



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
gradoacadémico de Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta Obstétrica Ante Muerte fetal de 23,5 SG en pacientes
Primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II

AUTORA

María Diocelina Masapanta Masapanta

TUTOR

OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO

Babahoyo- Los Ríos

- Ecuador 2022



Contenido

I.	AGRADECIMIENTO	4
II.	DEDICATORIA	5
III.	TEMA	6
IV.	RESUMEN.....	7
V.	ABSTRACT	8
VI.	INTRODUCCION.....	9
1.	MARCO TEORICO	10
1.1.	DEFINICION DE MUERTE FETAL.....	10
1.1.1.	FACTORES DE RIESGO	10
1.1.2.	CAUSAS	11
1.2.	DEFINICIÓN DE OBESIDAD	12
1.2.1.	CONSIDERACIONES DE LA OBESIDAD	12
1.2.2.	GRADOS DE OBESIDAD.....	13
1.2.3.	CAUSAS	13
1.3.	DIAGNOSTICO.....	14
1.4.	TRATAMIENTO EN UN FETO SIN PATOLOGIAS	15
1.5.	JUSTIFICACIÓN.....	16
2.	OBJETIVOS	17
2.1.1.	Objetivo general	17
2.1.2.	Objetivos específicos.....	17
3.	DATOS GENERALES.....	17
4.	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	18
4.1.	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	18
4.2.	HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE.....	18
4.3.	ANAMNESIS	19
4.4.	EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	19
4.5.	INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS..	20
4.6.	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	21
4.7.	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	22
4.7.1.	ORIGEN DEL PROBLEMA.....	22
4.7.2.	Procedimientos	233
4.8.	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	25
4.9.	SEGUIMIENTO.....	26
5.	OBSERVACIÓN	28
6.	CONCLUSIONES.....	29
7.-	BIBLIOGRAFÍA	30
8.	ANEXOS.....	333



Índice Tablas

Tabla 1: Estado nutricional Materno (el autor)	13
Tabla 2: Datos Generales Paciente	17
Tabla 3: Antecedentes Clínicos Paciente	18
Tabla 4: Score mama de la paciente	20
Tabla 5: Resultados de exámenes de laboratorio de la paciente	20
Tabla 6: Resultados de exámenes Uroanálisis de la paciente	21

Índice Figuras

Figura 1: Anexo I: Resultado de los exámenes al ingreso de la paciente (La autora)...	333
Figura 2: Anexo II: Resultado de los exámenes de egreso de la paciente (La autora).	333
Figura 3: Anexo III: Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso de paciente (La autora).	344
Figura 4: Anexo IV: Informe ecográfico de control post-parto de la paciente (La autora).	344
Figura 5: Anexo V: Informe porcentual de la plataforma anti plagio.....	355



I. AGRADECIMIENTO

A Dios por lo que fui, por lo que soy y por lo que seré; por ser el eje que permite vivir cada día para brillar por su inmenso amor en una vida de servicio a los demás.

A RICARDO Y BEATRIZ, como padres han brindado amor, comprensión, apoyo y la libertad de desenvolverme en mi carrera profesional.

A RICARDO, GABRIEL, TANIA y ERIKA, hermanos de sangre por el apoyo y cariño brindado en este camino.

A ROBERTO, mi querido hermano, sin ÉL, nada de esto sería posible.

A DANIEL y FRANCISCO, abuelos que ya no están en la vida terrenal, que me acompañan y los llevo en el corazón.

A Docentes, que llegaron a las aulas y a mi corazón con el propósito de dejar un legado para mi futuro profesional.



II. DEDICATORIA

En honor a todas las mamás que han perdido a sus hijos in útero y que no han encontrado respuestas a sus incertidumbres, con esta investigación entrego mis conocimientos para ayudarlas en este proceso de entrega cuando se es madre, comprometiéndome a proveerles apoyo para evitar riesgo durante el embarazo. Espero que se nutran de esta información que comparto para tener embarazos a términos felices.

Al gremio de obstetras ser empáticos con los pacientes porque cada mujer lidia con conflictos que desconocemos y es nuestro deber apoyarlos en todo el proceso de la vida prenatal, el soporte que recibe una madre antes de embarazarse es fundamental para crear ambientes de confianza y calidez y las mamás acuden a controles prenatales donde se les ayuda a fomentar estilos de vida saludables para evitar complicaciones futuras.

A la Comunidad Científica, mis aportes a la investigación en salud materna no se detendrán para cumplir en alcanzar la meta en la Disminución de Mortalidad Materna/Neonatal.



III. TEMA

“CONDUCTA OBSTETRICA ANTE MUERTE FETAL DE 23,5 SG EN
PACIENTES PRIMIGESTA DE 20 AÑOS CON SOBREPESO GRADO II”



IV. RESUMEN

El peso corporal de una mujer en estado gestación es considerado como un punto complejo durante este proceso. Puesto que no solo afecta a cambios físicos sino también a un cambio en el metabolismo placentario. La variación en el peso es debido a factores genéticos, étnicos y socioculturales, según la organización mundial de la salud.

