



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 Licenciada en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 36 SEMANAS
CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA MÁS ÓBITO FETAL

AUTORA

MARÍA DE LOS ÁNGELES ZAMBRANO GONZÁLES

TUTORA

MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2024

Dedicatoria

El presente caso clínico está dedicado principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación universitaria.

Le dedico este trabajo a mi querida madre Neima Gonzales, por brindarme su amor incondicional por ser la amiga y compañera que me ayudado a crecer, por estar siempre conmigo en todo momento, tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.

A mi abuelita Olga Valdiviezo y a mi tía pilar Gonzales porque siempre me apoyaron y cuidaron a que cada paso que diera fuera el acertado y por ser ese ejemplo a seguir, aunque lo hicieran desde la presencia de Dios.

A mi hija Jazlyn por su amor, cariño que son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti, eres mi motivación más grande para concluir con éxito esta etapa de mi formación profesional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por su amor y bondad que no tienen fin, que me permite sonreír ante todo mis logros.

A la universidad técnica de Babahoyo que nos abrió las puertas para ser mejores personas y buenos profesionales, a las docentes por guiarnos y brindarnos sus conocimientos.

A mi querida madre Neima Gonzales por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados. Gracias por llevarme en tus oraciones, gracias por estar pendiente durante toda esta etapa, Te amo.

A mi familia maravillosa por ser pilares en este camino, por ser quienes han creído en mí siempre dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar lo que tengo.

Gracias a todos aquellos que no están aquí, pero que me ayudaron a que este gran esfuerzo se hiciera realidad.

Resumen

El desarrollo de este estudio de caso clínico basado en el proceso de atención de enfermería en una gestantes de 36 semanas con desprendimiento prematura de placenta más óbito fetal que fue recibida en el hospital general Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo con una derivación del hospital de Ricaurte, se recibió a esta paciente con un diagnóstico de atención materna por muerte intrauterina que fue valorada por el médico de guardia y al momento de llegada la paciente mostró dolor abdomino-pelvico con contráctil donde se esparce por la zona lumbosacra con intensidad leve en cuanto a la atención de la paciente se realizó el examen físico correspondiente el análisis de los signos vitales así como realizar sus debidos procesos de enfermería donde se administró la medicación correspondiente otorgada por el médico de turno en cuanto a la conclusión se logró identificar diversos factores de riesgo relacionados a la complicaciones de la placenta y óbito fetal entre ellos se destacaron la hipertensión arterial embarazo múltiple antecedentes de desprendimientos previos y los abortos además de este conocimiento es importante detectar de forma temprana y poder implementar estrategias en la población de riesgo.

Palabras claves: Óbito fetal, desprendimiento de placenta, proceso de atención de enfermería, dolor.

Abstract

The development of this clinical case study based on the nursing care process in a 16-week pregnant woman with premature placental abruption plus fetal death who was received at the Martín Icaza Bustamante general hospital in the city of Babahoyo with a referral from the hospital. de Ricaurte, this patient was received with a diagnosis of maternal care for intrauterine death that was evaluated by the doctor on duty and upon arrival the patient showed abdominal-pelvic pain with contractile where it spreads through the lumbosacral area with mild intensity in Regarding the patient's care, the corresponding physical examination was carried out, the analysis of vital signs was carried out, as well as the proper nursing processes were carried out, where the corresponding medication was administered, given by the doctor on duty. In conclusion, various health factors were identified. risk related to placental complications and fetal death, among them high blood pressure, multiple pregnancy, history of previous undertakings and abortions, in addition to this knowledge, it is important to detect early and be able to implement strategies in the at-risk population.

Keywords: Fetal death, placental abruption, nursing care process, pain.

INDICE GENERAL

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstract	IV
1. Introducción	1
2. Planteamiento problema	2
3. Justificación	4
4. Objetivos del estudio	5
4.1 Objetivo general	5
4.2 Objetivos específicos	5
5. Línea de Investigación	5
6. Marco Conceptual-Marco teórico: Antecedentes y bases teóricas.....	6
7. Marco metodológico	15
8. Resultados	25
9. Discusión de resultados	34
10. Conclusiones	36
11. Recomendaciones.....	37
12. Referencias	38
Anexos.....	41

1. Introducción

En el desarrollo de este caso clínico basado en la atención del profesional de enfermería en una gestante de 36 semanas con desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal, en el cual se realizaron diferentes actividades clínicas relacionadas a la atención maternal donde tiene una prioridad en el contexto sanitario, de acuerdo con las situaciones complejas, en este caso del desprendimiento prematuro de la placenta más el diagnóstico de óbito fetal, puede demandar mayormente un enfoque basado, este aspecto la gestante de 36 semanas tiene complicaciones con riesgos muy relevantes que puede sufrir la madre y el feto, este caso no solo se basa en indicar sobre el desprendimiento de la placenta, sino los procesos que se han realizado por el profesional de enfermería con el propósito de mitigar o reducir complicaciones basada en el cuidado integro en estados críticos.

2. Planteamiento problema

De acuerdo con el problema detectado en el análisis del caso clínico se evidenció paciente femenino de 35 años de edad que cursa un embarazo de 36 semanas de gestación, procedente de la parroquia Ricaurte, que acude a esta casa de salud traída en ambulancia con personal médico del hospital de Ricaurte, con diagnóstico; atención materna por muerte intrauterina, paciente al momento inestable, refiere dolor abdomino-pelvico tipo contráctil que se esparce a zona lumbar sacra de intensidad leve hace más o menos 6 horas, se evidencio perdida de líquido amniótico, se realiza rastreo ecográfico que revela ausencia de latido cardiaco fetal, oligohidramnios severo y desprendimiento placentario. En el momento de la valoración, la paciente se encuentra en estado inestable. El caso presenta un desafío clínico significativo, ya que involucra la atención inmediata de una paciente en situación crítica debido a la muerte intrauterina.

Datos Generales

Nombre y Apellidos:	N/N
Edad:	35 años
Historia Clínica:	000000
Etnia:	Mestizo
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Soltera
Fecha de nacimiento:	1988/04/22
Lugar de nacimiento:	Los Ríos/Urdaneta/Catarama.
Residencia:	Ricaurte
Grupo sanguíneo:	RhA+
Número de hijos:	4
Religión:	católica
Nivel de estudio:	primaria
Ocupación:	ama de casa
Seguro social:	No aporta
Nivel socioeconómico:	Medio

Motivo de consulta y antecedentes

Usuaría femenina de 35 años de edad, con un embarazo de 36 semanas de gestación, acude a esta casa de salud referido por presentar óbito fetal, refiere dolor abdomino-pelvico tipo contráctil que se irradia a región lumbar sacra de intensidad leve hace más o menos 6 horas.

Diagnostico medico: atención materna por muerte intrauterina, no especificada.

- **Fecha de ultima menstruación:** 1/05/2023
- **Fecha probable de parto:** 05/02/2024
- **Antecedentes personales:** hipertensión arterial controlada con enalapril
- **Antecedentes quirúrgicos:** 4 cesáreas
- **Antecedentes familiares:** no refiere
- **Alergias:** no refiere
- **Hábitos:** ninguno

Datos clínicos basados en la paciente sobre la enfermedad (anamnesis)

Gestante de 36 semanas, múltipara, en condiciones clínicas críticas, inestable, con diagnóstico médico: atención materna por muerte intrauterina, refiere dolor abdomino-pelvico tipo contráctil que irradia a región lumbar sacra de leve intensidad, se observa en el examen físico, facies pálidas:

Examen físico

- **Cabeza:** Normo cefálico, simétrica, sin lesiones o cicatriz, pupilas isocóricas y reactivas, mucosa pálida y húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías, sin presencia de lesiones.
- **Tórax:** Simétrico, ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares ventilados.
- **Abdomen:** Gestante de aproximadamente 36 cm de altura uterina.
- Se realiza rastreo ecográfico que evidencia producto único, cefálico, con ausencia de actividad cardíaca fetal
- **Pelvis:** al tacto vaginal se evidencia leucorrea, pelvis útil no, borramiento 0, dilatación 0, pérdida de líquido amniótico.
- **Extremidades Superiores e inferiores:** Simétricas, no edema.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 110/68 mmHg,
- **Frecuencia cardiaca:** 100 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** FR: 20 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 99%,
- **Temperatura:** 36.5°C
- **Proteinuria:** negativa
- **Score mama:** (0)

3. Justificación

Este estudio se lo justifica debido a la importancia en poder entender y optimizar el rol de enfermería en situaciones críticas como el desprendimiento prematuro de la placenta, combinado con el lamentable desenlace del óbito fetal, la aplicación del proceso de atención de enfermería en estos escenarios es crucial para minimizar riesgos y optimizar la eficiencia de la atención brindada a la gestante, la relevancia del estudio sobre el desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal se sustenta tanto en elaborar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la valoración y cuadro clínico del paciente, además de poder identificar cuáles son los patrones alterados en la paciente para lograr su mejoría y por último detallar las intervenciones de enfermería en un desprendimiento prematuro de placenta con óbito fetal, desde una perspectiva teórica es necesario abordar este caso permite profundizar en el conocimiento de situaciones clínicas complejas.

