



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetriz

TEMA DEL CASO CLINICO

**MUERTE FETAL INTRAUTERINA POR TRABAJO DE PARTO ASISTIDO EN
DOMICILIO.**

AUTOR

Jennifer Alexandra Romo Chango

TUTOR

Obst. Ana Yupa

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

Contenido

Título del Caso Clínico.....	1
Resumen.....	2
Abstrac.....	4
INTRODUCCION.....	6
I. MARCO TEORICO	9
Orígenes de las parteras	13
1.1 Justificación	25
1.2 Objetivos.....	27
1.3 Datos Generales	28
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	29
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).....	29
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	30
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	31
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	32
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	33
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	33
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	35
2.8 Seguimiento.....	35
2.9 Observaciones.....	36
Propuesta.....	37
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	41

Título del Caso Clínico

MUERTE FETAL INTRAUTERINA POR TRABAJO DE PARTO ASISTIDO EN
DOMICILIO.

Resumen

El propósito de este estudio es presentar el caso clínico de muerte fetal intrauterina, en el que se realizó un análisis de este problema de salud, que resultó en daño psicológico para la madre y control inadecuado del proceso de parto. realizado por la partera de la comunidad rural de Simiatug de Simiatug, Cantón Guaranda, y agregó que la paciente no cooperó en los controles prenatales, lo que en el presente caso condujo al problema de estudiar.

Cabe recalcar que esta paciente estuvo con la partera asistida por más de 12 horas desde el inicio de la labor de parto, refirió que le dio agua de pepa de zapallo para que ayudara a dilatar más rápido, acompañada de compresiones manuales bruscas para el acodamiento del producto. La paciente no refirió si la partera era o no capacitada por el Ministerio de Salud Pública ni certificada por lo que estudio este caso.

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, primigesta cursando un embarazo de 39 semanas de gestación por Fecha de Última Menstruación (FUM), en donde el personal de salud de primer nivel de atención manifestaban que encontraron a la paciente siendo atendida por la comadrona de la comunidad, sin los medios necesarios, falta de limpieza y con maniobras inadecuadas, posterior a la valoración obstétrica con Doppler Digital se refiere que no se presenciaba latido cardíaco fetal por lo que deciden referencia al Hospital Alfredo Noboa Montenegro de segundo nivel; a su llegada la paciente se encontraba en fase activa de la labor de parto, por lo que se ingresó al Servicio de Ginecología para la valoración completa.

Posterior a la valoración gineco-obstétrica, obtención de exámenes de imagen se evidenció que no existía latido cardíaco, ni movimientos fetales, decidiéndose terminar el embarazo por vía vaginal en donde se obtiene producto de sexo femenino sin signos vitales.

Se realizó seguimiento con psicología, por presentar labilidad emocional y consejería en planificación familiar optando por método hormonal oral.

Palabras Claves: muerte fetal intrauterina, partera, comunidad, agua de pepa de zapallo, primigestas, maniobras inadecuadas, usencia de movimientos, ausencia de latidos.

Abstrac

The purpose of this study is to present the clinical case of intrauterine fetal death, in which an analysis of this health problem was carried out, which resulted in psychological damage to the mother and inadequate control of the delivery process. carried out by the midwife of the rural community of Simiatug de Simiatug, Cantón Guaranda, and added that the patient did not cooperate in the prenatal controls, which in the present case led to the problem of studying.

It should be noted that this patient was with the midwife assisted for more than 12 hours from the start of labor, she reported that she was given pumpkin seed water to help her dilate faster, accompanied by sudden manual compressions to bend the product. The patient did not refer whether or not the midwife was trained by the Ministry of Public Health or certified, so she studied this case.

This is a 19-year-old female patient, a primiparous woman who is pregnant at 39 weeks gestation by Date of Last Menstruation (FUM), where first-level health care personnel stated that they found the patient being attended by the community midwife, without the necessary means, lack of cleanliness and with inadequate maneuvers, after the obstetric evaluation with Digital Doppler, it is referred that there was no fetal heartbeat, so they decided to refer to the Alfredo Noboa Hospital in Montenegro second level; Upon arrival, the patient was in the active phase of labor, so she was admitted to the Gynecology Service for a complete evaluation.

After the gyneco-obstetric evaluation, obtaining imaging tests, it was evident that there was no heartbeat or fetal movements, and it was decided to end the pregnancy vaginally, where a female product was obtained without vital signs.

Follow-up was carried out with psychology, for presenting emotional lability and family planning counseling, opting for the oral hormonal method

Key Words: intrauterine fetal death, midwife, community, pumpkin seed water, primigraphy, inadequate maneuvers, absence of movements, absence of heartbeats

INTRODUCCION

En 2009, todavía había 60 millones de nacimientos fuera de los entornos hospitalarios y 52 millones de nacimientos sin apoyo especial. Por esta razón, la partera tradicional todavía se considera un proveedor importante y más importante de obstetricia, especialmente en lugares con altas tasas de mortalidad, por ejemplo, en países en desarrollo. Esto está asociado con una baja cobertura institucional, problemas con el acceso a los servicios de salud, pero también con la cultura, las normas y creencias religiosas. Otro aspecto son las complejas condiciones socioeconómicas en las zonas rurales (UNICEF, 2009)

Las parteras tradicionales suelen ser mujeres mayores de 40 años que comenzaron su "trabajo doméstico" alrededor de los 30 años porque "necesitan" ayudar a otras mujeres desde la perspectiva de ser "mujeres" y haber dado a luz. Aprendieron de los accidentes de vida cuando nacieron sus hijas o de ver a una mujer de la familia que dio a luz. Su conocimiento sin una base científica se basa en diferentes creencias culturales, creencia en diferentes deidades y la lógica de la vida cotidiana, transmitidas oralmente a través de observaciones y experiencias de mujeres que ya han dado a luz. y el tuyo Las parteras tradicionales trabajan entre la inseguridad debido a los límites de su conocimiento y el miedo a los problemas debido a la informalidad de su práctica. (UNICEF, 2009)

Según (Warren, 2010), las parteras tradicionales las prefieren como proveedores culturalmente aceptables y confiables debido a su sensibilidad cultural y su fácil

disponibilidad en las zonas rurales. Contrariamente a las parteras tradicionales, la ignorancia y lo extraño son lo que se opone a las mujeres de las áreas.

