



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

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetrix/Obstetra

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 38 AÑOS DE EDAD CON 39.5 SEMANAS DE GESTACION + OBITO FETAL**

**AUTOR**

Xavier Alexander Ramírez Anchundia

**TUTOR**

Dra. C. Ana María Pasos Baño.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

**2021**

## Contenido

Título del Caso Clínico.....	2
INTRODUCCION.....	3
RESUMEN.....	4
I. MARCO TEORICO .....	7
1.1 Justificación .....	18
1.2 Objetivos.....	20
1.3 Datos Generales .....	21
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	21
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).....	22
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	3
2.3 Examen físico (exploración clínica) .....	4
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	5
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	6
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	7
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	8
2.8 Seguimiento.....	9
2.9 Observaciones.....	10
Propuesta.....	11
CONCLUSIONES.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
ANEXOS.....	17

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA DE 38 AÑOS DE EDAD CON 39.5  
SEMANAS DE GESTACION + OBITO FETAL**

## INTRODUCCION

En Ecuador, la muerte fetal intrauterina tiene una frecuencia de aproximadamente 4/1000. Si se analiza su incidencia durante las dos últimas décadas se observa que, tanto en Ecuador como en Estados Unidos de Norteamérica, ésta se ha reducido notablemente, La muerte fetal constituye una tragedia para el obstetra, su paciente y obviamente la familia de esta. Es un acontecimiento que pone a prueba las destrezas tanto técnicas como interpersonales del médico. Nuevos métodos diagnósticos y una mejor comprensión de la fisiopatología han permitido esclarecer la causa del deceso en una proporción mayor que en el pasado. Nunca se insistirá lo suficiente en investigar la causa probable del óbito fetal con el fin de orientar, asesorar a la paciente sobre las probabilidades de recurrencia e intentar la prevención o iniciar el tratamiento. En 1983, en la ciudad de Wisconsin, EUA, se estableció un centro de referencia para el estudio de mortinatos y mortinatos. En 1994 se realizó un análisis de los primeros 1000 casos referidos. Interesantemente, su estudio etiológico permitió conocer que, desde el punto de vista clínico, sobre un total de 795 óbitos, un 25% pudo ser considerado como causa fetal, un 4% de origen materno, un 14% de causa placentaria-cordón umbilical y un 57% de etiología desconocida. En Ecuador según información de 1992, sobre un total de 1667 casos de muerte fetal, un 10% de las veces la etiología fue fetal, 15% materno, 40% placentario-cordón, 10% causas varias y 25% desconocidas.

El presente caso clínico tiene como objetivo Realizar la intervención y atención oportuna de la paciente desde el momento en que llega al centro de salud y explica su motivo y preocupación por el cual pide colaboración del personal médico para revisión oportuna de estado de gestación. Se realizó el respectivo diagnóstico en primer nivel donde por medio del doppler fetal no se ausculto los latidos cardíacos,

por lo que decidieron referirla a un nivel de mayor complejidad; la metodología de diagnóstico, en el segundo nivel la metodología del diagnóstico utilizada fue la anamnesis, examen físico, ecografía obstetricia.

Los principales hallazgos clínicos derivaron de un centro de salud de Primer nivel y se pudo concluir que la conducta obstétrica que debe aplicarse en estos casos es la terminación del embarazo por medio de la inducción del parto utilizando prostaglandinas como es el misoprostol, ya que si la inducción fallara se utilizará termina el embarazo por vía alta (cesárea).

En la mayoría de los trabajos esta información no existe o está incompleta. También la relación entre los antecedentes maternos clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos ayuda a conocer el origen del óbito fetal, habitualmente los estudios no consideran este análisis. La variedad de formas de analizar la muerte fetal y de definiciones empleadas (inclusión de muerte neonatal) impide precisar las causas. Finalmente, las causas de muerte fetal, se presentan con diferente frecuencia durante el embarazo. Si un estudio considera la muerte fetal desde las 28 semanas de gestación se excluirán los casos asociados con infección bacteriana ascendente, principal causa de muerte fetal antes de esta edad gestacional.

## RESUMEN

El presente caso clínico sobre óbito fetal tiene como objetivo exponer la conducta obstétrica en multipara de 38 años de edad con 39.5 semanas de gestación más óbito fetal, este estudio de caso se enfocó en la muerte fetal intrauterina como un problema de salud identificado en comunidades indígenas alejadas de la ciudad de Guaranda, quienes, debido a sus antepasados, toman medidas tradicionales para controlar, monitorear muchas patologías, particularmente aquellas en el embarazo. La metodología aplicada para el caso fue el diagnóstico obstétrico mediante la aplicación de las maniobras de Leopold para determinar la estática fetal y determinar el foco de auscultación al no tener resultados se utilizó la ecografía Obstétrica encontrando un producto único intrauterino sexo masculino con peso aproximado de 3.000gr y ausencia de Frecuencia cardiaca fetal, a la revisión física local el test de bishop fue de 10 puntos por lo que se ingresó a la paciente para conducción del trabajo de parto el mismo que tuvo una duración de 4 horas en las q se administró antibiótica terapia por el riesgo de infección.

**Palabras Clave:** OBITO FETAL – EMBARAZO A TERMINO - MULTIPARA

## **ABSTRACT**

The present clinical case on stillbirth aims to expose the obstetric behavior in multiparous women of 38 years of age with 39.5 weeks of gestation plus stillbirth, this case study focused on intrauterine fetal death as a health problem identified in indigenous communities far from the city of Guaranda, who, due to their ancestors, take traditional measures to control and monitor many pathologies, particularly those in pregnancy. The methodology applied for the case was obstetric diagnosis by applying Leopold's maneuvers to determine fetal statics and determine the focus of auscultation, as there were no results, Obstetric ultrasound was used, finding a single male intrauterine product with an approximate weight of 3,000 gr and absence of fetal heart rate, at the local physical examination the bishop test was 10 points, so the patient was admitted to conduct labor, which lasted 4 hours during which antibiotics were administered therapy for the risk of infection.

