctil y al autoadministrarse Misoprostol, la expulsión de un producto sin vida y la hemorragia post aborto acentúan la necesidad de intervención inmediata. La paciente demuestra una toma de decisiones activa al buscar ayuda de emergencia.

- **Patrón 2: Nutricional y metabólico**

La intervención médica, que incluye la administración de ácido tranexámico y la reparación del desgarro cervical, puede influir en el equilibrio metabólico de la paciente, los resultados de laboratorio, como el nivel de hemoglobina y hematocrito, son indicadores cruciales.

- **Patrón 3: Eliminación**

La presencia de hemorragia post aborto y la intervención realizada pueden influir en la función del sistema genitourinario, la observación de signos como el sangrado vaginal y la reparación del desgarro cervical son aspectos clave para comprender la eliminación de productos y tejidos asociados con el aborto.

- **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

Presencia de dolor contráctil, así como la hemorragia post aborto genera afectación en la movilidad, además de las acciones quirúrgicas a realizar limitan las actividades y ejercicio en la paciente.

- **Patrón 5: Sueño y descanso**

La presencia de dolor intenso y las intervenciones quirúrgicas influyen de forma negativa en el descanso de la paciente, así como las molestias generadas por los procedimientos complican las horas de sueño y descanso.

- **Patrón 6: Cognitivo y perceptivo**

Se observa que la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, este aspecto cognitivo es fundamental para la evaluación del estado mental de la paciente.

- **Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto**

Se evidencia que la paciente se encuentra preocupada y ansiosa por su estado de salud, este aspecto impacta directamente.

- **Patrón 8: Rol y relaciones**

Se observa que la paciente mantiene buenas relaciones familiares y con amigos, la presencia de su hermana de crianza durante la referencia al hospital y el acompañamiento del personal médico sugiere un respaldo significativo en su entorno cercano.

- **Patrón 9: Sexualidad y reproducción**

Se destaca que la paciente refiere tener una vida sexual activa.

- **Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés**

Se observa que la paciente refiere experimentar niveles de estrés y muestra dificultades en adaptarse a la situación de su salud actual, específicamente a la pérdida de su hijo, esta respuesta emocional es comprensible dada la naturaleza del evento traumático que ha experimentado.

- **Patrón 11: Valores y creencias**

Se identifica que la paciente profesa la fe católica. Este aspecto puede influir en sus percepciones, decisiones y afrontamiento frente a eventos de la vida, incluyendo la pérdida gestacional que ha experimentado.

Patrones alterados identificados

- Patrón 1: Percepción y manejo de la salud
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 6: Cognitivo y perceptivo
- Patrón 7: Autopercepción y autoconcepto
- Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés

Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo

- **Presuntivo:** Aborto incompleto con hemorragia post aborto.
- **Definitivo:** Aborto incompleto con desgarro cervical reparado y shock hipovolémico.
- **Diagnóstico de enfermería:** Alteración de la eliminación relacionada con el desgarro cervical y la hemorragia post aborto.

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

- **Biológicos:** La pérdida del feto ha desencadenado una respuesta fisiológica que incluye el shock hipovolémico, con signos vitales afectados y alteraciones en los parámetros sanguíneos.
- **Físicos:** El desgarro cervical evidencia complicaciones anatómicas, exacerbando la hemorragia post aborto y agravando el cuadro clínico.
- **Ambientales:** Desde el punto de vista ambiental, la atención inicial en un centro de salud y la posterior referencia al hospital indican la influencia del entorno asistencial en la evolución del caso.
- **Socioeconómicos:** Además, los aspectos socioeconómicos, como el acceso a la atención médica de calidad, podrían haber influido en la detección temprana y la prevención de complicaciones.

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

En el caso de la gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal más shock hipovolémico, las acciones de salud se fundamentan en razones científicas orientadas a restablecer la homeostasis y minimizar riesgos. Ante los valores alterados de los signos vitales, como la presión arterial baja (110/70 mmHg) y la frecuencia cardíaca elevada (76 lpm), se indican medidas para corregir el shock hipovolémico. La administración de útero tónicos y ácido tranexámico busca controlar la hemorragia y mejorar la contracción uterina, contribuyendo a estabilizar la presión arterial y prevenir mayores pérdidas sanguíneas.

En el estudio de laboratorio se evidenció que existe una baja hemoglobina, y hematocrito determinando que existe una posible anemia originada por la pérdida del volumen sanguíneo, las actividades realizadas en la valoración correspondiente como el monitoreo y parámetros de signos, además de la administración de fluidos sanguíneos son las acciones correspondientes para controlar esta complicación.

El diagnóstico de desgarro cervical, evidenciado en la exploración, sustenta la reparación del desgarro para prevenir complicaciones adicionales y optimizar la anatomía uterina. Además, el manejo del dolor tipo contráctil y la atención emocional adecuada buscan proporcionar un cuidado integral, considerando no solo los aspectos físicos sino también los emocionales de la paciente.