El desarrollo del análisis permite que se proporcione información relevante para los principales manejos en situaciones similares, así como profundizar el desarrollo teórico sobre estas complicaciones obstétricas que requieren de la asistencia de enfermería, contribuyendo de esta manera poder desarrollar nuevas estrategias eficientes para la atención de las usuaria gestantes en situaciones críticas, la pertinencia de este análisis reside en su capacidad para optimizar la práctica clínica, brindar orientación teórica y contribuir al cuerpo de conocimientos en enfermería obstétrica, impactando positivamente en la atención y resultados de gestantes que enfrentan desafíos significativos durante el embarazo.

4. Objetivos del estudio

4.1 Objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de Enfermería en gestante de 36 semanas con desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal.

4.2 Objetivos específicos

- Elaborar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la valoración y cuadro clínico del paciente.
- Identificar cuáles son los patrones alterados en la paciente para lograr su mejoría.
- Detallar las intervenciones de enfermería en un desprendimiento prematuro de placenta con óbito fetal.

5. Línea de Investigación

Línea: Salud humana.

Sublínea: Salud integral y sus factores de riesgos.

En el desarrollo de este análisis de caso clínico es importante aplicar las estrategias para fomentar el estado de satisfacción en la salud humana, así como determinar los factores predisponentes que logra transgredir en las mujeres, evidenciando una estrecha relación basada en este caso de estudio que se basa en un problema de salud público en cuanto a la salud gestacional especialmente en las mujeres desencadenando este problema global.

6. Marco Conceptual-Marco teórico: Antecedentes y bases teóricas

Antecedentes

Según (Peña et al., 2021) en un estudio desarrollado sobre el “Proceso de atención de enfermería a una gestante con muerte fetal intrauterino” en el cual se estableció como propósito general, aplicar el PAE en la paciente con diagnóstico de óbito fetal intrauterino, en este caso concerniente a una mujer en su primer embarazo, con 34 semanas y 3 días de gestación, que acude al Servicio de Urgencias manifestando dolor abdominal de intensidad moderada y un sangrado vaginal equivalente en cantidad al periodo menstrual. Además de estas molestias, experimenta náuseas, vómitos, malestar inespecífico y nerviosismo. Tras la evaluación clínica y la realización de las pruebas médicas pertinentes, se establece el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, acompañado de una imagen ecográfica que sugiere la posibilidad de anomalías en la placenta. Este caso destaca la importancia de la pronta identificación y atención de situaciones críticas en el ámbito obstétrico para garantizar la salud materna y fetal.

En referencia a un análisis realizado por (Navarro et al., 2019) en el cual se ha analizado que la aparición de un caso de desprendimiento de placenta se considera una emergencia extrema, lo que exige una intervención rápida para obtener resultados favorables. Dada la naturaleza estresante y nerviosa de esta situación, es imperativo que la matrona y todo el personal estén bien preparados y capacitados para abordarla y brindar los cuidados necesarios. El desprendimiento prematuro de placenta se clasifica entre las hemorragias que ocurren en el tercer trimestre del embarazo, este fenómeno, como su nombre indica, se caracteriza por la separación total o parcial de la placenta normalmente ubicada, provocando una situación hemorrágica, su origen es multifactorial y genera complicaciones tanto en la madre y el feto. En este artículo, se detalla el protocolo de actuación que debe seguir el personal de enfermería frente a un caso de desprendimiento de placenta y se describen los cuidados esenciales que requiere la gestante en ese momento, presentando un plan de cuidados estandarizado. Este enfoque pretende resaltar la importancia de una atención efectiva y coordinada en situaciones críticas obstétricas.

Marco teórico

Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería se basa en una metodología sistematizada y organizada que tiene como guía para los profesionales el cuidado óptimo a la paciente, se compone de varias etapas que se encuentran vinculadas entre sí, como la evaluación, de los resultados mediante las intervenciones realizadas, la primera fase se basa en la recuperación de datos donde se analizan las historias clínicas del paciente, así como la exploración física y posteriormente se realiza una planificación donde se realizan las acciones pertinentes se realiza también el proceso de información donde se analizan los resultados que se han obtenido (Miranda et al., 2020, p. 379)

En la fase de ejecución se pone en práctica las intervenciones que se han realizado donde se enfoca más en el paciente, se adaptan a las necesidades o requerimientos de cada una de ellas esta ejecución se basa en la atención especial donde se aplica la comunicación y la colaboración interdisciplinaria, finalmente en la fase de evaluación se analizan el resultado y se ajusta al plan de cuidados que sea necesario de acuerdo al paciente (Miranda et al., 2020, p. 380).

Importancia

La relevancia que tiene este proceso de atención en el cuidado y la calidad, así como la personalización basado en los enfoques sistematizados donde garantiza una atención integral a los pacientes teniendo en consideración las condiciones físicas de las personas, también las necesidades psicológicas, sociales y emocionales, al seguir este proceso el profesional de enfermería debe tener en cuenta identificar los patrones que se encuentran alterados para aplicar la integración de acuerdo a los cuidados adaptados (Alonso et al., 2023).

La comunicación efectiva entre profesional enfermería y el paciente es muy importante debido a que permite una atención coordinada y multidisciplinaria esto es relevante para abordar los temas más complejos en los pacientes donde se garantiza un enfoque holístico, donde permite tener en consideración todo el

proceso y realizar una evaluación pertinente teniendo la revisión de los resultados así como el ajuste y modificación en el plan de cuidado que sea requerido de acuerdo a la variación de la condición del usuario (Solano, 2020).

Desprendimiento prematuro de placenta

Es una dificultad obstétrica que ocurre durante el tercer trimestre de gestación y se determina por el desprendimiento de la placenta ya sea parcial o total de la pared uterina preparto. Esta condición, también conocida como abruptio placentae, puede generar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto, puede resultar en hemorragia y afectar tanto a la madre como al feto, siendo un contexto de acontecimiento que intima el cuidado de forma inmediata (Liñayo et al., 2019).

Fisiopatología

Implica el desprendimiento prematuro de la placenta del útero antes del inicio del trabajo de parto, este fenómeno puede originarse por diversos factores, siendo la hipertensión arterial y los trastornos vasculares los más destacados, la presión sanguínea elevada puede causar daño a los vasos sanguíneos que irrigan la placenta, contribuyendo así al desprendimiento. Además, condiciones como el tabaquismo, traumatismos abdominales, embarazos múltiples o antecedentes de desprendimiento previo también aumentan el riesgo (Duarte et al., 2018, p. 89).

Cuando se produce el desprendimiento, se interrumpe la oxigenación y nutrientes al feto, generando un riesgo significativo para su bienestar, la sangre liberada por el desprendimiento puede acumularse detrás de la placenta, provocando dolor abdominal intenso y hemorragia visible o interna, esta situación no solo compromete la salud fetal, sino que logra situar complicaciones en la madre debido a la pérdida excesiva de sangre, la respuesta fisiopatológica implica una serie de cambios en la circulación sanguínea, coagulación y función uterina, destacando la importancia de una intervención médica rápida y especializada para minimizar las complicaciones asociadas (Duarte et al., 2018, p. 91).

Complicaciones

Puede desencadenar diversas situaciones anormales en el feto y la madre, entre las complicaciones maternas, la pérdida excesiva de sangre, conocida como hemorragia, es una preocupación principal, esta pérdida sanguínea puede conducir a shock hipovolémico, una condición grave que compromete la perfusión de órganos vitales. Adicionalmente, el desprendimiento prematuro de placenta puede estar asociado con la formación de coágulos sanguíneos que pueden aumentar el riesgo de trombosis (García et al., 2023, p. 7).

En cuanto al feto, las complicaciones derivadas son significativas, la interrupción del suministro de oxígeno y nutrientes puede provocar sufrimiento fetal agudo e incluso la muerte intrauterina, además, la hemorragia detrás de la placenta puede acumularse y comprimir la cabeza del feto, dificultando su paso por el canal del parto, en algunos casos, el desprendimiento prematuro de placenta puede llevar a complicaciones a largo plazo, como el desarrollo de hipertensión arterial crónica en la madre, la rapidez y eficacia en el manejo de esta condición son esenciales para minimizar estas complicaciones y mejorar los resultados tanto para la madre como para el feto (García et al., 2023, p. 11).