Según (Laza C y Ruíz 2010) lo que se ha dicho anteriormente se materializa en los choques culturales que han experimentado y que se convierten en parte de las experiencias negativas y los recuerdos de los encuentros de mujeres embarazadas con servicios de salud formales. Este es el resultado de la ignorancia de la realidad social y las prácticas y creencias culturales de diferentes grupos.

Según (Núñez López, Génesis Irina; Soliz Galeas et al.2020) en sus costumbres y tradiciones de investigación de las tareas domésticas en las comunidades andinas del cantón de Guaranda-Ecuador, afirman que su investigación se caracteriza por entregas a domicilio que se llevan a cabo en los municipios de Salinas , Cuatro Esquinas, Cachisagua, Santa Fe en el cantón de Guaranda, provincia de Bolívar-Ecuador, antigua práctica de la medicina ancestral, con un enfoque en las creencias indígenas, en el que el nacimiento es un ritual ancestral único que ha permitido conocer diferentes técnicas utilizadas en el momento del parto a domicilio, los actores y las razones por las cuales algunas mujeres prefieren el parto a domicilio que el hospital.

Se entrevistó a once parteras que desempeñaron un papel fundamental en esta ley. Con base en sus conocimientos y tradiciones, se realizó un estudio etnográfico narrativo que describe el comportamiento sociocultural para identificar los posibles riesgos y complicaciones que las madres y los niños podrían presentar. (Núñez et al., 2020)

La salud intercultural humanizada se estableció como una combinación de salud ancestral y occidental. Esta práctica está protegida por la Constitución Ecuatoriana de 2008, que establece el plan para una buena vida: Sumak Kawayay, la integración multicultural de la salud. Implementación de la necesidad de un modelo integral de salud (MAIS) con un enfoque intercultural y humanitario en la protección y atención de la salud de la población, teniendo en cuenta un enfoque étnico-cultural y social. El Artículo 6 también adoptó la Ley de Salud Pública, que prevé la promoción y salvaguarda de las prácticas ancestrales de salud para crear capacidades para promover la medicina ancestral y la medicina tradicional. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) está trabajando actualmente para crear conciencia e implementar regulaciones que expliquen la práctica tradicional de un nacimiento cultural humanizado adecuado en la salud pública intercultural con el objetivo de superar varios problemas de salud materna fetal.(Ministerio de Salud Pública, 2012)

En 2016, el Ministerio de Salud Pública (MSP) creó el modelo de articulación de parteras ancestrales que regula la práctica de las parteras de comunidades que coinciden con los sistemas de salud y promueve la articulación de la medicina tradicional y ancestral con el objetivo de humanizarla. Promover la provisión intercultural El médico y la partera deben asistir a las unidades hospitalarias. Sin embargo, muchos centros de salud no tienen la infraestructura adecuada para permitir que la partera haga su trabajo de manera eficiente.(Ministerio de Salud Pública, 2012)

I. MARCO TEORICO

La población indígena se compone de 45 a 50 millones de personas pertenecientes a más de 600 grupos étnicos. Solo unos 20 millones de indígenas viven en la región andina, principalmente de los grupos étnicos kichwa y aymara, que se concentran en tres países: Bolivia, Perú y Ecuador según datos de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD 2008 (OPS, 2008)

Aunque los habitantes originales del continente eran los antiguos propietarios del país, tienen los peores índices de salud en un contexto regional (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; OPS, 2008).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la tasa promedio de mortalidad infantil de los niños indígenas en América Latina es un 60% más alta que la de los niños no indígenas (48 por 1,000 nacimientos vivos versus 30 por 1,000 nacimientos vivos, respectivamente). La brecha es mayor en términos de la probabilidad de morir hace cinco años, con un 70% de sobre mortalidad entre los pueblos indígenas (CEPAL et al., 2010).

En Ecuador, el debate se centró en el desafío de aclarar el concepto y proponer políticas de salud interculturales que sirvan como insumo para desarrollar planes y propuestas nacionales y adaptarlas a las características de la diversidad cultural, social y geográfica del país. Por esta razón, la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) se estableció en 1999 para reconocer, promover, desarrollar y regular la medicina alternativa y tradicional y para garantizar el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. (ORTEGA, 2007).

Para 2006, las pautas de adaptación cultural para la atención de salud desarrolladas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Departamento de Salud Pública (MSP) fueron financiadas bajo la propuesta del Seguro General de Salud (AUS). A pesar de que ni la AUS ni las directrices mencionadas se han implementado a nivel nacional.

El DNSPI informa algunos ejemplos de la adaptación cultural de los servicios de salud, como las casas de parto construidas según un concepto local y la práctica del parto vertical (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2008).

Hasta junio de 2010, el modelo se redefinió como un modelo de salud integral e integrado (MAIS). Aunque el enfoque intercultural se conoce como un pilar de la atención primaria de salud (APS) y este es el eje del modelo, el nuevo MAIS enfatiza el monitoreo de las actividades propuestas en la comunidad con prioridad en caravanas preventivas con una población concentrada, estructurando grupos de usuarios en atención primaria de salud (APS) en comunidades seleccionadas para monitorear la comunidad y, sobre todo, para fortalecer la red de salud pública mediante el fortalecimiento de los hospitales básicos (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2010).

Por ejemplo, en el período comprendido entre 2010 y 2011, se descuidó el "enfoque intercultural" e incluso el trabajo comunitario, con importantes inversiones y esfuerzos centrados en servicios de salud de tercer nivel. (MSP, 2010)

Atención del parto intercultural según Ministerio de Salud Pública.

En 2009 y 2010, el Ministerio de Salud creó un espacio para definir una propuesta sobre el papel de las parteras en el sistema nacional de salud. "Se realizó un análisis para informar y guiar la política futura sobre este tema en función de los criterios reunidos y la experiencia de las parteras tradicionales en contextos

comunitarios e institucionales, lo que condujo a un enfoque intercultural" (Martínez, 2016).

El Ministerio de Salud Ecuatoriano comenzó a implementar políticas interculturales en 2012 mediante el desarrollo de un manual de articulación para la entrega gratuita con afiliación intercultural. (Manual de prácticas y conocimientos de matronas de antepasados, 2016).

Las parteras fueron admitidas en los ministerios de salud pública en 2016 para ayudar a mejorar la salud materna y de recién nacidos de pueblos, indígenas, mestizos y afroecuatorianos. (Manual de prácticas y conocimientos de matronas de antepasados, 2016).

