



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetrix/Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE
EDAD, 28 SEMANAS DE GESTACION CON OBITO FETAL**

AUTORA

Jazmín Liseth Zambrano Chisaquina

TUTOR

Dr. Marlon Martinez

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

Los Ríos - Babahoyo - Ecuador

2021



ÍNDICE

I.	AGRADECIMIENTO	4
II.	DEDICATORIA	5
III.	TEMA	6
V.	ABSTRACT	7
1.	MARCO TEORICO	10
	1.1 DEFINICION	10
	1.2 CAUSAS	10
	1.3 ETIOLOGIA	11
	1.4 FACTORES DE RIESGO	12
	1.5 FISIOPATOLOGIA	12
	1.6 SIGNOS Y SINTOMAS	13
	1.7 DIAGNOSTICO	14
	1.8 TRATAMIENTO	14
	1.10 JUSTIFICACION	16
	1.11 OBJETIVOS	18
	1.11.1 OBJETIVO GENERAL	18
	1.11.2 OBJETIVO ESPECIFICO	18
	1.12 DATOS GENERALES	19
2.	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
	2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	20
	2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	20
	2.3 ANAMNESIS	22
	2.4 EXPLORACION FISICA	23
	2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	24
	2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	25
	2.7 CONDUCTA A SEGUIR	26
	2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	26
	2.9 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	27



3 OBSERVACIONES	27
4 CONCLUSIONES	28
5 BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas de Muerte Fetal Intrauterina	11
Tabla 2. Datos Generales	19
Tabla 3. Historia Clínico de la Paciente.....	21
Tabla 4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS..	25
Tabla 5.Causas de Fetal INtrauterina	¡Error! Marcador no definido.



I. AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia y a la vez por el apoyo en cada decisión. Gracias a la vida porque cada día me demuestra su significado y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mis padres por creer en mí y por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de mi caso clínico.

Gracias a la Universidad, que me dio la bienvenida como tal, por las oportunidades que me ha brindado, la ayuda de mis docentes, mis compañeros y comunidad en general.

El proceso no ha sido sencillo, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo del presente proyecto y así obtener una afable titulación profesional que me servirá para demostrar mis capacidades, dotes y talentos ante la sociedad.



II. DEDICATORIA

Llena de regocijo, de amor y esperanza, dedico este proyecto, a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares fundamentales para poder seguir adelante. Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo me lo he ganado. A mis padres, porque ellos son la motivación fundamental de mi vida.

A todos quienes me han apoyado moralmente en bienestar de mi profesión.



III. TEMA

CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD, 28 SEMANAS DE GESTACION CON OBITO FETAL



V. ABSTRACT

Stillbirth is one of the most difficult obstetric accidents to deal with. Both the pregnant woman and the fetus, despite complying with a purely physiological process such as pregnancy, are exposed to a series of risks that threaten their health and lives. Among the probable complications is intrauterine fetal death. (Vogelmann, Sánchez, & Sartori, 2008)

For this reason, we present the case of a 15-year-old primiparous patient with a 28-week gestation pregnancy, who went to the Baba health center for prenatal control, referring to decreased fetal movements approximately 24 hours ago, reason for the which one decides to attend the consultation.

The diagnostic methodology applied to the patient was immediate auscultation of heart beats that were absent, Leopold lieutenant maneuvers were applied as a result of the cephalic product with uterine height not according to gestational age. Taking into account that predisposing risk factors such as maternal age, first pregnancy, insufficient prenatal controls in number of 1 are added to this.

The present case aims to raise awareness of the importance of prenatal controls, in order to be able to identify all possible risk factors that compromise maternal-fetal well-being.

Key words: stillbirth, first pregnancy, adolescent.



VI. INTRODUCCION

El presente caso clínico se encuentra enmarcado dentro de las líneas de investigación de salud sexual y reproductiva de la carrera de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo, trata de una paciente adolescente de 15 años de edad primigesta con embarazo de 28 semanas que acude al centro de salud de primer nivel por control prenatal dado a que hace aproximadamente 24 horas no evidencia movimientos fetales.

Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. (Vogelmann, Sánchez, & Sartori, 2008)

El porcentaje de muertes fetales inexplicadas oscila entre un 21% a 50%; se define como la muerte que ocurre en fetos con edad gestacional mayor de 20 semanas o peso superior a 500 g, en la cual ni la autopsia ni el examen histológico del cordón umbilical, placenta y membranas, se logra identificar la causa. (Janer Sepúlveda & Eliana Maribel Quintero, 2004)

Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”. (AEP (asociación española de pediatras), 2013)

Anualmente se producen en todo el mundo 3,9 millones de muertes fetales aproximadamente. Se calcula que alrededor de uno o dos millones de muertes



quedan sin cuantificar debido a la dificultad de medir la prevalencia, especialmente en aquellos países en los que el acceso a la asistencia sanitaria es deficitario. El 97% de las muertes fetales ocurren en países en vías de desarrollo, los cuales presentan una prevalencia del 3%. En los países desarrollados la prevalencia es menor del 1%. (AEP (asociación española de pediatras), 2013)

Dada la importancia a nivel social, psicológico y laboral que representa la muerte fetal intrauterina sigue constituyendo una causa importante de estudio, sobretodo de los factores de riesgo que pueden desencadenar esta patología.

El siguiente caso clínico trata de un estudio observacional descriptivo ya que la Información se la extrae de los datos clínicos de la paciente que acude a la unidad de salud de Baba, para fundamentar el marco teórico se basa en la información adquirida de diferentes textos.

Sigue siendo imprescindible dar a conocer la importancia de los controles prenatales para tener una evolución favorable durante el embarazo, ya que aquí se permite educar a la gestante acerca de lo que conlleva este proceso y de que también existen patologías que se pueden desarrollar durante el transcurso del embarazo asociado a los distintos factores de riesgos.



1. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION

La muerte fetal es el resultado de la interacción de diferentes y complejos procesos fisiopatológicos que ocurren en la madre, feto y placenta, cuya contribución es variable. Sin embargo la causa se debe considerarse como aquella inicial capaz de causar la secuencia de eventos que desencadenan la muerte del feto. (SAULO & ALEJANDRA, 2010)

La muerte fetal tardía es un evento con una definición imprecisa y de difícil medición. Existen en su estudio múltiples clasificaciones y métodos para su estudio. Sin embargo, una gran proporción de casos queda sin un diagnóstico etiológico. Ante este acontecimiento, es de gran importancia con la finalización de la gestación, intentar el diagnóstico etiológico para evitar su suceso en gestaciones siguientes cuando sea posible y el apoyo psicológico a los padres. (AEP (asociación española de pediatras), 2013)

1.2 CAUSAS

La causa de muerte fetal difiere según la edad de gestación. En general, a medida que la pérdida es más temprana, se relaciona más con condiciones de origen materno y, si se da más tarde, está más relacionada con factores que afectan directamente al feto. Así como la causa de la muerte fetal varía con la edad gestacional, la proporción de muertes fetales sin causa conocida a pesar de la extensa investigación aumenta con la edad de gestación. Hasta la semana 27 la mayoría de las muertes fetales, en especial con pesos menores de 1.000 gramos, están relacionadas con infección lo cual no ha disminuido de manera significativa ni siquiera con el uso de antibióticos. No obstante, alrededor de 21% son inexplicadas, mientras que después de la semana 28, se consideran inexplicadas hasta en 60%. (Lisseth Morante, 2018)



La causa de muerte fetal intrauterina se la ha diferenciado en causas maternas, fetales y placentarias; en la siguiente tabla se mencionan a las más frecuentes.

Tabla 1.