Factores de riesgos

Uno de los principales factores es la hipertensión arterial crónica o la preeclampsia, condiciones que afectan la salud vascular de la placenta y pueden aumentar la probabilidad de su desprendimiento, otros factores de riesgo incluyen el tabaquismo durante el embarazo, ya que el humo del tabaco afecta la circulación sanguínea uterina, y el consumo de drogas ilícitas. Las lesiones traumáticas abdominales, como aquellas causadas por accidentes automovilísticos, también se identifican como factores de riesgo para el desprendimiento prematuro de placenta, las mujeres con antecedentes en embarazos anteriores tienen un riesgo más alto en futuras gestaciones (Meléndez & Barja, 2020, p. 25)

Además, la multiparidad, especialmente cuando hay cortos intervalos entre embarazos, y la edad materna avanzada también se consideran factores que

pueden incidir en el desarrollo de esta complicación, es crucial que los profesionales de la salud identifiquen estos factores de riesgo durante la atención prenatal para poder gestionar y monitorizar adecuadamente a las mujeres embarazadas con riesgo de complicaciones severas (Meléndez & Barja, 2020, p. 26).

Cuadro clínico

Los síntomas pueden incluir dolor abdominal intenso y repentino, que puede ser continuo o intermitente, acompañado de endurecimiento uterino, las mujeres también pueden experimentar sangrado vaginal, que puede variar desde manchas leves hasta sangrado profuso, además del dolor y el sangrado, pueden presentarse otros signos como hipertonicidad uterina, taquicardia materna y disminución de los movimientos fetales. En casos graves de desprendimiento prematuro de placenta, los síntomas pueden progresar rápidamente y llevar a la hipovolemia materna, shock hipovolémico y coagulopatía de consumo, esto puede manifestarse como taquicardia persistente, hipotensión, palidez, confusión o pérdida del conocimiento (Orias, 2020, p. 61).

En situaciones extremas, puede desarrollarse un cuadro de hemorragia grave con riesgo de compromiso vital en el feto-madre, es fundamental que las gestantes estén alertas a cualquier cambio en su estado de salud durante el embarazo y que notifiquen de colindante al obstetra si evidencian alguno de estos síntomas, especialmente si se presentan en combinación, el diagnóstico y tratamiento oportunos del desprendimiento prematuro de placenta son esenciales para reducir el riesgo de afecciones (Orias, 2020, p. 62).

Diagnóstico

El profesional competente en esta área determina la información detallada sobre los síntomas experimentados por la mujer, su historial médico y cualquier factor de riesgo, luego, se efectúa un análisis físico para la evaluación del estado general en el paciente y buscar signos de desprendimiento prematuro de placenta, como complicaciones abdominales como dolor y endurecimiento uterino. Se emplea la

monitorización continua del ritmo cardíaco fetal para su respectiva evaluación, los cambios en el patrón normal pueden indicar compromiso fetal debido al desprendimiento de la placenta (Zerna et al., 2019, p. 136).

La ecografía es un instrumento importante para poder visualizar la placenta y realizar una evaluación sobre su posición, es necesaria para poder revelar la presencia de hematoma o reto placentario así como la reducción del espacio originado por el feto o si se evidencia sangrado, además es importante indicar que los análisis de sangre que se realizan para evaluar la presencia de anemia u otras complicaciones, es importante debido a que permite identificar la consecuencia o la causa del sagrado que se encuentra relacionado con el desprendimiento de la placenta es necesario indicar que este tipo de diagnóstico es fundamental para una evaluación integral que se puede combinar con datos relevantes (Zerna et al., 2019, p. 138).

Tratamiento y manejo

El proceso de tratamiento del desprendimiento prematuro de placentas se sitúa de acuerdo a la gravedad de la condición tanto en efecto como la madre entre los tratamientos y estrategias terapéutica para poder controlar la hemorragia se encuentran diferentes situaciones como el diagnóstico que requieren hospitalización inmediata así como los días de estancia considerando el monitoreo continuo de los signos vitales tanto el feto como de la madre, en los casos leves es necesario mantener el reposo en cama que puede ser muy recomendable para poder reducir la presión que existe entre el útero y reducir los riesgos por otras complicaciones, en caso de la pérdida de sangre o hemorragia sea significativa que haya causado anemia es necesario realizar intervenciones más controladas como la administración o transfusión de sangre para poder a los niveles normales, teniendo consideración también la administración de medicamentos para poder controlar el proceso de contracciones uterina y mejorar la madurez pulmonar del efecto en caso de parto prematura (Gutiérrez, 2018).

Óbito fetal

El óbito fetal, también se lo reconoce como muerte se basa en el fallecimiento de feto debido a que existen diferentes causas o factores, es una situación muy dolorosa que puede recurrir complicaciones severas tanto en la salud emocional y social de la madre, esta situación se puede dar en cualquier momento en cualquier etapa del embarazo, el óbito fetal se lo considera como una de las afecciones genética más grave durante el proceso de gestación debido a complicaciones en placenta, trastorno de cordón umbilical, u otras condiciones que pueden afectar o incidir en la condición física de la madre (Carvajal, 2019, p. 103).

Fisiopatología

Se basa en una serie de eventos que resultan complejo que conducen al fallecimiento del feto dentro del útero de la madre, es una situación que se debe a diferentes causas donde se desarrollan factores maternos, así como anomalía en el desarrollo fetal en varios casos se han identificado condiciones médicas o antecedentes en la madre como diabetes o hipertensión, lo cual contribuye o inciden negativamente en el óbito fetal logrando afectar el flujo sanguíneo útero placentario, otra de las anomalías genéticas y malformaciones dentro del feto pueden incidir también en este proceso fisiopatológico de óbito fetal (Tinedo et al., 2019).

Las complicaciones en la placenta, que es vital para el suministro de nutrientes y oxígeno al feto, pueden interferir con su funcionamiento adecuado, los problemas como el desprendimiento prematuro de placenta o la insuficiencia placentaria pueden dar lugar a una disminución de los recursos esenciales para el feto, contribuyendo al óbito fetal, además, los trastornos del cordón umbilical, como el enredo o la compresión, pueden afectar la circulación sanguínea entre la madre y el feto, comprometiendo el suministro de oxígeno y nutrientes (Espinoza et al., 2020, p. 21).

Es importante tener en cuenta que la fisiopatología del óbito fetal puede variar dependiendo de las circunstancias detallada de cada caso, es necesario tener una cuidadosa evaluación de los factores que pueden incidir negativamente, así como

las pruebas de diagnóstico en ciertos casos tener estudios post para poder determinar cuáles son las causas subyacente que originaron esta afección, así mismo la decisión en la atención médica teniendo en consideración la prevención y el manejo adecuado de estos procesos teniendo un monitoreo planeta regular identificando lo posible factores que puedan generar complicaciones en la salud de la madre y el feto (Espinoza et al., 2020, p. 23).

Complicaciones

Las complicaciones asociadas al óbito fetal se manifiestan como una serie de eventos médicos y emocionales desafiantes tanto para la madre como para el equipo médico, fisiológicamente, tras el fallecimiento del feto en el útero, pueden surgir complicaciones como la coagulación intravascular diseminada (CID), que se caracteriza por la formación excesiva de coágulos en los vasos sanguíneos, este fenómeno puede conducir a problemas significativos de salud para la madre, debido a que no hay una respuesta rápida sobre el proceso de coagulación (Guerra et al., 2023, p. 33).

Factores de riesgos

Son diversos y abarcan condiciones médicas, comportamientos maternos y situaciones ambientales que pueden contribuir a un aumento en la probabilidad de esta trágica eventualidad. Entre los factores médicos, se incluyen enfermedades crónicas maternas como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas, las cuales pueden afectar la salud del feto y aumentar la vulnerabilidad al óbito fetal. Además, el consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas y sustancias ilícitas durante la gestación representa un factor de riesgo conocido, estos hábitos pueden tener efectos perjudiciales en el desarrollo del feto, contribuyendo a complicaciones que aumentan la probabilidad de un desenlace fatal, también se ha evidenciado que las gestantes mayores a 35 años poseen una complicación considerada riesgo elevado de óbito fetal en comparación con mujeres más jóvenes (Salas & Oviedo, 2019, p. 37).

