



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta obstetrica en embarazada de 35 semanas de gestación
con un obito fetal

AUTORA

MARILIN YESSENIA GUARANDA SILVA

TUTOR

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2022

ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	3
II. DEDICATORIA.....	4
III. TEMA.....	5
IV. RESUMEN	6
V. ABSTRACT	7
VI. INTRODUCCION	8
1. MARCO TEORICO.....	9
1.1. DEFINICION	10
1.1.1. Muerte intrauterina.....	10
1.1.2. Obito fetal.....	10
1.1.3. Predisposición.....	10
1.2. CAUSAS PREDISONENTES A OBITO FETAL	12
1.3. CLASIFICACION DEL OBITO FETAL	13
1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS	13
1.5. DIAGNOSTICO	14
1.6. TRATAMIENTO	16
1.6.1. Via de interrupción.....	16
1.6.2. Inducción.....	16
1.6.3. Manejo obstétrico.....	17
1.7. COMPLICACIONES.....	17
1.8. RECOMENDACIONES.....	18
1.9. JUSTIFICACIÓN	19
1.10. OBJETIVOS	20
1.10.1. Objetivo general.....	20
1.10.2. Objetivos específicos.....	20
1.11. DATOS GENERALES	21
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	21
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.....	23
2.2. PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE LE PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	25
2.3. EXAMEN FISICO (EXPLORACIÓN CLINICO)	26
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	28
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO..	31
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	32
2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD	

CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	34
2.8. SEGUIMEINTO.....	35
3. OBSERVACIONES	36
4. CONCLUSIONES.....	36
5. BIBLIOGRAFÍA	37

I. AGRADECIMIENTO

En este día quiero agradecer a mis padres que han sido siempre el motor de mis sueños y esperanzas, fueron ellos quienes estuvieron en todo momento a mi lado durante mis años de estudio padres ejemplares a seguir que Dios me brindo. Hoy que concluyo mis estudios, no está de más agradecer a Dios que me brindo vida salud y fortaleza para seguir de pie, mis maestros, compañeros y amigos.

II. DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico Dios como mayor motor para seguir en pie frente a mis objetivos metas y sueños, a mis padres quienes estuvieron presentes en cada caída y triunfo logrado brindándome su amor, paciencia y esfuerzo para hoy cumplir un sueño más, por mantenerme en sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y por su supuesto mejor profesional.

III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN EMBARAZADA DE 35 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON UN OBITO FETAL”**

IV. RESUMEN

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.

Se suelen clasificar en tempranos, tardíos o a término. Ante estos eventos, es de vital importancia durante el proceso de finalización de la gestación, definir el diagnóstico etiológico para prevenir repeticiones de obitos fetales en gestaciones posteriores.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 27 años de edad que acude al centro hospitalario Martín Icaza transferida de un centro de salud de Baba, con cuadro clínico de 7 horas de evolución con diagnóstico de sangrado vaginal más óbito fetal la misma que es valorada por especialista y se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico extraendo el producto fetal obitado a través de una cesárea de emergencia ya que, debido al sangrado por desprendimiento placentario presenta cuadro leve de shock hipovolemico.

Palabras clave: óbito fetal, muerte intrauterina

V. ABSTRACT

Intrauterine death is a process that is difficult for the mother and family to accept, so great care is needed in handling the information, including the meticulous detail of the cause that triggers it, in such cases, for obvious reasons, help from Imaging studies to generate a definitive diagnosis. They are usually classified as early, late or term. However, a large number of cases of intrauterine death often remain without a precise causal diagnosis. In the face of these events, it is of vital importance during the pregnancy termination process to define the etiological diagnosis to prevent repetitions of fetal deaths in subsequent pregnancies.

In addition to the detection of the cause, psychological treatment for the mother and family is essential, as well as providing information on the intrauterine death of the fetus in the most appropriate way by the obstetrics-gynecologist professional.

We present the case of a patient of a 27-year-old patient who goes to the hospital center transferred from a health center with a clinical picture of 7 hours of evolution with a diagnosis of uterine bleeding plus fetal death, which is evaluated by a specialist and the surgical procedure is carried out extracting the fetal product received through an emergency cesarean section since, due to placental abruption bleeding, he presents a mild picture of hypovolemic shock.