A partir de estos datos es que se busca determinar los diferentes riesgos que puede llegar a tener una mujer embarazada, sus consecuencias durante el periodo de gestación, todo ello por medio de la recopilación de antecedentes tanto de la paciente como del círculo de condiciones a la que esta se halla inmersa.

Se detalla también en este estudio que el sobre peso en una mujer embarazada llega a afectar directamente al feto en desarrollo, con complicaciones de alto y menor riesgo, siendo estas por ejemplo complicaciones para el parto en comparación a una mujer que lleva un peso normal de embarazo.

Así mismo el embarazo en este caso se ve afectado por riesgos desembocados en el tema principal puesto que un aumento de IMC durante el embarazo se ve traducido y relacionado en complicaciones de crecimiento anormal del feto, riesgos de malformaciones fetales, parto prematuro o en el peor de los casos una muerte fetal.

Palabras claves: Muerte fetal, peso corporal, metabolismo placentario, gestación.



V. ABSTRACT

The body weight of a pregnant woman is considered a complex point during this process. Since it not only affects physical changes but also a change in placental metabolism. Variation in weight is due to genetic, ethnic and sociocultural factors, according to the World Health Organization.

Based on these data, it is sought to determine the different risks that a pregnant woman can have, its consequences during the gestation period, all of this through the collection of antecedents of both the patient and the circle of conditions to which she is exposed. that it is immersed.

It is also detailed in this study that being overweight in a pregnant woman directly affects the developing fetus, with high and lower risk complications, these being, for example, complications for childbirth compared to a woman who carries a normal weight of pregnancy. Likewise, pregnancy in this case is affected by risks leading to the main issue since an increase in BMI during pregnancy is translated and related to complications of abnormal growth of the fetus, risks of fetal malformations, premature birth or worse of cases a fetal death.

Key words: Fetal death, body weight, placental metabolism, pregnancy.



VI. INTRODUCCION

La obesidad es considerada una enfermedad de impacto mundial que afecta de forma directa y en gran número a las mujeres, lo que da como resultado una reducción en los índices de fecundidad en las mujeres de entre 19 y 27 años de edad, misma que es considerada una etapa apta para la reproducción, lo que desemboca en un aumento considerable de riesgo en cuanto a la posibilidad de padecer patologías obstétricas y una mayor tasa de morbilidad perinatal.

El desarrollo de la obesidad es considerado un estado muy normal en la etapa del embarazo en las mujeres primigesta, puesto que las pacientes sobreentienden que es un cambio natural durante el proceso de gestación, misma que figura a una condición riesgosa de salud tanto para la madre como para el feto en desarrollo, debido a complicaciones que pueden denotarse en un periodo de corto o largo plazo.

De tal manera que se deduce que una mujer con problemas de obesidad durante su embarazo requiere mayor cuidado y vigilancia constante durante los nueve meses de gestación, debido a los inconvenientes que pueden llegar a ocasionarse.

Numerosos estudios demuestran que los problemas de sobrepeso en embarazadas dan como resultado un alto índice de muerte fetal, de tal manera que su índice de mortalidad es mucho más alto que las mujeres que no padecen de obesidad. Por otra parte, un problema colateral es lactancia misma que se origina con la condición mencionada anteriormente, puesto que las madres presentaran complicaciones para empezar y mantener la lactancia (Aguilar, 2016).



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION DE MUERTE FETAL

Se considera como muerte fetal al estado en el que se denota la ausencia de los signos vitales, antes de llevar a cabo el acto de la disgregación del cuerpo de su progenitora, a partir de la semana 20 de gestación, puesto que se considera que a partir de las 12 semanas es llamado feto y menor a este tiempo se lo denomina embrión, además en algunos países no se considera el tiempo de desarrollo del feto sino más bien el peso que desarrolla siendo este un valor inicial de 350g para ser considerado un feto (Martínez, 2014).

La muerte del feto es considerada uno de los resultados trágicos más concurrente en el embarazo y considerado el más difícil de tratar tanto de manera patológica como de forma psicológica (Sánchez, 2016).

Hoy en día se conoce que no existe un organismo responsable de determinar la causa de muerte de un feto es por ello que muchas veces se conoce la existencia de casos conocidos como una muerte fetal inexplicable, puesto que ni en la autopsia ni en un examen desarrollado de manera histológica al cordón umbilical o a la placenta se alcanza a deducir su causa, por ello es que se conoce que existen un sin número de causas para la muerte fetal (Dulay, 2020).

1.1.1. FACTORES DE RIESGO

- **Microambiente:** Hace referencia a las condiciones económicas y culturales



en las que se encuentra inmersa la mujer embarazada.

- **Microambiente:** señala los entornos que están relacionados con el feto, tales como: cordón umbilical, feto, líquido amniótico, placenta (Sánchez E, 2019).

1.1.2. CAUSAS

- **Desprendimiento de Placenta:** esta complicación del embarazo es difícil de presentarse con frecuencia, pero a su vez considerada muy grave. La placenta se aloja en el útero de la mujer y a su vez este alberga a bebe en desarrollo.

