



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado de Obstetriz**

## **TEMA PROPUESTA DEL CASO CLÍNICO:**

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE ÓBITO  
SECUNDIGESTA EN PACIENTE DE 28 AÑOS CON 28 SEMANAS DE  
GESTACIÓN.**

### **Autora:**

**Belky Katuska Cevallos Peralta**

### **Tutor:**

**Dr. Francisco Alejandro Villacres Fernández**

**Babahoyo – Los Ríos - Ecuador**

**2023**

# ÍNDICE

Contenido

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	II
<b>TÍTULO DEL CASO CLÍNICO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	VI
<b>I. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
<b>1.1. Definición</b> .....	1
<b>1.1.1. Muerte intrauterina</b> .....	1
<b>1.1.2. Óbito fetal</b> .....	1
<b>1.2. Epidemiología</b> .....	1
<b>1.3. Factores asociados a la muerte fetal</b> .....	3
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA MUERTE FETAL</b> .....	3
<b>1.3.1. Causas</b> .....	3
<b>1.4. Signos y síntomas</b> .....	4
<b>1.5. Diagnóstico</b> .....	5
<b>1.6. Tratamiento</b> .....	6
<b>1.6.1. Vía de interrupción</b> .....	7
<b>1.6.2. Inducción</b> .....	7
<b>1.6.3. Manejo obstétrico</b> .....	9
<b>1.7. Complicaciones</b> .....	9
<b>1.8. Procedimiento para prevenir óbito fetal</b> .....	9
<b>1.9. Justificación</b> .....	11
<b>1.10. Objetivos</b> .....	12
<b>1.10.1. Objetivo general</b> .....	12
<b>1.10.2. Objetivos específicos</b> .....	12
<b>1.3 Datos generales:</b> .....	12
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	13
<b>2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.</b> .....	13
<b>2.1.1. Motivo de consulta</b> .....	13
<b>2.1.2. Historial clínico de la paciente</b> .....	13
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</b> .....	14

<b>2.2.1. Anamnesis</b> .....	14
<b>2.3 Examen físico (exploración clínica)</b> .....	14
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados</b> .....	15
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo</b> .....	17
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar</b> .....	17
<b>2.6.1. Manejo y tratamiento</b> .....	18
<b>2.6.2. Tratamiento</b> .....	18
<b>2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales</b> .....	19
<b>2.8. Seguimiento</b> .....	20
<b>2.9 Observaciones</b> .....	20
<b>CONCLUSIONES</b> .....	21
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	22
<b>ANEXOS</b> .....	24
Imagen 1: monitoreo fetal.....	24

## ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Las causas de óbito fetal se asocian a maternas, fetales y placentarias. .....	4
Tabla 2. Síntomas previos al óbito fetal .....	4
Tabla 3. Datos clínicos relevantes de diagnóstico .....	6
Tabla 4. Dosis de misoprostol .....	8
Tabla 5 Datos del paciente.....	12
Tabla 6. Historia Clínica.....	13
Tabla 7. Exploración clínica .....	14
Tabla 8. Prueba de laboratorio .....	15
Tabla 9. Hematología.....	16
Tabla 10. Biometría .....	16
Tabla 11. Tratamiento .....	18

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento especial en mi vida.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional; ejemplo de esfuerzo y  
perseverancia.

*Belky Katuska Cevallos Peralta*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi familia, por su apoyo en todo momento, a la Universidad Técnica de Babahoyo y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, por impartir sus conocimientos.  
A mi tutor guía Dr. Francisco Alejandro Villacres Fernández, por sus acertadas correcciones, para poder culminar con éxito este caso clínico.

Al Hospital León Becerra Camacho por haberme permitido obtener datos clínicos para la ejecución del estudio.

A todos muchas gracias.

*Belky Katuska Cevallos Peralta*

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE ÓBITO SECUNDIGESTA EN PACIENTE DE 28 AÑOS CON 28 SEMANAS DE GESTACIÓN.**

## RESUMEN

El óbito fetal es un problema de salud grave se da con 28 semanas de gestación o más es un caso que se presenta como óbito fetal tardío, ocurre antes del parto; repercute en los padres del recién nacido y en el ámbito familiar; a nivel mundial existe 3,9 millones al año por muerte fetal tardía es una situación trágica que puede tener diversas causas, como son anomalías cromosómicas, problemas placentarios, infecciones, trastornos maternos entre otros, en su mayoría la causa es desconocida.

Para este estudio la metodología utilizada fue la observación, la historia clínica del paciente y la teoría científica de óbito fetal. Tras la valoración respectiva de la paciente secundigesta de 28 semanas de gestación fue atendida y sometida a un plan de inducción, como una opción comúnmente utilizada en casos de muerte fetal tardía, para la elección del método se consideró la edad gestacional y las condiciones obstétricas, también se hizo una evaluación completa del feto muerto, se brindó el apoyo psicológico y emocional a la madre y a la familia durante todo el proceso.

Se concluye que el escaso control prenatal puede ser uno de los factores a los que estuvo expuesta la paciente ante la falta de acceso a servicios de salud y poca conciencia de acudir a revisión para evitar consecuencias negativas para la madre y el feto; pues el control prenatal garantiza un embarazo saludable y prevención de complicaciones, por lo tanto, la detección de factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados; además de un control adecuado durante todo el embarazo puede reducir la incidencia de muerte fetal.

**Palabras claves:** óbito fetal, control prenatal – factor de riesgo.



## **ABSTRACT**

Fetal death is a serious health problem, it occurs at 28 weeks of gestation or more, it is a case that presents as late fetal death, it occurs before delivery; It affects the parents of the newborn and the family environment; Worldwide, there are 3.9 million late fetal deaths per year. It is a tragic situation that can have various causes, such as chromosomal anomalies, placental problems, infections, maternal disorders, among others, for the most part the cause is unknown.

For this study, the methodology used was observation, the patient's clinical history and the scientific theory of fetal death. After the respective evaluation of the second-digested patient at 28 weeks of gestation, she was treated and subjected to an induction plan, as an option used in cases of late fetal death. For the choice of method, the gestational age and obstetric conditions were demonstrated. A complete evaluation of the dead fetus was carried out, psychological and emotional support was provided to the mother and family throughout the process.

It is concluded that the case of prenatal control may be one of the factors to which the patient was exposed due to the lack of access to health services and little awareness of going for a check-up to avoid negative consequences for the mother and fetus; since prenatal control guarantees a healthy pregnancy and prevention of complications, therefore, the detection of associated obstetric, perinatal and socioeconomic risk factors; In addition to adequate monitoring throughout pregnancy, it can reduce the incidence of fetal death.