Las anomalías congénitas, como malformaciones genéticas, representan otro grupo de factores de riesgo, aunque no todos los casos de óbito fetal están

relacionados con anomalías cromosómicas, estas pueden jugar un papel significativo, asimismo, las infecciones maternas, especialmente aquellas que afectan al sistema reproductivo, pueden aumentar el riesgo. Las circunstancias socioeconómicas y el acceso limitado a atención médica también contribuyen a la lista de factores de riesgo, las mujeres que enfrentan condiciones de vida desfavorables o carecen de acceso a cuidados prenatales adecuados pueden estar en mayor riesgo, es crucial destacar que estos factores de riesgo no actúan de manera aislada, y la interacción compleja entre múltiples elementos puede influir en la probabilidad de óbito fetal (Salas & Oviedo, 2019, p. 39).

Cuadro clínico

El cuadro clínico asociado al óbito fetal se caracteriza por la ausencia de signos vitales en el feto posterior a las 20 semanas, es una situación devastadora, las mujeres que experimentan un óbito fetal pueden notar una disminución o cese completo de los movimientos fetales, que es a menudo uno de los primeros indicios de la tragedia. En algunos casos, el diagnóstico puede hacerse a través de la monitorización fetal, donde se observa la falta de actividad cardíaca fetal, además, los profesionales de la salud pueden confirmar la ausencia de latidos cardíacos mediante ultrasonidos y otras pruebas diagnósticas especializadas (Cerón et al., 2021, p. 48).

Es esencial destacar que el cuadro clínico puede variar, y algunas mujeres pueden no experimentar síntomas evidentes, a nivel emocional, el óbito fetal puede desencadenar una serie de respuestas psicológicas en los padres, como el shock, la tristeza profunda y el duelo, el impacto psicológico de esta pérdida puede extenderse más allá del periodo de gestación y afectar el bienestar emocional a largo plazo, el manejo clínico del óbito fetal implica el apoyo emocional a los padres, así como procedimientos médicos para asegurar la salud de la madre, dependiendo del tiempo transcurrido desde la muerte fetal, se puede optar por inducir el parto o esperar a que el parto ocurra de forma natural, este proceso, conocido como parto de un feto muerto, logra ser emocional y físicamente desafiante para la madre (Cerón et al., 2021, p. 52).

Diagnóstico y manejo

El diagnóstico y manejo del óbito fetal constituyen un aspecto crucial en la atención obstétrica ante esta dolorosa circunstancia, el diagnóstico se establece mediante diversas modalidades, entre las que se incluyen la monitorización fetal, ultrasonidos y otras pruebas especializadas, la monitorización fetal permite evaluar la actividad cardíaca del feto, siendo la ausencia de latidos cardíacos un indicador claro del óbito fetal, los ultrasonidos proporcionan imágenes detalladas que respaldan la confirmación del diagnóstico (Gómez & Aguilar, 2021, p. 68).

Una vez diagnosticado el óbito fetal es importante tener un proceso que se encuentre basado en la salud psicosocial de la madre facilitando, también la resolución de eventos que se puede presentar debido a la inducción del parto para poder evitar complicaciones adicional y preservar la salud materna, tener en cuenta que este proceso se basa en situaciones que se administran fármaco para estimular las contracciones uterinas y poder realizar la expulsión del feto, considerando el proceso médico para la evacuación uterina donde implica la alineación de los tejidos fetal y placenta con el objetivo de prevenir infecciones y complicaciones posteriormente (Gómez & Aguilar, 2021, p. 73).

7. Marco metodológico

En este caso clínico se analizó y se consideró diferentes procesos que fueron claves para el análisis del respectivo caso.

Valoración por patrones funcionales (Teorizante Marjory Gordon)

1. Patrón (Percepción de salud)

La paciente presenta antecedentes personales: hipertensión arterial, está utilizando medicamento enalapril, para controlar su hipertensión, además refiere que su estado de salud es regular, la paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas, cuenta con un esquema de vacunación completo. Se realiza exámenes complementarios de biometría.

2. Patrón (Nutricional-Metabólica)

Se observó que su alimentación diaria se considera normal y variada, sin embargo, es relevante notar que la paciente indica no haber experimentado pérdida de peso en los últimos 3 meses, esta ausencia de pérdida de peso puede ser un indicador positivo en términos de nutrición, ya que sugiere que la paciente ha mantenido su peso corporal, además, la paciente niega problemas de cicatrización cutánea, lo cual es un aspecto positivo en el patrón metabólico.

3. Patrón (Eliminación e Intercambio)

La paciente reporta molestias urinarias, pero no observa sangre en la orina. La frecuencia de micción se describe como aproximadamente 5 veces al día, y el color de la orina se señala como amarillo claro. En cuanto a los hábitos intestinales, la paciente experimenta una frecuencia diaria y niega padecer de estreñimiento. Además, no ha observado sangre en las heces.

4. Patrón (Actividad-Ejercicio)

La paciente niega antecedentes de infarto o arritmias, no experimenta disnea ni molestias respiratorias, sin embargo, indica que no puede realizar actividades físicas con normalidad y requiere ayuda para moverse, describe su estilo de vida como sedentario, aunque realiza caminatas diarias al aire libre.

5. Patrón (Sueño-Descanso)

La paciente presenta síntomas de nerviosismo y ansiedad, aunque niega irritabilidad, indica que no siente que descansa bien por las noches y tiene antecedentes de trastornos del sueño, la condición actual le provoca dolor y le resulta difícil conciliar el sueño.

6. Patrón (Cognitivo-Perceptiva)

La paciente está orientada en tiempo, persona y espacio, niega experimentar alteraciones en la memoria y afirma saber leer y escribir, expresa sus necesidades y se muestra agitada o desesperada. Indica que los medicamentos alivian el dolor.

7. Patrón (Evaluación Autopercepción-Auto concepto)

La paciente presenta signos de ansiedad y no tiene un conocimiento completo sobre su enfermedad, niega experimentar problemas de autoestima y preocupaciones sobre su imagen corporal.

8. Patrón (Rol-Relaciones)

La paciente reporta mantener buenas relaciones familiares y con el personal de salud, también indica mantener buenas relaciones con personas en general, vive acompañada y tiene amigos, lo que sugiere un soporte social presente en su vida, sin embargo, no se siente sola o abandonada.

9. Patrón (Sexualidad-Reproducción)

La paciente tiene descendencia con 4 hijos, aunque registra antecedentes de parto-cesárea, no mantiene relaciones íntimas y no presenta antecedentes de abortos, las complicaciones en los antecedentes de parto-cesárea podrían ser un factor a tener en cuenta durante la atención y tratamiento, ya que podría influir en la gestión del caso clínico actual.

10. Patrón (Afrontamiento-Tolerancia al estrés)

La paciente ha enfrentado situaciones significativas en los últimos años, lo que puede contribuir a la sensación de tensión y fatiga que está experimentando actualmente, es relevante tener en cuenta estos aspectos en la gestión del caso clínico, ya que el estrés acumulado podría tener implicaciones en su estado de salud general.

11. Patrón (Valores-Creencias)

La paciente refiere estar satisfecha con su vida y mantener una perspectiva optimista hacia el futuro. Además, profesa alguna religión, lo que podría influir en su afrontamiento y apoyo emocional, la paciente también señala sentirse feliz con su familia, lo cual es un aspecto positivo en su bienestar emocional y social, no experimenta sensación de muerte inminente, lo que es relevante para evaluar la percepción de su estado de salud.

Finalizando la valoración por los patrones funcionales determinamos los siguientes que se encuentran alterados:

- Patrón 1 (Percepción de salud)
- Patrón 9 (Sexualidad-Reproducción)
- Patrón 10 (Adaptación Tolerancia al estrés)

Formulación de los diagnósticos presuntivo y definitivo

- **Presuntivo:** atención materna por muerte intrauterina.
- **Diferencial:** desprendimiento de placenta
- **Definitivo:** desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal, se respalda con evidencia clínica, estudios de imagen, y, lamentablemente, la confirmación del óbito fetal.
- **Diagnósticos de enfermería:** dolor agudo, proceso de maternidad ineficaz, afrontamiento tolerancia al estrés

Formulación del diagnóstico enfermero

En la gestante de 36 semanas con desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal, se identifica un diagnóstico enfermero: afrontamiento ineficaz vinculado con el estrés debido a la situación presentada, se ha evidenciado patrones alterados con su percepción de salud donde presenta antecedentes hipertensivos, cesárea y complicaciones como tensión y fatiga, además se determina que esto puede haber influenciado en su capacidad para mejorar la situación de salud. Es importante que se enfrente la situación actual mediante el proceso de atención y apoyo emocional mediante estrategias de afrontamiento efectivas para el bienestar psicológico y físico de la paciente.