Keywords: stillbirth, intrauterine death.

VI. INTRODUCCIÓN

El dueto madre e hijo, a pesar de cumplir un proceso fisiológico, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vida. La muerte fetal intrauterina sucede previa a la expulsión completa del producto de la concepción. Sin embargo para considerar un Óbito fetal debe estar sobre la semana 25 de gestación o con un peso al nacer mayor a 500 gramos esto lo menciona (Williams Obstetricia y ginecología, 2019).

Por ello se presenta el caso de un embarazo de 35 semanas de gestación con óbito fetal de más de 7 horas de evolución por desprendimiento de placenta, el cual a la evaluación clínica se presenta sangrado vaginal moderado, durante la ecografía se evidencia ausencia de latidos cardíacos fetales y a su vez de los movimientos del mismo, por lo que la conducta a seguir es realizar una cesárea de emergencia para la extracción del producto obitado.

Los episodios más complicados en el ámbito de la salud que debe enfrentar tanto, la paciente, así como, los ginecólogos y obstetras, es estar frente al caso de un Óbito fetal. En este caso clínico los profesionales de la salud realizaron una cesárea de emergencia para la extracción del óbito fetal, debido a que se estaba generando un shock hipovolemico leve debido a la hemorragia por desprendimiento de placenta, el cual fue corregido y tratado con uterotonicos. A su vez la prevención de una sepsis debido al transcurso de horas del óbito dentro del útero materno se procede a iniciar y mantener antibióticoterapia hasta la mejora de la paciente para así proceder al alta medica.

1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

1.1.1 Muerte intrauterina

La muerte fetal denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción, de su madre, independientemente de la duración de la gestación y de que se haya inducido o no la terminación del embarazo. Suele estar indicado porque después de la expulsión o la extracción, el feto no mostró otros signos de vida como el latido cardiaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento definido de músculos voluntarios (Williams obstetricia 24° edición, 2019).

1.1.2 Óbito fetal

Por su parte según el (Dr. Alfredo Germain Aravena, 2017) para considerar como Obito fetal, el feto debe ser mayor a las 20 semanas de gestación o mayor a 350 gramos sin signos vitales y sin respuesta a maniobras de resucitación en el útero.

1.1.3 Predisposición

Así mismo el (Dr. Alfredo Germain Aravena, 2017) menciona que tienen mayor predisposición para padecer una muerte fetal son las mujeres de raza negra, mayores de 35 años de edad, bajo nivel socioeconómico, fumadoras durante el embarazo, presión arterial elevada, diabetes y obesidad, embarazos múltiples, pérdida de un embarazo anterior

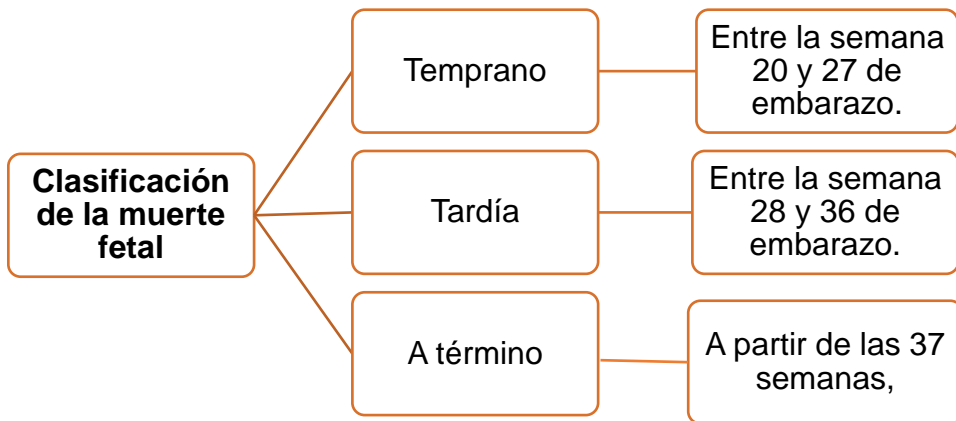
1.2. CAUSAS PREDISPONENTES A OBITO FETAL