Maternas	Fetales	Placentarias
Enfermedades crónicas; diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso, síndrome antifosfolipídico.	Gestación múltiple	Desprendimiento de placenta
Incompatibilidad Rh	Restricción de crecimiento intrauterino	Patología de cordón umbilical
Edad materna muy precoz o avanzada	Anomalías congénitas	Placenta previa
Embarazo prolongado	Infección	
Obesidad		

Tabla 1. Causas de Muerte Fetal Intrauterina

Tabla 1 Elaborado por Jazmin Zambrano

1.3 ETIOLOGIA

Dentro de los factores que están relacionados a óbito fetal podemos destacar a las de origen materno la cual está relacionada a la Hipotensión, problemas



hemorrágicos o anemia, cuadros de deshidratación, edad materna, restricción de crecimiento intrauterino, obesidad, diabetes preconcepcional, trastornos hipertensivos del embarazo sobre todo en los cuadros de pre eclampsia y eclampsia. Dentro de las causas que se relacionan con problemas placentarios encontramos a la inserción baja de placenta o placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta que lleva a la insuficiencia placentaria. En las causas que involucran al cordón umbilical podemos mencionar a la comprensión de cordón, circular simple o doble de cordón, y prolapso de cordón umbilical por una ruptura prematura de membranas

1.4 FACTORES DE RIESGO

En los factores sociodemográficos debe investigarse escolaridad y condición socioeconómica de la madre, para conocer el medio social en el que vive. Asimismo, se debe conocer el estado nutricional de la madre antes del embarazo y los antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías, ya que todos influyen en el crecimiento y en el desarrollo del feto en la gestación. Los antecedentes patológicos de la madre (como diabetes, cardiopatías o nefropatías) son de sumo interés por la repercusión que tiene en el feto y en el neonato; de igual importancia son los antecedentes de abortos, partos prematuros o productos malformados, pues es mayor el riesgo de que vuelvan a presentarse en un embarazo ulterior. Los factores socioeconómicos deficientes, señalados por analfabetismo, carencia de saneamiento ambiental e inadecuadas condiciones de vida determinan el marco que caracteriza el entorno de las mujeres embarazadas que tienen alta mortalidad perinatal. (Lisseth Morante, 2018)

1.5 FISIOPATOLOGIA

Con frecuencia, la causa del óbito fetal es difícil de identificar y, aunque los porcentajes son variados según la serie en estudio, muchos quedan catalogados como inexplicados, aunque se haga una investigación exhaustiva de las causas



potenciales, ya sea por no encontrar una relación causal o porque más de un factor contribuye significativamente, superponiéndose. (SAULO & ALEJANDRA, 2010)

Dentro del proceso fisiopatológico para que se genere la muerte fetal in útero debe darse una secuencia de procesos que se detallan a continuación:

Existe una disminución del oxígeno y por ende va aumentar el CO₂, generándose en primera instancia una acidosis respiratoria, por consiguiente existe el estímulo en el tono simpático el cual provoca taquicardia fetal.

Luego se produce un aumento de hidrogeniones y una disminución del PH, generando la acidosis metabólica, esto genera que los niveles de oxígeno lleguen a niveles críticos, aumenta el tono vagal y se produce la bradicardia fetal, teniendo como resultado la muerte del feto.

1.6 SIGNOS Y SINTOMAS

La detección de la muerte fetal no resulta tener un diagnóstico fácil, sin embargo es de suma importancia que la gestante este atenta ante cualquier signo o síntoma que atente contra la viabilidad del embarazo; dentro de los posibles signos de alarma se encuentran los siguientes:

- Ausencia o disminución de movimientos del feto
- Pérdida de líquido amniótico
- Malestar general
- Dolor abdominal intenso
- Sangrado vaginal.



1.7 DIAGNOSTICO

En muchas pacientes, el único antecedente obtenido es la ausencia reciente de movimiento fetal. Una incapacidad para detectar los latidos cardiorfetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante examen ultrasonográfico. Ocasionalmente la muerte fetal ocurre en una paciente que está siendo monitoreada por condición de alto riesgo. Infrecuentemente la muerte fetal ocurre durante el proceso de trabajo de parto. La muerte fetal se debería confirmar siempre mediante examen ecográfico. La muerte fetal se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, la demostración y la ausencia de actividad cardiaca. (Vogelmann, Sánchez, & Sartori, 2008)