Análisis y descripciones de las conductas determinantes y procedimientos a realizar

Biológicos: Se han evidenciado varios factores biológicos que pudieron influir en su estado de salud, como antecedentes hipertensivos, desprendimiento prematuro de placenta, estas condiciones lograron afectar la perfusión sanguínea en el útero y placenta aumentando las complicaciones fetales.

Físicos: En las conductas determinantes físicas se presentaron síntomas como dolor abdominal, sangrado, contracciones, desprendimiento de placenta logrando afectar la capacidad física de la paciente.

Ambientales: Otra de las conductas analizadas pudieron haber sido que la paciente no se encontraba en un pleno confort en una habitación tranquila o limpia,

además de afectar la comodidad y descanso pleno de la paciente, logrando así causar afecciones.

Socio económico: En cuanto al marco social y económico puede influir la accesibilidad de la atención y factores como educación, estado laboral, también el apoyo social lo que pudiese haber causado afectación en la situación de forma efectiva en la paciente.

De acuerdo con el diagnóstico de enfermería realizar una gestantes de 36 semanas con desprendimiento prematura de placenta más óbito fetal resulta en una evaluación integral especializada para poder realizar un abordaje completo de los aspectos emocionales y físicos de la paciente, teniendo en consideración el monitoreo de los signos vitales, las condiciones obstétricas es necesaria poder tener una detección de las complicaciones que pueden ser potenciales considerando así las pruebas diagnóstico necesarias para poder determinar una evaluación del desprendimiento y la confirmación del óbito fetal desde el punto de vista emocional es importante tener una evaluación completa del estado psicológico de la madre, para así poder tener identificados los posibles signos de duelo y proporcionando también el apoyo emocional, teniendo en cuenta los puntos específicos como la comunicación efectiva por parte del profesional de enfermería que es fundamental para poder asistir a la paciente en este proceso de situación para que pueda expresar así sus emociones.

Indicaciones en las razones científicas basada en acciones de salud, considerando valores normales

La monitorización constante del ritmo cardíaco fetal es crucial para evaluar la vitalidad del feto y detectar cualquier signo de sufrimiento fetal, la literatura científica respalda la importancia de esta práctica en situaciones de desprendimiento prematuro de placenta para tomar decisiones y reducir riesgos. La realización de estudios diagnósticos, como ultrasonidos y pruebas de laboratorio, se basa en la necesidad de evaluar la extensión del desprendimiento y confirmar el óbito fetal, estos procedimientos proporcionan información objetiva que respalda la planificación del tratamiento y la atención específica.

La administración de analgésicos está respaldada por la evidencia científica para aliviar el dolor asociado al desprendimiento prematuro de placenta, además, el seguimiento de cuidados obstétricos específicos ayuda a prevenir complicaciones y favorecer la recuperación. La atención emocional se basa en la comprensión de los aspectos psicológicos del duelo materno, los estudios han demostrado que la atención emocional adecuada reduce el impacto del duelo, mejora la adaptación psicológica y contribuye a una atención integral. Las decisiones sobre la vía de parto o la realización de una cesárea se basarán en la evaluación científica de la condición materna y fetal, considerando factores como la extensión del desprendimiento, la estabilidad hemodinámica y la respuesta a tratamientos previos.

Información de exámenes complementarios realizados

Hematología		
	Resultados arrojados	Valores normales
Leucocitos	15.43	4.000-11.000 /mcl
HGB	8.8	12.0-16.0 / dL
HCTO	25.5	36-48%
Plaquetas	82 0	150 – 450 / mcl
Glucosa	126	70-99 mg/dL
Creatinina	0.47	0.6-1.1 mg/Dl
Urea	26	8-21 mg/dL
Sodio	136.0	135-145 mmol/L
Potasio	4.1	3.5 – 5.1 mmol/L
Cloro	102.0	98 – 108 mmol/L

Fuente: Resultados de exámenes de Laboratorio del HGMI

Análisis: Los resultados del análisis muestran una serie de valores que se desvían de los rangos normales, sugiriendo posibles problemas de salud, el recuento elevado de leucocitos indica una respuesta inmunológica, posiblemente a una infección, la baja hemoglobina y hematocrito sugieren la presencia de anemia, mientras que el bajo recuento de plaquetas indica una posible afectación en la coagulación sanguínea, la hiperglucemia señala la necesidad de evaluar la presencia de diabetes, aunque la creatinina está en un rango normal, el aumento de urea podría indicar disfunción renal o deshidratación, los electrolitos están dentro de los límites normales, estos resultados subrayan la importancia de una evaluación

más detallada por parte de profesionales de la salud para determinar la causa subyacente y planificar un tratamiento adecuado.

NANDA: 00132
 NOC: 1605
 NIC: 1400

Dominio 12. Confort
Clase 1. Confort físico
DX: Dolor Agudo (00132)

R/C: Óbito fetal

E/P: Dolor en hipogastrio, cefalea, y malestar generalizado

Dominio II: Conocimiento y conducta de salud

Clase: Conducta de salud (Q)

Etiqueta: Control del dolor (1605)

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
Náuseas		X			X

ACTIVIDADES

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

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00221
 NOC: 2569
 NIC: 6950

Dominio 8. Sexualidad
Clase 3. Reproducción
DX: Proceso de maternidad ineficaz (00221)

R/C: Complicaciones del embarazo

E/P: Ausencia de latidos cardiacos fetales

M
E
T
A
S

Dominio: Salud familiar (VI)

Clase: Estado de salud de los miembros de la familia (Z)

Etiqueta: Estado materno: Preparto (2509)

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

Campo: Familia (V)

Clase: Cuidados de un nuevo bebé

Etiqueta: Cuidados por interrupción del embarazo (6950)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Sangrado vaginal (250917)		X		X	
Nauseas (250911)	X		X		
Vómitos (250928)		X		X	
Temperatura corporal (250918)		X			X

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales
- Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento (cesárea segmentaria).
- Canalizar una vía endovenosa para restaurar líquidos perdidos.
- Valorar signos de anemia (hemoglobina, hematocrito)
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial normal).
- Educar al paciente sobre los procesos realizados
- Administración de medicamentos prescritos
- Monitorizar el estado emocional de la paciente.

NANDA: 00146
 NOC: 1211
 NIC: 5820

Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés
Clase 2. Respuesta de afrontamiento
Dx: Ansiedad (00146)

R/C: Factores estresantes

E/P: Inquietud, ansiedad, estrés por pérdida fetal y situación actual de salud

M
E
T
A
S

Dominio: Salud psicosocial (II)

Clase: Bienestar psicológico (M)

Etiqueta: Nivel de ansiedad (1211)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Inquietud				X	X
Irritabilidad			X		X
Ansiedad verbalizada				X	X
Tensión facial			X		X

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

Campo: Salud Psicosocial (3)

Clase: Fomento de la comodidad psicológica (T)

Etiqueta: Disminución de la ansiedad (5820)

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales
- Explicar los procedimientos a realizar para disminuir los niveles de ansiedad y estrés.
- Detallar todos los procesos y sensaciones que se pueden experimentar al detallar ese proceso.
- Utilizar un enfoque basado en la seguridad
- Crear un ambiente y entorno que facilite la confianza.

8. Resultados

Seguimiento del plan de cuidados

Día 1 (18-01-24) 13:29 pm

Recibo paciente femenino de 35 años, multípara, procedente de Ricaurte, que acude a esta casa de salud traída en ambulancia con personal médico del hospital de Ricaurte, con diagnóstico: atención materna por muerte intrauterina, es valorada por médico de guardia con diagnóstico médico de atención materna por muerte intrauterina. Paciente al momento inestable, refiere dolor abdomino-pelvico tipo contráctil que se irradia a región lumbosacra de leve intensidad hace más o menos 6 horas de evolución. Desde su ingreso a la entidad de salud de la que es referida, se realiza rastreo ecográfico que revela ausencia de latido cardiaco fetal, consciente, orientada en tiempo, persona y espacio, se prepara para cirugía, con vía endovenosa permeable, se coloca brazalete de identificación, se realiza vendaje de miembros inferiores, signos vitales: Presion arterial: 110/68 mmHg, Frecuencia cardiaca: 100 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm; Temperatura: 36.5 °C, saturación de oxigeno: 99%, proteinuria negativa score mama (0).

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Rastreo ecográfico
- Valoración ginecológica
- Exámenes de laboratorio
- Información sobre esamyn
- Preparar para cirugía
- Medidas anti embolicas
- Comunicar a anestesiología
- Reportar novedades

Administración de medicamentos

- Cloruro de sodio 0,9% 1000ml pasar iv a 20ml hora
- solución salina 0.9% 1000 ml iv 60 ml/h
- ácido tranexámico 1g iv stat, luego 500 mg iv cada 8 horas
- solicitar hemoderivados según necesidad en cuanto estén los exámenes de laboratorio.