En el siguiente gráfico 1. Se menciona las causas de óbito fetal, así las divide el (Dr Vicente José Diago Almela, 2019):



1.3. CLASIFICACIÓN DEL OBITO FETAL

En el gráfico 2 se presenta la clasificación de acuerdo a el (Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo, 2019) es la siguiente:



1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los menciona de la siguiente manera el (Instituto mexicano del seguro social):

Tabla 1. SIGNOS Y SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none">• Desaparición de percepción de los movimientos fetales.
<ul style="list-style-type: none">• Retraso de crecimiento fetal
<ul style="list-style-type: none">• Regresión del tamaño de los senos.
<ul style="list-style-type: none">• Malestar general

<ul style="list-style-type: none"> • Secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de peso en abdomen
<ul style="list-style-type: none"> • Mal sabor de boca
<ul style="list-style-type: none"> • Desaparece la telorrea o secreción de calostro
<ul style="list-style-type: none"> • Desaparición de síntomas neurovegetativos en los casos de haber estado presente.

1.5. **DIAGNÓSTICO**

Los estudios para determinar la causa de la muerte fetal intrauterina incluyen según (Md. Antonette T. Dulay, 2020):

- Hemograma completo materno
- Prueba de Kleihauer-Betke
- Pruebas de anticuerpos antifosfolípidos
- TORCH
- Reagina rápida en plasma
- TSH y, si es anormal, T4 libre
- Pruebas de diabetes
- Detección de drogas

Otros estudios a realizar a el feto muerto según el (Instituto mexicano del seguro social) para identificar la posible causa de muerte cuando se desconoce después de la expulsión o extracción:

- Autopsia, estudio de la placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas.
- Cariotipo Cultivo de líquido amniótico

SIGNOS ECOGRÁFICOS

La ecografía de tiempo real nos permite ver según el (Dr. Guerrero Cedeño Rafael, 2014):

- Cese de la actividad cardiaca
- Ausencia de movimientos del cuerpo o extremidades del feto
- Acúmulo de líquido en el tejido subcutáneo.

Unicamente en las unidades en donde no se cuente con ultrasonido, y se tenga rayos X, aportará los siguientes datos:

- Signo del halo
- Signo de Spalding
- Signo de Spangler
- Signo de Horner
- Signo de Brakeman
- Signo de Robert
- Signo de Hartley
- Signo de Tager

1.6. TRATAMIENTO

En la atención de la embarazada con muerte fetal intrauterina se identifican dos conductas (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021):

- **Manejo expectante** : Esperar en forma espontánea que inicie el trabajo de parto.
- **Manejo intervencionista**: Propiciar el nacimiento a través de inducción para un parto vaginal o Cesárea.

Por su parte, existe una alta posibilidad para las pacientes que presentan óbito fetal de desencadenar Coagulación Intravascular Diseminada dentro de las 4 semanas después de la muerte fetal. A demás son propensas a desarrollar endometritis puerperal por estreptococos del grupo B.

1.6.1. VÍA DE INTERRUPCIÓN

Según el (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021) menciona que para poder decidir la vía de interrupción del embarazo se debe tener en cuenta el historial de la paciente:

- **Cesárea:** Si hay hemorragia, preclampsia, cirugías previas del cuerpo uterino, situación transversa, desprendimiento de placenta normoinsera, macrosómico, inducción fallida o cérvix no favorable.
- **Parto vaginal:** no aplicable en mujeres con tres cesáreas previas, ruptura uterina previa o incisiones uterinas altas.

1.6.2 INDUCCIÓN

- Se debe considerar las condiciones cervicales evaluándolo por la calificación de Bishop: cérvix inmaduro, Bishop menor o igual a 6 y cérvix maduro Bishop mayor de 6, se iniciará con prostaglandina local en casos con cérvix maduro (Fetal medicine Barcelona, 2018):
- El misoprostol es una prostaglandina sintética que puede administrarse en dosis de 50 microgramos vía oral a intervalos de 4 horas. La eficacia por vía oral es similar a la vía vaginal en 25 mcg/ 4h y tiene tasas más bajas de hiperestimulación.
- 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) (Dr Vicente José Diago Almela, 2019).