Con este fin, el Ministerio de Salud establece canales de legitimación, la Garantía de la Comunidad, que es un evento público en el que la comunidad de la cual las familias están compuestas y consensualmente confirma el buen desempeño de las parteras que han solicitado y luego les da una copia de la acción. El establecimiento de salud. "La Ley de Legitimidad Comunitaria tomará cinco años. Al final de ese período, la partera / o el mismo proceso será legitimado nuevamente". (Handbook of Practices and Knowledge of Midwives of Ancestors, 2016).

La afirmación ministerial sobre temas de salud sexual y reproductiva, complicaciones obstétricas y situaciones de riesgo. En la que capacita a las parteras. Luego se lleva a cabo un desarrollo oral, que demuestra el conocimiento de los peligros del parto y la preocupación por un parto seguro. "El certificado del

Ministerio de Salud confirma que usted es una partera legítima y está asignado al Sistema Nacional de Salud" (Manual de prácticas y conocimientos de parteras ancestrales, 2016).

La partera que no recibió la confirmación municipal ni ministerial se considera la "aprendiz" de la partera tradicional y no puede participar en las entregas ni atención de partos según (González y Corral, 2010).

El término partera, según un estudio de 2014 de Miranda Orrego y Diana Álvarez, dice: "Son mujeres sabias que ayudan con el parto, tutores, reproductores culturales y líderes comunitarios. Su trabajo es cuidar a las mujeres en cada etapa del ciclo reproductivo femenino, es decir, las apoyan al nacer y después del parto utilizando métodos tradicionales. "(Zarchi, 2018)

Orígenes de las parteras

Según Towel y Bamalla, es útil describir los orígenes de las parteras utilizando lo siguiente: "Las primeras referencias escritas a las parteras, que aparecieron en el primer libro del Antiguo Testamento alrededor de 1800 a. de J. C" (Toalla y Bamalla, 1986). Sin embargo, hay otros comienzos en la historia en los que la palabra egipcia "dar a luz msi" fue seguida por el jeroglífico de una mujer que se agachó al nacer "(Towel y Batalla, 1986). Además, el autor supone que "la medicina y la obstetricia griegas provienen del conocimiento egipcio" (Towel y Bamalla, 1986).(Zarchi, 2018)

Prácticas culturales de las parteras

Un punto crítico en la investigación es la dinámica cultural de las parteras durante el embarazo. Hay: "Remedios hechos con plantas medicinales como la manzanilla, la zanahoria blanca, el caldo de pollo y la cebolla contra la debilidad, las náuseas y que las mujeres tengan más fuerza, lo que facilita el proceso de agrandamiento durante el parto" (Baeza, 2011).

Otra técnica que usan las parteras es "el manto para colocar al niño en el útero antes del parto, para que el bebé tenga una posición normal y espacio para la colocación durante estos meses" (Baeza, 2011).

Por otro lado, según González, se respeta la posición que la madre quiere tomar durante el parto, "la posición fisiológica más aceptada en el mundo rural ecuatoriano, porque es cómoda para la madre, se pone en cuclillas" (Daniela González Guzmán, 2014)). Otro elemento es la "preparación del lugar de entrega, que debe protegerse y tener materiales adecuados, como guantes, toallas, tijeras y el hilo para atar el cordón umbilical" (Baeza, 2011).

Por lo tanto, es importante que "la sabiduría de las parteras requiera no solo el conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también el conocimiento y el poder terapéutico de la mente" (Guzmán, 2014).

Importancia social y cultural de las parteras

Según Daniela Guzmán (2014), las parteras juegan un papel importante en la sociedad ecuatoriana. Se considera que las parteras son actores clave en diferentes ciudades y pueblos porque no solo son responsables de la atención

médica, sino que también se reservan y reproducen, estas prácticas culturales enriquecen a Ecuador y son líderes espirituales de la población a la que pertenecen. (Zarchi, 2018)

Además, las parteras cultivan su cultura a través de "procedimientos, reglas, ritos y costumbres que son comunes a una visión del mundo de los Andes. También hay variantes que abordan las peculiaridades de cada comunidad, familia e incluso especialista en cada área". (Guzmán, 2014).

Este concepto sugiere que "estas parteras son parte de la comunidad, comparten costumbres, creencias y tradiciones al tiempo que ofrecen un servicio, por lo que son muy respetadas y tienen un impacto importante en las prácticas de salud de la comunidad" (Pelcastre et al., 2005)

Parto humanizado

Es importante definir el término parto humanizado, que es un conjunto de comportamientos y procedimientos para un parto saludable. Por eso llamo humanización.

Va más allá de ver el nacimiento como un proceso biológico y orgánico aislado, pero mira el ámbito humano y tiene en cuenta todo lo que puede satisfacer a las mujeres, para que sus experiencias sean agradables y positivas (Sánchez et al. 2012).

Montalvo (2008) menciona que el parto humanizado se refiere al hecho de que la mujer no debe ser vista como una paciente, sino como una persona que tiene una experiencia de gran importancia en su vida, por lo tanto, requiere que su físico Necesita ser visitado para conocerlos para que la mujer pueda disfrutar del parto y no sufrir ni sufrir.(Zarchi, 2018)

Parto indígena

Por otro lado, está el nacimiento indígena, en el que "la mujer trabajadora puede elegir una de las siguientes posiciones: agacharse, sentarse de rodillas o a medio camino, quitada de una soga o apoyada en las manos y los pies". (Nureña, 2009). Con este tipo de parto, las posturas tradicionales reducen el dolor y la necesidad de analgesia, acortan este segundo período de trabajo de parto, mejoran la dinámica uterina, reducen la tasa de partos por cesárea al promover una mejor alineación de la cabeza fetal "(Espar, 2011) Los nacimientos son:

- Sentado: con la ayuda de ciertas pelotas de goma; Párate, apoya las manos contra la pared, las piernas bien separadas, balancea o grita cuando las contracciones no sean tan efectivas, o inclínate hacia adelante con los antebrazos apoyados contra la pared y los hombros relajados.
- Si se arrodilla en el piso con la espalda recta, las piernas separadas y los tobillos estirados, esta es una buena posición para abrir la pelvis y aliviar la tensión de la espalda. También se puede hacer en el piso con los antebrazos.
- En cuclillas en el banco de entrega o en el baño (Espar, 2011).