**Keywords:** FETAL OBITO - TERM PREGNANCY – MULTIPARA

## I. MARCO TEORICO

### OBITO FETAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al óbito fetal como “la muerte fetal que ocurre en un embarazo tardío”, con variaciones en cada país para el punto de corte empleado como “tardío”. El término “periodo fetal” se aplica a partir de que inicia la semana 8 después de la concepción. La definición de aborto puede cambiar de acuerdo con la situación y legislación de cada lugar; sin embargo, desde el punto de vista médico aquellas pérdidas de más de ocho semanas hasta el término son estrictamente fetos y no “productos” u otro sinónimo coloquial. El Centro Nacional de Estadística de la Salud de Estados Unidos estandariza la definición de mortalidad fetal de forma semejante a la OMS. Utiliza un punto de corte de 20 semanas o 350 gramos (percentil 50 de peso para 20 semanas) para discernir la definición de aborto. También se propone una subclasificación en muerte fetal temprana (semanas 21 a 27) y tardía (> 28 semanas).

Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”.(Vicente José Diago Almela, 2017)

Un óbito fetal se define como la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 ó de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, lo anterior, en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método. El feto no muestra signos de vida al nacimiento, ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo. (VERA LOYOLA, 2002)

Según la OMS, se define muerte fetal como “la muerte sucedida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios “. A pesar de existir esta propuesta definitoria de un organismo de tal envergadura y autoridad sanitaria como la organización mundial de la salud, los distintos sistemas sanitarios y/o publicaciones no siempre se ajustan a la misma, esbozando sus propias definiciones. El “Centro Nacional para Estadísticas de Salud” de Estados Unidos (una división dependiente de los “Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades”, se encarga de regular y asistir a los distintos estados para el desarrollo de los aspectos legales de sus estadísticas vitales. Este Centro recomienda informar las muertes fetales ocurridas en fetos que pesan 350 gramos o más, o aquellos con 20 semanas de gestación o más. Sin embargo, esta política no es uniformemente seguida, y existen diferencias sustanciales entre los distintos estados, a lo cual se suma que no todos ellos interpretan “semanas de gestación” de la misma manera. (Lemini & García, 2018)

La muerte u óbito fetal se define como la ausencia de latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación

completa del cuerpo de la madre. Aunque en algunos países se considera desde que el feto pesa 350 g y en otros se utiliza el criterio de 28 semanas o 1000 g de peso fetal (Alfredo Ovalle S.1, 2005)

## **FRECUENCIA**

Debido a lo expuesto en el apartado previo, resulta difícil establecer comparaciones válidas entre las frecuencias comunicadas de óbito fetal entre las publicaciones de diferente procedencia. A manera de ejemplo podemos citar que en el 2017 los datos del Centro Nacional para Estadística de Salud de los Estados Unidos mostraron un promedio nacional de frecuencia de mortalidad fetal de 9 muertes cada 1000 nacimientos.

Podría afirmarse que en el mundo la ocurrencia de este fenómeno varia considerablemente dependiendo de diversos factores, entre los que pueden considerarse la calidad de la atención médica disponible de cada país, la calidad y la cantidad de controles prenatales y características socioculturales de la población. Se ha comunicado que la incidencia de muerte fetal se ha reducido en los países desarrollados por implementación de políticas de salud adecuadas y por el desarrollo de normas específicas de manejo de embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, desde hace varios años su frecuencia ha permanecido estable.

## **ETIOPATOGENIA**

Las causas son múltiples y atribuibles a diversos orígenes: ambiental, materno, fetal y ovular, y en parte desconocida. Durante el embarazo el feto puede morir por:

- a) Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero-placentaria: originada por hipertensión arterial, inducida o preexistente a la gestación, cardiopatía materna, hipotensión arterial materna por anemia aguda o por otra causa.
  
- b) Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (en ausencia de contracciones uterinas, con tono uterino normal, sin compromiso de la perfusión útero-placentaria): puede estar causada por alteraciones de la membrana del sincitiotrofoblasto, infarto y calcificaciones de la placenta, nudos, torsión exagerada y prolapso del cordón umbilical, o por otros factores.
  
- c) Aporte calórico insuficiente: por desnutrición materna grave o por enfermedades caquectizante.
  
- d) Inestabilidad del metabolismo de los glúcidos y acidosis: por diabetes grave o descompensada.
  
- e) Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis: Intervienen las virosis graves, las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, del feto y de la placenta.
  
- f) Intoxicaciones maternas: la ingesta accidental de mercurio, plomo, DDT, etc.
  
- g) Traumatismo: pueden ser directo (el feto) o indirectos, a través de la madre. El que más importancia está adquiriendo es el directo por mala técnica en la aplicación de métodos invasivos como la cordocentesis.

- h) Malformaciones congénitas: siendo incompatible con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del encéfalo, etc.)
- i) Alteraciones de la hemodinámica fetal: como en los gemelos univitelinos.
- j) Causas desconocidas: se lo ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto.

La principal razón que explica este estacionamiento de las tasas es el desconocimiento de las etiologías, favoreciéndose la repetición de la muerte fetal en las gestaciones siguientes.