Si se usa la oxitocina debe iniciarse hasta 4 horas después de la última dosis de misoprostol, se iniciará la estimulación oxitócica cuando se haya completado la tanda mínima de 3 dosis de Misoprostol y la paciente no haya iniciado espontáneamente dinámica de parto.

1.6.3. MANEJO OBSTETRICO (Saxena Richa, 2014)

- Brindar un Alivio a los padres afligidos.
- En lo posible diagnosticar y tratar la anormalidad. En la mayoría de los casos ocurre una expulsión espontánea en las dos semanas siguientes al parto. En casos contrarios puede ser necesaria una inducción con infusión de oxitocina o con prostaglandinas PGE2 o 25 – 50 mg de misoprostol.
- Se deben estimar semanalmente los niveles de fibrinógeno. La caída de los niveles de fibrinógeno debe controlarse mediante una infusión controlada de heparina.
- Examen postmortem: Se debe realizar la autopsia y el análisis cromosómico para detectar anomalías fetales y características dismórficas.

1.7. COMPLICACIONES (Saxena Richa, 2014)

- Trastornos psicológicos
- Infección especialmente causadas por bacterias anaeróbicas como el *Clostridium welchii*.
- Coagulopatias
- Inercia uterina

1.8.RECOMENDACIONES PARA PREVENIR MUERTE INTRAUTERINA

En muchas ocasiones, es posible que la mujer en estado de gestación sienta inconvenientes y alerte al médico para buscar alguna solución. Si existe sufrimiento fetal que pueda poner en riesgo el embarazo, se debe programar un parto por cesárea.

Estas son algunas recomendaciones según la (Embriologa Zaira Salvador, 2019) para prevenir óbito fetal:

- Contar las patadas diarias del bebé a partir de la semana 26. Lo normal es sentir al menos unas 10 patadas al día. Si la madre nota que el feto tiene menos actividad, esto sería una señal de alarma.
- Dejar el tabaco y el alcohol desde el momento en que la mujer sabe que está embarazada.
- Si la mujer ya ha tenido un feto cruz en el pasado, es conveniente monitorear esta gestación con más cuidado, hacer más visitas al ginecólogo, más ecografías, reposo (Embriologa Zaira Salvador, 2019).

1.9. JUSTIFICACIÓN

La muerte intrauterina es un problema de salud que afecta a gestación y que en instituciones no se lleva una atención adecuada. Es por ello, que esta investigación permitirá conocer las causas únicas o multifactoriales, de los decesos del producto durante la gestación.

Los beneficios no solo serán para la paciente afectada, sino que permitirá en forma general, conocer los riesgos para desarrollar muerte intrauterina, para así, reducir los casos prevenibles. Las beneficiadas sin duda son las mujeres embarazadas, en edad fértil y sexualmente activas, ya que, al conocer los factores de riesgo, nos permitirá llevar una gestación a término.

El ministerio de salud invierte presupuesto para la atención integral y resolución de las muertes intrauterinas y maternas, desde las evacuaciones a través de legrados uterinos instrumentales, la atención del parto humanizado o interrupción de la gestación por cesárea, utilizando métodos que más le convenga a cada paciente y de acuerdo al caso que presente.

1.10. OBJETIVOS

1.10.1. Objetivo general

- Describir las causas de muerte fetal y sus complicaciones anteparto.

1.10.2. Objetivos específicos

- Determinar el correcto manejo Clínico de los casos que presentan óbito fetal.
- Prevenir patologías que se desencadenan después de la extracción o expulsión de un óbito fetal

1.11. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 0955078910	Edad: 27 a
Fecha de nacimiento: 29/05/1994	Estado civil: unión libre
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Baba	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Martin Icaza
Fecha de ingreso: 22/04/2021	FUM: 22/08/2020

Tabla 2. Fuente. Historia clínica de la paciente.

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.

Paciente de 27 años de edad con más o menos 35 semanas de gestación que acude en ambulancia referida del hospital de Baba cOn diagnóstico de trabajo de parto prolongado más sangrado vaginal abundante de 7 horas de evolución.