Keywords: fetal death, prenatal control – risk factor.

## INTRODUCCIÓN

El óbito fetal tiene lugar cuando un bebé nace sin presentar síntomas de vida después de un tiempo determinado, que generalmente se asocia a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del producto de la concepción, es un grave problema de salud para los obstetras que ejercen en la comunidad y una tragedia para los padres. Una buena atención primaria y su estrecha relación con la atención secundaria en el ámbito del cuidado a la mujer embarazada son fundamentales para reducir la muerte neonatal. (Noé Rangel-Calvillo, 2014)

Según la OMS, se define óbito fetal como la ausencia de signos vitales de un feto con un peso mayor o igual a 500g, mayor o igual a las 22 semanas de gestación, óbito fetal tardío 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. (Diago et al., 2015)

La muerte fetal en Ecuador es una preocupación importante en el ámbito de la salud. Según los datos del Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, se registraron 1.438 defunciones fetales en el año 2022. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos datos son específicos para ese año y podrían variar en otros períodos. (INEC, 2022)

La muerte fetal puede tener diversas causas, como anomalías fetales, problemas placentarios, complicaciones maternas y factores externos. Es fundamental destacar que la muerte fetal es una tragedia para las familias afectadas, y se requiere un enfoque integral que incluya atención médica adecuada, apoyo emocional y seguimiento para prevenir y manejar estas situaciones de la mejor manera posible.

# I. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Definición

### 1.1.1. Muerte intrauterina

La muerte intrauterina, también llamada muerte fetal intrauterina u óbito fetal, es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento, generalmente después de las 28 semanas de gestación.(Moreno & Salvador, 2022)

### 1.1.2. Óbito fetal

Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2022) La muerte fetal, también conocida como muerte intrauterina "óbito fetal" en español, es el término utilizado para describir la muerte de un feto que ocurre después de la semana 20 de embarazo. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, antes o durante el parto. La pérdida de un feto por muerte fetal es una triste realidad para muchas familias y puede afectar gravemente su salud y bienestar.

El óbito fetal se clasifica como temprana, tardía o a término, según cuándo ocurra. La muerte fetal temprana ocurre entre las 20 y 27 semanas completas de embarazo, mientras que la muerte fetal tardía ocurre entre las 28 y 36 semanas completas de embarazo. (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades CDC, 2022)

## 1.2. Epidemiología

Según datos revelados por UNICEF (2023) refiere que cada 16 segundos se producen por una muerte fetal. Lo que significa que un aproximado de 2 millones nace muertos cada año. A nivel mundial la mortalidad fetal se da por uno de cada 72 niños que nacen muertos. En su mayoría se dan en África Subsahariana y en Asia Meridional; mientras que un 40% de muertes fetales tienen lugar durante el parto.

La incidencia del óbito fetal a nivel mundial es de 18,4 por cada 1000 nacimientos, lo que significa un aproximado de 2,6 millones de muertes prenatales mayores a 28 semanas cada año, tasa de mortalidad que se ha mantenido en los últimos años y que ha ido descendiendo paulatinamente; las causas de óbito fetal son difíciles de determinar.(Quintela et al., 2020)

Cuando se comparan las tasas de muerte fetal en todo el mundo, se utilizan las tasas de muerte fetales tardías. Aproximadamente el 98% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios. Las tasas de muerte fetal en los países de bajo ingreso han sido sustancialmente más altas que en países con ingresos altos. Sin embargo, en las últimas décadas se han reportado descensos.(Ramos Pérez, 2018)

Si bien, en el Ecuador, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2022a) en el año 2021, la muerte fetal de causa no especificada fue por 693 defunciones que representan 49.7% del total de defunciones fetales, el 46,3% de esta muertes fetales provienen de madres en edades comprendidas de 20 a 29 años, el 18% corresponde a la semana de gestación de 27 -29 semanas con el 10,9%, el 32,8% de 21 a 26 semanas de gestación. En la provincia del Guayas 8,9 por cada 1000 nacidos vivos se da por muerte fetal.

La reducción de la carga global por muerte fetal depende de intervenciones estratégicas para que sean eficaces, requieren una comprensión clara de la causa y los factores asociados con la muerte fetal. La auditoría perinatal es la practica recomendada para establecer las causas y factores que contribuyen a la muerte. También se utiliza para identificar que funciono bien y que no para mejorar con respecto a la atención.

En concordancia con lo expuesto es necesario identificar los factores determinantes y aspectos epidemiológicos de la muerte fetal tardía asociados en nuestro contexto, con el fin de encontrar métodos que propicien bajar estas las tasas de mortalidad neonatal modificando las variables que se pueden cambiar.

### 1.3. Factores asociados a la muerte fetal

Según el Aravena (2019) los principales factores a la muerte fetal son:

FACTORES ASOCIADOS A LA MUERTE FETAL	
Edad materna	Posterior a los 35 a 40 años el riesgo es 1,5 mayor y dos veces mayor entre 40 y 45 años, y 3 veces más alto sobre los 45 años.
Paridad	Su riesgo aumenta en el primer embarazo y las pacientes con más de 5 hijos.
Obesidad	Presenta un riesgo de 2.1.
Antecedentes	Si la paciente ya ha pasado por una muerte fetal, su riesgo es mayor.
Embarazos múltiples	Afecta a la asociación de enfermedades propias (restricción de crecimiento o síndrome transfusión feto fetal).
Nivel socioeconómico	Tener un bajo nivel económico aumenta el riesgo debido a la desnutrición, obesidad o consumo de tabaco.

Fuente: (Aravena , 2019)

Se ha evaluado una variedad de factores de riesgo en un intento por crear modelos que estimen el riesgo específico del paciente para la pérdida fetal, pero ninguno se desempeña lo suficientemente bien como para ser clínicamente útil. Una razón es que las mujeres con factores de riesgo no representan la mayoría de las muertes fetales, y la mayoría de los factores de riesgo no conducen a la muerte fetal.(Ramos Pérez, 2018)

#### 1.3.1. Causas

El estudio de las causas específicas de muerte fetal se ha visto obstaculizada por falta de un protocolo uniforme. La frecuencia relativa de las diversas causas de muerte fetal parece diferir entre los países de ingresos bajos y altos; entre la gestación temprana y tardía. Aravena (2019), refiere las siguientes causas:

Tabla 1. Las causas de óbito fetal se asocian a maternas, fetales y placentarias.