**Maternas:**

- Embarazo prolongado
- Diabetes mellitus
- Lupus eritematoso sistémico
- Infecciones
- Hipertensión arterial
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Hemoglobinopatías Edad materna muy precoz o avanzada
- Incompatibilidad RH
- Ruptura uterina
- Síndrome antifosfolipídico
- Trombofilias hereditarias
- Hipotensión severa materna
- Muerte materna.

**Fetales:**

- Gestación múltiple
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Anomalías congénitas
- Anomalías genéticas
- Infección.

**Placentarias:**

- Accidente de cordón
- Abrupto placentario
- Rotura prematura de membrana
- Vasa previa.

**Epidemiología**

Según la OMS, "alrededor de 2.6 millones de bebés en todo el mundo mueren cada año antes del nacimiento", y alrededor de 7.300 bebés mueren diariamente en las últimas etapas del embarazo. (Navas, 2011).

Esto se debe a que la muerte fetal intrauterina es un peligro al que están expuestas todas las madres desde el comienzo del embarazo, ya que la madre y el feto están expuestos a muchos factores que ponen en peligro su vida y, por lo tanto, son escenarios de salud notables para todos los países en desarrollo.(Gaviláñez, Jimmy. Paucar, 2019)

Un estudio de 2015 realizado por la revista The Lancet informó que Ecuador ocupa el décimo lugar en América Latina con menos muertes fetales intrauterinas. Esto es 7.7 por 1,000 nacimientos vivos. Y para 2017, nuestro país redujo la tasa

a 6.6 por cada 1,000 nacimientos vivos. En el mismo año, se reportaron 1,872 muertes fetales en todo el país, 57% de las cuales se debieron a muerte fetal intrauterina tardía, que fue mayor en la semana 28 del embarazo. Esto muestra que este tipo de muerte es un indicador indiscutible de la calidad de la atención prenatal y la obstetricia. Por lo tanto, las mujeres embarazadas deben recibir atención médica integral primaria y oportuna dirigida a la atención secundaria.(Gavilánez, Jimmy. Paucar, 2019)

### **Clínica: Síntomas y Signos**

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

### **Diagnóstico**

Según la clínica del paciente, es necesario realizar un diagnóstico diferencial y tener datos clínicos, que incluyen:

- Desaparición de los movimientos fetales, falta de un foco audible de latidos cardíacos fetales, líquido amniótico marrón. Si han pasado varios días, el crecimiento uterino está ausente.

- El estándar de oro para el diagnóstico en el estudio de ultrasonido diagnosticado mediante la visualización del corazón fetal y muestra la ausencia de actividad cardíaca durante al menos 2 minutos.(José, 2016)

## **Tratamiento.**

### **Finalización de la gestación: inducción o conducción del trabajo de parto**

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, el enfoque terapéutico es finalizar el embarazo mediante parto normal o cesárea, dependiendo de la condición de la mujer embarazada. En el 80% de los casos, el trabajo de parto comienza espontáneamente dentro de las dos o tres semanas posteriores a la muerte del feto, dependiendo de factores maternos como la edad gestacional, el historial médico. Es aconsejable finalizar el embarazo dentro de un corto período de tiempo dentro de las primeras 24 horas después del diagnóstico, si es posible.(José, 2016)

La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía.

Algunas consideraciones de inducción de trabajo que deben considerarse son:

- Comunicación sincera y abierta con los padres que promueve la introducción de un proceso de trabajo.
- Solicitar una declaración de consentimiento para comenzar a trabajar.
- Facilite que un miembro de la familia acompañe al paciente.
- Realice la inducción en un lugar aislado y separado de otras mujeres embarazadas.
- Use la vía vaginal que prefiera, tanto para la presentación de cefálicos como para la presentación del cierre. La situación transversal puede tratar de correr longitudinalmente evaluando los riesgos.

- Proporcione analgesia precisa y evite los analgésicos de conciencia. La analgesia epidural se considera una opción.
- Uso restrictivo de la episiotomía.
- Recomiende mirar al recién nacido y registrar el rechazo si los padres no lo desean.
- Lactancia prematura después del parto.

En los casos de muerte fetal intrauterina que ocurre en el segundo trimestre del embarazo, se les puede ofrecer a los padres la opción de dilatación uterina y evacuación quirúrgica si hay experiencia disponible en el centro, aunque deben tener en cuenta que este método puede limitar la efectividad de la autopsia para detectar anomalías fetales macroscópicas.(José, 2016)

La inducción del parto es el método más apropiado para la terminación del embarazo. La elección del método de inducción dependerá de la edad gestacional y las condiciones obstétricas, así como de la práctica clínica más habitual en cada centro. En la inducción del parto, cuando el índice de Bishop es favorable, se debe optar por la oxitocina intravenosa. Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. Tradicionalmente se ha utilizado la prostaglandina E2, pero el misoprostol presenta una eficacia superior. Sin embargo, como la indicación de inducción del parto no está actualmente recogida en su ficha técnica, el misoprostol se ha de utilizar como uso compasivo.(Weeks & Faúndes, 2017)

El misoprostol se puede administrar por vía oral o vaginal. Esta última forma tiene menos efectos secundarios y acorta el tiempo hasta el parto. Aunque existen

diferentes pautas, todas ellas con una efectividad similar, en general suelen tener en cuenta el tamaño uterino o la edad de gestación:

- Entre las 13 y 17 semanas: 200 µg/6 h (dosis máxima diaria: 1.600 µg).
- Entre las 18 y 26 semanas: 100 µg/6 h (dosis máxima diaria: 800 µg).
- 27 semanas o más: 25-50 µg/4 h (hasta 6 dosis).