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	Regulares 3 días
Inicio de vida sexual:	19 Años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 2 Partos 0	abortos: 0 cesáreas 1 Gestación actual: óbito de 35 semanas
Fecha de la última menstruación:	22/08/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	3
Ecografías:	1
Edad gestacional:	35.1 semanas por FUM 35 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Tabla. 3. Fuente: Historia clínica de la paciente.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de 27 años de edad al momento alerta afebril, dolor tipo contráctil de moderada intensidad acompañada de sangrado vaginal de más o menos 7 horas de evolución.

Al examen físico según maniobras de Leopold producto único cefálico longitudinal, ausencia de actividad cardíaca fetal.

Al tacto vaginal sangrado vaginal abundante dilatación 5 cm, borramiento de 40 %, plano móvil, membranas rotas.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

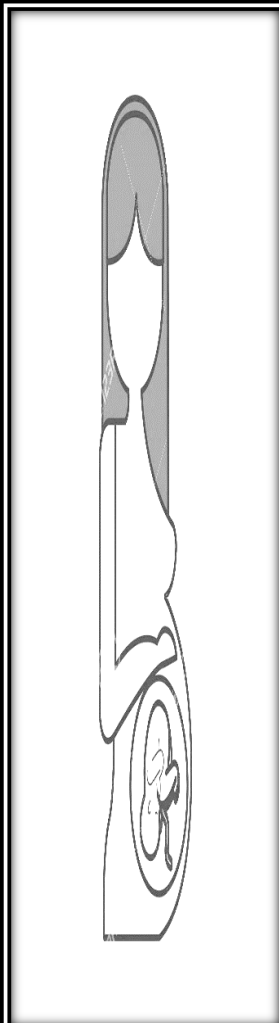
	Cabeza	Normocefalica: conjuntivas rosadas, mucosas orales húmedas.
	Cuello	Sin adenopatía
	Torác	Pulmones: ventilados Corazón: rítmico audible
	Abdomen	Globoso: utero gestante, AFU: 3 5cm, feto cefálico, FCF ausente, movimientos fetales ausentes.
	Región inguinal	Tacto vaginal: Sangrado vaginal abundante, Cérvix dilatado 5 cm, borrado 40%, membranas rotas, plano movil.
	Extremidades	No edemas

Tabla 4. Fuente: Figura 7 (123RF. Yupi Ramos, 2022). Historia clínica de la paciente

Tabla. 5 Score mama de ingreso (4)	
Clasificación del score mama	Parámetros en paciente
Sístole	143 mmHg
Diástole	85 mmHg
FC	112 lpm
FR	20 rpm
T	36.5 °C
Sat.	96 %
Estado de conciencia	CONCIENTE
PROTEINURIA	(-)

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso

ECOGRAFÍA OBSTETRICA
Se realiza rastreo ecográfico por emergencia el cual reporta feto de 35 semanas de gestación de acuerdo a biometría fetal, además de ausencia de latidos cardiacos, movimientos fetales y desprendimiento total de placenta de ubicación posterior. Lo que indica Obito fetal más desprendimiento de placenta normo inserta.

Tabla. 6. Historia clínica de la paciente.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
RECuento DE GLÓBULOS ROJOS	3.92	10 ⁶ /μL	4 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.7	g/dL	11.5 - 17
HEMATOCRITO	32.6	%	37 - 47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	80.0	μm ³	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	28.0	pg	27 - 31
CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM)	33.7	g/dL	30 - 36
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C	13.6	%	11.5 - 15.5
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S	45.8	Fl	37 - 54
PLAQUETAS	279	10 ³ /μL	150 - 450
PLAQUETOCRITO	0.26	%	0.1 - 0.5
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	9.4	μm ³	7.4 - 11
GLÓBULOS BLANCOS	21.8	10 ³ /μL	4.1 - 10
LINFOCITOS (%)	23	%	20 - 45
MID (%)	6.9	%	1 - 15
GRANULOCITOS (%)	69.6	%	50 - 75
LINFOCITOS (#)	2.22	10 ³ /μL	1 - 4.8
MID (#)	0.65	10 ³ /μL	0.1 - 1.8
GRANULOCITOS (#)	6.56	10 ³ /μL	1.8 - 8
QUÍMICA SANGUINEA			