<b>CAUSAS</b>	
<b>Maternas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome hipertensivo del embarazo</li> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>- Enfermedades autoinmunes</li> <li>- Trombofilias</li> </ul>
<b>Fetales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciosas</li> <li>- Malformaciones fetales y alteraciones genéticas</li> <li>- Accidentes de cordón</li> </ul>
<b>Placentarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desprendimiento de placenta</li> <li>- Insuficiencia placentaria</li> <li>- Transfusión feto-materna</li> </ul>

Fuente: (Aravena, 2019)

Pons et al.(2023) menciona que si se utilizan algoritmos especialmente diseñados de manera rigurosa para la evaluación de la muerte fetal como por ejemplo INCODE (*Initial Cause of Fetal Death*) evidencia que hasta el 76% de los casos, se descubre una causa posible o probable de muerte fetal. Numerosos factores contribuyen a la dificultad del estudio etiológico, incluyendo la falta de registros incompletos, diagnósticos inadecuados, la autopsias que pueden ser el resultado de la ignorancia del personal, o la oposición de los padres.

#### 1.4. Signos y síntomas

Pons et al.(2023) exponen los siguientes signos y síntomas:

Tabla 2. Síntomas previos al óbito fetal

### Signos clínicos y síntomas del óbito fetal

- Detención de los movimiento y patologías del feto
- El peso materno se mantiene o disminuye
- Malestar general
- Retroceso del tamaño de los senos
- Aumento de consistencia del cuello uterino al tacto vaginal como consecuencia de la declinación hormonal.
- Ausencia de movimientos y latidos del corazón en la ecografía, lo que posibilita el diagnóstico definitivo de que el feto está muerto.

*Elaboración propia*

#### **1.5. Diagnóstico**

La gestante puede sospechar que el feto ha muerto si deja de sentir las patadas u otros movimientos activos del feto en el útero. Sin embargo, el no sentir los movimientos no significa que se trate de muerte fetal. Antes del nacimiento la única forma de conocer si ha ocurrido una muerte fetal es determinar si el corazón del feto aun late (Shriver, 2015). El diagnóstico por óbito fetal se realiza a través de una combinación de evaluación clínica y pruebas para identificar la causa.

- Por sospecha: Desaparición de movimientos fetales, ausencia de foco audible de latido cardíaco fetal, líquido amniótico marrón. Si han pasado varios días puede existir ausencia de crecimiento uterino.
- Por certeza, está la ecografía que se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, demostrando la ausencia de actividad cardíaca durante al menos 2 minutos.
- Signos radiológicos: Tiene un interés de sospecha y certeza.(Diago et al., 2015)

En síntesis la causa de óbito fetal puede incluir según Barreto & Pasto (2022) el siguiente diagnóstico:

Tabla 3. Datos clínicos relevantes de diagnóstico

Pruebas diagnósticas
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar un hemograma completo</li><li>- Realizar pruebas de diabetes</li><li>- Mediante la prueba de Kleihauer-Betke</li><li>- Reagina rápida en plasma</li><li>- Realización de pruebas de anticuerpos antifosfolípidos</li><li>- Torch (Toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH- Sífilis)</li><li>- TSH y si es anormal, el T4 libre</li><li>- Detección de drogas</li></ul>

Fuente: (Barreto & Pasto, 2022).

Además de las autopsias, se deben realizar estudios de placenta, cordón umbilical y membranas amnióticas al óbito fetal, para establecer la causa probable de muerte cuando se desconoce después de la expulsión o extracción.

### 1.6. Tratamiento

Se debe informar a los padres para apoyarlos de forma adecuada (Fabre, 2021). La información proporcionada a los padres debe ser gradual para que la pareja asuma el diagnóstico y explicar los pasos a seguir en el proceso de inducción. Para los métodos de inducción del parto este dependerá de la edad gestacional, la historia clínica y las condiciones obstétricas. Además, se debe considerar:

- Medicamentos para expulsar el feto si es necesario.
- Pasos del procedimiento para eliminar cualquier tejido uterino sobrante, si es necesario.
- Asesoramiento y apoyo emocional.

En caso de que el óbito fetal no sea expulsado en el tiempo determinado, la paciente recibirá medicación como es el caso de prostaglandina para estimular



las contracciones (en este caso el más recomendado es misoprostol). Esto hará que el cuello uterino se abra y dilate. (Dulay, 2022)

Por su parte, Valdez et al.(2021) considera que para el tratamiento a la gestante con óbito fetal tiene dos conducta:

- Manejo expectante: que inicie el trabajo de parto de manera espontánea
- Manejo intervencionista: Propiciar el nacimiento mediante la inducción para un parto vaginal o por medio de cesárea.

En referencia a lo expuesto, las pacientes que presentan muerte fetal tienen una alta posibilidad de desencadenar coagulación intravascular diseminada en la cuarta semana después del óbito fetal. Asimismo, pueden llegar a desarrollar endometritis puerperal por estreptococos del grupo B.

### **1.6.1. Vía de interrupción**

Antes de determinar porque vía será la interrupción del embarazo, se realiza el análisis de la historia clínica, para escoger el método correcto, para ello existen dos vías: que son cesárea en caso de que exista hemorragia, preclampsia, cirugías previas al cuerpo uterino, situación transversa, desprendimiento de placenta, macrosómico e inducción fallida o cérvix no favorable. La otra vía es por parto vaginal no se puede aplicar en pacientes que tengan más de tres cesáreas previas, ruptura uterina o incisión uterina alta. (Dulay, 2022)

### **1.6.2. Inducción**

Luego de la certificación diagnóstica se debe realizar la interrupción del embarazo con oxitocina o misoprostol según condiciones obstétricas. Solicitar pruebas de coagulación y niveles de fibrinógeno. (Belmar Cristian et al., 2020)

- En pacientes que tenga menos de 28 semanas de gestación se utiliza el misoprostol 200-400 mcg vaginal cada 4-12hr: En pacientes con cicatriz de cesárea anterior segmentaria el uso de este protocolo sería apropiado (riesgo ruptura uterina <0.3%).