El empleo de prostaglandinas aumenta el riesgo de rotura uterina, especialmente en el caso de cicatriz previa, por lo que es recomendable el control de la dinámica y el uso de dosis reducidas en mujeres con cicatrices uterinas.(Weeks & Faúndes, 2017)

### **Seguimiento:**

#### **Información y soporte emocional**

La muerte del feto es un evento traumático para los padres, así como para su familia y su entorno social. El apoyo y la comprensión de los profesionales que los cuidan pueden mejorar el desarrollo del duelo y prevenir la patología psicosocial derivada de él. Es aconsejable establecer una comunicación abierta y sincera con la pareja, usar el tiempo requerido y usar un lenguaje simple sin detalles técnicos excesivos. Si es posible, es preferible que un solo profesional o un equipo de profesionales traten con la pareja durante todo el proceso para simplificar el proceso y crear un ambiente familiar donde prevalezca la empatía.

Es necesario evaluar las fases del duelo: fase de shock, fase de búsqueda y anhelo, fase de desorganización y fase de reorganización. Los especialistas deben poder identificar posibles cambios en el curso del duelo para poder prevenir o minimizar la morbilidad.

Psicológicamente La incidencia de la morbilidad psiquiátrica materna después de la muerte perinatal puede alcanzar el 13-34%. Desde un punto de vista psicológico, parece beneficioso aliviar el dolor posterior de que los padres verán al recién nacido después del parto y, si lo desean, pasar tiempo con él, solos o acompañados por personal de salud. En caso de rechazo, esto debe anotarse en el expediente médico.

Algunas estrategias para reducir la morbilidad mental son:

- Proporcionar información honesta y comprensible.
- Brindar apoyo emocional en el parto y la admisión.
- Confirmar la existencia del recién nacido y la realidad de su muerte (ver, tocar y nombrar al recién nacido).
- Contribución a aclarar las causas de muerte.
- Facilitar los ritos que la familia prefiere y respetar sus creencias.
- Proporcionar apoyo psicológico activo. (José, 2016)

### **Prevención de los efectos negativos sobre la salud materna.**

Aunque es raro, en el caso de la muerte fetal prenatal, debemos considerar las posibles complicaciones que esto puede tener para la salud materna. Básicamente, se han descrito dos complicaciones: corioamnionitis y coagulopatía.

Ambos generalmente requieren un largo período de latencia para su inicio, lo que normalmente no ocurre, ya que el comportamiento habitual es el final del embarazo y no el patrón esperado. Sin embargo, se recomienda que al diagnosticar y en el caso de una interrupción temprana del embarazo, el examen de la hemostasia materna (los niveles de fibrinógeno inferiores a 100 mg / dl se consideren el diagnóstico de coagulopatía), el recuento sanguíneo y el control de la temperatura, así como el sangrado de la madre. Se informó que la prevalencia de coagulopatía por consumo de alcohol en pacientes con un feto que persistió

durante más de cuatro semanas fue del 25%. La prevención más efectiva de estas complicaciones es la terminación temprana. (José, 2016)

## **1.1 Justificación**

El hospital provincial "Alfredo Noboa Montenegro" es un hospital de resolución de segundo nivel en la cabecera cantonal de la ciudad de Guaranda y se convierte en la unidad de referencia para los otros seis cantones de la provincia de Bolívar y las comunidades rurales vecinas. Las usuarias que acuden a este centro de salud incluyen: mujeres embarazadas, mujeres en las etapas finales del embarazo y poco antes del nacimiento, entre otras que ingresan al servicio de ginecología y obstetricia y necesitan acceso oportuno a la atención. (Andrade, 2018)

El presente estudio de caso se enfocó en la muerte fetal intrauterina como un problema de salud identificado en comunidades indígenas alejadas de la ciudad de Guaranda, quienes, debido a sus antepasados, toman medidas tradicionales para controlar, monitorear muchas patologías, particularmente aquellas en el embarazo. para monitorear el proceso de parto, que usa maniobras erróneas que implican una compresión manual inadecuada del abdomen, prolonga el trabajo de parto y su desarrollo, no puede monitorear al feto y se realiza principalmente en ambientes insalubres. (Perez, 2017)

Debe tenerse en cuenta que el estado ecuatoriano, junto con el Ministerio de Salud Pública, reconoció estas prácticas culturales como parte de la población

indígena, y los documentos y lineamientos para el manejo responsable y metódico de las prácticas interculturales en beneficio de la población, como el publicado por el Ministerio de Salud en 2016 ". Guía de prácticas de articulación y conocimiento de parteras ancestrales en el sistema nacional de salud ", que desafortunadamente se ignora y la mayoría de las parteras no confían en la guía. (OPS, 2017)

Es importante mencionar que debido a creencias y costumbres erróneas de la comunidad indígena, el acceso a la salud integral está restringido, se niega a acudir a profesionales capacitados y, en el presente caso, no cumple con los controles prenatales.(Cevallos & Amores, 2009)

Por esta razón, la causa principal de muerte fetal intrauterina en esta mujer embarazada se discute y analiza en este estudio de caso, teniendo en cuenta, entre otras cosas, los siguientes problemas: controles prenatales insuficientes, valores socioeconómicos bajos, creencias erróneas, maniobras inapropiadas. Debe entenderse que la mayoría de los casos son bebés de tiempo completo que habrían sobrevivido si sus madres hubieran tenido acceso a atención médica integral debido a la importancia de la obstetricia profesional al nacer, lo que salva la vida del niño y su madre. Reducción de las muertes fetales intrauterinas.(Cevallos & Amores, 2009)

Además, el presente trabajo se llevó a cabo porque el caso de muerte fetal intrauterina se conocía en una comunidad rural de Salinas en el cantón de Guaranda que previamente había sido mal apoyada por una partera que no sabía qué procedimiento tomar en el tiempo del parto que fue derivada al Hospital

Alfredo Noboa Montenegro en Guaranda para su evaluación. Con base en este trabajo, los factores de riesgo podrían analizarse en el futuro, acompañarse a las parteras y proporcionarse la capacitación necesaria para promover el control prenatal de las mujeres embarazadas en las comunidades indígenas con un mayor enfoque.