La separación de la placenta se lleva a cabo cuando esta se desprende total o parcialmente de las paredes del útero en las cuales está alojado antes de desarrollarse el parto, lo que da como resultado una restricción de condiciones de vida del feto como es la falta de oxígeno, esto a su vez viene acompañado de un fuerte sangrado de la mujer gestante (Ovalle, 2015).

- **Obesidad:** grave (índice de masa corporal [IMC] igual o superiora 40).
- **Ruptura de membranas:** la ruptura de membranas de forma prematura es considerada como la perdida de líquido que envuelve al feto durante el embarazo sin importar el tiempo de embarazo, este acto se desenvuelve antes del parto (Oviedo, 2019).

Cuando las membranas se rompen se considera el acto llamado romper aguas, que se refiere al líquido amniótico, mismo que es evacuado por la vagina de una mujer, la cantidad dependerá del grado de ruptura de manera que puede evidenciarse como goteo o chorro, a partir de esta secesión de líquido es importante que la paciente se ponga en contacto con personal médico (Vogelman, 2016).



El acto de la ruptura de las membranas suele suceder en la fecha próxima al parto, esto quiere decir a partir de las 37 semanas de gestación indicando el término del estado de embarazo, por otra parte, cuando el acto de ruptura se desarrolla antes de las 37 semanas de gestación se denomina una ruptura prematura, misma que puede dar origen a un parto prematuro (Molina, 2010).

1.2. DEFINICIÓN DE OBESIDAD

La obesidad es considerada una enfermedad de evolución crónica, que se origina por muchos factores, su principal manifestación se denota en el aumento de masa corporal. El sobrepeso y la obesidad ocasionan efectos negativos en la salud, afectando especialmente a las mujeres embarazadas, puesto que pueden llegar a adquirir diferentes patologías relacionadas a este tales como, diabetes, complicaciones cardiovasculares hipertensión y la más importante en este proyecto el riesgo de morbimortalidad (Lozano, 2016).

1.2.1. CONSIDERACIONES DE LA OBESIDAD

Se conoce que la organización Mundial de la Salud recomienda calcular el índice de masa corporal (IMC) para determinar si su masa está dentro de los intervalos para ser considerado saludable, de tal manera que para este cálculo toma en cuenta la estatura y el peso de cada ser humano, es importante saber que el intervalo en adultos para ser considerado como saludable radica de entre 18,5 a 24,9. En caso de tener un IMC menor a 18,5 se conoce como una persona con bajo peso, por otra parte en cambio un IMC en rangos de 25 a 29 nos da a conocer que existe sobrepeso y los valores por encima de 30 indican el estado de obesidad (Fernández, 2013).

1.2.2. GRADOS DE OBESIDAD

Tabla 1: Estado nutricional Materno (La autora).

ESTADO NUTRICIONAL	IMC
BAJO PESO	$< 18,5 \text{ Kg/m}^2$
PESO NORMAL	$\geq 18,5 - 24,9 \text{ Kg/m}^2$
SOBREPESO	$\geq 25 - 29,9 \text{ Kg/m}^2$
OBESIDAD I	$\geq 30 - 34,9 \text{ Kg/m}^2$
OBESIDAD II	$\geq 35 - 39,9 \text{ Kg/m}^2$
OBESIDAD III	$\geq 40 \text{ Kg/m}^2$

1.2.3. CAUSAS

- **Diabetes gestacional:** este tipo de diabetes aparece en las mujeres a partir del embarazo, en muchos casos este tipo de diabetes puede presenciarse en las mujeres en varias ocasiones de embarazo.

Esta patología suele aparecer en la mitad de la gestación es decir entre las 24 y 28 semanas, la diabetes gestacional es controlable con sencillos actos de alimentación sana, ejercicios, y en casos particulares la paciente necesitara la dosificación de porcentajes de insulina (Arias, 2017).

- **Preeclampsia:** es la patología en donde se evidencia el aumento de la presión arterial en pacientes en estado de gestación, particularmente la preeclampsia aparece a partir de la semana 20 de embarazo, esta anomalía en el embarazo es poco frecuente de evidenciarse.

La preeclampsia en las mujeres puede aparecer después del parto, comúnmente luego de las 48 horas de haber dado a luz, denominándose, así como preeclampsia



postparto (Ramoneda, 2018).

1.3. DIAGNOSTICO

Signos indirectos de muerte fetal, es la ausencia de movimientos, aunque este no es un punto tan esencial puesto que el intervalo de movimientos del feto puede variar de acuerdo al proceso de crecimiento del feto siendo cada vez menos notorio el movimiento ante su crecimiento, debido a que el mismo tendrá menos espacio para moverse libremente (Pons, 2016).

Los parámetros como perfil biofísico fetal, cardiotocografía en reposo son métodos que nos ayudan a evaluar el bienestar fetal.

Perfil Biofísico: estudio ecográfico en tiempo real, que evidenciar las condiciones en las que está inmerso feto y así como también la frecuencia y el estado de sus signos vitales (Serrano, 2017).

Cardiotocografía en reposo: medición de la frecuencia cardíaca del feto en fase activo o en reposo, considerando la variación acorde al momento del estudio y las condiciones socioambientales fetales que predisponen a una evaluación fetal.