GLUCOSA	79.0	mg/dl	70 – 110
UREA	19.0	mg/dl	15 – 45
CREATININA	0.89	mg/dl	0.6 - 1.4
ÁCIDO ÚRICO	4.26	mg/dl	2.4 – 6
TRIGLICÉRIDOS	227	mg/dL	0 – 150
TGO/AST	19.7	U/L	0 – 40
TGP/ALT	10.3	U/L	0 – 32
COLESTEROL	250	mg/dL	0 – 200
SEROLOGÍA			
HIV 1 + 2 4TA GENERACIÓN		No reactivo	
VDRL		Negativo	

TABLA 7. HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE. EXAMENES DE INGRESO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
RECuento de glóbulos rojos	4.7	10 ⁶ /μL	4 - 5.5
HEMOGLOBINA	12.00	g/dL	11.5 - 17
HEMATOCRITO	35.09	%	37 - 47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	86.0	μm ³	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	29.0	pg	27 - 31
CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM)	36.2	g/dL	30 - 36
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C	13.9	%	11.5 - 15.5
ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S	49.09	Fl	37 - 54
PLAQUETAS	199	10 ³ /μL	150 - 450
PLAQUETOCRITO	0.29	%	0.1 - 0.5
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV)	10.1	μm ³	7.4 - 11
GLÓBULOS BLANCOS	9.44	10 ³ /μL	4.1 - 10
LINFOCITOS (%)	23.5	%	20 - 45
MID (%)	6.0	%	1 - 15
GRANULOCITOS (%)	67.1	%	50 - 75
LINFOCITOS (#)	2.22	10 ³ /μL	1 - 4.8
MID (#)	0.78	10 ³ /μL	0.1 - 1.8
GRANULOCITOS (#)	6.56	10 ³ /μL	1.8 - 8
QUÍMICA SANGUÍNEA			
GLUCOSA	82.0	mg/Dl	70 - 110
UREA	16.0	mg/Dl	15 - 45
CREATININA	0.79	mg/Dl	0.6 - 1.4
ÁCIDO ÚRICO	4.96	mg/dl	2.4 - 6
TRIGLICÉRIDOS	220	mg/dL	0 - 150
TGO/AST	19.7	U/L	0 - 40
TGP/ALT	10.3	U/L	0 - 32
COLESTEROL	234	mg/dL	0 - 200

Tabla. 8. Historia clínica de la paciente. Exámenes de egreso

2.5.FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Se realiza el diagnóstico definitivo de este caso debido a referencia por emergencia, la paciente ingresa con diagnóstico presuntivo de Óbito fetal de 7 horas de evolución más sangrado vaginal abundante, lo que se desconoce al momento del ingreso es la causa exacta que lo provoca, sin embargo, se sospecha de un desprendimiento de placenta, pero al no tener equipo de imagenología no lo definen como causa definitiva. Al llegar a emergencia de la unidad de salud con diagnóstico sin causa definida se proceda a realizar rastreo ecográfico el cual reporta ausencia de actividad cardiaca fetal y de movimientos fetales, además de desprendimiento placentario total.

Por su parte se debe determinar la causa del óbito, estas pueden ser varias las que determinen tal diagnóstico definitivo.

La evidencia del examen físico nos ayuda a determinar posibles causas útero placentarias como ruptura uterina, placenta previa total pueden provocar sangrado abundante y a su vez óbito fetal dando el diagnóstico diferencial.

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

Paciente es ingresada por el área de emergencia ginecoobstetrica, luego de valoración se determina la causa y el diagnóstico por lo que se determina realizar procedimiento quirurgico.

Se procede a dar resolución a través de laparatomía exploratoria:

Administrar: terapia del dolor y profilaxis antimicrobiana:

- Lactato de ringer 1000 cc pasar a 40 gotas por minuto.
- Cloruro de sodio al 0.9% en 1000 cc mas tramadol 200 mg mas metoclopramida 20 mg pasar iv 20 gotas.
- Cloruro de sodio al 0,9 % en 1000 cc mas oxitocina 20 mg pasar iv a 30 gotas por min.
- Ketorolaco 30 mg iv cada 8 horas.
- Ceftriaxona 1 gr Iv ahora luego cada 12 horas.