13:40 pm

Paciente de 35 años de edad ingresa a quirófano en condiciones delicadas para ser intervenida por una cesárea de emergencia a causa de óbito fetal, llega en silla de ruedas en compañía del personal de enfermería de sala de parto consciente y orientada con palidez marcada, con vía periférica permeable pasando fluidos, abdomen globuloso con ausencia de movimientos fetales, con vendaje en miembros inferiores, se realiza protocolo de cirugía segura. Ingres a al quirófano número 1 para ser intervenida quirúrgicamente por el Dr. Gino. Se monitoriza signos vitales presión arterial: 100/60 mmhg, frecuencia cardiaca: 90 por minuto, frecuencia respiratoria: 21 por minuto, temperatura: 36.6 °C saturación de oxígeno: 100%. Score mama (0).

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Exámenes
- Valoración por medicina crítica
- Pasa a cirugía de emergencia

14:00

Se obtiene por cesárea segmentaria producto obitado único de sexo masculino piel pálida, moteada, se procede a tomar medidas antropométricas, peso: 2954 gramos, talla: 49 centímetros, perímetro cefálico 34 centímetros, perímetro torácico: 31 centímetros, perímetro abdominal: 29 centímetros se coloca pulsera de identificación se entrega a familiar (cuñada) ginecólogo se encarga de entregar documento de defunción a familiares.

14:15 se activa clave roja paciente con shock hipovolémico en condiciones clínicas críticas con palidez acentuada se procede a canalizar doble vía endovenosa se toma muestra para hemoderivados, vía respiratoria manejada por la Dra. Valverde, se llama a médico responsable de la uci para valoración correspondiente y manejo clínico, se monitoriza signos vitales presión arterial 80/40 frecuencia cardíaca 121 por minutos, frecuencia respiratoria 17 por minutos, temperatura 35.9 saturación: 87.

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Control de tono uterino y loquios
- Control de apósito
- Pase a unidad de cuidados intensivos
- Manejo por medicina crítica.

Administración de medicamentos

- cloruro de sodio 250 ml + tramal 300 mg + metoclopramida 20 mg iv 15 ml/h
- solución salina 1000 ml + oxitocina 20 ui iv 50 ml/h
- misoprostol 800 mcg vía rectal stat
- ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
- paracetamol 1g iv cada 8 horas
- ácido tranexámico 500 mg iv cada 8 horas.

15:40 pm

Por indicaciones de médico responsable de uci, paciente pasa a dicha área, postquirúrgica de cesárea segmentaría, bajo efectos anestésicos, despierta, consciente, orientada, fascias pálidas, doble vía endovenosa recibiendo fluidos indicados más hemoderivados, traje antishock insitu útero involucionado contraído debajo de cicatriz umbilical, loquios moderados rojos oscuros, sonda vesical conservando diuresis, signos vitales de presión arterial 146/69mmhg, frecuencia cardíaca: 107 por minuto, respiración 19 po minuto, temperatura 35.9°C, se realiza masaje uterino más control de puerperio score mama (3).

16:35

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad que viene del área de quirófano en condiciones críticas de salud, con diagnóstico médico de desprendimiento placentario más muerte fetal, al momento paciente con doble vía periférica permeables pasando plasma fresco congelado, con soporte de vaso activos, y traje antisock, se conecta al monitor de signos vitales, los cuales son presión arterial; 123/81 mmhg frecuencia cardíaca 108 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación de oxígeno 99 por ciento, al momento afebril, consciente, orientada en tiempo y espacio, responde al interrogatorio, sin deterioro de conciencia, abdomen globuloso acorde a involución uterina, loquios escasos, piel íntegra y mucosas semihidratadas, al momento con sonda vesical funcional y diuresis conservada, permanece en la unidad de cuidados intensivos con monitorización continua, bajo cuidados de enfermería y vigilancia médica, se administra medicación de turno prescrita, con pulsera de identificación y riesgo de caída alto.

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Control de tono uterino y loquios
- Control de apósito
- Control traje antishock
- Control caídas
- Control escaras
- Cabecera elevada
- Balance hídrico

Administrar medicación

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml, pasar a 120 ml/h
- Cloruro de sodio 250 ml + tramal 300 mg + metoclopramida 20 mg iv 10 ml/h
- Solución salina 1000 ml + oxitocina 20 ui iv 50 ml/h
- Misoprostol 800 mcg vía rectal stat (ya administrado)
- Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas

- Paracetamol 1g iv cada 8 horas
- Ácido tranexámico 500 mg iv cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg iv cada día
- Suspender norepinefrina
- Terminar transfusiones ordenadas en quirófano

Día 2 (19-01-24)

Paciente de 35 años de edad de sexo femenino, con diagnóstico médico de desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal, al momento se encuentra en unidad de cuidados intensivos en condiciones de salud delicadas, en primera instancia se observa que tiene colocado el traje anti shock consciente orientada en tiempo espacio y persona facies pálidas mucosas orales semi hidratadas, cuello simétrico, tórax normo expandible, abdomen suave depresible doloroso a palpación, zona genital con sangrado en escasa cantidad, y sonda vesical permeable con eliminaciones hematóricas, paciente con vía periférica permeable pasando medicación e hidratación. Signos vitales de presión arterial: 121/65 mmHg; saturación de oxígeno 100%; frecuencia cardíaca 79 lpm; temperatura 36.5 C; respiración 19 rpm, Riesgo de caída alto.

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Control de tono uterino y loquios
- Control de apósito
- Control caída
- Control escaras
- Cabecera elevada
- Balance hídrico
- Retiro de último segmento de traje antishock

Administrar medicación

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml, pasar a 84 ml/h
- Cloruro de sodio 250 ml + tramal 300 mg + metoclopramida 20 mg iv 10 ml/h
- Solución salina 1000 ml + oxitocina 20 ui iv 50 ml/h
- Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
- Paracetamol 1g iv cada 8 horas
- Ácido tranexámico 500 mg iv cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg iv cada día
- Transfundir 2 unidades de Gr

Día 3 (20-01-24) 7:40 am

Paciente de 35 años de edad de sexo femenino, con diagnóstico médico de desprendimiento prematuro de placenta más óbito fetal. Al momento continua en unidad de cuidados intensivos, consciente orientada en tiempo espacio y persona, con facies pálidas, mucosas orales semi hidratadas, cuello simétrico, tórax normo expandible, abdomen suave depresible doloroso a palpación, presencia de herida quirúrgica la cual drena liquido de características hematóricas, se realiza curación sin embargo si tiende a manchar el apósito, altura de fondo uterino infra umbilical, sangrado y loquios en escasa cantidad, zona genital con presencia de sonda vesical permeable con diuresis conservada de características normales, extremidades con tono y fuerza muscular conservados. Vía periférica permeable pasando hidratación y medicación.

Signos vitales: Presión arterial 119/72 mmHg, saturación de oxígeno 98%, Frecuencia cardiaca 79 ppm, Temperatura 36.2 C, Respiración 21 rpm, Glicemia capilar 81 mg/dl. El día de ayer se retira traje anti shock se brinda cuidados de enfermería y medidas de confort riesgo de caída alto.

Medidas generales

- Control de signos vitales
- cuidados de enfermería
- balance hídrico
- hemogluco test cada 8 horas

- aseo diario
- prevención de úlceras
- prevención de escaras
- trombo profilaxis mecánica

Administración de medicamentos

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml, pasar a 64 ml/h
- Cloruro de sodio 250 ml + tramal 300 mg + metoclopramida 20 mg Iv 10 ml/h
- Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
- Paracetamol 1g iv cada 8 horas
- Ketorolaco 30mg iv cada 8 horas
- Ácido tranexámico 500 mg iv cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg iv cada día
- Glóbulos rojos concentrados 2 unidades

Día 4 (21-01-24)

Paciente de sexo femenino pasa al área de maternidad luego de ser valorada por médico de la unidad de cuidados intensivos, con diagnóstico médico: desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, shock hipovolémico, procedimiento (18/01/2024) cesárea segmentaria de emergencia al momento paciente consiente, orientada en tiempo y espacio, con respuesta a estímulos verbales, sin presentar eventos convulsivos, facies pálidas, mucosa bucal semi seca, sin soporte de oxígeno saturando 98%, buena mecánica ventilatoria. Monitorización hemodinámica continua, con su vía periférica endovenosa, sin soporte de vasopresor/vasodilatador, con su abdomen blando no doloroso a palpación, herida quirúrgica limpia y seca con apósito, sonda vesical funcional y permeable, sangrado vaginal escaso, edema leves en miembros superiores e inferiores, con los siguientes signos vitales: Presión arterial: 115/71 mmHg; pulso: 71 latidos por minuto; respiración: 20 por minuto; temperatura: 36.3 °C, con dieta hiposódica.