El desarrollo de los conceptos mencionados hace posible conocer los diferentes tipos de parto que forman la base para la investigación de parteras en Ecuador. (Zarchi, 2018)

Muerte fetal

La muerte fetal intrauterina se refiere a las muertes que ocurren durante el embarazo. Según la OMS, la muerte antes de la extracción del feto se define como la muerte antes de la vigésimo octava semana de embarazo que pesa más de 1000 g. (Mendoza, 2019).

Según otros estudios, se descubrió hace unos años como muerte fetal, muerte fetal en el útero durante el embarazo desde la vigésima segunda semana de embarazo o desde el feto que pesaba más de 500 gramos hasta el parto (Ruiz, 2018)

Epidemiología

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

Esto se debe a que la muerte fetal intrauterina es un peligro al que están expuestas todas las madres desde el comienzo del embarazo, ya que la madre y el feto están expuestos a muchos factores que ponen en peligro su vida y, por lo

tanto, son escenarios de salud notables para todos los países en desarrollo.(Gavilánez, Jimmy. Paucar, 2019)

Un estudio de 2015 realizado por la revista The Lancet informó que Ecuador ocupa el décimo lugar en América Latina con menos muertes fetales intrauterinas. Esto es 7.7 por 1,000 nacimientos vivos. Y para 2017, nuestro país redujo la tasa a 6.6 por cada 1,000 nacimientos vivos. En el mismo año, se reportaron 1,872 muertes fetales en todo el país, 57% de las cuales se debieron a muerte fetal intrauterina tardía, que fue mayor en la semana 28 del embarazo. Esto muestra que este tipo de muerte es un indicador indiscutible de la calidad de la atención prenatal y la obstetricia. Por lo tanto, las mujeres embarazadas deben recibir atención médica integral primaria y oportuna dirigida a la atención secundaria.(Gavilánez, Jimmy. Paucar, 2019)

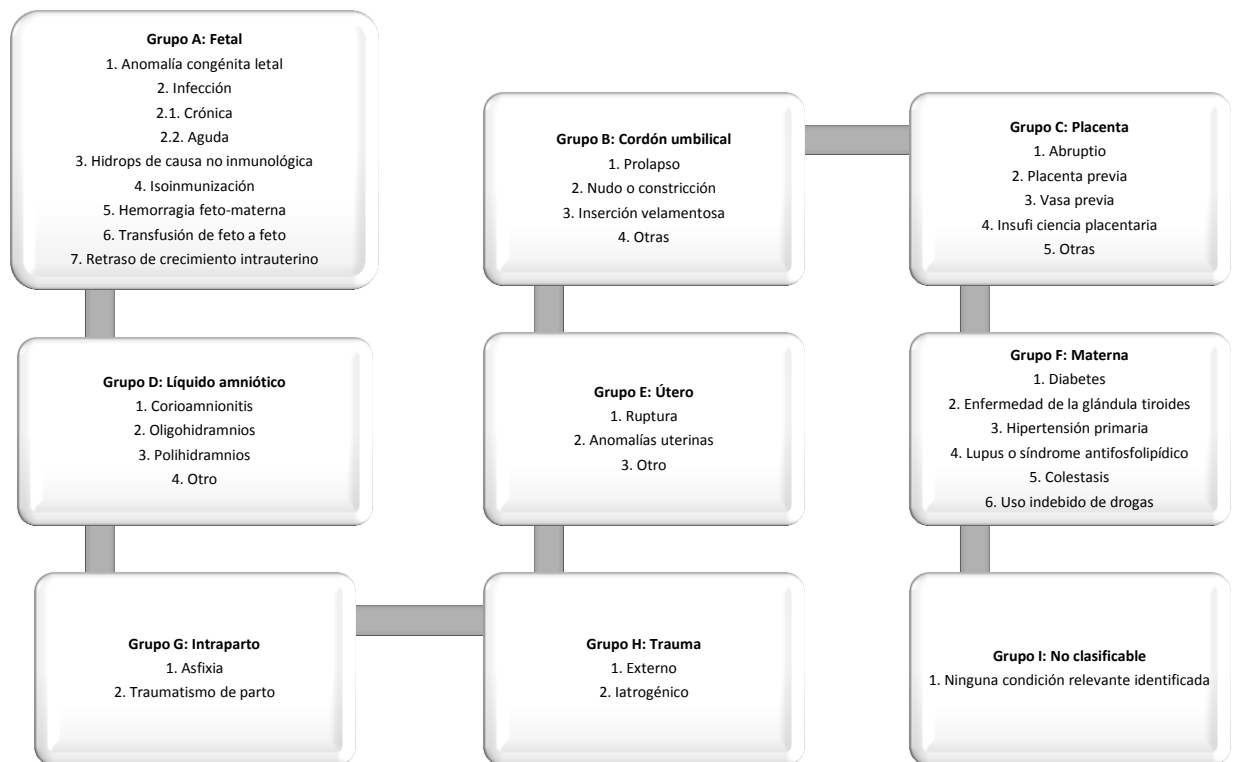
Causas

Como se mencionó anteriormente (José, 2016): "Es importante investigar las causas que conducen a la muerte intrauterina del feto en el momento de la intervención, y debemos recordar que desafortunadamente no lo sabremos en una gran cantidad de casos. Causa Un factor importante y, a veces, más de un factor puede conducir a la muerte.

Actualmente hay varias clasificaciones de causas de muerte fetales intrauterinas, incluida la Sociedad Perinatal de Australia y Nueva Zelanda (PSANZ-PDC), Condición de muerte relevante (ReCoDe), Tulip y CODAC. El sistema ReCoDe nos ayuda a identificar la situación relevante en el momento de la muerte fetal intrauterina sin la necesidad de una descripción precisa de una relación de causa

y efecto, que se describirá más adelante. Los métodos de uso más recomendados actualmente son los sistemas CODAC, el PSANZ-PDC y el ReCoDe. (Redondo-De Oro et al., 2016)

Sistema de Clasificación ReCode.



Según un estudio de metaanálisis realizado en la Universidad de Aberdeen, Ucrania, se informa que las muertes fetales en las que no se encuentran causas siguen siendo altas. Tanto la muerte fetal intrauterina como la muerte fetal inexplicada causan un alto nivel de ansiedad en futuros embarazos entre padres y empleados que están dando a luz. (Bhattacharya et al., 2015)

Se ha demostrado que las embarazadas primerizas que experimentaron una muerte fetal tienen un mayor riesgo de muerte fetal intrauterina en su siguiente embarazo. Incluso después de estudiar posibles factores que contribuyen, el mayor riesgo permanece. El riesgo de muerte fetal sin explicación recurrente es en gran parte sin estudiar y por lo tanto evidencia sobre esto sigue siendo controvertido.(Bhattacharya et al., 2015)

Diagnóstico

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

- desaparición de los movimientos fetales, falta de un foco audible de latidos cardíacos fetales, líquido amniótico marrón. Si han pasado varios días, el crecimiento uterino está ausente.
- El estándar de oro para el diagnóstico en el estudio de ultrasonido diagnosticado mediante la visualización del corazón fetal y muestra la ausencia de actividad cardíaca durante al menos 2 minutos.(José, 2016)

Tratamiento.