- Pacientes que tenga más de 28 semanas de gestación: Utilizar recomendaciones clásicas de inducción TP.
- En pacientes con cicatriz de cesárea se puede utilizar Maniobra de Krausse: instalación de balón de sonda Foley en la cavidad uterina y aplicación de tracción a ella.
  - El balón debe inflarse con 30 a 50 cc
  - Tracción con peso en caída libre entre 500 y 1000 gramos.
  - Antibióticos profilácticos: Clindamicina + Gentamicina.
  - Dar adecuado tiempo a la paciente de establecer el duelo

Dar adecuado tiempo a la paciente de establecer el duelo. Consentimiento para realizar autopsia debe ser obtenido previo a la inducción. (Belmar Cristian et al., 2020)

Manzanares et al.(2023) la paciente debe firmar un consentimiento informado para la inducción de parto. La inducción debe ser por mifepristona-misoprostol, por su perfil de seguridad y efectividad, debido a que no hay contraindicaciones debe usarse de forma combinada como primera opción. La maduración cervical con 200 mg de mifepristona vía oral (vo) puede realizarse de manera ambulatoria si la paciente así lo desea. Hasta un 5 % de pacientes pueden presentar sangrado durante las primeras 24 horas tras la administración de mifepristona.

Tabla 4. Dosis de misoprostol

Edad gestacional	Día	Dosis de Misoprostol
14 -24+6 semanas	1	800 mcg vv → 400 mcg cada 3h vo o cada 4h vv
	2	800 mcg vv → 400 mcg / 4h vv
25 -31+6 semanas	1	400 mcg vv → 200 mcg cada 3h vo o cada 4h vv
	2	400 mcg vv → 400 mcg vv / 4h.
≥32 semanas	1	50 mcg vv → 50 mcg cada 3h vo o cada 4h v
	2	100 mcg vv → 50 mcg / 4h vv

Fuente: (Manzanares et al., 2023)

### 1.6.3. Manejo obstétrico

Según, Guaranda ( 2022) se debe considerar estos puntos:

- Ofrecer a la pareja el apoyo psicológico
- Utilizar una infusión de oxitocina, prostaglandinas PGE2 o 25 a 50 mg de inducción de misoprostol.
- Realizar estimaciones semanales de los niveles de fibrinógeno.
- Usar una infusión controlada de heparina para detener la disminución de los niveles de fibrinógeno.
- Favorecer el alta precoz.
- Examen postmortem: realizar una autopsia y un análisis de cromosomas para buscar anomalías fetales y características dismórficas.

### 1.7. Complicaciones

En un óbito fetal las complicaciones son pocas frecuente; se deben considerar los efectos que pueda tener la paciente en la salud materna. Podrían existir dos tipos de complicaciones que son: La corioamnionitis y la coagulopatía son efectos secundarios como:

- Trastornos psicológicos
- Infección causada por bacterias anaeróbicas como el clostridium welchii.
- Trastornos psicológicos.
- Inercia uterina. (Guaranda, 2022).

### 1.8. Procedimiento para prevenir óbito fetal

Etapas	Procedimiento
Consulta preconcepcional o prenatal inicial	<ul style="list-style-type: none"><li>- Detallada historia médica y obstétrica</li><li>- Evaluación e investigación de mortinato anterior</li><li>- Determinación del riesgo de recurrencia</li><li>- Suspender tabaco, alcohol y drogas</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo genético si procede</li> <li>- Detección de diabetes</li> <li>- Estudio de trombofilia: Anticuerpos antifosfolípidos (selectiva)</li> <li>- Suplementos necesarios</li> <li>- Manejo emocional</li> </ul>
Control prenatal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No difiere del habitual, debe incluir al menos las tres ecografías habituales, con especial énfasis en la morfológica (20-24 sem)</li> <li>- Tercer trimestre: Realizar ecografías seriadas (cada 3 semanas), en busca de RCF</li> <li>- Monitoreo de movimientos fetales desde la semana 28.</li> <li>- Monitoreo bienestar fetal (RBNE, PBF) desde la semana 32 o 2 semanas antes de muerte anterior. Esta evaluación debe ser criteriosa para evitar el aumento de parto prematuro iatrogénico por falsos positivos.</li> </ul>
Momento Interrupción:	Inducción en semana 38 o antes sólo con madurez pulmonar comprobada por amniocentesis.

Fuente: (Belmar Cristian et al., 2020)

El control prenatal es esencial para asegurar un embarazo sin riesgos ni complicaciones, se debe evaluar el estado de salud de la madre y el feto, para detectar y prevenir problemas, así como también establecer la edad gestacional, y planificar los controles prenatales. Es fundamental que todas gestantes, incluso aquellas con embarazos saludables, se sometan a un control prenatal regular para garantizar un desarrollo óptimo y un parto seguro.

## **1.9. Justificación**

El estudio de caso estuvo enfocado en el diagnóstico y tratamiento terapéutico de óbito fetal. La muerte fetal en la semana 28 de gestación en particular, no es un fenómeno que ocurre con frecuencia, pero tiene un profundo efecto emocional en la madre, padre y profesionales de salud. Por lo tanto, es fundamental que las gestantes lleven un control de su embarazo para ofrecer un diagnóstico y tratamiento terapéutico oportuno que contribuya a disminuir los índices de mortalidad neonatal

Las investigaciones sobre óbito fetal son pocas y no han sido considerados como parte de estrategias de salud materna infantil; a pesar del conocimiento de los factores de riesgo para muerte fetal aún existe la necesidad de identificarlas, ya que muchas continúan sin explicación.

El acceso a la atención integral de la salud se ha visto limitado por creencias y costumbres, lo que lleva a la negativa a consultar con expertos capacitados en los diferentes centros de salud; son muchas las gestantes que incumplen con los controles prenatales. Los profesionales de la salud deben ser capaces de abogar por los métodos y técnicas necesarios entre las mujeres embarazadas.

De ahí la necesidad de impulsar nuevos conocimientos para producir resultados frente a los problemas de salud, la investigación va dirigida a identificar los factores principales de riesgo para promover acciones que estén centradas en las gestantes y en sus diferentes etapas; así como también trabajar en la salud mental de la madre que ha sufrido una pérdida.

## 1.10. Objetivos

### 1.10.1. Objetivo general

Analizar el diagnóstico y tratamiento terapéutico de óbito fetal

### 1.10.2. Objetivos específicos

- Describir el manejo y tratamiento terapéutico de óbito fetal
- Identificar los factores causales asociados a óbito fetal

## 1.3 Datos generales:

Tabla 5 Datos del paciente

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Cedula	23748565
Edad:	28 años
Sexo:	Femenino
Nacionalidad:	Venezolana
No. Hijos:	No Alcohol – No drogas

### DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	Hospital General León Becerra
Sala:	Ginecología
Fecha de ingreso:	13/06/2023

---

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
Elaborado por: Belky Katiuska Cevallos Peralta

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

#### 2.1.1. Motivo de consulta

Paciente de 28 años de edad, sexo femenino, acude a emergencia obstétrica orientada en tiempo y espacio acompañada de su madre y esposo al Hospital, con cuadro clínico de +/- 16 horas de evolución; asiste por pérdida de líquido + falta de movimientos fetales desde la mañana.