Medidas generales

- Control de signos
- Vitales cuidados de enfermería
- Balance hídrico
- Hemogluco test cada 8 horas
- Aseo diario
- Prevención de úlceras
- Prevención de escaras
- Trombo profilaxis mecánica

Administración de medicamentos

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml, pasar a 64 ml/h
- Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
- Paracetamol 1g iv cada 12 horas
- Ketorolaco 30mg iv cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg iv cada día

10:18 am

Ingresa paciente de sexo femenino de 35 años de edad a la sala de maternidad desde la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico médico: -desprendimiento prematuro de placenta. -muerte fetal. -shock hipovolémico - procedimiento (18/01/2024) -cesárea segmentaria de emergencia al momento paciente consiente, orientada en tiempo espacio y persona al examen físico, afebril mucosas orales semihúmedas, cuello sin presencia de adenopatías, tórax simétrico, con respuesta a estímulos verbal, abdomen blando no doloroso a palpación, herida quirúrgica limpia y seca con apósito, miembros inferiores simétricos, con su vía periférica endovenosa permeable con signos vitales: presión arterial: 126/75 mmhg -pulso 98 latidos por minuto -respiración: 20 por minuto -temperatura: 36.5 °C, sonda vesical funcional y permeable, sangrado vaginal escaso, edema leve en miembros superiores e inferiores, con su pulsera de identificación.

Día 5 (22-01-24) 06:43 am

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad, con diagnóstico médico: desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, shock hipovolémico, procedimiento de cesárea segmentaria, consiente, orientada en tiempo espacio y persona, facies pálidas, con vía periférica permeable, abdomen blando no doloroso a palpación, herida quirúrgica limpia y seca con apósito, con sonda vesical funcional con diuresis clara, sangrado transvaginal moderado, con signos vitales: presión arterial: 130/80 mmHg, pulso 80: latidos por minuto, respiración: 19 por minuto, temperatura: 36.4 °C, se brinda cuidados de enfermería, se administra medicina prescrita por el médico, con riesgo de caída medio.

Medidas generales

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Deambular
- Comunicar novedades
- Dieta general

Administración de medicamentos

- Cefalexina 500 mg vo c/8 horas
- Ibuprofeno 400 mg vo c/ 8horas
- Levonogestrel 0.03 c/ día
- Nifedipina 10 mg vo c/12 horas

08:08 am

Paciente se le da el alta médica luego de la valoración médica en el pase de visita lo cual se realiza la documentación correspondiente y se entrega referencia y recetas para que continúe en el tratamiento ambulatorio.

Medicación en domicilio bajo observación médica en consulta ambulatoria

- Cefalexina 500 mg vo c/8 horas
- Ibuprofeno 400 mg vo c/ 8horas
- Levonogestrel 0.03 c/ día
- Nifedipina 10 mg vo c/12 horas

Observaciones

Durante el seguimiento de la gestante de 36 semanas con desprendimiento prematuro de placenta y óbito fetal, se observó una evolución acorde a la condición clínica esperada, la paciente, ingresada por atención materna debido a muerte intrauterina, fue evaluada y preparada para una cesárea de emergencia. Posteriormente, se evidenció un deterioro con shock hipovolémico, requiriendo intervenciones como canalización de vías y administración de medicamentos específicos, tras la cirugía, se mantuvo en cuidados intensivos, donde se gestionó el dolor, se controlaron signos vitales y se brindó cuidado postoperatorio.

La paciente presentó un manejo adecuado, con atención enfocada en la estabilización hemodinámica y el control de complicaciones, se aplicaron protocolos de enfermería para la monitorización continua, administración de medicamentos, curaciones y cuidados generales, a medida que la paciente evolucionó, se destacó la importancia de la comunicación sobre procedimientos y tratamientos, incluyendo el consentimiento informado, el día posterior a la cirugía, se inició la transición hacia cuidados ambulatorios, con la paciente consciente, orientada y estable, recibiendo medicación y recomendaciones para el seguimiento domiciliario.

9. Discusión de resultados

En el análisis clínico, se evidenció que la evolución de la paciente fue positiva, debido a que pudo responder de forma favorable el tratamiento así como la capacidad de recuperación durante el proceso de estadía clínica, dado a las oportunas intervenciones clínica y el correcto manejo de su condición se logró estabilizar a la paciente, además, se evidenció una adecuada respuesta a los

medicamentos utilizados contribuyendo a controlar sus signos y síntomas para poder prevenir mayores complicaciones, la paciente ahora se encuentra en condiciones de llevar un proceso de vida normal. Estos resultados concuerdan con las investigaciones previas (Liñayo et al., 2019; Duarte et al., 2018) y respaldan la idea de que ciertos factores pueden desencadenar el desprendimiento de la placenta, generando una situación de emergencia, sin embargo, pueden tratarse de forma correspondiente, mejorando la situación clínica de la paciente y brindar el apoyo emocional que requiere.

Además, se ha analizado que la incidencia del óbito fetal y sus posibles causas en mujeres embarazadas, se encontró que las anomalías genéticas, problemas en el desarrollo fetal, complicaciones en la placenta y trastornos del cordón umbilical fueron factores clave que contribuyeron al óbito fetal, además, las condiciones médicas preexistentes en la madre, como la diabetes y la hipertensión, se identificaron como elementos que afectan el flujo sanguíneo uteroplacentario y, por ende, aumentan el riesgo de óbito fetal, estos resultados, resaltan la importancia de abordar múltiples factores para comprender y prevenir el óbito fetal durante el embarazo.

En concordancia con los resultados mencionados por (Carvajal, 2019) donde se destacó la influencia de condiciones médicas preexistentes en la madre, como la diabetes y la hipertensión, en la alteración del flujo sanguíneo uteroplacentario, las anomalías genéticas y malformaciones estructurales del feto también emergieron como elementos cruciales en este proceso. De igual forma con lo que expone (Tinedo et al., 2019) revelaron una compleja interacción de factores que pueden conducir al fallecimiento del feto en el útero. Factores maternos, anomalías en el desarrollo fetal, complicaciones en la placenta y el cordón umbilical se identificaron como contribuyentes significativos al óbito fetal.

10. Conclusiones

- El caso clínico presentado nos permitió aplicar el proceso de atención en enfermería paciente con desprendimiento prematuro más óbito fetal, ya que es una herramienta útil para la planificación y ejecución del plan de cuidados de enfermería para mejorar la atención de la salud.
- Se realizó la valoración de enfermería, de acuerdo al caso de estudio y se identificaron diversos factores de riesgos relacionados a las complicaciones en la placenta y óbito fetal, entre ellos se destacan la hipertensión arterial, trastornos vasculares, embarazos múltiples y antecedentes de desprendimiento previo.
- Se logró identificar el patrón alterado en dicha paciente y se formuló el diagnóstico de enfermería; Percepción de la salud, sexualidad reproducción, afrontamiento tolerancia al estrés, mediante los patrones funciones de Marjory Gordon.
- Se detallaron las intervenciones de enfermería necesarias en un desprendimiento prematuro de placenta con óbito fetal, desde la preparación para la cirugía hasta el manejo postoperatorio en cuidados intensivos, la paciente tuvo resultados favorables gracias a las intervenciones eficientes de enfermería y al tratamiento brindado, logrando así que la paciente esté en condiciones estables.
- Finalmente se promueve, la necesidad de la valoración continua del estado materno-fetal y la relevancia de la comunicación en los profesionales del área de salud para avalar una atención integral y personalizada.

11. Recomendaciones

- Debemos de educar a las gestantes con mayor énfasis en los signos de alarma para evitar en lo posible desenlaces como el presentado.
- Realizar por parte del personal de enfermería seguimiento a toda gestante, explicando con detalle que riesgos conllevan la ausencia del control prenatal,
- La atención prenatal debe ser reenfocada, para de esta manera identificar factores de riesgos y antecedentes de complicaciones vasculares, que pongan en peligro la salud de la madre y feto.
- Sugerir capacitaciones continuas al personal de enfermería de acuerdo con la identificación y abordaje de los requerimientos primordiales de la paciente en situaciones complejas como el desprendimiento prematuro de placenta con óbito fetal, teniendo en consideración la atención del paciente.
- Promover la comunicación interdisciplinaria en los profesionales de salud involucrados en los procesos de atenciones en situaciones similares, fomentando el enfoque colaborativo y que acceda una evaluación continua del estado maternal y fetal ante cualquier situación compleja que pueda surgir en el proceso de atención.