NANDA: 00132
NOC: 1605
NIC: 1400

Dx: Dolor agudo (00132)

R/C: Cambios en su estado de salud

E/P: Dolor en hipogastrio, cefalea, náuseas, y malestar general

M
E
T
A
S

Dominio: (II) Conocimiento y conducta de salud

Clase: (Q) Conducta de salud

Etiqueta: Control del dolor (1605)

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

Campo: Fisiológico Básico

Clase: Fomento de la comodidad física (E)

Etiqueta: Manejo del dolor (1400)

ESCALA DE LIKERT

Indicadores	1	2	3	4	5
Refiere comienzo del dolor	X			X	
Dolor en epigastrio		X			X
Cefalea			X		X
Nauseas		X			X

ACTIVIDADES

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

NANDA: 00147
NOC: 1302
NIC: 6950

Dx: Ansiedad ante la muerte (00147)

R/C: Cambios en su estado de salud

E/P: Muerte fetal

M
E
T
A
S

Dominio: Salud psicosocial

Clase: (N) Adaptación psicosocial

Etiqueta: Afrontamiento de problemas (1302)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Solicita información sobre el diagnóstico			X		X
Solicita información sobre el tratamiento			X		X
Utiliza sistema de apoyo personal				X	X
Refiere disminución de los sentimientos negativos			X		X

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

Campo: Conductual

Clase: Ayuda para el afrontamiento (R)

Etiqueta: Control del estado de ánimo (5330)

ACTIVIDADES

1. Evaluar el estado de ánimo
2. Vigilar la función cognitiva (capacidad para afrontar la situación actual)
3. Ayudar al paciente a afrontar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
4. Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
5. Escucharla de manera atenta sobre sus sentimientos.

NANDA: 00205
NOC: 0419
NIC: 4180

Dx: Riesgo de shock (00205)

R/C: Hematómetra

E/P: Hipovolemia por hemorragia

**M
E
T
A
S**

Dominio: (II) Salud fisiológica

Clase: R Cardiopulmonar

Etiqueta: Severidad de pérdida de sangre (0419)

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

Campo: Fisiológico complejo

Clase: Control de perfusión tisular (N)

Etiqueta: Manejo de hipovolemia (4180)

ESCALA DE LIKERT

Indicadores	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal (041307)		X		X	
Aumento de la frecuencia cardiaca (041311)			X	X	
Pérdida de calor corporal (041312)			X		X
Palidez de piel y mucosas (041313)	X			X	
Disminución de la hemoglobina (041316)	X			X	
Disminución del hematocrito (041317)	X			X	

- ACTIVIDADES**
1. Vigilar signos vitales
 2. Mantener una vía IV permeable
 3. Administrar soluciones isotónicas (Solución salina, lactato de ringer para hidratación)
 4. Observar niveles de hemoglobina y hematocrito
 5. Controlar el Balance Hídrico (ingresos y excretas)
 6. Mantener la posición adecuada que asegure la perfusión periférica
 7. Supervisar el peso

7. Resultados

Seguimiento al paciente

- **Día 1 (28-10-2023) 12:08 pm**

Paciente que ingresa a esta unidad hospitalaria en ambulancia del 911 referida del hospital de ventanas acompañada de familiar (hermana de crianza) y personal médico quienes indican, que paciente llega a su unidad refiriendo dolor tipo contráctil y al interrogatorio refiere que se administró 3tab de Misoprostol Via Oral y 3 vía sublingual, luego expulsa producto sin vida de +/-20sg, hace hemorragia post aborto, observan desgarro de cérvix lo reparan activan clave roja colocan traje tan administran útero tónicos y ácido tranexámico sin mejoría alguna y deciden referir como emergencia priorizada paciente con tratamiento de VIH.

Paciente llega inestable en muy malas condiciones fría, sudorosa, diaforética, taquineica, palidez cutáneo mucosa acentuada inconsciente, no responde al llamado ni a estímulos dolorosos, con traje tan cardiopulmonar sin agregados abdomen blando útero no contraído por encima de cicatriz umbilical se observa pañal empapado de sangre sin coágulos genitales externos con sangrado abundante proveniente de introito vaginal. Score mama 17.

Signos vitales

- PA:94/29
- FR: 30
- FC: 160
- TC: 34.5
- Sat: 69%

No responde proteinuria negativa, pasa directo a sala de parto para revisión en conjunto con la obstetra anesthesiólogo residente. En posición litotomía se coloca valvas, se observa sangrado abundante en canal vaginal sin coágulos proveniente de cavidad ende uterina se aprecia cérvix con sutura a las 3 no sangrante, se palpa útero no contraído se realiza técnica de zea y en conjunto con anesthesiólogo medico intensivista cirujano se la pasa

a quirófano se realiza prueba de coagulación junto a la cama: resultado, no coagula.

(28-10-2023) 15:49 pm

Pasa paciente a quirófano, donde se realizan las siguientes acciones: monitorización de signos vitales, estabilización hemodinámica, colocación de vía central, cumplimiento de hemoderivados, intubación oro traqueal una vez estabilizada la hemodinámica se inició cirugía 12h55 culminación 14h10 hallazgos: útero hipotónico supra umbilical, sangre en cavidad sin coágulos bastante fluida útero con extravasación sanguínea y hematoma hacia ligamento cardinal y ligamento ancho. Se realizó histerectomía total, exploración de hematoma de ligamento ancho y cardinal, empaquetamiento de pelvis y colocación de dren.