Por otra parte, identificar la causa de este suceso es muy importante y es por este motivo que los médicos identifican los factores que llegaron a ocasionar dicho problema, apoyándose en exámenes más exactos siendo estos sanguíneos y genéticos en donde se evalúa la posible presencia de infecciones, trastornos en la tiroides o a su vez una diabetes (Jacobson, 2020).

Por último, es recomendable realizar una evaluación simultánea del feto para tratar de hallar posibles causas de una muerte fetal, cuando se evidencia anomalías como infecciones, anomalías cromosómicas. De igual manera es importante evaluar el útero y la placenta puesto que es el lugar de alojamiento



del feto y puede ser también el origen de una anomalía en el embarazo (Marshall, 2021)

1.4. TRATAMIENTO EN UN FETO SIN PATOLOGIAS.

El manejo de la muerte fetal para la extracción del producto se considera el tiempo de embarazo si es menor a 24 semanas, se lleva a cabo una dilatación de cuello uterino para su respectiva extracción, o en otras circunstancias existe el tratamiento de la medicación a la paciente de manera que facilite dicha extracción, con el uso de misoprostol (Randall, 2018).

En caso de evidenciar algún resto del feto o a su vez de la placenta dentro del útero es necesario realizar un legrado usando el método de aspiración, en donde se utiliza el espejo para proceder a abrir las paredes vaginales y de esta manera dilatar el cuello de útero, para posterior a ello introducir el tubo flexible que extraerá el feto muerto y de igual manera la respectiva placenta. La aspiración se puede realizar por medio de una energía eléctrica o a su vez por una jeringa accionada manualmente (Neilson, 2019).

Es importante también tomar en cuenta la parte emocional tanto como la parte física puesto que luego de realizar el procedimiento de extracción del feto muerto la mujer debe recibir cuidados similares al de una mujer que haya realizado un parto normal, de igual manera esta paciente necesita apoyo moral constante debido a las variaciones emocionales que esta puede llegar a tener (Lopez, 2019).



1.5. JUSTIFICACIÓN

En los últimos informes emitidos por el INEC, en el año 2021 en el Ecuador se registraron 1.437 defunciones fetales, de las cuales el 47,2% corresponden a casos en mujeres de entre 20 a 29 años de edad según el grupo de edad de las madres, así mismo según las semanas de gestación el 21,6% del total de muertes fetales corresponde a casos en donde las madres tienen un periodo de entre 21 a 24 semanas de gestación (INEC, 2021).

Se considera a la obesidad como la principal causa de gran repercusión en la muerte fetal debido a las alteraciones en la salud que puede llegar a ocasionar en una mujer gestante, es así que para el año 2009 el sobrepeso en las mujeres embarazadas llegaba a alcanzar una cifra de 31% y la obesidad en este mismo tipo de pacientes un índice de 20,9% estas cifras fueron publicadas por el Inec, por ello en mujeres con este caso se logra apreciar una mayor incidencia de aborto, mayor tasa de fracaso (Garlos, 2012).

Este estudio tiene como finalidad determinar los índices de riesgo que puede sufrir una mujer embarazada al padecer problemas de sobrepeso y obesidad todo ello con relación a una muerte fetal intrauterina, con una metodología basada en el fenómeno causa- efecto, para de tal manera establecer parámetros que garanticen un estado saludable para el tipo de mujeres en estudio, en un periodo preconcepcional y durante el periodo de gestación.



2. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

Argumentar la conducta obstétrica ante muerte fetal de 23,5 SG en primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.

2.1.2. Objetivos específicos

- Investigar causa de la muerte fetal de 23,5 SG en primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.
- Revisar la conducta obstétrica ante muerte fetal de 23,5 SG en pacientes primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.
- Justificar la conducta obstétrica ante muerte fetal de 23,5 SG en pacientes primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.

3. DATOS GENERALES

Tabla 2: Datos Generales Paciente (La autora).

Nombres completos: xxx	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: xxxxx	Edad: 20 años
Fecha de nacimiento: xxxxxx	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama DeCasa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Quevedo	Religión: Católica



Nivel sociocultural/económico: Bajo	Hospital: Sagrado corazón de Jesús
Fecha de ingreso: 16/05/2021	FUM: 01/12/2020

4. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

4.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente sexo femenino de 20 años de edad acude al área de emergencia de ginecología en un estado de embarazo de 23.5 SG por FUM en la cual refiere un cuadro de 48 horas de dolor abdominal y perdida de líquido transvaginal.

4.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Tabla 3: Antecedentes Clínicos Paciente (La autora.)