1.8 TRATAMIENTO

Tras el diagnóstico de muerte fetal, la actitud terapéutica recomendada es la finalización del embarazo. En el 80% de los casos se inicia el parto de forma espontánea en las 2 o 3 semanas que siguen a la muerte fetal. En la mayoría de los casos el diagnóstico de la muerte fetal se realiza antes de transcurrido este tiempo por lo que será preciso establecer la conducta más apropiada, que suele ser la inducción del parto. El momento y los métodos de la inducción del parto dependerán de la edad gestacional, la historia materna y las preferencias de la madre. Aunque la mayoría de las pacientes optan por una terminación precoz, el momento del parto no supone una urgencia puesto que el desarrollo de complicaciones se relaciona con una retención fetal prolongada. Atendiendo a cada situación particular, se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el estado emocional materno. La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía. (AEP (asociación española de pediatras), 2013)



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. (AQUIJE, 2016)



1.10 JUSTIFICACION

El propósito de la realización de este caso clínico se enfoca en dar a conocer importancia del control prenatal como una estrategia para la determinación de los posibles factores de riesgos que pueden condicionar a que un embarazo termine como óbito fetal. Teniendo en cuenta que unos de los problemas que pudieron afectar la viabilidad del embarazo en este caso fueron los insuficientes controles prenatales, sumándose como otro factor de riesgo la edad materna, el nivel socioeconómico y la escolaridad.

No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (Guía de Práctica Clínica (GPC), 2015)

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. (Guía de Práctica Clínica (GPC), 2015)

En la publicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no se dio prioridad a la muerte de recién nacidos ni a la prevención de muertes fetales, por lo que forman parte de la agenda inconclusa, por ello la OMS recomendó que la mortalidad neonatal y fetal ocupen un lugar más destacado en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, dado que el descenso de este tipo de mortalidad es más lento que el de mortalidad materna y menores de cinco años de edad. (UNICEF, 2014)

El plan “Todos los Recién Nacidos” de la OMS al que Ecuador es partícipe, tiene como objetivo reducir las muertes fetales prevenibles, es así que para el año 2035



habrá 10 o menos muertes fetales por 1000 nacidos vivos y 14 en el 2020 a nivel mundial. Esto indica la necesidad de contar con un estudio estadístico social que analice los posibles factores de riesgo que pueden incidir en una defunción fetal, con el propósito de aportar en la toma de decisiones, en cuanto a salud pública. (UNICEF, 2014)

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. (Guía de Práctica Clínica (GPC), 2015)



1.11 OBJETIVOS

1.11.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la importancia de los controles prenatales en adolescentes, llevando un oportuno manejo de los posibles factores de riesgo a fin de que el embarazo no culmine con un óbito fetal.

1.11.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los factores de riesgo predisponentes que pudieron condicionar a que el embarazo haya terminado en óbito fetal.
- Promover la educación prenatal con la finalidad de prevenir y disminuir los factores de riesgos que puedan ocasionar problemas de salud durante el embarazo



1.12 DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 1206856427	Edad: 15 años
Fecha de nacimiento: 22/12/2006	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Baba vía el progreso	Religión: ninguna
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Centro de salud Baba
Fecha de ingreso: 10/07/2020	FUM: 26/12/2019

Tabla 2. Datos Generales

Tabla 2 Elaborado por Jazmin Zambrano



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Gestante de 15 años de edad acude al centro de salud de primer nivel por control prenatal refiriendo disminución de movimientos fetales acompañado de ligero dolor en hipogastrio más leucorrea blanquecina con una evolución de hace aproximadamente 24 horas, presentando ecografía obstétrica con diagnóstico de embarazo de +/- 28 semanas.