(28-10-2023) 17:46 pm

Al momento paciente en condiciones clínicas inestables. Se corrige antecedentes patológicos personales ginecológicos g2 c1 a1 p0. Se mantiene en ventilación mecánica con alteración de la oxigenación. Con signos de mala perfusión tisular. En ventilación mecánica en modo a/c por volumen con parámetros VT: 450, PEEP: 5, FIO₂: 60%, con secreciones en moderada cantidad. Con requerimiento de vasopresor con norepinefrina a dosis 0.5 ug/kg/min. No se observa sangrado activo. Se toma muestras después de haber pasado hemoderivados.

(28-10-2023) 19:09 pm

Paciente se mantiene en condiciones clínicas inestables. En ventilación mecánica sin alteración de la oxigenación, bajo efectos de sedación sincrónico a la ventilación con rass-5 pupilas mióticas hipo reactivas. Con requerimiento de vasopresor con norepinefrina a dosis 0.5 ug/kg/min. Con score de apache ii 19 puntos mortalidad 32.2% y score SOFA 15 puntos con porcentaje de mortalidad 92%.

Resultados de laboratorios: leucocitos: 14.29, hemoglobina: 9.8, hematocrito: 28.3, plaquetas: 49.000, segmentados: 80.9%, glucosa: 156, Urea creatinina 0.53, TGO 40, TGP: 28, Bilirrubina total: 1.5 bilirrubina directa: 0.98, Tp 13.9, IRP: 1.09, sodio: 139, Potasio: 3.9, Cloro: 109,

Gasometría arterial

Ph 7.28, Pco2 36, Po2 50, Sat. O2: 81%, HCO3: 17.1 con micro dinamia alterada con saturación venosa central 56%, delta co2 4, lactato 2.8, pronostico desfavorable.

- **Día 2 (29-10-2023) 00:13 am**

Paciente femenina en condiciones clínicas inestables, cursa puerperio quirúrgico inmediato por histerectomía más choque hipovolémico. En ventilación mecánica con alteración de la oxigenación, bajo efectos de sedación sincrónica a la ventilación con rass-4 pupilas mióticas hipo reactivas. Con requerimiento de vasopresor con norepinefrina a dosis 0.3 ug/kg/min. Con signos de respuesta inflamatoria. Afebril. Mantiene diuresis. Pronostico desfavorable.

Balance hídrico

- Ingreso: 5725
- Egreso 4620
- Diuresis total: 4100
- Balance total: +1105

- **(29-10-2023) 07:44 am**

Paciente en área de UCI con palidez cutáneo, mucosa, abdomen blando sin megalias uso de traje tann no sangrado en pañal.

- **FC:** 104
- **PA:** 125/80
- **FR:** 16
- **TC:** 36 °C
- **SAT:** 94

- INTUBADA
 - PROTEINA NEG
 - SCORE MAMA 0
- **(29-10-2023) 10:45 am**
 Abdomen depresible, tiene un traje antishock, diuresis clara amplia edemas de miembros inferiores y fascia, pulsos periféricos presentes, buen llene capilar. PA:111/69, FC:119lpm, Saturando 90%, TC: 36,2°C, FR: 20 rpm, exámenes actualizados en el sistema ya valorados. Paciente critica, pronóstico reservado.
 - **(29-10-2023) 15:34 pm**
 Paciente al momento hemodinamicamente inestable con requerimiento de vasopresores, bajo efectos de sedación, analgesia y relajación acoplada a ventilación mecánica en modo A/C por volumen, presenta buen ritmo diurético, sin falla renal, llenado capilar de 4 segundos.

Exámenes de laboratorio

- Glóbulos blancos: 18.39
- Neutrófilos %: 90.7
- Linfocitos %: 6.0
- Hemoglobina: 9.0
- Hematocrito: 23.8
- Plaquetas: 85
- Glucosa 97
- Urea: 8
- Creatinina: 0.46
- Albumina: 2.59
- Proteína c reactiva (cuantitativa): 147.0
- Tiempo de protrombina: 11.7
- INR: 0.92
- Dimero d: 0.3
- Tiempo de tromboplastina: 29.80
- Sodio: 139.4

- Cloro: 108.4
- Potasio: 3.8

- **(30-10-2023) 06:49 am**

Paciente femenina de 18 años de edad con antecedentes ginecológicos: Gestas: 2 cesárea: 1 aborto: 1 parto: 0, cursando su tercer día en el área de UCI con diagnóstico de:

*Shock hipovolémico

*Puerperio quirúrgico inmediato subjetivo

- FC: 110
- PA: 129/79
- FR: 18
- TC: 36
- Sat: 99%
- Proteína neg

- **(30-10-2023) 15:58 pm**

Paciente de 19 años ingresado en el área de UCI con diagnóstico shock hipovolémico, puerperio quirúrgico inmediato, paciente al momento bajo sedación y analgesia acoplada en ventilación mecánica en modo AC/v con parámetros fio2 85, VC: 380, FR: 16, T insp: 1.2, PEEP: 8, con oximetría de pulso FC: 107, PA: 138/86, saturando 92%, se realiza presión positiva manual por indicaciones médicas para mejorar la atelectasia cada 2 horas por 5-10 min llegando a saturar hasta 99%, se realiza aspiración de secreciones las cuales son por tubo abundantes amarillas purulentas espesas, por boca amarilla espesas, se realiza limpieza bucal con solución antiséptica se cambia reata y filtros paciente en condiciones clínicas reservadas.