#### 2.1.2. Historial clínico de la paciente

Tabla 6. Historia Clínica

<b>Antecedentes Patológicos</b>	
Antecedentes patológicos personales:	Preeclampsia en embarazo anterior
Antecedentes patológicos familiares:	Madre diabética, tías diabéticas HTA
Antecedentes patológicos quirúrgicos:	Cup 1
Antecedentes toxicológicos:	No refiere
Alergias:	No refiere
Hábitos:	No Alcohol – No drogas
<b>Antecedentes Gineco – Obstétricos</b>	
Menarquia	12 años
Periodo intergenesico:	4 años
Antecedentes gineco-obstétricos:	Gestas:2; abortos 0; partos 0; cesárea 1
Fecha de última menstruación:	05/12/2022
Vacunas:	Influenza: NO. DT: 1 dosis; Covid: 1 dosis

Control prenatal:	Ninguno
Ecografía de Centro de Salud	1 (04/04/2023)
Infección de transmisión sexual (ITS):	Ninguno

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
Elaborado por: Belky Katiuska Cevallos Peralta

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

### 2.2.1. Anamnesis

Paciente embarazada secundigesta de 28 años, con embarazo de 28.2 semanas de gestación de nacionalidad venezolana, acude el 13/06/2023 al Hospital General León Becerra por presentar cuadro clínico de +/- 16 horas de evolución, por pérdida de líquido + ausencia de movimientos fetales, con signo vitales de SCORE MAMA 0, presión arterial 130/80, temperatura 36.10, saturación 96%, frecuencia respiratoria 22, frecuencia cardíaca 100, estado de conciencia alerta.

El médico encargado realiza rastreo ecográfico, feto único, cefálico, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, dorso longitudinal, izquierdo, movimientos fetales ausentes, placenta fundica, edad gestacional es de 29.6 semanas de gestación según el rastreo ecográfico, los exámenes para la exploración clínica fueron valorados con el profesional de salud de ginecología durante su guardia quien detalla el ingreso hospitalario de la paciente y prescribe la inducción.

## 2.3 Examen físico (exploración clínica).

Tabla 7. Exploración clínica

Exploración clínica	
Cabeza	Normocefalo: mucosa semihumedas, fascie tranquila
Cuello	Sin adenopatías visibles
Tórax	Simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos
Abdomen	Abdomen compatible con /- 28 semanas de gestación



Genitales	Al tacto cérvix posterior, útero en AVF, cérvix: cerrados, plano móvil, membranas integradas. Se le realiza examen especular maniobras de valsaba negativo, no se evidencia salida de líquido.
Extremidades	Simétricas sin edema

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
Elaborado por: Belky Katuska Cevallos Peralta

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

**Ecografía Obstétrica:** Feto único ausencia de frecuencia cardiaca fetal, Dorso longitudinal izquierdo, movimientos fetales ausentes, Placenta fundica, grado 0, BDP. 7.54; HC: 28.24, AC 27.76, FL: 5.11; Peso: 1540 gr; Edad gestacional 29.6 semanas de gestación, ILA: 14.37.

Tabla 8. Prueba de laboratorio

PRUEBAS DE LABORATORIO	
SEROLOGIA	
HIV +2	No Reactivo

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
Elaborado por: Belky Katuska Cevallos Peralta

HOMEOSTASIA		Valor Referencial
<b>TIEMPOS</b>		
TPT	29.30	25 -45
TP	12.4	10 -14
RN	1.13	-
<b>TIPOS DE SANGRE</b>		
GRUPO SANGUINEO	B	
FACTOR RH	Positivo	

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho

Tabla 9. Hematología

Hematología	Resultado	Valores referenciales
<b>HEMOGRAMA:</b>		
LEUCOCITOS	11.30	4 - 10
BASOFILOS#	0	
BASOFILOS %	0.3	HASTA - 2
BASOFILOS %	7.40	
NEUTROFILOS#	64.9	40 - 70
NEUTROFILOS %	0.10	
EOSINOFILOS %	0.6	HASTA - 5
LINFOCITOS#	3.10	
LINFOCITOS %	27.2	25 - 50
MONOCITOS#	0.80	
MONOCITOS %	7.0	HASTA - 12
HEMATIES	4.16	3.5 – 5.5
HEMOGLOBINA	10.20	9.5 - 16
HEMATOCRITO	31.90	36 - 47
MCV	76.80	80 - 98
MCH	24.7	27 – 32
MCHC	32.10	31 – 36
RDW - CV	14.20	11.5 – 14.5
RDW - SD	39.8	
PLAQUETAS	356	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.7	7.4 – 10.4

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
 Elaborado por: Belky Katuska Cevallos Peralta

Tabla 10. Biometría

<b>Biometría fetal:</b>	
BPD	4.21 CM
FL	2.66 CM
AC	12.49 CM
<b>PESO</b>	226 GRAMOS (0lb 8onz)

Fuente: Expediente clínico del Hospital León Becerra Camacho  
 Elaborado por: Belky Katuska Cevallos Peralta

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

**Diagnóstico presuntivo:** Para el diagnóstico definitivo de este caso de estudio la paciente ingresa con un diagnóstico presuntivo de óbito fetal con 16 horas de evolución, por pérdida de líquido + falta de movimientos fetales, se desconoce con exactitud lo que lo provocó; al realizarse el rastreo ecográfico reporta, ausencia de frecuencia cardíaca fetal y movimiento fetal

**Diagnóstico diferencial:** Muerte intrauterina

**Diagnóstico definitivo:** Puerperio fisiológico inmediato + óbito

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

Después de la valoración la paciente es ingresada a emergencia, se determina su diagnóstico por muerte intrauterina y pasa a proceso de inducción. Durante la consulta se ejecuta el interrogatorio respectivo de rutina y el examen físico a la paciente; su cuadro clínico está caracterizado por:

- Falta de control prenatal y toma de medicamentos.
- Dolor hipogástrico leve
- Ausencia de movimiento fetal
- En la ecografía obstétrica se evidencia ausencia de latidos fetales cardíacos

Los síntomas antes mencionados corresponden a un óbito fetal.