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Exponer la conducta obstétrica en múltipara de 38 años de edad con 39.5 semanas de gestación más óbito fetal

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar los factores de riesgo asociados a la Muerte Fetal antes del parto.
2. Evaluar la conducta Obstétrica frente a la detección preparto de la Muerte Fetal intrauterina

### 1.3 Datos Generales

Fecha que se realiza la Historia Clínica: 24 de abril del 2021

- **Nombre:** NN
- **Documento de Identificación:** 025033827-
- **Edad:** 38 años
- **Género:** Femenino
- **Etnia:** Indígena
- **Estado Civil:** Unión libre
- **Ocupación:** Agricultura
- **Religión:** católica
- **Residente:** Parroquia Salinas
- **Dirección:** Parroquia Salinas
- **Teléfono:** 09882866--
- **Nivel de instrucción:** Secundaria incompleta
- **Fecha de Ingreso:** 24 de abril del 2021

## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

Se indica el lugar donde se desarrolló el caso clínico de muerte fetal intrauterina, que ocurrió en la Parroquia Salinas y fue derivado al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda en la sala de ginecología / obstetricia.

Este caso se examinó al recibir a la usuaria en el área de emergencia gineco-obstetricia del hospital, se le realizó la anamnesis obstétrica a paciente de 38 años de edad orientada en tiempo y espacio que colabora con interrogatorio en la que según la fecha de última menstruación al aplicar la regla de Naegle la paciente estaría atravesando un embarazo de aproximadamente 39 semanas de gestación, refiere haber estado en trabajo de parto de aproximadamente unas 9 horas de evolución en su comunidad atendida por una partera, al examen físico se constató un abdomen aumentado de tamaño se realizó las maniobras de Leopold constatando la presencia de un feto, en situación longitudinal, cefálico, dorso lateral, encajado, al proceder a la auscultación no se percibe la frecuencia cardíaca fetal a lo que la paciente refiere que desde hace aproximadamente 10 horas no percibe movimientos fetales, se procede a la exploración ecográfica confirmando la ausencia de movimientos fetales y frecuencia cardíaca, además reporta líquido amniótico con meconio, al realizar el tacto vaginal se evidencia un Bishop de 10 puntos razón por la cual se ingresa a la paciente para labor de parto vaginal. Se prescribe hidratación, control de signos vitales, antibioticoterapia y exámenes de laboratorio que incluyen biometría hemática completa, conteo de plaquetas, pruebas de coagulación tiempos de trombina y protrombina, Lactato deshidrogenasa, Proteína C reactiva, urea, creatinina, tgo, tgp, y pruebas serológicas (vih – vdrl )

## **2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).**

**Motivo de consulta:** Embarazo a término acompañado de dolor abdominal tipo contráctil, trabajo de parto de 9 horas de evolución y ausencia de movimientos fetales.

**Antecedentes**

**Antecedentes Personales:**

Vacunas incompletas en la infancia, Varicela a los 8 años, ocupa el cuarto lugar en la familia de 6 hijos.

**Antecedentes Familiares:** No refiere

**Medicación:** no refiere

**Alergias:** Penicilina

**Antecedentes Gineco-Obstétricos.**

- **Menarquia:** 12 años,
- **Telarquia:** 11 años,
- **Menstruaciones:** cuatro días de duración con ciclos regulares de 28 días y flujo normal.
- **Gestas Anteriores:** 3
- **Gesta Actual:** Si
- **Partos:** 3
- **Abortos:** 0
- **Hijos Vivos:** 3
- **Hijos Muertos:** 0
- **Controles Prenatales:** 2
- **Ecografías de Control:** 1
- **Vacunas en el embarazo:** Incompleta
- **Fe y Folatos:** No
- **Anticoncepción:** No
- **Embarazo deseado:** No
- **Enfermedades de Transmisión Sexual:** No
- **Inicio de Vida Sexual:** 18 año.
- **Vida Sexual Activa:** Si,
- **Parejas Sexuales:** 2
- **FUM:** 26-07-2020
- **Edad Gestacional:** 39 Semanas de Gestación
- **Fecha probable de Parto:** 01-05-2021

## **Hábitos**

**Alimentación:** 4 veces al día

**Micciones:** 5 a 6 veces al día

**Deposiciones:** 1 veces al día

**Alcohol:** no consume

**Cigarillo:** No consume

**Drogas:** no consume

**Nivel Socio Económico:** Bajo

**Vivienda:** de un piso de hormigón armado con tres habitaciones, piso de tierra, cocina a gas y leña, energía eléctrica si posee, sin acceso a agua potable y alcantarillado.

**Abuso Físico y Psicológico:** no refiere.

Paciente femenina de 38 años de edad, que fue valorada por médico del Centro de Salud de Salinas quienes refiere ausencia de latido cardiaco. A la llegada a la emergencia el motivo de consulta fue por dolor abdominal y ausencia de latido cardiaco fetal.