- **(30-10-2023) 16:21 pm**

Paciente en condiciones críticas que cursa 48 horas de postquirúrgico por histerectomía de emergencia además de cirugía de control de daños. Al momento en unidad de cuidados intensivos bajo manejo de medicina crítica con uso de inotrópico (norepinefrina), febril manejada ya con antipiréticos y

medios físicos TANN mal colocado en sus segmentos 5 y 6 por lo que se los retira apósito empapado de sangre no sangrado transvaginal, uresis conservada, score mama 6.

- **Día 3: (31-10-2023) 06:43 am**

Paciente permanece bajo sedo analgesia acoplada a ventilación mecánica en modo asistido controlado volumen. El día de ayer se cambió esquema de antibiótico, se ha mantenido aproximadamente 16 horas sin fiebre, pendiente resultado de hemocultivo y uro cultivo. Se retiró TANN.

(31-10-2023) 09:28 am

Se valora paciente que cursa 72 horas postquirúrgico, paciente en las siguientes condiciones neurológico: bajo efectos de sedo analgesia y relajación con rass-5, pupilas isocoras hipo reactivas a la luz hemodinámica: con vaso activos norepinefrina 0.04mcg/kg/min con PA: 100/70 con FC: 102 lpm.

En ventilación mecánica modo volumen con FIO₂: 40%, Sato₂: 97%, VT: 400ml, PEEP: 8, FR: 16, paciente con placa de tórax en corrección de su atelectasia masiva izquierda, se observa liquido por ecografía, se seguirá trabajando con terapia respiratoria pulmón afecto, pese aquello paciente con buena oxigenación con poco requerimiento de fio₂.

Renal: diuresis 2500ml función renal conservada metabólico dentro de la normalidad infeccioso: leucocitos normales, afebril al momento, con cobertura antibiótica ceftriaxona, clindamicina, extremidades: no edemas, plan hoy cirugía 17:00 de la tarde, exámenes de laboratorio postquirúrgico trabajo por terapia respiratoria.

(31-10-2023) 16:46 pm

Se recibe paciente femenina de 18 años, post quirúrgica, con dx de shock hipovolémico + post operatorio inmediato de histerectomía abdominal total. Al momento se encuentra bajo sedo analgesia rass-5 + bloqueo neuromuscular. Pupilas isocoras hipo reactivas, con apoyo de ventilación

mecánica invasiva modo control por volumen SATO₂: 100%, con hemodinámica con apoyo de aminos vaso activas para mantener PAM> 65mmhg, PA: 114/70, FC: 79, abdomen con herida quirúrgica, embolsada, ginecológico escaso sangrado, con diuresis presente. Extremidades no edema. En espera de ingresar a quirófano.

- **Día 4 (01-11-2023) 06:34 am**

Paciente femenina de 18 años de edad, post quirúrgico, con dx de shock hipovolémico+ post operatorio inmediato de histerectomía abdominal total. Al momento se encuentra bajo sedo analgesia rass-5+bloqueo neuromuscular, pupilas isocoras hipo reactivas, con apoyo de ventilación mecánica invasiva modo control por volumen, SatO₂: 100%, con hemodinámica con apoyo de aminos vaso activas para mantener PAM> 65mmhg, PA: 119/84, FC: 61, abdomen con herida quirúrgica, embolsada, ginecológico escaso sangrado, con diuresis presente, extremidades no edema, en espera de ingresar a quirófano.

Nota: Debido a la demanda de pacientes ginecológicas y traumas por arma de fuego, aun no ingresa la paciente a quirófano.

(01-11-2023) 10:39 am

Paciente en área de UCI, conectada a ventilación mecánica, con diagnóstico: shock hipovolémico puerperio quirúrgico mediano paciente con empaquetamiento pélvico y necesidad de re intervención para remover material quirúrgico, bajo tratamiento de intensivista, se notifica anestesiología y cirugía para iniciar el proceso quirúrgico.

Nota operatoria:

Inicio 09h40, termina 10h20, bajo anestesia general se realiza desempaquetamiento extrayendo material quirúrgico completo y colocación de dren abdominal, sin complicaciones.

(01-11-2023) 11:00 am

Diagnostico preoperatorio: post operatorio de histerectomía abdominal total + empaquetamiento pélvico cirugía propuesta: laparotomía abdominal exploradora con retiro de material quirúrgico cirugía realizada, la propuesta diagnostico post operatorio: post operatorio inmediato de laparotomía abdominal exploradora con retiro de material quirúrgico.

Anestesia: general inhalatoria inicio: 09h40 termina: 10h20 descripción: asepsia y antisepsia abdominal colocación de campos estériles retiro de suturas abordaje de cavidad abdominal por planos, colocación de 500cc de sol 0.9% retiro de compresas (3) tres, aspiración de líquido abdominal, colocación de dren, revisión final, cierre por planos hasta piel, sin complicaciones.

(01-11-2023) 12:40 pm

Al momento paciente en condiciones clínicas inestables, cursa posoperatorio de relaparatomia exploratoria sin complicaciones. Se cierra el abdomen con dren en cavidad abdominal. Se discontinua sedación y se comienza weaning ventilatorio.