### **Variables relacionadas al problema:**

**Biológicas:** Antecedentes preeclampsia en embarazo

**Físicas:** Dolor

En el Plan de Inducción se le aplica como tratamiento 2 dosis de misoprostol para mejorar Bishop. En las próximas horas la paciente está consciente orientada

con una taquicardia sinusual sin riesgo cardiológico asociado, ingresa a sala de parto con dilatación completa.

### **2.6.1. Manejo y tratamiento**

La paciente de 28 años secundigesta es ingresa a interconsulta con antecedentes personales: preeclamsia en embarazo; con antecedente patológico familiar de madre diabética. Ingresa a la casa de salud con embarazo de 28 semas gestación + óbito fetal + cesárea anterior, posterior al parto por óbito de 28 SG obtiene abundantes coágulos por lo que se realiza curaje manual y se solicita para legrado uterino.

El procedimiento se lo ejecuto bajo normas de asepsia y antisepsia se realiza legrado con cureta de sims # 9 obteniendo restos ovulares no fétidos hasta sensación de limpieza; En los resultados del examen físico, la paciente se muestra en buena condición general. Se le diagnostico a la paciente retención corioplacental + desgarro obstétrico cervical. Pasa a recuperación con control de signos vitales.

La paciente presenta una evolución favorable, con horas de hospitalización de gineco-obstetricia con diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato + óbito; está consciente, luce hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, diuresis conservada, canaliza flatos, deambula con normalidad, descansa en decúbito supino, no refiere dolor al momento de la palpación, hemodinamicamente estable, actualmente asintomática.

### **2.6.2. Tratamiento**

Tabla 11. Tratamiento

1	Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml iv a 125 ml/h
2	Misoprostol 25 mcg sl stat (ya) 1ra dosis
3	Misoprostol 25 mcg sl stat (ya) 2da dosis
4	Misoprostol 50mcg sl stat

5	Hidratación parenteral: 1000cc de solución cloruro de sodio al 0.9% pasar intravenoso bolo de 500cc luego a 83cc/hora. Misoprostol 50mcg sublingual cada 4 horas, dosis respuesta. (segunda dosis)
6	paracetamol 1g vi prn
7	Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml pasar a 125 ml/h Cefalexina 500 mg vo c/6 horas Ketorolaco 30 mg iv c/8 horas Metronidazol 1 gr iv stat Azitromicina 1 gr vo stat
8	Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml pasar a 125 ml/h terminar y retirar Cefalexina 500 mg vo c/6 horas Ketorolaco 30 mg iv c/8 horas

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

Según la UNICEF cada 16 segundos cerca de 2 millones de fetos nacen muertos cada año, sus causas más frecuentes son por complicaciones durante el parto, hemorragias, desprendimiento de la placenta, infecciones y enfermedades maternas, la salud de la madre también es una causa de mortalidad fetal. Estas son posibles razones científicas del óbito fetal y que cada caso puede ser único, dado que la causa exacta del óbito fetal puede no ser identificada.

Es fundamental contar con la atención y el apoyo médico adecuados en caso de un óbito fetal, como causa consideran que la precaria calidad de atención durante el embarazo y el parto, cuyos principales obstáculos son por falta de inversión en servicios de salud prenatal durante el parto y el refuerzo del personal de obstetricia.

## **2.8. Seguimiento**

El óbito fetal tardío es la muerte del feto antes o durante el parto a partir de las 28 semanas de edad gestacional. La paciente secundigesta de 28 años con 28 semanas de gestación, asiste por emergencia acompañada por su madre y esposo, presenta pérdida de líquido + ausencia de movimiento fetal, se le realizaron los exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica.

La paciente no se ha realizado atención adecuada en cuanto a medicación se le comenta y explica a familiar se solicita nuevo examen de laboratorio y se espera respuesta farmacológica para la interrupción del embarazo se le solicita interconsulta a medicina interna y se le aplica 2 dosis de misoprostol para mejorar bishop; pasa a sala de parto con dilatación completa.

Posterior a parto la paciente presenta abundantes coágulos por lo que se realiza curaje manual y solicita para legrado uterino, conociendo las posibles complicaciones y pasos del procedimiento de legrado uterino instrumental. Con diagnóstico previo de Retención de restos placentarios posparto + desgarro cervical lateral derecho, se le realizó el control de signos vitales y de score mama, para proceder a la cirugía por legrado; se determinó que la falta de controles prenatales, es un problema de preocupación para el proceso del embarazo y preeclampsia; considerado un factor de riesgo en el óbito fetal.

## **2.9 Observaciones**

En este caso no existió mayor complicación en la salud de la paciente, dado que se ofreció un manejo oportuno a la gestante, se le explicó los factores que podían haber desencadenado el óbito fetal, indicándole de la importancia de un buen control prenatal y apoyo emocional con el propósito de evitar las complicaciones a futuro materno-fetales.

Se observó un manejo favorable multidisciplinario desde que la usuaria ingreso a emergencia, la paciente recibe un tratamiento terapéutico por óbito fetal a través de un correcto curaje manual y legrado uterino, se recupera

satisfactoriamente. Indicándole además que el control prenatal juega un papel importante para garantizar un embarazo saludable y que el feto se desarrolle adecuadamente, siendo necesario identificar cualquier anomalía en etapas tempranas del embarazo.

## **CONCLUSIONES**

La muerte fetal intrauterina u óbito fetal ocurre antes o durante el parto superior a las 22 semanas, en la actualidad han disminuido los casos por óbito fetal, sin embargo, dejan secuelas en las gestantes; el manejo, evolución y repercusión en el futuro reproductivo y emocional de la paciente debe estar debidamente coordinado con el equipo multidisciplinario.