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales		no refiere
Antecedentes patológicos familiares		no refiere
Antecedentes quirúrgicos		no refiere
Alergias		no refiere
Hábitos		Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos		
Menarquia		11 años
Ciclos Menstruales:		Regulares
Inicio de vida sexual:		14 años
Planificación Familiar:		Ninguna



Parejas sexuales:	2
Gestas:	0
Partos:	0
Abortos:	0
Cesáreas:	0
Fecha de la última menstruación:	26/12/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	1
Ecografías:	1
Edad gestacional:	28 semanas
Papanicolaou:	Ninguno

Tabla 3. Historia Clínico de la Paciente

Tabla 3 Elaborado por Jazmin Zambrano



2.3 ANAMNESIS

Paciente primigesta de 15 años de edad acude al centro de salud de primer nivel para control prenatal, refiriendo disminución de movimientos fetales, acompañada de dolor a nivel de hipogastrio además de referir leucorrea color blanquecina hace aproximadamente 24 horas por lo que acude a control.

Al momento de la consulta presenta reporte ecográfico de segundo trimestre que muestra feto único vivo de +/- 28 semanas de gestación. Se realiza auscultación de latidos cardiacos con doppler fetal resultando ausentes, altura uterina que no coincide con edad gestacional por lo que se solicita exámenes de laboratorio más ecografía obstétrica de urgencia y es referida a un centro de salud de mayor complejidad para su manejo.

2.4 EXPLORACION FISICA

Signos vitales: Presión arterial: 110/68 mmHg, frecuencia cardiaca: 85 lpm, frecuencia respiratoria: 21 rpm, temperatura: 36.5 °C, estado de conciencia: orientada en tiempo y espacio, Glasgow: 15/15, proteinuria: negativa, Saturacion de oxigeno: 99%, Score mama: 0

Se detalla de la exploración dela paciente en la siguiente figura:

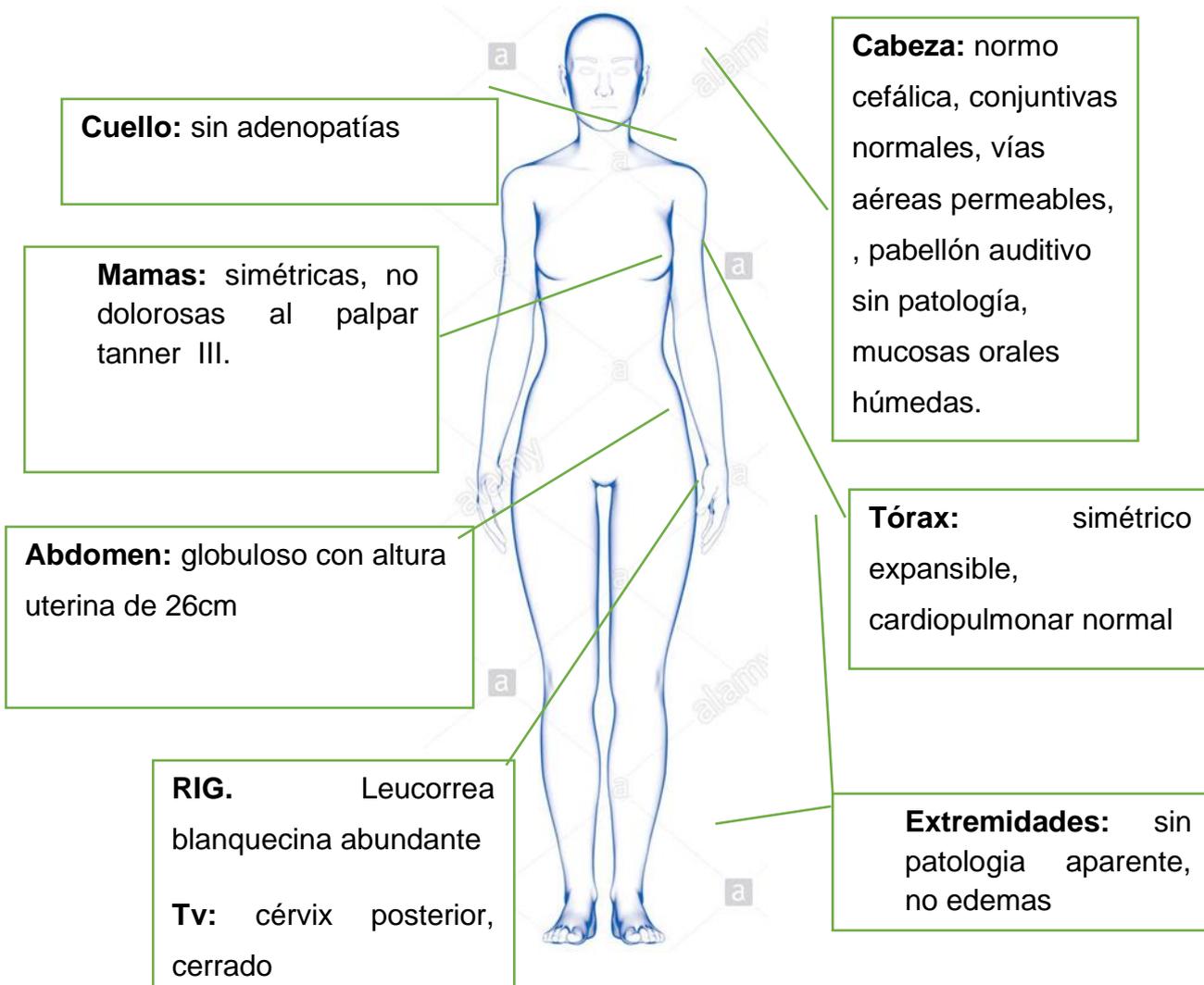


Figura 1. Exploración Física

Figura 1 Elaborado por Jazmín Zambrano



2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Reporte ecográfico

Reporta útero aumentado de tamaño en ateverción con feto único vivo, cefálico, que corresponde a producto de +/- 28 semanas

Ausencia de latidos cardiacos fetales

Placenta fundica anterior grado 0

ILA de 5.8

Peso 840gr

Dx:

- Óbito fetal

Hemograma

Leucocitos	# 11.50
HGB:	10.5
HCTO	43.6
PLT	183

Bioquímica sanguínea



Glucosa	84 mg/dl
Urea	13 mg/dl
Creatinina	0.6

Uro análisis	
Leucocitos	4-6 por campo
Hematíes	2-3 por campo
Células epiteliales	5-7 por campo
Bacterias	(+)
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO

Tabla 4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Tabla 4 elaborado por Jazmín Zambrano

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo: Muerte Fetal Intrauterina.

- Ausencia de latido cardiaco fetal.
- Ausencia de movimientos fetales de largas horas.



Diagnóstico Diferencial: Hipoglicemia en la Embarazada.

- Latido cardiaco no audible.
- Ausencia de dinámica fetal.
- Ausencia de movimientos fetales.

Diagnóstico definitivo: Muerte fetal Intrauterina.

- Ausencia de Latido Cardiaco fetal.
- Ausencia de movimientos fetales de largas horas.
- Ecografía Diagnóstica: Ausencia de Latido Cardiaco

2.7 CONDUCTA A SEGUIR

Al momento de la consulta se realiza el interrogatorio de rutina y el examen físico correspondiente teniendo como resultado ausencia de movimientos fetales y una altura uterina que no correspondía a la edad gestacional, se solicita exámenes completos y ecografía obstetricia de urgencia de inmediato la paciente es referida a un centro de mayor complejidad para su manejo, tenido como resultado exámenes de laboratorios favorables.

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

Paciente que es referida por el personal de salud del subcentro de salud de Baba al ingresar a la consulta se tomó signos vitales se le realizo en interrogatorio de rutina y se realizó exploración física para determinar el estado en que se encontraba la paciente, se verifico ausencia de cardiaco fetal con doppler fetal, también se



identificó altura uterina que no correspondía edad gestacional. Se solicitó exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica para confirmar la muerte fetal intrauterina, al resultado de imagenología se confirma óbito fetal diagnostico con el cual se procede a ingresar a la paciente para la terminación de embarazo.

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

Este problema se presentó en la ciudad de baba en la unidad de primer nivel, tomando en cuenta que la paciente proviene del sector rural de la ciudad, por lo que no era de fácil acceso acudir a sus respectivos controles.

La falta de conocimiento acerca de lo que conlleva un embarazo sigue siendo una problema debido a que no existe mayor preocupación por lo que pueda suceder durante este proceso, que si bien se conoce es netamente fisiológico, pero que a la vez puede verse afectado por los factores de riesgos que predisponen a que pueda darse un problema de salud secundario.