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Diabetes
Antecedentes quirúrgicos	Ninguno
Alergias	No
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	5/28
Inicio de vida sexual:	18 años
Planificación Familiar:	No Usaba
Parejas sexuales:	2
Gestas 0	Abortos: 0
Partos 0	Cesáreas 0
Fecha de la última menstruación:	01/12/2020
Controles prenatales Del embarazo actuales:	2
Ecografías:	2
Edad gestacional:	23.5 SG
Papanicolaou:	No aplica



4.3. ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 20 años de edad acude al área de emergencia de Gineco-Obstetricia en compañía de Familiar. Al momento orientada en tiempo y espacio, fascie tranquilo, afebril, que cursa con embarazo de 23,5 semanas de gestación por FUM, refiere cuadro clínico de +/- 48 horas de evolución que se caracterizó por presentar dolor abdominal en hipogastrio que se irradia a columna lumbosacra de leve a moderada intensidad tipo cólico, que se acompaña de perdida de líquido transvaginal en moderada cantidad, no refiere otros síntomas durante interrogatorio, niega cefalea, niega síntomas respiratorios.

4.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA.

- **Aspecto General:** Paciente orientada en tiempo y espacio.
- **Cabeza:** Normo cefálico.
- **Fascie:** Tranquilo.
- **Cuello:** Simétrico sin adenomegalias.
- **Mamas:** Simétricas, no dolorosas a la palpación, tanner V.
- **Torax:** Simétrico; Cardiopulmonar: Murmullo vesicular presente.
- **Ruidos Cardiacos:** Rítmicos.
- **Abdomen:** Gestante Producto sin vida.
- **Genitales:** Especuloscopia se evidencia salida de líquido transvaginal en escasa cantidad, cérvix permeable alto Blando.
- **Extremidades:** Pulsos Distales presentes, edema leve.



SCORE MAMA DE 0

Tabla 4: Score mama de la paciente (La autora).

Clasificación del scoremama	Parámetros en paciente	Puntuación
Sístole	120	0
Diástole	60	0
FC	92	0
FR	21	0
T	36.4	0
Sat.	98%	0
Estado de conciencia	(-)	0
Proteinuria	(-)	0
	Puntuación	0

4.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Tabla 5: Resultados de exámenes de laboratorio de la paciente (La autora).

EXÁMENES DE LABORATORIO	
Grupo Sanguíneo	ORH+
Hemoglobina	12.3
Linfocitos	10.3
Hematocrito	36.3
Plaquetas	227000
Neutrófilos	83.1
Eosinófilos	1.1
TP	12
TTP	39
VIH-VDRI	NO REACTIVO



Tabla 6: Resultados de exámenes Uroanálisis de la paciente (La autora).

UROANALISIS		
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD
Color	Amarillo	
Aspecto	Ligeramente Turbio	
Densidad	1.020	
Ph	6.0	
Leuco	10-25	Leuco/uL
Nitritos	Negativo	
Proteínas	Trazas	mg/dL
Glucosa	Negativo	mg/dL
Cuerpos Cetónicos	Negativo	mg/dL
Sangre	Negativo	Ery/uL
Hemoglobina	Negativo	Ery/uL

4.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico Presuntivo:

Embarazo de 23,5 SG más amenaza de parto inmaduro más leucorrea.

Diagnóstico Diferencial:

Embarazo de 23,5sg más Amenaza de parto inmaduro más ruptura prematura de membrana.

Diagnóstico Definitivo:

Óbito fetal de 23,5 sg más Ruptura Prematura de Membrana.



4.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

4.7.1. Origen del problema

12/02/2021 La paciente fue captada como embarazada en el centro de Salud “7 de octubre” con 10 semanas de gestación, Peso 81,4kg; FC: 85; TA: 110/66; FR: 20 T: 36; Saturación de Oxígeno: 99%; Estado de Conciencia: Alerta; Proteinuria: NA; Total SCORE MAMA :0

18/03/2021 Paciente Subsecuente con 15 semanas de gestación, Peso 80.9kg; FC: 79; TA: 100/60; FR: 20 T: 36.6; Saturación de Oxígeno: 96%; Estado de Conciencia: Alerta Proteinuria: NA; Total SCORE MAMA :0

19/04/2021 Paciente Subsecuente con 19 semanas de gestación, Peso 84.2kg; FC: 87; TA: 115/67; FR: 20 T: 36.4; Saturación de Oxígeno: 98%; Estado de Conciencia: Alerta Proteinuria: NA; Total SCORE MAMA :0

16/05/2021 Paciente con embarazo de 23.5 semanas de gestación por FUM refiere cuadro clínico de +/- 48 horas de evolución caracterizado por presentar pérdida de líquido transvaginal y dolor abdominal en hipogastrio que se irradia en columna lumbosacra de leve a moderada intensidad. Se realiza especuloscopia se evidencia salida de líquido transvaginal y cérvix permeable Alto Blando. Por lo que se decide ingreso hospitalario.

Paciente de 20 años en la cual se determinó la causa de muerte fetal por rupturas prematura de membranas de acuerdo a la guía de práctica clínica detalla que la recurrencia de RPM se produce en el 10% de las gestaciones. La



Causa de Ruptura Prematura de Membrana es multifactorial y varia con la edad gestacional, en la mayoría de los casos se desconoce la causa. Se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua cuando la ruptura ocurre a menor edad gestacional, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de la membrana. (GRACIA, 2017)

En casos como este se debe llevar un proceso exacto de una paciente con cuadro de rupturas de membranas, tomando en cuenta la maduración del producto y además en relación al pronóstico que se le dé al neonatal, de igual manera es importante tomar en cuenta el riesgo materno que se puede llegar a tener luego de haber realizado algunos exámenes para confirmar el diagnóstico exacto, de manera que se lleve a cabo el procedimiento correcto que en la mayoría de los casos es la interrupción del embarazo.