El diagnóstico por óbito fetal en la secundigesta de 28 semanas se estableció mediante las técnicas diagnósticas con ecografía, antecedentes patológicos, exámenes de laboratorio, control de signos vitales, control de score mama y control de sangrado. Los factores asociados al óbito fetal en la paciente corresponden a antecedentes de preeclamsia y falta de control prenatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aravena, D. A. G. (2019). *Muerte óbito fetal*. 8/10/2019.  
<https://www.topdoctors.cl/articulos-medicos/muerte-obito-fetal/>
- Barreto, J., & Pasto, W. (2022). *Factores de riesgo asociados a muerte fetal*. 2010–2021. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9476>
- Belmar Cristian, Calvo Alexandra, Carvajal Jorge, Contreras Cristian, Farias Marcelo, Fernandez Camila, Gonzales Cristian, Ferrer Fernando, Kusanovic Juan, Leiva Andrea, Poblete José, Rioseco Alonso, Silva Pablo, Sobrevía Luis, Solari Catherina, Theodor Nur, Urbano Norma, Vargas Paula, & Perez Claudio. (2020). *Obstetricia. Pautas de manejo*.  
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/10/pautas-de-manejo-obstetricia-uc.pdf>
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades CDC. (2022). *¿Qué es la muerte fetal?* 29/11/2022.
- Diago, J., Perales, A., Cohen, M., & Perales, A. (2015). Muerte fetal tardía. Libro blanco de la muerte súbita infantil. *Aeped*, 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)
- Fabre, P. (2021). *Guía de manejo de las urgencias obstétricas Guía de manejo de las urgencias obstétricas*.
- Guaranda, S. M. Y. (2022). *Conducta obstetrica en embarazada de 35 semanas de gestación con un obito fetal*. 1–37.  
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/12774>
- INEC. (2022a). Estadísticas Vitales Contenido. *Inec*, 24–30.  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Nacidos\\_vivos\\_y\\_def\\_fetales\\_2021/Principales\\_resultados\\_ENV\\_EDF\\_2021.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2021/Principales_resultados_ENV_EDF_2021.pdf)
- INEC. (2022b). *Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Inec.  
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
- Manzanares, D., Criado, L., Benito, Valverde, Ortega, & Cámara, M. laura. (2023). Protocolos Asistenciales: Muerte fetal. *Hospital Universitario Virgen de Las Nieves*, 1–20. [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos\\_clinicos/Embarazo/Muerte\\_fetal\\_2023.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte_fetal_2023.pdf)
- Moreno, Ó. O., & Salvador, Z. (2022). *Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional*. 10/03/2022.  
<https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/>
- Noé Rangel-Calvillo, M. (2014). Análisis de muerte fetal tardía. *Perinatología y*



*Reproducción Humana*, 28(3), 139–145. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

Pons, A., Leiva, J. L., & Ana Luisa Pérez, M. (2023). Stillbirth: advances in the diagnostic study. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.007>

Quintela, V., Lacerda, Y., Citrín, E., & Coppola, F. (2020). Evaluación de la muerte fetal en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre junio de 2016 y junio de 2018. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 58(1), 33–45.

Ramos Pérez, S. (2018). *Factores de riesgo prenatales relacionados a muerte fetal tardía en el hospital de la mujer de Aguascalientes*. 58. <http://hdl.handle.net/11317/1650>

Shriver, E. K. (2015). *¿Cómo se diagnostica la muerte fetal?* 09/04/2015. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/stillbirth/informacion/diagnostica>

UNICEF. (2023). *Lo que debes saber sobre las muertes fetales*. 10/01/2023.

Valdez, V. M. A., González, R., & López, V. H. (2021). *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único*. 51. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-567-12/ER.pdf>