Finalización de la gestación: inducción del parto

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

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

Algunas consideraciones de inducción de trabajo que deben considerarse son:

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

- Recomiende mirar al recién nacido y registrar el rechazo si los padres no lo desean.
- Lactancia prematura después del parto.

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

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

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

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

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

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

Seguimiento

Información y soporte emocional

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

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

psicológicamente La incidencia de la morbilidad psiquiátrica materna después de la muerte perinatal puede alcanzar el 13-34%.

Desde un punto de vista psicológico, parece beneficioso aliviar el dolor posterior de que los padres verán al recién nacido después del parto y, si lo desean, pasar

tiempo con él, solos o acompañados por personal de salud. En caso de rechazo, esto debe anotarse en el expediente médico.

Algunas estrategias para reducir la morbilidad mental son:

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

Prevención de los efectos negativos sobre la salud materna.

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

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

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

1.1 Justificación

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

El presente estudio de caso se enfocará en la muerte fetal intrauterina como un problema de salud identificado en comunidades indígenas alejadas de la ciudad de Guaranda, quienes, debido a sus antepasados, toman medidas tradicionales para controlar, monitorear muchas patologías, particularmente aquellas en el embarazo. para monitorear el proceso de parto, que usa maniobras erróneas que implican una compresión manual inadecuada del abdomen, prolonga el trabajo de parto y su desarrollo, no puede monitorear al feto y se realiza principalmente en ambientes insalubres. Si el feto no está en una posición adecuada para el parto, la partera realiza un "manteo", en el cual la mujer embarazada yace sobre un paño grande y estable, la levanta unos centímetros por encima del piso y la mueve con firmeza (Perez, 2017)

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

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

Por esta razón, la causa principal de muerte fetal intrauterina en esta mujer embarazada se discute y analiza en este estudio de caso, teniendo en cuenta, entre otras cosas, los siguientes problemas: falta de controles prenatales, valores socioeconómicos bajos, creencias erróneas, maniobras inapropiadas.

Debe entenderse que la mayoría de los casos son bebés de tiempo completo que habrían sobrevivido si sus madres hubieran tenido acceso a atención médica integral debido a la importancia de la obstetricia profesional al nacer, lo que salva la vida del niño y su madre. Reducción de las muertes fetales intrauterinas.(Cevallos & Amores, 2009)

Además, el presente trabajo se está llevando a cabo porque el caso de muerte fetal intrauterina se conocía en una comunidad rural de Simiatug en el cantón de

Guaranda que previamente había sido mal apoyada por una partera que no sabía qué procedimiento tomar en el tiempo del parto. y que luego fue derivada al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en Guaranda para su evaluación. Con base en este trabajo, los factores de riesgo podrían analizarse en el futuro, acompañarse a las parteras y proporcionarse la capacitación necesaria para promover el control prenatal de las mujeres embarazadas en las comunidades indígenas con un mayor enfoque.

1.2 Objetivos

Objetivo General

Determinar el grado de capacitación del Ministerio de Salud Pública que provee a las parteras de la parroquia rural de Simiatug, evaluando el rol de las mismas en el parto intercultural humanizado.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar el marco teórico conceptual de la Guía - Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales del sistema nacional de salud y la sensibilización de las parteras en la parroquia rural de Simiatug.

2. Caracterizar los factores que inciden en la falta de aplicación del manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales por parte de las parteras
3. Diseñar un plan de mejoras para incrementar la aplicación del manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales, fortaleciendo las capacitaciones continuas para un trabajo articulado con la salud pública y la comunidad.

1.3 Datos Generales

Fecha que se realiza la Historia Clínica: 24 de abril del 2020

- **Nombre:** NN
- **Documento de Identificación:** 0250338274
- **Edad:** 19 años
- **Género:** Femenino
- **Etnia:** Indígena
- **Estado Civil:** Soltera
- **Ocupación:** Agricultura
- **Religión:** católica
- **Residente:** Parroquia Simiatug
- **Dirección:** Laiga Chiquisungo - Parroquia Simiatug
- **Teléfono:** 0988286672
- **Nivel de instrucción:** Secundaria incompleta
- **Fecha de Ingreso:** 24 de abril del 2020

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Este caso se examinó utilizando un historial médico detallado desarrollado en la paciente que fue diagnosticada con muerte fetal intrauterina debido a un mal manejo del trabajo por partera en la comunidad.

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

Motivo de consulta: Dolor abdominal, ausencia de movimientos fetales

Antecedentes

Antecedentes Personales:

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

Antecedentes Familiares: No refiere

Medicación: no refiere

Alergias: no refiere

Antecedentes Gineco-Obstétricos.

- **Menarquia:** 12 años,
- **Telarquia:** 11 años,
- **Menstruaciones:** cuatro días de duración con ciclos regulares de 28 días y flujo normal.
- **Controles Prenatales:** 5
- **Ecografías de Control:** 1
- **Vacunas en el embarazo:** Incompleta
- **Fe y Folatos:** No
- **Anticoncepción:** No
- **Embarazo deseado:** No
- **Enfermedades de Transmisión Sexual:** No
- **Inicio de Vida Sexual:** 16 año.
- **Vida Sexual Activa:** Si,
- **Parejas Sexuales:** 2
- **FUM:** 26-07-2019
- **Gestas Anteriores:** 0
- **Gesta Actual:** Si
- **Partos:** 0
- **Abortos:** 0
- **Hijos Vivos:** 0
- **Hijos Muertos:** 0
- **Edad Gestacional:** 39 Semanas de Gestación
- **Fecha probable de Parto:** 01-05-2020

Hábitos

Alimentación: 3 veces al día dieta rica en carbohidratos

Micciones: 4 a 5 veces al día

Deposiciones: 2 veces al día

Alcohol: no consume

Cigarillo: No consume

Drogas: no consume

Nivel Socio Económico: Bajo

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

Abuso Físico y Psicológico: no refiere.