- **Día 5: (02-11-2023) 07:20 am**

Paciente al momento cumpliendo 24 horas postquirúrgica de relaparatomia exploratoria, paciente al momento hemodinamicamente estable con soporte de vasopresor, paciente realizo taquicardia ventricular, se dejó dosis de impregnación de amiodarona, se mantiene con sedoanalgesia con RASS-1, mantiene buen ritmo diurético sin alzas térmicas sin evidencia de sangrado activo.

(02-11-2023) 12:10 pm

Paciente femenina de 18 años de edad que cursa el día 6 en terapia intensiva con diagnóstico: shock hipovolémico, puerperio quirúrgico inmediato subjetivos neurológico: bajo efectos de sedoanalgesia y relajación con rass-5, pupilas isocoras hipo reactivas a la luz hemodinámica: con vaso activos norepinefrina 0.03mcg/kg/min con PA: 115/72 con FC: 92 lpm, respiratorio: en ventilación mecánica modo volumen con FIO₂: 40%, SatO₂ 97%, VT:

400ml, PEEP: 8, FR: 16. Sin alteración de la oxigenación. Con secreciones en moderada cantidad. Renal: sin alteración de azodos mantiene buen ritmo diurético metabólico glicemias entre 120-130 mg/dl infeccioso: leucocitos normales, afebril al momento, con cobertura antibiótica ceftriaxona, clindamicina.

- **Día 6: (03-11-2023) 17:57 pm**

Paciente femenina de 18 años de edad con diagnóstico shock hipovolémico, puerperio quirúrgico inmediato, que se encontraba en ventilación mecánica modo asistido control por presión en proceso de destete de tubo endotraqueal, sin sedación con analgesia. Se le realizó succión de secreciones siendo moderadas por tubo y por boca sialorrea moderadas. Se procede a cambiar a tubo en T por 15 minutos con flujo de oxígeno de 8l por min con una FIO₂: 45%, SatO₂: 99%, FC: 91, PA: 119/67. Se procede a realizar al destete de tubo endotraqueal con éxito. Se nebuliza con dexametasona + solución salina 0,9%. Paciente al momento sin sedoanalgesia con soporte de oxígeno mascarilla simple a 8l por min saturando 99%, FR: 15, FC: 95, PA: 116/65.

- **Día 7: (04-11-2023) 07:33 am**

Paciente femenina de 18 años de edad que cursa el día 7 en terapia intensiva con diagnóstico: shock hipovolémico, puerperio quirúrgico inmediato.

Cuadro clínico

S: asintomática

O: neurológico: paciente despierta.

Hemodinámica: PA: 125/85, FC: 89, sin soporte de drogas.

Respiratorio: FR: 21, SatO₂: 100% al ambiente.

Renal: sin alteración de azodos mantiene buen ritmo diurético

Infeccioso: leucocitos normales, afebril, con cobertura antibiótica, imepenem + vancomicina.

A: paciente al momento se mantiene en condiciones clínicas estables, afebril, mantiene buena mecánica ventilatorias tolera vía oral, se encuentra colaboradora. No signos de sangrado o SIRS. Se mantiene con evolución favorable y cumpliendo esquema de medicación.

- **Día 8: (05-11-2023) 07:33 am**

Al momento se encuentra despierta consciente activa electiva, pupilas isocóricas reactivas a la luz. Con buena mecánica ventilatoria, sto_2 99% al ambiente, hemodinámica buena sin necesidad de soporte de vaso activos. Abdomen levemente doloroso en sitio de herida quirúrgica. Apósitos secos. Dren con escaso contenido seroso, ginecológico.

(05-11-2023) 19:16 pm

Paciente despierta consciente activa electiva, pupilas isocóricas reactivas a la luz. Con buena mecánica ventilatoria, sto_2 99% al ambiente, hemodinámica buena sin necesidad de soporte de vaso activos. Abdomen levemente doloroso en sitio de herida quirúrgica. Apósitos secos. Dren con escaso contenido seroso, ginecológico no se observa presencia de sangrado. Buen ritmo diurético, extremidades no edema. Afebril, se mantiene con evolución favorable.

- **Día 9: (06-11-2023) 07:36 am**

Paciente orientada en tiempo y espacio con Glasgow 15/15, hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, diuresis presente pasara a sala de cuidados mínimos.

(06-11-2023) 11:07 am

Paciente despierta consciente activa electiva, pupilas isocóricas reactivas a la luz. Con buena mecánica ventilatoria, $SatO_2$: 99% al ambiente, hemodinámica buena sin necesidad de soporte de vaso activos. Abdomen levemente doloroso, ginecológico no se observa presencia de sangrado. Buen ritmo diurético, extremidades no edema. Afebril, se mantiene con evolución favorable.

- **Día 10: (07-11-2023) 10:35 am**

Paciente de 18 años cursando su primer día en maternidad llega con diagnóstico médico: shock hipovolémico + post operatorio inmediato más

histerectomía abdominal total más VIH, al momento consciente, orientada en tiempo y espacio con vía periférica, herida cubierta con apósito de gasa, sangrado transvaginal escaso, sonda vesical funcional, deambulando.