Se realiza incisión abdominal tipo pfannesteil. Se extrae producto sin signos vitales, se observa placenta con desprendimiento total que provoca sangrado uterino, se sospecha de ruptura uterina que se descarta mediante la exploración de órgano; dandose shock hipovolémico leve por lo que requiere transfusión de hemoderivados.

- Ácido tranexamico 1 gr iv dosis única.
- Transfundir 2 unidades de sangre y 2 unidades de plasma fresco congelado.

- Colocar traje antishock y retirar según evolución de la paciente.
- Control de diuresis horaria.
- Control de sangrado cada 2 horas.

Se procede durante el post operatorio a realizar una nueva valoración de signos vitales encontrando los siguientes

Puerperio inmediato con TA: 70/ 59 mmHg resto de signos vitales dentro de parámetros normales dando un score mama de 5; útero bien contraído, loquios escasos, diuresis horaria 150 cc. Se procede a la colocación de vasoactivos, el jefe de guardia indica valoración por medicina interna.

- Control de signos vitales cada 15 min y anotar en hoja de enfermería.
- Valoración por medicina interna (no hay personal al momento de la guardia)
- Biometria hemática, TP, TTP y fibrinógeno.
- Cloruro de sodio al 0,9 % en 100 cc mas norepinefrina 2 amp.pasar iv 4 ml hora.

Valoración de score mama

	15 min	30 min	45 min	60 min
TA	127/94	140/72	110/71	128/68
FC	74	100	98	78
FR	26	22	20	20
T°	36°	36.2°	37	36.1
SPO2	98%	99%	98%	99%
ESTADO DE CONCIENCIA	A	A	A	A

PROTEINURIA	(-)	(-)	(-)	(-)
PUNTAJE	2	2	0	0

Tabla 9. Historia clínica de la paciente.

Según la mejora de los signos vitales se procede al destete de la norepinefrina.

- Primera toma: Cloruro de sodio al 0,9 % en 100 cc mas norepinefrina 2 amp.pasar iv 4 ml hora. Mantener dosis.
- Segunda toma: bajar a 3 ml hora.
- Tercera toma: bajar a 2 ml hora
- Cuarta toma: bajar a 1 ml, si se mantiene score mama retirar

Se retira traje antishock con monitoreo estrecho de los signos vitales, luego de dos horas del control de la causa del sangrado, la paciente permanece hemodinámicamente estable.

Pase a hospitalización.

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Según la (UNICEF) entre las causas más frecuentes de la mortalidad fetal se encuentran las complicaciones durante el parto, las hemorragias previas al parto incluido el desprendimiento de placenta,

las infecciones y enfermedades maternas y las complicaciones durante el embarazo, cuya causa subyacente puede ser la restricción del crecimiento fetal.

Se debe llevar control exhaustivo en pacientes gestantes para reducir el caso de muerte fetal intrauterina e incluso reducir la muerte materna y otras complicaciones, por ello es esencial brindar la atención integral en salud al dúo madre e hijo, educar y vigilar de cerca la evolución del mismo para llegar a un final de la gestación sin producir casos que perjudiquen la salud de los mismos, sin embargo, cabe recalcar que existen complicaciones pocos predecibles durante la gestación.

2.8. SEGUIMIENTO

Paciente que ingresa a maternidad cursando un puerperio quirúrgico de 12 horas de evolución, al ingreso mantiene un score mama de 0, continua con terapia del dolor y antibioticoterapia. Se observa cicatriz quirúrgica en buen estado no infecciosa. Tiene pendiente la valoración con medicina interna.

Medicina interna:

Paciente que se encuentra en hospitalización durante 24 horas no presenta sintomatología relevante para valoración por especialidad, encontrándose con signos vitales dentro de parámetros normales, loquios hemáticos escasos. Continuar con indicaciones por ginecología, valoración por medicina interna únicamente cuando sea necesario.