Paciente femenina de 19 años de edad, que fue valorada por médico del Centro de Salud de Simiatug quienes refiere ausencia de latido cardiaco.

A la llegada a la emergencia el motivo de consulta fue por dolor abdominal y ausencia de latido cardiaco fetal.

En lo que se refiere al historial clínico podemos constatar que no refiere antecedentes familiares, quirúrgicos, ni patológicos personales, no consume ningún tipo de medicación, no posee alergias medicamentosas, refiere que ser de nivel socioeconómico bajo que vive en una casa compartida con sus

padres, hermanos y esposo de una planta de bloque, piso de tierra, sin acceso a agua potable ni alcantarillado, prepara los alimentos en cocina a gas y leña, se dedica a la agricultura, y a la crianza de animales domésticos, no refiere abuso psicológico ni físico a los hábitos alimenticios refiere alimentarse tres veces al día con una dieta alta en carbohidratos, realiza la micción pro 4 a 5 veces al día y dos deposiciones diarias. No consume alcohol, cigarrillo ni drogas.

A los antecedentes gineco obstétricos, refiere la menarquia a los 12 años de edad con menstruaciones de ciclos regulares cada 28 días de cuatro días de duración, inicio de actividad sexual a los 18 años, parejas sexuales dos, se evidencia ser la primera gestación de un embarazo no planificado ya que no realizaba anticoncepción, no refiere abortos anteriores ni complicaciones en el embarazo durante su gestación tiene 5 controles prenatales más una ecografía del primer trimestre, realizadas por visitas domiciliarias ya que la paciente no acude a consultas frecuentes por lo que solo tiene una dosis de vacuna antitetánica más consumo de hierro y Folatos en poca cantidad.

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

Paciente femenina en estado de gestación que es traída por médico del Centro de Salud Simiatug quien refiere que mientras realizaban visita domiciliaria encuentran a la paciente en labor de parto siendo asistida por partera de la comunidad, por lo que realizan valoración obstétrica percatándose ausencia de latido cardiaco fetal desde las 23H00 del 23-04-2020 más labor de parto en fase activa. A su llegada (04H24 am del 24-04-2020) paciente refiere dolor abdominal tipo contracción localizada en hipogastrio de moderada intensidad que se irradia hacia región lumbar, que se acompaña de eliminación de tapón mucoso además manifiesta que la partera realizaba compresiones manuales inadecuadas en el abdomen y movimientos bruscos para el encajamiento de su bebe, por lo que se decide su ingreso.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

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

Signos vitales

- **Peso:** 66kg **Talla:** 1,55
- **FC:** 118
- **PA:** 120/70 mmHg
- **FR:** 21
- **T°:**36.8
- **PSO2:** 95%
- **Cabeza:** normocefálica simétrica, cabello bien implantado no se observan lesiones
- **Ojos:** simétricos, pequeños de color café oscuros sin complicaciones.
- **Oídos:** pabellones auriculares sin complicaciones.
- **Boca:** mucosas orales húmeda, piezas dentales con caries.
- **Cuello:** móvil sin adenopatías, no presenta nódulos ni masas.
- **Tórax:** simétrico expansible, pulmones ventilados no ruidos sobreañadidos, corazón con cuatro cavidades rítmicos no se escucha soplos.
- **Mamas:** aumentadas de tamaño con pezones hiperpigmentados, con presencia de calostro
- **Abdomen:** globoso aumentado de tamaño ocupado por útero gestante, feto único sin latido cardiaco ni movimientos fetales, altura uterina de 38 cm, presentación cefálica dorso izquierdo de la madre.
- **RIG:** genitales de nulípara, se evidencia sangrado escaso de mal olor; al tacto vaginal dilatado 5 cm, borrado un 80% cérvix central, plano II, membranas abombadas.

- **Extremidades:** simétricas sin edema

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Resultado de Exámenes de ingreso

Biometría		Química	
Hemoglobina	12.9	Glucosa	94.7
Hematocrito	38.8	Urea	18.6
Plaquetas	243000	Creatinina	0.70
Leucocitos	14.36	Transaminasa pirúvica	32.6
		Transaminasa oxalacética	34.3
Hematológico			
Grupo		O	
Factor RH		Positivo	
TP (tiempo de protrobina)		12.3 seg.	
TTP (tiempo de tromboplastina parcial)		25.4 seg.	

Elaborado por: Jennifer Romo, 2020

ECOGRAFIA OBSTETRICA

RESULTADO

Feto único, de sexo femenino, situación longitudinal, cefálica, dorso anterior, movimientos ausentes.

Placenta normo inserta de espesor y eco estructura normal.

Cordón umbilical de inserción placentaria, con dos arterias y una vena.

Líquido amniótico en cantidad normal.

Estudio de la anatomía fetal, no se evidencia malformaciones congénitas.

Peso aproximado de 3000 gr acorde con edad gestacional a término.

No se evidencia latido cardiaco.

Dg. **Óbito fetal**

Exámenes de control

Biometría	
Hemoglobina	11.0
Hematocrito	33.3
Plaquetas	234000
Leucocitos	15.77

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnostico presuntivo: Muerte Fetal Intrauterina

- Ausencia de Latido Cardíaco Fetal
- Ausencia de movimientos fetales de largas horas
- Monitoreo Fetal ausencia dinámica fetal

Diagnóstico Diferencial: Hipoglucemia en la Embarazada

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

Diagnóstico definitivo: Muerte Fetal Intrauterina

- Ausencia de Latido Cardíaco Fetal.
- Ausencia de movimientos fetales de largas horas.
- Monitoreo Fetal ausencia dinámica fetal.
- Ecografía Diagnóstica: Ausencia de Latido Cardíaco por más de dos minutos.

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

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

Los profesionales de la salud participaron en una revisión profesional que no encontró latidos cardíacos y se refirió a la segunda etapa, que descubrió que el producto no tenía signos vitales

Se atendió parto por vía vaginal el cual se encontraba con liquido meconial pesado de mal olor el cual se colocó medicación.

Tratamiento farmacológico que se administró:

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

Dieta:

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

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

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

Se mandó a realizar ecografía obstétrica para descartar muerte fetal intrauterina, al resultado de imagenología se confirma óbito fetal el cual se decide su ingreso para terminación de embarazo por vía vaginal ya que estaba en labor de parto en fase activa.