- **Día 11: (08-11-2023) 08:47 am**

Paciente de 18 años cursando su segundo día en maternidad, diagnóstico médico: shock hipovolémico + post operatorio inmediato más histerectomía abdominal total más VIH, al momento consciente, orientada en tiempo y espacio con vía periférica, herida cubierta con apósito de gasa, sangrado transvaginal escaso, sonda vesical funcional, deambulando.

En referencia al seguimiento clínico de la paciente se evidencia que da de alta al recibir tratamiento correspondiente para abordar el diagnóstico del óbito fetal más shock polémico mediante su estadía en el hospital, se realizaron las intervenciones necesarias teniendo en cuenta la hemodinámica de la paciente, así como su reparación del desgarro cervical, la administración de fármacos que permitieron evitar complicaciones adicionales.

El monitoreo correspondiente sobre los signos vitales y la ejecución de estudio para poder evaluar su estado en general proporcionó también ayuda y soporte emocional, psicológico para la existencia de la paciente afrontando la pérdida gestación, además de mejorar la condición clínica permitiendo su estabilidad física y emocional considerando que es importante recibir el cuidado en el entorno ambulatorio, además del seguimiento clínico que se le realizará garantizando su recuperación integral mediante las citas al médico correspondientes.

Observaciones

Durante la atención a la paciente con el caso clínico presentado, se observaron varias condiciones y eventos significativos, se identificó la presencia de dolor abdominal tipo contráctil y la autoadministración de Misoprostol, lo que sugiere la posible autogestión de un aborto, este hecho, combinado con la

expulsión de un producto sin vida y la hemorragia post aborto, resalta la complejidad y gravedad de la situación.

Además, se notó un desgarro cervical que requirió reparación y la activación de un código rojo, indicando la necesidad de intervención urgente, los signos vitales, los resultados de laboratorio y los hallazgos ecográficos proporcionaron información crucial para la toma de decisiones médicas, asimismo, la atención integral abordó no solo los aspectos físicos de la salud de la paciente, sino también las implicaciones emocionales asociadas con la pérdida gestacional, estas observaciones subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario y personalizado en la atención de situaciones clínicas delicadas como la descrita.

8. Discusión de resultados

Se destaca la definición y el impacto emocional de la mortalidad fetal en los padres y su entorno, destacando la rareza del evento y su carga emocional significativa. Por otro lado, el resultado de (Barragán, 2019) aborda la defunción fetal, haciendo hincapié en la muerte del feto antes de la expulsión completa, independientemente de la duración del embarazo. Ambos resultados convergen en la importancia del evento y señalan la hipoxia intrauterina y las malformaciones congénitas como posibles desencadenantes, evidenciando la gravedad y la necesidad de comprender y abordar estas complejas situaciones desde una perspectiva clínica y emocional.

Es relevante señalar que, aunque los resultados aborden aspectos similares, como la definición y los posibles factores de riesgo, la diferencia en el enfoque entre mortalidad fetal y defunción fetal resalta la diversidad de perspectivas y matices asociados con estos conceptos. Esta discusión subraya la importancia de una comprensión integral de la mortalidad fetal, considerando tanto sus implicaciones emocionales como sus aspectos clínicos, para mejorar la atención y el apoyo a las familias afectadas.

En el resultado del caso clínico se define la mortalidad fetal, destacando su impacto emocional y las posibles causas, mientras que en el resultado evidenciado por (López & Cumbajín, 2022) se describe el shock hipovolémico, una condición caracterizada por una disminución significativa del volumen de sangre circulante en el cuerpo, lo que resulta en una insuficiencia en la perfusión de los tejidos y órganos. Aunque ambas condiciones son graves y pueden tener implicaciones clínicas importantes, representan desafíos distintos en términos de diagnóstico, manejo y consecuencias para el paciente. Mientras que la mortalidad fetal se centra en la pérdida del feto y las implicaciones emocionales para los padres, el shock hipovolémico está relacionado con una pérdida de volumen sanguíneo y las complicaciones fisiológicas asociadas.

TERCERA PARTE: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9. Conclusiones

- La evaluación detallada del estado hemodinámico de la gestante de 22 semanas con diagnóstico de óbito fetal y shock hipovolémico fue fundamental para comprender la complejidad de su condición, la monitorización continua de los signos vitales, parámetros hemáticos y otros indicadores proporcionó una visión integral de la respuesta fisiológica de la paciente, este enfoque permitió identificar de manera precisa los desafíos hemodinámicos y orientó las decisiones clínicas para optimizar la atención.
- La implementación de intervenciones de enfermería especializadas demostró ser esencial para abordar con eficacia el shock hipovolémico y estabilizar el estado hemodinámico de la paciente, las acciones dirigidas a restablecer el volumen sanguíneo y mantener la perfusión tisular fueron clave en el manejo de la urgencia, este hallazgo destaca la importancia de contar con un equipo de salud capacitado y preparado para aplicar intervenciones especializadas en situaciones críticas.
- La provisión de un cuidado integral y compasivo emergió como un componente crucial en el manejo de la gestante, la aplicación de estrategias de apoyo psicológico reconoció la dimensión emocional de la paciente frente a la pérdida gestacional, este enfoque centrado en el paciente subraya la necesidad de no solo abordar los aspectos clínicos, sino también de considerar las necesidades emocionales y psicológicas de las gestantes en situaciones de este tipo.