12. Referencias

- Alonso, S. N., Martínez, P. R., Nava, M. G., Gutiérrez, M. L. A., & Ramírez, J. F. S. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3555>
- 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>
- Duarte, A., Salgado, A., & Vásquez, I. (2018). *Útero de Couvelaire, consecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Reporte de un caso*. 86(5), 87-101. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500351
- Espinoza, A., Yáñez, L., & González, D. (2020). Malformaciones congénitas en óbitos fetales. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n2.2020.661>
- García, N., García, D., & Vásquez, M. (2023, marzo 19). Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(1), 1-21. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/desprendimiento-prematuro-de-placenta-normoinserta/>
- Gómez, C., & Aguilar, L. (2021). *Muerte fetal por negligencia médica*. 63(1), 61-73. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000100022

- Guerra, G., Sarasa, M., Álvarez, E., & Alfonso, B. (2023). Factores de riesgo maternos asociados con la muerte fetal tardía en el contexto santaclareño. *Medicentro Electrónica*, 27(2), 30-43. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432023000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gutiérrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 405-414. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
- Liñayo, J., Álvarez, E., Domínguez, P., & Alves, M. T. (2019). Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Ginecología y obstetricia de México*, 87(3), 167-176. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2656>
- Meléndez, N., & Barja, J. (2020). Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(1), 23-28. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3453>
- 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
- Navarro, F., Barroso, A., & Peralta, A. (2019). *Desprendimiento prematuro de placenta, manejo y cuidados en urgencias*. 1(40), 12-31. <https://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2019/pagina4.html>
- Orias, M. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), Article 11. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.606>
- Peña, S., García, A., Franco, A., & Rodríguez, M. (2021). Proceso de atención de enfermería a una gestante con muerte fetal intraútero. *Revista Sanitaria*

de *Investigación*, 2(3), 88-112.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7877349>

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>

Solano, A. (2020). El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 29(3), 165-169. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

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>

Zerna, C., Fonseca, R., & Viteri, A. M. (2019). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia Unemi*, 11(26), 134-142.
<https://www.redalyc.org/journal/5826/58266125012/html/>


Anexos



Administración de medicamento



Se brinda Indicaciones de enfermería de los cuidados a seguir en el hogar.

SNS-MSP / HCU-form.005 / EVOLUCION						
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLINICA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA	001232	PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA	1206063529
				BABAHOYO	Los Rios	
APELLIDOS NOMBRES			EDAD		SEXO (M/F)	
JIMENEZ BURGOS ROCÍO ARGENTINA			A. 35	M. 9	D. 2	MUJER
1. EVOLUCION						
No	FECHA	MEDICO			CODIGO	
1	2024-01-18 14:37:43	JARAMILLO TANDAZO MARIUXI DEL ROCÍO			0927094722	
NOTA DE GUARDIA: PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD TRAIDA EN AMBULANCIA CON PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL DE RICAURTE. CON DIAGNOSTICO: ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA O384 MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA P95 FECHA ÚLTIMA MESTRUACION: 1/5/2023 EDAD GESTACIONAL:38SG ANTECEDENTES OBSTETRICOS: GESTAS 4 PARTO0 CESAREA 4 ABORTO ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL: HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON ENALAPRIL DIARIO ANTECEDENTE PATOLÓGICO FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO QUIRURGICO: CESAREA ANTERIORES 4 ALERGIAS: NO REFIERE PACIENTE AL MOMENTO INESTABLE, REFIERE DOLOR ABDOMINO-PELVICO TIPO CONTRACTIL QUE SE IRRADIA A REGION LUMBARSACRA DE LEVE INTENSIDAD HACE +1-6 HORAS DE EVOLUCION. DESDE SU INGRESO A LA ENTIDAD DE SALUD DE LA QUE ES REFERIDA, SE REALIZA RASTREO ECOGRAFICO QUE REVELA AUSENCIA DE LATIDO CARDIACO SE COMUNICA A GINECÓLOGO DE GUARDIA						
NOTA DE EVOLUCIÓN: +++						
EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO CUELLO NO ADENOPATIAS TORX SIMETRICAS RRCC RTMICOS CCPP VENTILADOS ABDOMEN GESTANTE DE APROXIMADAMENTE 36CM DE ALTURA UTERINA RIRHH PRESENTES SE REALIZA RASTREO ECOGRAFICO QUE REVELA AUSENCIA DE LATIDOS CARDIACOS EXTREMIDADES SSIMETRICAS						
2	2024-01-18 14:39:19	SCHWAGER SALTOS GINO ARNOLDO			1202785819	
NOTA DE GUARDIA:						
NOTA DE EVOLUCIÓN: NOTA RETROSPECTIVA 14H00 PACIENTE REFERIDA DESDE HOSPITAL DE RICAURTE POR OBITO FETAL EN FRANCO TRABAJO DE PARTO CON DOLOR INTENSO EN ABDOMEN SE REALIZA ECOGRAFIA DE RASTREO Y SE EVIDENCIA AUSENCIA DE ACTIVIDAD CARDIACA FETAL, OLIGOAMNIOS SEVERO Y DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO SE ACTIVA CLAVE ROJA, SE COMUNICA A PACIENTE Y FAMILIAR Y SE PASA DE INMEDIATO A CIRUGIA DE EMERGENCIA SCORE MAMA 4						
EXAMEN FISICO:						
3	2024-01-18 14:43:07	SCHWAGER SALTOS GINO ARNOLDO			1202785819	
NOTA DE GUARDIA:						

Evolución médica

SNS-MSP / HCU-form.004 / EVOLUCION ENFERMERIA							
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA					
INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLINICA	
			PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA	001232		BABAHOYO	Los Rios	1206063529	
APELLIDOS NOMBRES				EDAD		SEXO (M/F)	
JIMENEZ BURGOS ROCIO ARGENTINA				A. 35	M. 9	D. 2	MUJER
1. EVOLUCION							
No	FECHA	USUARIO		CODIGO			
1	2024-01-18 14:43:49	Karina Lisbeth Solano Angulo		KarinaSolano			
NOTA DE GUARDIO: NOTA RESTROSPECTIVA 13:29 RECIBO PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 35 AÑOS DE EDAD, MULTIPARA, PROCEDENTE DE RICAURTE, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD TRAIDA EN AMBULANCIA CON PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL DE RICAURTE, CON DIAGNOSTICO: ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA, ES VALORADA POR MEDICO DE GUARDIA CON DIAGNOSTICO MEDICO DE ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA. PACIENTE AL MOMENTO INESTABLE, REFIERE DOLOR ABDOMINO-PELVICO TIPO CONTRACTIL QUE SE IRRADIA A REGION LUMBARSACRA DE LEVE INTENSIDAD HACE +/-6 HORAS DE EVOLUCION. DESDE SU INGRESO A LA ENTIDAD DE SALUD DE LA QUE ES REFERIDA, SE REALIZA RASTREO ECOGRAFICO QUE REVELA AUSENCIA DE LATIDO CARDIACO FETAL, CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO, SE PREPARA PARA CIRUGIA, CON VIA ENDOVENOSA PERMEABLE, SE COLOCA BRAZALETE DE IDENTIFICACION, SE REALIZA VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES, SIGNOS VITALES: PRESION ARTERIAL 110/68 MMHG FRECUENCIA CARDIACA 100 LATIDOS POR MINUTO FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 RESPIRACIONES POR MINUTO TEMPERATURA 36.5 GRADOS CENTIGRADOS SATURACION DE OXIGENO 99% PROTEINURIA NEGATIVA SCORE MAMA (0). 13:32 PACIENTE PASA A QUIROFANO							
2	2024-01-18 15:08:31	Edinson Gonzalo Mayorga Dulcey		EdinsonMayorga			
NOTA DE GUARDIO: 13: 36 PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD INGRESA A QUIROFANO EN CONDICIONES DELICADAS PARA SER INTERVENIDA POR UNA CESAREA DE EMERGENCIA A CAUSA DE ÓBITO FETAL, LLEGA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE SALA DA PARTO CONSCIENTE Y ORIENTADA CON VIA PERIFERICA PERMEABLE PASANDO FLUIDOS, ABDOMEN GLOBULOSO CON AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, CON VENDAJE EN MIEMBROS INFERIORES, SE REALIZA PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA. INGRESA AL QUIRÓFANO NÚMERO 1 PARA SER INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE POR EL DR. GINO. SE MONITORIZA SIGNOS VITALES 2:15 SE ACTIVA CLAVE ROJA PACIENTE CON SHOCK HIPOVOLEMICO							

Evolución de enfermería