Se considera que este tipo de patología en el área obstétrica afecta en gran número a mujeres embarazadas, es decir que es posible que todos los embarazos se vean afectados por una patología como esta, de manera que todo ello desemboque en riesgos de morbilidad materno perinatal y de igual manera causando una serie de complicaciones tales como: infección postparto, sepsis materna, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia intraventricular, riesgo de compresión en el Cordón umbilical.

4.7.2. Procedimientos

Paciente se admite en área de observación para valoración de score mama, exámenes de laboratorio, Reposo, Cuidados de enfermería. Se coloca Ampicilina 1 gramo intravenosa en dosis inicial.

Seguido se prescribe:

- Solución salina 0.9%-1000cc IV. A 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 1gr IV. Cada 6 horas.



Luego de 2 horas paciente presenta Trabajo de Parto, se retira producto sin signos vitales, se realiza alumbramiento activo y se revisa útero, extrayendo restos de membrana. Paciente con útero contraído, se le permite pase a recuperación; se indica reposo, control de signos vitales cada 8 horas, cuidados de enfermería, biometría hemática y ecografía de control.

Se Prescribe:

- Solución Salina 0.9% 1000cc IV a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 1 gr IV. Cada 6 horas.
- Paracetamol 1gr VO. Cada 8 horas.

Se recibe Reporte de ecografía de control en la cual se evidencia restos corioplacentarios; se realiza AMEU bajo anestesia general en posición ginecológica, se realiza la Aspiración Endouterina, se obtuvo abundantes restos corioplacentarios. Se indica Dieta general; Score mama; vigilar sangrado genital y biometría hemática.

Se prescribe:

- Cloruro de sodio al 0.9% a 17 gotas por minuto.
- Ampicilina 1 gr IV. Cada 6 horas.
- Metilergometrina: 0,2 mg IM. Cada 12 horas y 2 dosis.

Al tercer día de Hospitalización, Se da Alta médica, luego de revisar Biometría Hemática que Reporta: Hemoglobina: 11.0; Hematocrito: 33.5; Plaquetas: 237, 000; Glóbulos Blancos: 8.53; Se indica signos de alarma; Asesoría en Planificación Familiar y paciente decide planificar con Anticonceptivo Combinado Oral.

Se Prescribe:



- Cefalexina 500 mg VO. Cada 8 horas.
- Paracetamol 500mg VO. Cada 8 horas.
- Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 0.03mg VO. 1 tableta Cada día.

4.8. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La interrupción del embarazo no tendrá en cuenta la salud fetal, en fetos de segundo trimestre (13 a 24 semanas) ya que no tienen posibilidades de sobrevida extrauterina. La conducta a seguir será la inducción del trabajo de parto para lograr vaciamiento uterino y luego se realizará legrado de la cavidad uterina. Según la literatura la tasa de éxito oscila entre 80 y 95%, 24 a 48 horas después de iniciado el procedimiento de los métodos de vaciamiento. (Minsa, 2015)

Según lo enunciado por el departamento de salud y su material práctico, luego de varias evaluaciones de los casos de muerte fetal se dedujo que estos cuadros que son instrumentos prácticos para la valoración de signos vitales y la determinación de presencia de patologías obstétricas.

Se determinó que era un caso de muerte fetal por el concepto establecido en la guía del ministerio de salud que indica que la muerte fetal va ligado estrechamente a complicaciones durante el embarazo y pueden presentar en cualquier momento del periodo de gestación, razón por la cual deben solicitar tratamiento para casos de muerte fetal, de manera que se actué de manera oportuna ante estos casos.

Este tipo de anomalías en el embarazo incrementa de forma exorbitante la morbi-mortalidad materna neonatal y por tanto el manejo de RPM depende de la edad



gestacional de la paciente.

En embarazos que tienen un tiempo de desarrollo menor al de 24 semanas el manejo expectante no se justifica, puesto que para llegar a esa determinación se debe realizar un diagnóstico mediante todos los medios clínicos posibles, lo que da como resultado la recomendación de interrumpir el embarazo, debido a que el pronóstico del neonatal es desfavorable y existe la presencia de un riesgo materno. Por otra parte, en casos de embarazos de entre 24 a 34 semanas 6 días, se recomienda un procedimiento con el fin de una maduración pulmonar fetal y antibiótico terapia profiláctica para mejorar el pronóstico neonatal y disminuir la morbi-mortalidad materna (MSP, Guía práctica, 2015).

4.9. SEGUIMIENTO.

Ingreso: 16/05/2021

Paciente femenino de 20 años de edad ingresa al servicio de ginecoobstetricia 16/05/2021- 1h15 por Muerte fetal de 23,5 SG en paciente Primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.