10. Recomendaciones

- Se sugiere el fortalecimiento de los protocolos de monitoreo en situaciones similares, la implementación de sistemas de monitorización continua de signos vitales, parámetros hemáticos y otros indicadores debería considerarse una práctica estándar en la atención obstétrica, este enfoque proactivo permitirá una identificación temprana de desafíos hemodinámicos, mejorando la capacidad de respuesta del equipo de salud y optimizando la calidad de la atención.
- Se recomienda la formación continua del personal de salud en el manejo de situaciones críticas como el shock hipovolémico, la capacitación constante en técnicas avanzadas de enfermería, especialmente aquellas centradas en la estabilización hemodinámica, contribuirá a una respuesta más eficaz ante emergencias obstétricas, se destaca la importancia de la actualización periódica del personal para garantizar la competencia en el abordaje de condiciones complejas.
- Se sugiere la integración formal de servicios de apoyo emocional en los entornos de atención obstétrica, establecer programas que aborden las necesidades emocionales de las gestantes, especialmente en situaciones de pérdida gestacional, puede contribuir significativamente a la experiencia de atención, se subraya la importancia de una atención que abarque tanto los aspectos clínicos como los emocionales durante la atención obstétrica de emergencia.

CUARTA PARTE: REFERENCIAS Y ANEXOS

Referencias

- Barragán, F. (2019). *Óbito fetal y shock hipovolémico secundario a desprendimiento normoplacentario* [Tesis, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/207982/Barrag%C3%A1n%20Quishpe%20Fanny%20Gabriela.pdf>
- Carvajal, A. (2019). Enfoque del óbito fetal: ¿Cómo evitar la recurrencia? *Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 99-105. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/32818
- Cerón, Y., Gómez, K., Criollo, C., & Moreno, L. (2021). Muerte fetal única en la gestación múltiple: Un reporte de caso. *Revista Colombiana Salud Libre*, 16(2), Article 2. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n2.7430>
- Hernández, A., & Jiménez, F. (2018). Uso de macro dosis de oxitocina en mujeres con óbito fetal. *Redalyc*, 1(34), 127-145. <https://www.redalyc.org/journal/448/44854610010/html/>
- López, Y., & Cumbajín, M. (2022). Proceso enfermero en shock hipovolémico: Una revisión sistemática | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), 4602-4619. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1962>
- Marsilla, T. (2020). ACTUALIZACION EN EL MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO. *Revista N Punto*, 3(25), 1-19. <https://www.npunto.es/revista/25/actualizacion-en-el-manejo-del-shock-hemorragico-traumatico>
- Miranda, K., Rodríguez, Y., & Castro, M. (2020). *Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso*. 16(4), 374-389. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374

- Peña, S., García, A., & Franco, A. (2021). Proceso de atención de enfermería a una gestante con muerte fetal intraútero. A propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*, 13(2), 1-16. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-una-gestante-con-muerte-fetal-intrauterio-a-proposito-de-un-caso/>
- Pérez, M., & Robles, J. (2019). Manejo de paciente con shock hipovolemico: Caso clínico de enfermería en UCI. *Enfermería de urgencia*, 3(1), 17-28. <https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina10.html>
- Saavedra, P., & Rodríguez, N. (2018). Rol del profesional de enfermería en la coordinación de los planes de salud territorial. *Salud UIS*, 47(3), Article 3. <https://doi.org/10.18273/revsal.v47n3-2015008>
- Salas, K., & Oviedo, G. (2019). Incidencia y factores de riesgos vinculados al óbito fetal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(1), 26-30. <https://doi.org/10.4067/S0717-752620060001005>
- Tinedo, M., Santander, F., Alonso, J., & Herrera, A. (2019). *Muerte fetal u óbito fetal: Caracterización epidemiológica*. 20(2), 37-43. <https://ve.scielo.org/pdf/s/v20n2/art018.pdf>
- Vera, O. (2017). SHOCK: Enfoque diagnóstico y terapéutico en el adulto. *Revista Scielo*, 52(2), 39-51. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200017