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

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

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

2.8 Seguimiento.

Primer día.

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

Se atiende el parto por vía vaginal.

Segundo día.

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

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

Tercer día.

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

2.9 Observaciones.

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

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

Se explico sobre el consentimiento informado para que sirve y como se utiliza.

Este consentimiento sirve para que quede constancia de la paciente que está de acuerdo con el procedimiento que se le va realizar por parte del personal médico.

Propuesta.

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

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

- Creación de manual de bolsillo adecuado al idioma de ellos/as donde contenga información necesaria para el manejo y atención el parto, lo que se debe hacer y no se debe hacer acompañado de figuras para mejor entendimiento.
- Los TAPS (técnicos de atención primaria de salud) de cada comunidad sean los encargados de capacitar de forma técnica y didáctica, usando palabras no técnicas para el entendimiento de las parteras, ya que algunas no saben leer ni escribir.
- Los TAPS deben hablar sobre la importancia del trabajo en conjunto y direccionar en caso de presentar un trabajo de parto (partera-TAP- médico del barrio- líder comunitario) para evitar de esta manera posibles complicaciones durante la atención del parto.

- Realizar planificaciones con el personal de salud en la capacitación de las parteras para que brinden una mejor atención, sin afectar las creencias de cada cultura. El cual debe ser reflejado en el sistema REDACA
- Entrega de certificados y placas a parteras capacitadas mismos que deben ser colocados en lugares de mayor concurrencia en la comunidad, de esta manera las personas busquen y acudan con confianza para una atención de un parto en casa
- Creación de club de parteras o comadronas en cada comunidad organizado por el Ministerio de Salud Pública.

CONCLUSIONES

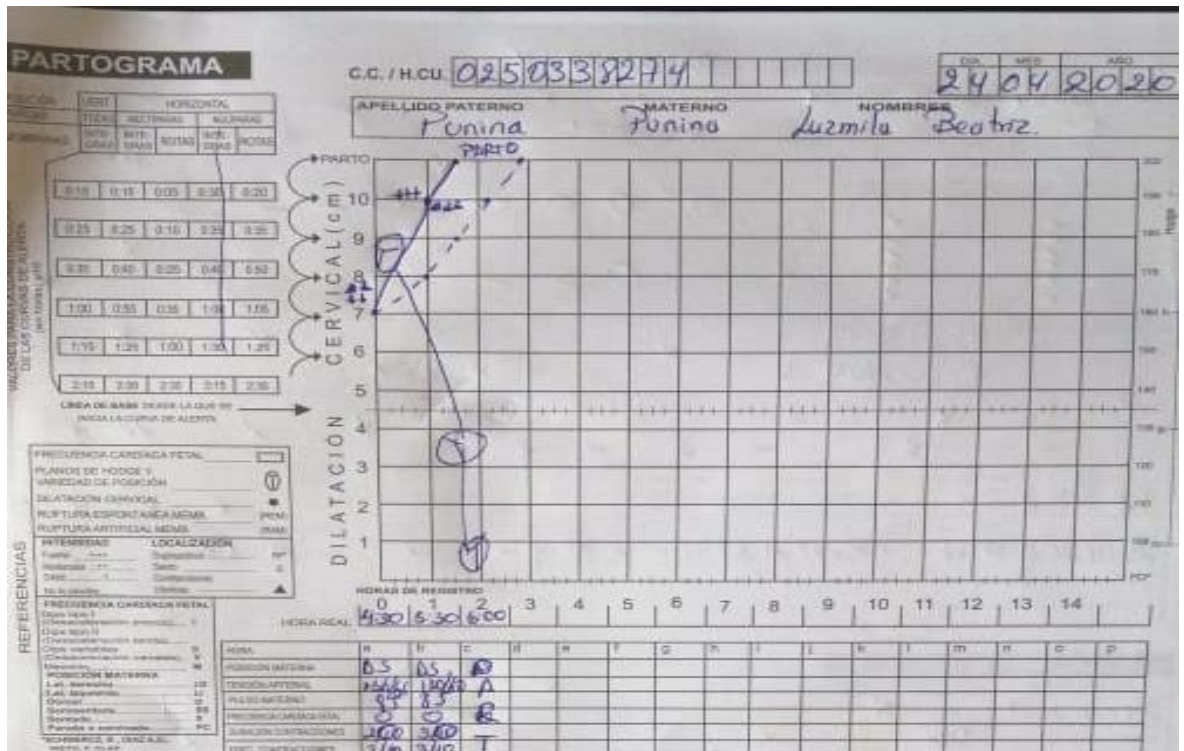
- Aumentar la participación familiar y comunitaria en el proceso de atención de parto con relevancia intercultural a través de la aplicación de Planes de nacimiento y emergencia, familia y comunidad.
- Fue posible evaluar la solución de la enfermedad para evitar complicaciones graves y determinar qué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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade, F. (2018). *Problemas asociados a la falta de un banco de leche materna en el área de neonatología del hospital alfredo noboa montenegro de guaranda* [Uniandes].
2. Bhattacharya, S., Lamont, K., Scott, N. W., Jones, G. T., & Bhattacharya, S. (2015). Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *350*, 10–11.
3. Cevallos, R., & Amores, A. (2009). *Prestacion de Servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas: Vol. I* (R. Rojas, G. Villacís, & M. Fuertes (eds.); I).
4. Gaviláñez, Jimmy. Paucar, E. (2019). *Factores de riesgo relacionados con la defunción fetal en el Ecuador durante el período 1997 al 2017* [Universidad Central del Ecuador].
5. José, V. (2016). Muerte fetal tardía. *Libro Blanco de La Muerte Súbita Infantil*, 29–36.
6. Mendoza, J. A. A. H. L. J. J. F. F. (2019). Estudio clínico factorial del riesgo de muerte fetal tardía en el Hospital Juárez de México. *Hospital Juárez de México*, *86*(3), 1–3.
7. Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Modelo de Atención Integral Del Sistema Nacional de Salud.
8. Navas, M. (2011, April 13). *Bebés que mueren antes del parto: un drama invisible - BBC News Mundo*. BBC/NEWS.
9. OPS. (2017, October). *El conocimiento ancestral de las parteras se articula al Sistema de Salud*.
10. Perez, C. (2017, September 16). *El parto andino, una tradición que*

- permanece.* 1–1.
11. Redondo-De Oro, K., Gómez, J., & Barrios, L. (2016). Identificación de las Causas de Muerte Fetal en una Institución Hospitalaria de Atención Materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3), 187–196.
 12. Ruiz, E. (2018). *Protocolo Manejo de la Muerte Fetal in útero* (Primera, Vol. 1). Sanatorio Alemán .
 13. URC, C. (2013). *Atención de Parto con Pertinencia Intercultural*.
 14. Weeks, A., & Faúndes, A. (2017). Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99.
 15. Zarchi, D. (2018). *La situación actual de la Partería en el Ecuador*.
 16. UNICEF. State of the World's Children 2009. New York: UNICEF; 2009.
 17. Perez F, Aung KD, Ndoro T, Engelsmann B, Dabis F. Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. *BMC Public Health*. 2008;8:401-14.
 18. Laza C, Ruiz CH. Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional en el Valle del río Cimitarra. *Ciencia Enfermer*. 2010;26(1):69-76.