Luego del ingreso de la paciente se realiza alumbramiento activo y se revisa útero, extrayendo restos de membrana, el cual se realiza sin complicaciones y posteriormente se reciben resultados de laboratorio que indican hemoglobina: 12.5.

Dg: Muerte fetal de 23,5 SG en paciente Primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II.



Segundo día de ingreso: 17/05/2021

Paciente luego se realiza ecografía de control en la cual reporta restos corioplacentarios se realiza AMEU bajo anestesia general en posición ginecológica, se realiza la Aspiración Endouterina, se obtuvo abundantes restos corioplacentarios.

Tercer día de ingreso: 18/05/2021

Paciente hemodinámicamente estable al momento activa reactiva, orientada en tiempo y espacio refiere sentirse bien. Al examen físico abdomen suave depresible, útero contraído no doloroso a la palpación. Se deja en observación para continuar antibioticoterapia y se solicita biometría de control.

Cuarto día de ingreso: 19/05/2021

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable asintomática, con score mama 0, se dispone el alta informando los signos de alarma, asesoría en planificación familiar para la cual paciente solicita Levonorgestrel de 0.15mg más etinilestradiol 0.3mg además de la administración de antibiótico vía oral.



5. OBSERVACIÓN

- Es muy importante que las mujeres en estado de gestación reciban atención médica y controles constantes para conocer el estado de su embrazo y prevenir ciertas afecciones durante este proceso.
- Tomar en cuenta el estado de nutrición de las pacientes embarazadas durante los controles para de esa manera prevenir anomalías tanto en el feto como en la mujer gestante, asegurando así una condición saludable para el desarrollo del embarazo.
- Hacer ecografías periódicas y programadas con el médico tratante para evaluar el desarrollo del embarazo de manera que se eviten complicaciones o el desarrollo de patologías dependientes de un embarazo no controlado.



6. CONCLUSIONES

- La muerte fetal de 23,5 SG en primigesta de 20 años con sobrepeso Grado II se produjo por Ruptura prematura de membrana según (Huiza, 2020)
- El manejo de la intervención ante la muerte fetal se basa en la causa, se cubre con antibioticoterapia +hidratación materna + extracción fetal por un método elegido según recomienda (Social, 2014)
- Como método efectivo para evitar pérdidas fetales en mujeres jóvenes con sobrepeso grado II, está en fortalecer los programas de salud materna enfocados en modulación de los hábitos alimenticios, sedentarismo, con sentido propositivo en el control del peso corporal porque un metabolismo deficiente es un factor inflamatorio con producción estrés oxidativo, enlentecimiento de los procesos metabólicos donde el sistema de defensa se inhibe exponiéndolo a infecciones que complican la vida materna y fetal (Pacheco, 2017).



7.- BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M. J. (2016). Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. *Scielo*.

Arias, A. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecología y obstetricia de México*, 3.

Dulay, A. (2020). Muerte fetal . *Manual MSD*, 6.

Fernandez, G. (2013). Consideraciones sobre obesidad y patologías gastrointestinales. *Oceano Medicina*, 4.

Garlos, B. (2012). Obesidad y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 154-158.

Huiza, L. (2020). La muerte fetal y la muerte neonatal . *Scielo*.

INEC. (diciembre de 2021). *Instituto nacional de estadísticas y censos*. Obtenido de Instituto nacional de estadísticas y censos.:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2020/Principales_resultados_ENV_EDF_2020.pdf

Jacobson, J. (2020). Monitoreo Prenatal . *Biblioteca Nacional de Medicina*.

Lozano, A. (2016). *Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo*. Honduras.

Machado, J. (2 de Noviembre de 2020). PREMICIAS. *5224 abortos espontáneos han sido atendidos por la red pública de salud*, pág. 1.



Marshall, S. (2021). *Monitorización cardíaca fetal electrónica*. Cuba.

Martinez, C. (2014). *“EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ÓBITO FETA*. Mexico.

Minsa. (2015). Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *GUIAS DE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO*.

Molina, S. (2010). *Muerte fetal anteparto*. Bogotá.

msdmanuals. (OCTUBRE de 2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>

Neilson, J. (2019). Tratamiento médico para la muerte fetal prematura (menos de 24 semanas). *Cochrane*.

Ovalle, A. (2015). Estudio anatómo, clínico de las causas de muerte fetal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 12.

Oviedo, Ó. (2019). *Muerte fetal intrauterina, síntomas, causas, apoyo*. Valencia.

Pacheco, J. (2017). Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *Scielo*.

Pons, A. (2016). Muerte Fetal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 7-11.

Randall, B. (2018). *The Society of Obstetricians*. Canada.

Sanchez, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *revista Medica SINERGIA*, 9.

Sanchez, L. (2016). Muerte fetal intruterina. *Portales Medicos*, 4.



Serrano, M. (2017). Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 300-305.

Social, I. M. (2014). Diagnostico y tratamiento de muerte fetal . *Guía de practica clinica GPC*.

Vogelman, R. (2016). *Revista de postgrado de V1a Cátedra de medicina*, 5.