# ANEXOS

Imagen 1: monitoreo fetal

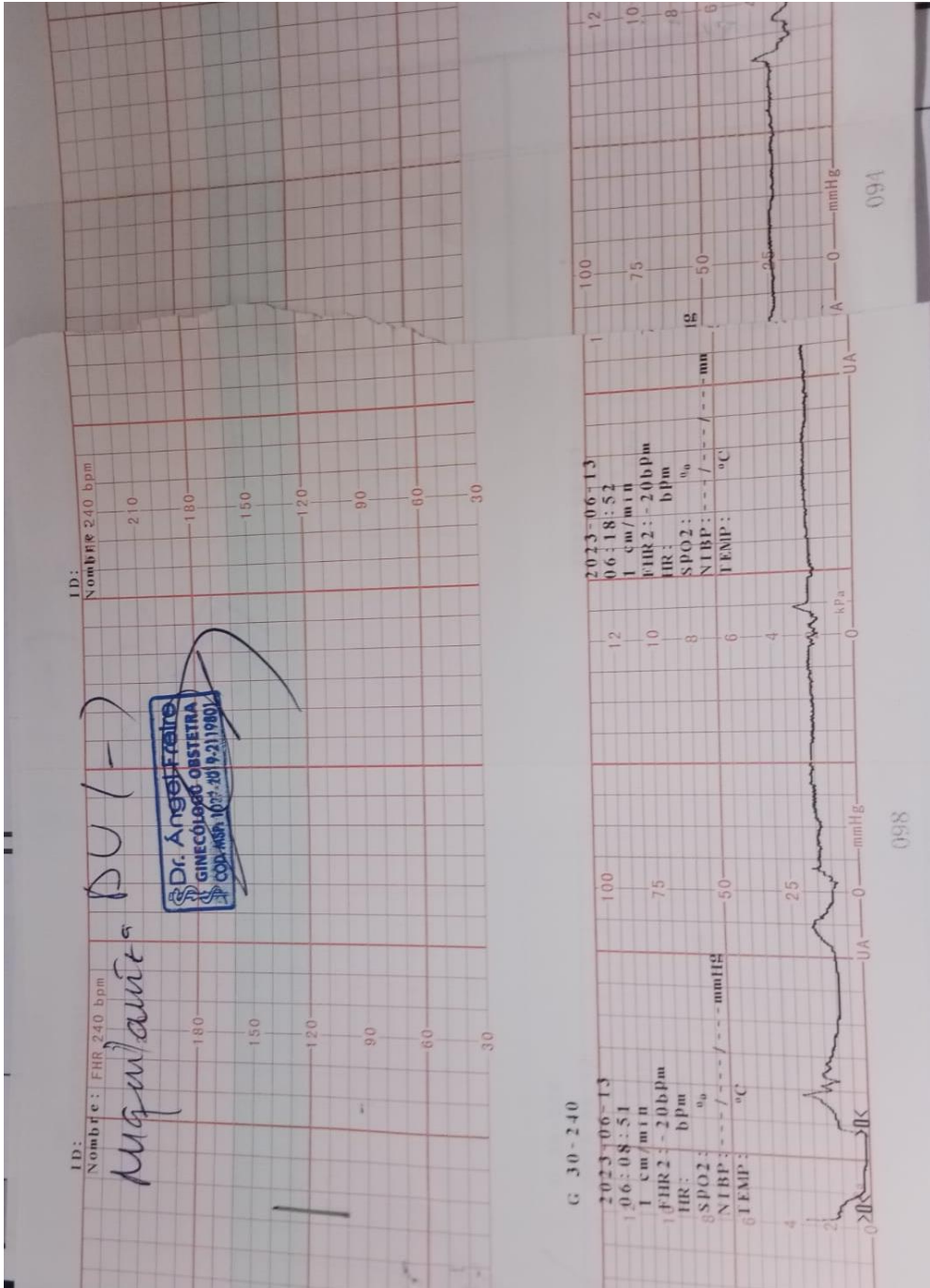


Imagen 2: control de signos vitales y valoración score mama

MINISTERIO DE SALUD  
**TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**  
 Provincia: Cauzas Cantón: Huayabamba  
 Parroquia: Cauzas Huayabamba Área de salud:  
 Establecimiento de salud: HG 157  
 Nombres y apellidos de la madre: Higuilena Quintana  
 Cédula de identidad o Historia clínica: HC 23748565 Tipo de parto:  
 Nombres y apellidos del niño:  
 Fecha de nacimiento: Hora:  
 Sexo:    Peso Kg.    Talla cm.     
 Perímetro cefálico cm.    Apgar: 1'    5'     
 Pinzamiento oportuno del cordón SI    NO     
 Apego inmediato SI    NO     
 Lactancia precoz SI    NO     
**PRESENTAR ESTA TARJETA AL PEDIATRA DE SU NIÑO - NIÑA**

Puntuación	3	Puntuación
FC	20	FC
Sistólica	60	Sistólica
Diastólica	10	Diastólica
FR	30	FR
T (°C) (*)	8.5	T (°C)
Sat (**)	-	Sat
Estado de Conciencia	10	Estado de Conciencia
Proteinuria (***)	-	Proteinuria

Nombre de Paciente: Higuilena Quintana Cédula: HC 23748565 Edad: 28 Fecha de Ingreso: 13/06/23  
 Área: Maternidad Diagnóstico:   

**CONTROL DE SIGNOS VITALES Y VALORACIÓN SCORE MAMA**

FECHA	HORA	FRECUENCIA CARDIACA	P.A. SISTOLICA	P.A. DIASTOLICA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACIÓN DE OXIGENO	ESTADO DE CONCIENCIA	PROTEINURIA	PUNTAJUE SCORE MAMA	OBSERVACIÓN	RESPONSABLE
12/06/23	23:06	100	135	90	22	36.2	98	Mate Neg	1	2		Jessie Quintana
13/06/23	24:06	100	130	87	22	36.2	98	Mate Neg	1	1		Jessie Quintana
13/06/23	04:00	102	133	72	22	36.5	97	A	-	1		Lic Paredes
13/06/23	08:00	103	133	95	21	36.5	96	A	-	1		Dr. Sosa
13/06/23	09:00	105	121	68	21	36.5	98	A	-	1		S/E Vargas
13/06/23	10:00	105	120	70	20	36.5	98	A	-	1		S/E Vargas

**REVALORACIÓN SEGÚN PUNTAJUE DEL SCORE MAMA**

PUNTAJUE DE: 1	Cada 4 horas
PUNTAJUE DE: 2 a 4	Cada 1 hora
PUNTAJUE DE: mayor o igual a 5	Cada 30 minutos

Imagen 3: Historia Clínica

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			Nº HISTORIA CLINICA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		Hospital General Leon Becerra	000922	PARROQUIA MILAGRO	CANTON MILAGRO	PROVINCIA Guayas	23748565
APELLIDOS NOMBRES				EDAD		SEXO (M/F)	
MIQUILARENA QUINTERO OMAIRA DEL CARMEN				A. 28	M. 4	D. 11	Mujer
<b>1. EVOLUCION</b>							
No	FECHA	MEDICO	CODIGO				
1	2023-06-13 00:54:46	VALDIVIESO ALAVA FATIMA CAROLINA	1308999182				
<p><b>NOTA DE GUARDIA:</b>                      PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD.                      ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: GESTAS:2, ABORTOS:0, PARTOS:0, CESAREA:1.                      PERIODO INTERGENESICO: 4 AÑOS                      FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 05/12/2022                      EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS DE GESTACION POR FUM                      ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: PREECLAMPSIA EN EMBARAZO                      ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE DIABETES, TIAS MATERNAS DIABETES HTA.                      ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE                      ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS: NO REFIERE                      ALERGIAS: NO REFIERE                      VACUNAS: INFLUENZA: NO. DT: 1 DOSIS COVID: 1 DOSIS                      PACIENTE ACUDE POR SUS PROPIOS MEDIOS A LA EMERGENCIA ACOMPAÑADA DE SU MADRE Y ESPOSO, CON UN CUADRO CLINICO DE +/- 16 HORAS EVOLUCION, VENIR POR PERDIDA DE LIQUIDO + FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES DESDE LA MAÑANA.                      PRESENTA ECOGRAFIA DEL 04/04/2023 EL CUAL REPORTA EMBARAZO DE 18.2 SEMANAS DE GESTACION, EXTRAPOLADO AL DIA DE HOY DA 28.2 SEMANAS DE GESTACION                      FETO UNICO, CEFALICO, AUSENCIA DE FCF, DORSO LONGITUDINAL, IZQUIERDO, MOVIMIENTOS FETALES AUSENTES, PLACENTA FUNDICA, GRADO 0, BDP: 7.54, HC: 28.24, AC: 27.76, FL:5.11, PESO: 1540 GR, EDAD GESTACIONAL: 29.6 SEMANAS DE GESTACION, ILA: 14.37.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b>                      TEMPERATURA: 36.10                      FRECUENCIA CARDIACA: 100                      FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22                      SATURACION: 96%                      PRESION ARTERIAL: 135/90                      ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA</p> <p><b>NOTA DE EVOLUCION:</b>  <b>EXAMEN FISICO:</b>                      CABEZA: NORMOCEFALO; MUCOSAS SEMIHUMEDAS, FASCIE TRANQUILA.                      CUELLO: SIN ADENOPATIAS VISIBLES.                      TORAX: SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS.                      ABDOMEN: ABDOMEN COMPATIBLE CON +/- 29.6 SEMANAS DE GESTACION.                      GENITALES: AL TACTO: CERVIX POSTERIOR, UTERO EN AVF, CERVIX: CERRADO, PLANO MOVIL, MEMBRANAS INTEGRAS.                      SE REALIZA ESPECULOSCOPIA DONDE NO SE APRECIA PERDIDA DE LIQUIDO.                      EXTREMIIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA.</p>							
2	2023-06-13 01:58:32	FREIRE VALENCIA ANGEL CELIO	1804143376				
<p><b>NOTA DE GUARDIA:</b>                      PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD</p> <p><b>NOTA DE EVOLUCION:</b></p>							

Imagen 4: Producto obitado