En lo que se refiere al historial clínico se constató que no refiere antecedentes familiares, quirúrgicos, ni patológicos personales, no consume ningún tipo de medicación, es alérgica a la Penicilina , refiere que ser de nivel socioeconómico bajo que vive en una casa compartida con sus padres, hermanos y esposo de una planta de bloque, piso de tierra, sin acceso a agua potable ni alcantarillado, prepara los alimentos en cocina a gas y leña, se dedica a la agricultura, y a la

crianza de animales domésticos, no refiere abuso psicológico ni físico a los hábitos alimenticios refiere alimentarse tres veces al día con una dieta alta en carbohidratos, realiza la micción por 5 a 6 veces al día y una deposiciones diarias. No consume alcohol, cigarrillo ni drogas.

A los antecedentes gineco obstétricos, refiere la menarquia a los 12 años de edad con menstruaciones de ciclos regulares cada 28 días de cuatro días de duración, inicio de actividad sexual a los 18 años, parejas sexuales dos, se evidencia ser la cuarta gestación de un embarazo no planificado ya que no realizaba anticoncepción, no refiere abortos anteriores ni complicaciones en el embarazo durante su gestación tiene 2 controles prenatales más una ecografía del primer trimestre, realizadas por visitas domiciliarias ya que la paciente no acude a consultas frecuentes por lo que solo tiene una dosis de vacuna antitetánica más consumo de hierro y Folatos en poca cantidad.

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Paciente femenina en estado de gestación que es traída por médico del Centro de Salud Salinas quien refiere que mientras realizaban visita domiciliaria encuentran a la paciente en labor de parto siendo asistida por partera de la comunidad, por lo que realizan valoración obstétrica percatándose ausencia de latido fetal desde las 23H00 del 23-04-2021 más labor de parto en fase activa. A su llegada (04H24 am del 24-04-2021) paciente refiere dolor abdominal tipo contracción localizada en hipogastrio de moderada intensidad que se irradia hacia región lumbar, que se acompaña de eliminación de tapón mucoso además manifiesta que la partera

realizaba compresiones manuales inadecuadas en el abdomen y movimientos bruscos para el encajamiento de su bebe, por lo que se decide su ingreso.

### 2.3 Examen físico (exploración clínica)

Paciente consciente, orientada en las tres esferas cognitivas, tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, álgica, de compleción normal, panículo adiposo en distribución normal, cuya apariencia concuerda con su edad, en posición decúbito supino que responde a todas las preguntas que se le realiza y colabora al manejo

#### Signos vitales

- **Peso:** 66kg                      **Talla:** 1,55
- **FC:** 118
- **PA:** 120/70 mmHg
- **FR:** 21
- **T°:**36.8
- **PSO2:** 95%
- **Cabeza:** normocefálica simétrica, cabello bien implantado no se observan lesiones
- **Ojos:** simétricos, pequeños de color café oscuros sin complicaciones.
- **Oídos:** pabellones auriculares sin complicaciones.
- **Boca:** mucosas orales húmeda, piezas dentales con caries.
- **Cuello:** móvil sin adenopatías, no presenta nódulos ni masas.

- **Tórax:** simétrico expansible, pulmones ventilados no ruidos sobreañadidos, corazón con cuatro cavidades rítmicos no se escucha soplos.
- **Mamas:** aumentadas de tamaño con pezones hiperpigmentados, con presencia de calostro
- **Abdomen:** globoso aumentado de tamaño ocupado por útero gestante, feto único sin latido cardiaco ni movimientos fetales, altura uterina de 38 cm, presentación cefálica dorso izquierdo de la madre.
- **RIG:** Se evidencia sangrado escaso de mal olor; al tacto vaginal dilatado 7cm, borrado un 80% cérvix central, plano II, membranas abombadas. Bishop: 10
- **Extremidades:** simétricas sin edema

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 1. Resultado de Exámenes de ingreso

Biometría		Química	
Hemoglobina	12.4	Glucosa	94.7
Hematocrito	37.2	Urea	18.6
Plaquetas	233000	Creatinina	0.70
Leucocitos	15.36	Transaminasa pirúvica	32.6
		Transaminasa oxalacetica	34.3

**Elaborado por:** Xavier Ramirez

**Fuente:** Historia Clínica del Hospital Alfredo Noboa

Tabla 2. Resultado de Exámenes de ingreso

Hematológico	

Grupo	O
Factor RH	Positivo
TP (tiempo de protrobina)	12.3 seg.
TTP (tiempo de tromboplastina parcial)	25.4 seg.

**Elaborado por:** Xavier Ramirez

**Fuente:** Historia Clínica del Hospital Alfredo Noboa

Tabla 3. Exámenes de control

<b>Biometría</b>	
Hemoglobina	11.3
Hematocrito	33.9
Plaquetas	244000
Leucocitos	14.77

**Elaborado por:** Xavier Ramirez

**Fuente:** Historia Clínica del Hospital Alfredo Noboa

**ECOGRAFIA OBSTETRICA:** Feto único, de sexo masculino, situación longitudinal, cefálica, dorso anterior, movimientos ausentes. Placenta normo inserta de espesor y eco estructura normal. Cordón umbilical de inserción placentaria, con dos arterias y una vena. Líquido amniótico en cantidad normal. Estudio de la anatomía fetal, no se evidencia malformaciones congénitas. Peso aproximado de 3000 gr acorde con edad gestacional a término. No se evidencia latido cardíaco, diagnóstico ecográfico: Óbito fetal.

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

**Diagnóstico presuntivo:** Muerte Fetal Intrauterina

- Ausencia de Latido Cardíaco Fetal
- Ausencia de movimientos fetales de largas horas

- Monitoreo Fetal ausencia dinámica fetal

**Diagnóstico Diferencial:** Hipoglucemia en la Embarazada

- Latido cardíaco no audible
- Ausencia de dinámica fetal en monitoreo fetal.
- Ausencia de movimientos fetales.