ANEXOS



HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

DATOS GENERALES

Nombre: Azucela Beatriz Patricia Roldán
Apellido: Roldán
Edad: 35 años
Profesión: Simiataung
Estado Civil: Casada
Paridad: Simiataung
Origen: Simiataung

Edad: 35 años
Fecha de nacimiento: 17/03/2001
Grupos sanguíneos: Rh: +, ABO: A
Alimentación: Lactancia materna
Alcohol: No consume
Tobaco: No consume

ANTECEDENTES

Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Asma, etc.
Enfermedades agudas: Infecciones, etc.
Quirúrgicos: Cesárea, etc.
Embarazos anteriores: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50.

GESTACIÓN ACTUAL

Fecha de inicio: 26.07.2019
Fecha de parto: 01.05.2020
Edad gestacional: 35.00 semanas
Peso feto: 3400g
Longitud cefalopelviana: 35cm

CONTROL PRENATAL

Fecha	Edad gestacional	Peso	Longitud cefalopelviana	Diámetro biparietal	Diámetro occipitofrontal	Índice de masa corporal
24.04.2020	37	66	118	21	26.8	95

PARTO

Fecha de parto: 24.04.2019
Modo de parto: Cesárea
Presentación: Cabeza
Posición: Occipito anterior izquierdo

NACIMIENTO

Peso al nacer: 3400g
Longitud cefalopelviana: 35cm
Diámetro biparietal: 21cm
Diámetro occipitofrontal: 26.8cm

POSTPARTO

Fecha	Edad gestacional	Peso	Longitud cefalopelviana	Diámetro biparietal	Diámetro occipitofrontal	Índice de masa corporal
05.05.2019	38	70	120	22	27	100
06.05.2019	39	80	125	23	28	105
07.05.2019	40	90	130	24	29	110
08.05.2019	41	100	135	25	30	115
09.05.2019	42	110	140	26	31	120
10.05.2019	43	120	145	27	32	125
11.05.2019	44	130	150	28	33	130
12.05.2019	45	140	155	29	34	135
13.05.2019	46	150	160	30	35	140

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA
HANT	Jerzmi Lu	Romero Romero	F	81	

REGISTRAR EN FOJA LA ADMINISTRACION DE FARMACOS Y OTROS

1 EVOLUCION			2 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DD/MM/AAAA)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	UNIDAD MEDICINA
21/04/20	6:00	<p>NOTA 701 parto</p> <p>Bajo normas de asepsia y antisepsia y previa colocacion de cateteres, se efectuó la extraccion de la parte (cabeza) por el objeto (fetal) recibiendo producto de sexo femenino sin signos vitales con un peso de 306 gramos, con liquido mecánico espeso de mal olor.</p> <p>se realiza episiotomia y se repara con vicryl 2/0.</p> <p>sangrado aproximado 200cc posicion de la piel cutitotomica sin complicaciones.</p> <p>Dr. Paez fernandez para objeto fetal</p> <p>Dr. Romero Altamirano</p>	<p>1) NPO x 2 horas luego de la Blanda + ligeros</p> <p>2) CSU + SCOU mama c/12h x 2 horas</p> <p>3) masaje utero c/15 min x 2 horas</p> <p>4) cloruro 0.9 / 1000 ml + 10UI Oxitocina por hora 12</p> <p>5) atropina 0.5 mg IV c/12h</p> <p>6) nitroglicerina 200ug IV c/12h</p> <p>7) paracetamol 500mg VO c/6h</p> <p>8) cloroformo 200mg VO 2/6 horas</p> <p>9) vendaje de manos</p> <p>10) Btl. de control de 8 horas</p> <p>11) Novedules.</p>	

CONSULTADO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
H.A.N.H.	Luizmila Beatriz	Punina Punina	F	19	0250338274

6 CUADRO CLÍNICO DE INTERCONSULTA

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, residencia Liníatug Unión libre su estado civil, no tiene otros hijos, religión católica, Escuelas Secundaria Incompleta, refiere: primer embarazo, embarazo deseado, labilidad emocional, hipofagia, esfuerzo del sueño no muestra alteración por el momento, astenia, ansiedad leve, estado de ánimo hipotónico, angustia desesperación, tensión muscular, etapa de duelo precontemplación propia del duelo, apoyo aparentemente funcional de su pareja.
 No existe antecedentes de patología psiquiátrica.
 No existe ideación suicida.
 No existe riesgo suicida.

7 RESUMEN DEL CRITERIO CLÍNICO

Paciente en etapa de Duelo.
 Etapa del Duelo precontemplación.
 Síntomas propios del duelo
 No existe riesgo suicida
 No existe antecedentes de patología de Salud mental.
 Embarazo deseado
 Primer embarazo con autoconsentimiento.
 Apoyo aparente funcional de su pareja.

8 DIAGNOSTICO

	PRE-PRESUNTIVO DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Duelo familiar "Hijal".	73.4				4	
2						5	
3						6	

9 PLAN DE DIAGNOSTICO PROPUESTO

Evaluación
 Diagnóstica
 Tratamiento.

10 PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Terapia Cognitiva Conductual.
 Contención Emocional Catarsis.
 Psicoducción del duelo y sus etapas.
 Permitir la descarga emocional con el duelo.
 Intervención familiar sistémica. educación del duelo.
 Continuar con el control médico.
 No se emite fármacos o anti depresivos por el médico de turno por la razón que interfiere con el duelo.
 Alta por psicología.

HOSPITAL ALFREDO NEGRA MONTECOSO

Dr. Cl. David López

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJ
24/04/2020	9:30	David Yáñez			

INTERCONSULTA - INF