8. ANEXOS

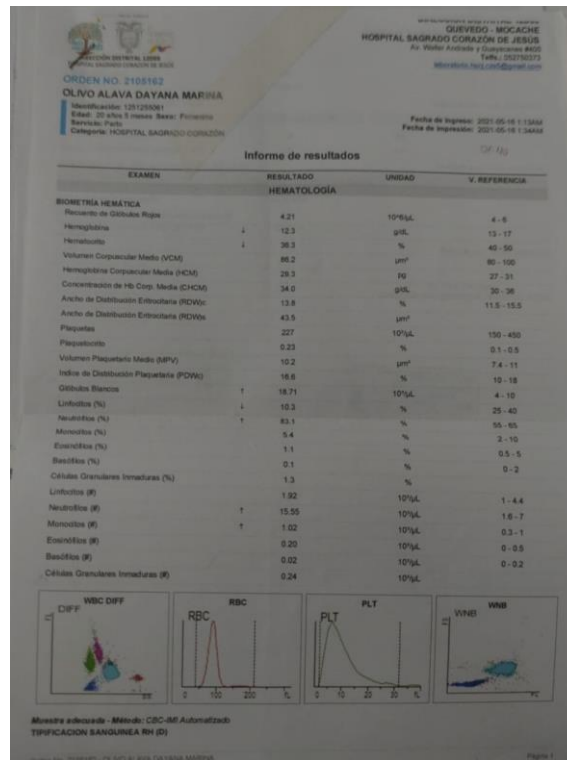


Figura 1: Anexo I: Resultado de los exámenes al ingreso de la paciente (La autora).

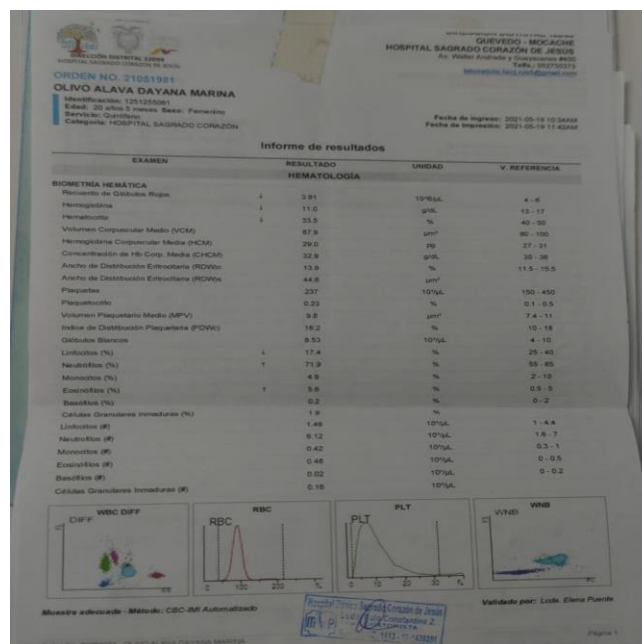


Figura 2: Anexo II: Resultado de los exámenes de egreso de la paciente (La autora).

DIRECCIÓN DISTRICTAL 12003 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS			
Grupo Sanguíneo	O		
Factor Rh	Positivo		
Muestra adecuada - Método: Aglutinación			Validado por: Leticia Gama Brito
COAGULACIÓN			
Tiempo de Protrombina TP	12	seg.	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	39	seg.	20 - 40
Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática			Validado por: Leticia Gama Brito
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS			
HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo		
Muestra adecuada - Método: Inmunoenzimografía			
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM	Negativo		
			Validado por: Leticia Gama Brito
Dr. Boris Zambrano Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico			

Figura 3: Anexo III: Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso de paciente (La autora).

Ministerio de Salud Pública
COORDINACIÓN ZONAL 6 - SALUD
 Coordinación Zonal 6 - SALUD
 Dirección Distrital de Salud 12003 Quevedo-Mocache / Hospital Sagrado Corazón de Jesús/ Unidad de Ecografía
QUEVEDO, 18/MAYO /2021

Paciente: OLIVO ALAVA DAYANA MARINA
 Edad: 20 Años

INFORME ECOGRÁFICO PELVICO

VEJIGA normal.
UTERO tamaño aumentado. En Antero versión, Perfil regular
DIÁMETRO LONG. 120mm. AP: 55mm.
TEXTURA regular homogénea.

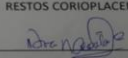
Cavidad endometrial ocupada por material ecogénico blando desorganizado en un volumen aproximado de 3.7cm³ sugestivo de restos corioplacentarios.

Endometrio mide 16mm

Ovarios de apariencias ecográficas normales
 No se observaron imágenes quísticas en este estudio.

Fondo de saco de Douglas libre

CONCLUSION ECOGRÁFICA: RESTOS CORIOPLACENTARIOS.


DRA. NELLY ACOSTA C.
SERVICIO DE ECOGRAFIA

18/5/2021 8:18

Av Guayacanes #400 Y Walter Andrade
 Teléfonos: 593 (5) 2750373
 instituciones.msp.gob.ec/cas

Figura 4: Anexo IV: Informe ecográfico de control post-parto de la paciente (La autora).



Figura 5: Anexo V: Informe porcentual de la plataforma anti plagio