**Diagnóstico definitivo:** Embarazo a término más óbito fetal

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

Este problema ocurre en la parroquia de Salinas, una zona rural indígena con costumbres y tradiciones, como el cuidado de un parto, que es realizada por las parteras de la parroquia debido a su mal manejo, ocurrió la muerte fetal intrauterino debido a la falta de conocimiento de los riesgos que puede causar si no sabe cómo actuar durante el parto.

Los profesionales de la salud participaron en una revisión profesional que no encontró latidos cardíacos y se refirió a la segunda etapa, que descubrió que el producto no tenía signos vitales. Se atendió parto por vía vaginal el cual se encontraba con líquido meconial pesado de mal olor el cual se colocó medicación.

**Tratamiento farmacológico que se administró:**

- Se coloca conducción con cloruro de sodio al 0.9% 1000ml más 10 unidades de oxitocina pasamos a 6ml/h y control cada media hora para terminación de embarazo por vía vaginal.
- Se aplica antibioticoterapia para que no se produzca una corioamnionitis. Ceftriaxona 1gramo IV cada 12 horas y clindamicina 900Mg cada 8 horas.
- Cabergolina 0,50mg por dos dosis y vendaje de mamas para parar la producción de leche materna

**Dieta:**

- Nada por vía oral (NPO). Durante seis horas luego dieta líquida a tolerancia

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

Paciente que es referida por personal médico de la comunidad de Salinas ingreso hospitalario se tomó signos vitales y se realizó exploración física para establecer el estado en que se encontraba la paciente, se verifico si se encontraba latido cardiaco fetal con Doppler digital, en cual no se detectaba.

Se mandó a realizar ecografía obstétrica para descartar muerte fetal intrauterina, al resultado de imagenología se confirma óbito fetal el cual se decide su ingreso

para terminación de embarazo por vía vaginal ya que estaba en labor de parto en fase activa.

Una vez hospitalizada se le coloca una vía con cloruro de sodio 0.9% 1000ml más 10 unidades de oxitocina para la conducción del parto.

Tras la realización de la historia clínica de la paciente se llega a la conclusión de que debido al mal manejo de la partera de la comunidad por realización de compresiones manuales de manera brusca produjo un sufrimiento fetal.

Se le realizó el proceso de atención de parto por vía vaginal del óbito fetal, el cual la paciente se encontraba con terapia psicológica porque no asimilaba la pérdida de su hijo.

## **2.8 Seguimiento.**

### **Primer día.**

La paciente referida por personal de salud de primer nivel que es ingresada por el área de emergencia, donde se la valora inmediatamente, se le realiza exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica dando un diagnóstico de óbito fetal, se canaliza vía para iniciar conducción de labor de parto, se administra medicamentos antibióticos. Se atiende el parto por vía vaginal.

**Segundo día.**

Paciente estable continúa con el tratamiento médico, se repiten los exámenes de laboratorio para controlar la evolución de la enfermedad.

Se le prescribe Cabergolina y vendaje de mamas para parar o cortar la producción de leche materna

**Tercer día.**

Se realiza interconsulta a psicología para tratamiento psicológico ya que la paciente no asimila la pérdida de su hijo.

**2.9 Observaciones.**

Con respecto a este caso se tomó las medidas necesarias para resolverlo, explicando a la paciente lo que le estaba sucediendo y que ocasiono esta muerte fetal.

La paciente no tuvo ninguna complicación ya que los exámenes no tuvieron alteraciones, después del procedimiento que se le realizo evoluciono favorablemente, pero tuvo un problema psicológico porque no asimilaba la pérdida de su bebe el cual se le hizo interconsulta con psicología para tratar este caso.

Se explico sobre el consentimiento informado para que sirve y como se utiliza. Este consentimiento sirve para que quede constancia de la paciente que está de acuerdo con el procedimiento que se le va realizar por parte del personal médico.

### **Propuesta.**

la Constitución de la República del Ecuador 2008 subraya en el artículo 32 que el estado garantiza la salud y otros derechos que sostienen una buena vida políticas públicas y acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, medidas y servicios para la promoción y atención integral de la salud sexual y reproductiva, basada en los principios de justicia, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, efectividad, precaución y bioética. En el Artículo 363, párrafo 6, se expresa el significado de garantizar medidas y servicios en el campo de la salud sexual y reproductiva y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, especialmente durante el Embarazo, parto y después del parto.(URC, 2013)

Mi propuesta la prevención de muertes fetales causadas por el manejo inadecuado de las parteras de las comunidades indígenas son:

- Creación de manual de bolsillo adecuado al idioma de ellos/as donde contenga información necesaria para el manejo y atención el parto, lo que se debe hacer y no se debe hacer acompañado de figuras para mejor entendimiento. Y que los TAPS (técnicos de atención primaria de salud) de cada comunidad capaciten de forma didáctica y usando palabras no tan técnicas para el entendimiento de las parteras, ya que algunas no saben leer ni escribir.