La paciente se encuentra evolucionando favorablemente por lo que se procede a dar alta medica con las siguientes indicaciones:

- Seguimiento posparto en el subcentro mas cercano y planificación familiar.
- Retiro de puntos a los 8 dias.
- Cefalexina 500mg vo cada 6 horas por 6 dias.
- Paracetamol 500mg vo cada 8 horas por 3 dias

3. OBSERVACIONES

Se debe implementar nuevas estrategias en primer nivel para evitar que se repitan casos similares u otros y reducir la muerte materno o fetal a nivel nacional.

A nivel hospitalario se resalta el accionar de los profesionales de salud para encontrar la causa y otras posibles complicaciones a presentarse y evitar la muerte materna.

Se debe hacer mayor énfasis sobre los controles prenatales ya que en primer nivel son el contacto principal y directo con las pacientes para la determinación de factores de riesgo que desencadenan complicaciones futuras durante la gestación.

4. CONCLUSIONES

Los riesgos relacionados a la muerte fetal intrauterina descritos en el presente estudio, deben ser mayormente vigilados durante el control prenatal, más aún cuando la paciente tiene antecedentes de muerte fetal intrauterina que suelen ser reincidentes en nuevas gestaciones.

De acuerdo a la literatura presentada referente al caso, la muerte fetal intrauterina, puede ser provocada por varias causas entre ellas las de útero placentarias, siendo éstas , según varios autores, las que mayormente desencadenan óbito fetal y muerte materna debido a las complicaciones a presentarse, debido a lo mencionado el actuar oportuno puede disminuir riesgos nocivos para la salud de la madre.



5. BIBLIOGRAFÍA

2. 123RF. Yupi Ramos. (2022). *Mujer embarazada con su feto ilustración vectorial diseño*. https://es.123rf.com/photo_82028994_mujer-embarazada-con-su-feto-ilustraci%C3%B3n-vectorial-dise%C3%B1o.html.
3. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo. (2019). *Nacimiento sin vida*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/stillbirth/facts.html>.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, C. (2021). *diagnostico y tratamiento de muerte fetal con feto unico*. <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/diagnostico-y-tratamiento-de-muerte-fetal-con-feto-unico>.
5. Dr Vicente José Diago Almela. (2019). *Muerte fetal tardía*. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subit_a_3ed_1382443264.pdf.
6. Dr. Alfredo Germain Aravena. (2017). *Muerte obito fetal*. <https://www.topdoctors.cl/articulos-medicos/muerte-obito-fetal/>.
7. Dr. Guerrero Cedeño Rafael. (2014). *Protocolo de estudio en los casos de Muerte Fetal*. <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Rafael.pdf>.
8. Embriologa Zaira Salvador. (2019). *Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional*. <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/#es-posible-prevenir-una-muerte-fetal-intrauterina>.
9. Fetal medicine Barcelona. (2018). *Inducción del parto*. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/induccion-del-parto.html>, 13.



10. G. Andrés Pons. (2014). muerte fetal. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-muerte-fetal-S0716864014706388>.
11. Instituto mexicano del seguro social. (s.f.). *Diagnostico y tratamiento de muerte fetal con feto unico*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>.
12. Md. Antonette T. Dulay. (2020). Muerte Fetal. <https://www.msmanuals.com/es-es/ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/muerte-fetal>.
13. Obst Sara Cañamero de Leon. (2022). *Causas de muerte fetal en el embarazo*. <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/riesgos/causas-de-muerte-fetal-en-el-embarazo/>.
14. Saxena Richa. (2014). muerte intrauterina. En Amolca, *Manual en obstetricia y ginecologia* (pág. 532).
15. UNICEF. (s.f.). *Lo que debes saber sobre las muertes fatales*. <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales#:~:text=Entre%20las%20causas%20m%C3%A1s%20frecuentes,puede%20ser%20la%20restricci%C3%B3n%20del>.
16. Williams obstetricia 24° edición. (2019). Muerte fetal. En Williams, <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1525§ionId=>.
17. Williams Obstetricia y ginecologia. (2019). Óbito fetal. En Williams. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-benito-juarez-de-oaxaca/ginecologia/obito-fetal/5344615>.