Anexos

SNS-MSP / HCU-form.006 / EPICRISIS							
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLÍNICA	
			PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA	001232		BABAHOYO	Los Ríos	1250413000	
APELLIDOS NOMBRES				EDAD		SEXO (M/F)	
CEPEDA ORAMA NIURKA VALERIA				A. 19	M. 2	D. 14	MUJER
1. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO							
<p>PACIENTE QUE INGRESA A ESTA UNIDAD HOSPITALARIA EN AMBULANCIA DEL 911 REFERIDA DEL HOSPITAL DE VENTANAS ACOMPAÑADA DE FAMILIAR (HERMANA DE CRIANZA) Y PERSONAL MEDICO QUIENES INDICAN, QUE PACIENTE LLEGA A SU UNIDA REFIRIENDO DOLOR TIPO CONTRACTIL Y AL INTERROGATORIO REFIERE QUE SE ADMINISTRÓ 3TAB DE MISPROSTOL VO Y 3 VIA SUBLINGUAL, LUEGO EXPULSA PRODUCTO SIN VIDA DE +/-20SG, HACE HEMORRAGIA POST ABORTO, OBSERVAN DESGARRO DE CERVIX LO REPARAN ACTIVAN CLAVE ROJA COLOCAN TRAJE TAN ADMINISTRAN UTERO TONICOS Y ACIDO TRANEXAMICO SIN MEJORIA ALGUNA Y DECIDEN REFERIR COMO EMERGENCIA PRIORIZADA</p> <p>PACIENTE CON TRATAMIENTO DE VIH</p> <p>-----</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>PACIENTE DE 18 AÑOS CURSANDO SU SEGUNDO DIA EN MATERNIDAD, DIAGNOSTICO MEDICO: SHOCK HIPOVOLEMICO + POST OPERATORIO INMEDIATO MAS HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL MAS VIH, AL MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CON VIA PERIFERICA, HERIDA CUBIERTA CON APÓSITO DE GASA, SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO, SONDA VESICAL FUNCIONAL, DEAMBULANDO</p> </div> <p>PACIENTE AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, ALERTA, AFEBRIL</p> <p>---</p> <p>SIGNOS VITALES:</p> <p>PRESIÓN ARTERIAL: 110/70 FRECUENCIA CARDÍACA: 76 LATIDOS POR MINUTO FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RESPIRACIONES POR MINUTO SATURACIÓN DE OXIGENO: 98% TEMPERATURA: 36.4 °C</p> <p>EXAMENES DE LABORATORIO</p> <p>LEUCOCITOS 7.41 HEMOGLOBINA 10.3 HEMATOCRITO 29.8 PLAQUETAS 278.000</p>							



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UD	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA	001232		BABAHOYO	Los Ríos	1250413000

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APELLIDOS NOMBRES				CÉDULA DE CIUDADANÍA			
CEPEDA ORAMA NIURKA VALERIA				1250413000			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)	BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (URB)	N° TELÉFONO	
VENTANAS	VENTANAS	VENTANAS (URBANO)	VENTANAS	Los Ríos	Urbana	0981491421	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO CULTURAL	EDAD, AÑOS CUMPLIDOS	SEXO	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO(APRO.)
2004-11-10	VENTANAS	ECUADOR	MESTIZOJA	A.18 M.11 D.18	MUJER		
FECHA DE ADMISIÓN	OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TIPO DE SEGURO SOCIAL	REFERIDO DE:			
2023-10-28 12:27:19	Comerciante -		No aporta	NO REFIERE			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD	DIRECCIÓN	N° TELÉFONO			
MERCEDES MIRANDA		Hermana	VENTANAS	0981491421			
FORMA DE LLEGADA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE	N° TELÉFONO	Admisionista			
Ambulancia				EnaVargas			

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA	2023-10-28 12:49:39	CAUSA:	CAUSA G. OBSTÉTRICA	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA	no	SHOK HIPOVOLEMICO		

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS SECCION: CODIGO LOCALIZACIÓN CARACTERÍSTICA INTENSIDAD FRECUENCIA FACTORES AGRAVANTES

VIA AREA.	VIA AÉREA LIBRE	CONDICIÓN SISTEMAS.	Condición Inestable
-----------	-----------------	---------------------	---------------------

NOTA RETROSPECTIVA
12:08
PACIENTE QUE INGRESA A ESTA UNIDAD HOSPITALARIA EN AMBULANCIA DEL 911 REFERIDA DEL HOSPITAL DE VENTANAS ACOMPAÑADA DE FAMILIAR (HERMANA DE CRIANZA) Y PERSONAL MEDICO QUIENES INDICAN, QUE PACIENTE LLEGA A SU UNDA REFIRIENDO DOLOR TIPO CONTRACTIL Y AL INTERROGATORIO REFIERE QUE SE ADMINISTRÓ 3TAB DE MISPROSTOL V0 Y 3 VIA SUBLINGUAL, LUEGO EXPULSA PRODUCTO SIN VIDA DE +/-20SG, HACE HEMORRAGIA POST ABORTO, OBSERVAN DESGARRO DE CERVIX LO REPARAN ACTIVAN CLAVE ROJA CDLOCAN TRAJE TAN ADMINISTRAN UTERO TONICOS Y ACIDO TRANEXAMICO SIN MEJORIA ALGUNA Y DECIDEN REFERIR COMO EMERGENCIA PRIORIZADA
PACIENTE CON TRATAMIENTO DE VIH

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	2023-10-28 13:14:00	LUGAR DEL EVENTO	NO APLICA	DIRECCION DEL EVENTO	NO APLICA	CUSTODIA POLICIAL	NO
-------------------------	---------------------	------------------	-----------	----------------------	-----------	-------------------	----



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA
Servicio de Laboratorio Clínico

Nombre: CEPEDA ORAMA , NIURKA VALERIA

Orden No.: 2311010141

Cédula: 1250413000

Edad: 18

Servicio: URGENTE

Correlativo: null

Doctor: DOMINGUEZ VERA JAVIER
ENRIQUE

Fecha ingreso: 01/11/2023 20:31:01

Sexo: Mujer

Centro de Salud: HOSPITAL MARTIN ICAZA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA	12.1	seg	10.0 - 14.0
INR	0.96		0.80 - 1.20
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	33.70	seg	30.00 - 45.00

RESPONSABLE : Lcdo. ANGEL BEDON GUTIERREZ

Laboratorista Clínico

01/11/2023 21:09:45

Act
Ve a