- Los TAPS deben hablar sobre la importancia del trabajo en conjunto con el personal de salud para que no se presente ninguna complicación durante la atención del parto.
- Realizar planificaciones con el personal de salud para la capacitación de las parteras para un mejor trabajo en la atención del parto, debe ser por lo menos una vez al mes, y en lo posterior a las parteras que no saben leer y escribir serán asesoradas por el técnico de atención primaria de salud de su comunidad para llegar a un manejo efectivo sin afectar las creencias de cada cultura.
- Creación de club de parteras o comadronas en cada comunidad en donde existe un nivel de atención primaria de salud con visitas frecuentes, charlas educativas dadas por parte del Ministerio de Salud Pública.
- Explicar a las parteras el uso de medidas de protección y el adecuado aseo que debe tener durante una labor de parto y las consecuencias que puede producir si no se tiene las medidas necesarias, el Ministerio de Salud Pública debe de proveer gorros, guantes, batas desechables, sábanas desechables, gasas, algodón, etc.
- Sociabilizar que el personal médico de cada comunidad trabaja las 24 horas del día para poder realizar un trabajo articulado y que el Ministerio de Salud Pública provea las medidas necesarias para el transporte de pacientes desde su domicilio en la comunidad hasta el centro de salud más cercano ya sea para controles prenatales o para la atención el parto.
- Enseñar el uso de campana de Pinar por parte del personal de salud a las parteras ya que es muy importante para saber si él bebe está vivo o no.

## CONCLUSIONES

- Aumentar la participación familiar y comunitaria en el proceso de atención de parto con relevancia intercultural a través de la aplicación de Planes de nacimiento y emergencia, familia y comunidad.
- Fue posible evaluar la solución de la enfermedad para evitar complicaciones graves y determinar qué causó la muerte de este caso.
- Necesitamos dar a conocer la importancia de los controles prenatales que una mujer embarazada debe realizar durante su embarazo.
- Explicar los problemas que pueden surgir durante el embarazo y cómo lidiar con este problema.
- Acudir con un profesional de la salud altamente calificado para la realización de controles prenatales.
- Explicar los factores que conducen a la muerte fetal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade, F. (2018). *Problemas asociados a la falta de un banco de leche materna en el área de neonatología del hospital alfredo noboa montenegro de guaranda* [Uniandes].  
<http://45.238.216.28/bitstream/123456789/9381/1/PIUAMED076-2018.pdf>
2. Bhattacharya, S., Lamont, K., Scott, N. W., Jones, G. T., & Bhattacharya, S. (2015). Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350, 10–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3080>
3. Cevallos, R., & Amores, A. (2009). *Prestacion de Servicios de Salud en*

- Zonas con Pueblos Indígenas: Vol. I* (R. Rojas, G. Villacís, & M. Fuertes (eds.); I). Mantis. [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-los-pueblos-indigenas-de-las-americas&alias=161-presentacion-de-servicios-de-salud-en-zonas-con-pueblos-indigenas&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-los-pueblos-indigenas-de-las-americas&alias=161-presentacion-de-servicios-de-salud-en-zonas-con-pueblos-indigenas&Itemid=599)
4. Gavilánez, Jimmy. Paucar, E. (2019). *Factores de riesgo relacionados con la defunción fetal en el Ecuador durante el período 1997 al 2017* [Universidad Central del Ecuador].  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19267/1/T-UCE-0005-CEC-223.pdf>
  5. José, V. (2016). Muerte fetal tardía. *Libro Blanco de La Muerte Súbita Infantil*, 29–36.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_1382443264.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf)
  6. Mendoza, J. A. A. H. L. J. J. F. F. (2019). Estudio clínico factorial del riesgo de muerte fetal tardía en el Hospital Juárez de México. *Hospital Juárez de México*, 86(3), 1–3. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2019/ju193c.pdf>
  7. Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Modelo de Atención Integral Del Sistema Nacional de Salud.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
  8. Navas, M. (2011, April 13). *Bebés que mueren antes del parto: un drama invisible* - *BBC News Mundo*. BBC/NEWS.  
[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/04/110413\\_partos\\_muertos\\_glo](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/04/110413_partos_muertos_glo)

bales\_men

9. OPS. (2017, October). *El conocimiento ancestral de las parteras se articula al Sistema de Salud*.  
[https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1872:el-conocimiento-ancestral-de-las-parteras-se-articula-al-sistema-de-salud&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1872:el-conocimiento-ancestral-de-las-parteras-se-articula-al-sistema-de-salud&Itemid=360)
10. Perez, C. (2017, September 16). *El parto andino, una tradición que permanece*. 1–1. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional/1/el-parto-andino-una-tradicion-que-permanece>
11. Redondo-De Oro, K., Gómez, J., & Barrios, L. (2016). Identificación de las Causas de Muerte Fetal en una Institución Hospitalaria de Atención Materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3), 187–196.  
<https://doi.org/10.18597/rcog.766>
12. Ruiz, E. (2018). *Protocolo Manejo de la Muerte Fetal in útero* (Primera, Vol. 1). Sanatorio Alemán . <https://www.sanatorioaleman.cl/wp-content/uploads/2018/03/PROTOCOLO-MUERTE-FETAL-IN-UTERO.pdf>
13. URC, C. (2013). *Atención de Parto con Pertinencia Intercultural*.  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seg\\_uimiento/14/Propuesta APPI por territorio.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seg_uimiento/14/Propuesta APPI por territorio.pdf)
14. Weeks, A., & Faúndes, A. (2017). Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99.  
[http://www.misoprostol.org/downloads/misoprostol-journals/IJGO\\_Intro\\_Weeks.pdf](http://www.misoprostol.org/downloads/misoprostol-journals/IJGO_Intro_Weeks.pdf)
15. Zarchi, D. (2018). *La situación actual de la Partería en el Ecuador*.  
<http://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/10022/6/UDLA-EC-TPE->

2018-22.pdf

16. UNICEF. State of the World's Children 2009. New York: UNICEF; 2009.
17. Perez F, Aung KD, Ngoro T, Engelsmann B, Dabis F. Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. *BMC Public Health*. 2008;8:401-14.
18. Laza C, Ruiz CH. Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional en el Valle del río Cimitarra. *Ciencia Enfermer*. 2010;26(1):69-76.

## ANEXOS