3 OBSERVACIONES

En este caso no hubo mayor complicación en la salud de la madre ya que se dio un manejo oportuno de la situación socializando con la gestante, explicándole los factores que pueden desencadenan esta patología, dándole a entender que es imprescindible llevar a cabo un buen control prenatal con el fin de poder evitar o disminuir las complicaciones materno-fetales.

Si bien desde el principio existió una negativa por parte de la embarazada tras recibir un diagnostico desagradable se pudo tratar con ella y de inmediato fue referida para su manejo oportuno, explicándole el procedimiento a realizar y cuáles eran sus consecuencias.



Se recomienda, además, realizar estudios enfocados a la muerte fetal tardía y a la principal causa de defunción como son los trastornos respiratorios cardiovasculares específicos del periodo perinatal, realizando un análisis histórico de las causas que prevalecen en nuestro medio, con el propósito de establecer medidas correctivas dirigidas a este segmento de la población.

4 CONCLUSIONES

Aunque en la actualidad los casos de muerte fetal intrauterina han disminuido, este sigue siendo un gran problema de salud debido a la secuelas que deja a nivel físico y emocional tanto para la madre como para el médico encargado del caso

Sigue siendo de la gran importancia la socialización acerca de lo importante que es el control prenatal y la determinación de factores de riesgos que pueden conllevar a que el embarazo termine como óbito fetal.



5 BIBLIOGRAFIA

(s.f.).

AEP (asociación española de pediatras). (2013). Muerte fetal tardía. En V. J. Almela, A. P. Puchalt, & M. C. Cohen, *Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil* (págs. 29-36). España: Ediciones Ergon. Obtenido de [aeped.es](http://www.aeped.es):
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf

Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*.
<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

AQUIJE, C. E. (03 de 09 de 2016). *ATENCIÓN OBSTETRICA DE LA EMERGENCIA Y CUIDADOS*. Obtenido de repositorio.upica.edu.pe:
<http://repositorio.upica.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/275/AQUIJE%20CARLOS%20ELIA%20YAIVEL%20-%20OBITO%20FETAL%20EN%20EL%20CENTRO%20DE%20SALUD%20DE%20SUNAMPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García, M. C. (s.f.). *myaccess*. Obtenido de
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1756§ionid=121619961#:~:text=Definici%C3%B3n,-%2B%2B&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,8%20despu%C3%A9s%20de%20la%20concepci%C3%B3n>.

Guía de Práctica Clínica (GPC). (2015). *Ministerio de Salud Pública Control Prenatal*. QUITO: Dirección Nacional de Normatización MSP.

Janer Sepúlveda, M., & Eliana Maribel Quintero, M. (2004). MUERTE FETAL INEXPLICADA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 N, 300-307*.

Lisseth Morante, A. N. (14 de marzo de 2018). *tesis*. Obtenido de repositorio.ug:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/CD%202473-%20MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISETH.pdf>

Ministerio de Salud Pública . (2014). *Salud en Adolescente, Guía de Supervisión*. QUITO: Dirección Nacional de Normalización. MSP.



- OMS. (s.f.). *REPRODUCCION ASISTIDA ORG*. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/#:~:text=La%20muerte%20fetal%20intrauterina%2C%20tambi%C3%A9n,de%20la%20duraci%C3%B3n%20del%20embarazo>.
- SAULO, M., & ALEJANDRA, A. D. (Abril de 2010). Muerte fetal anteparto. En M. SAULO, & A. D. ALEJANDRA, *Muerte fetal anteparto* (págs. 59 - 73). bogota : Universitas Médica. Obtenido de redalyc.org: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676006.pdf>
- ULLAURI, J. G. (s.f.). Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25550/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- UNICEF. (2014).
- Vogelmann, R. A., Sánchez, J. E., & Sartori, M. F. (Diciembre de 2008). *MUERTE FETAL INTRAUTERINA* . Obtenido de Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4_188.pdf



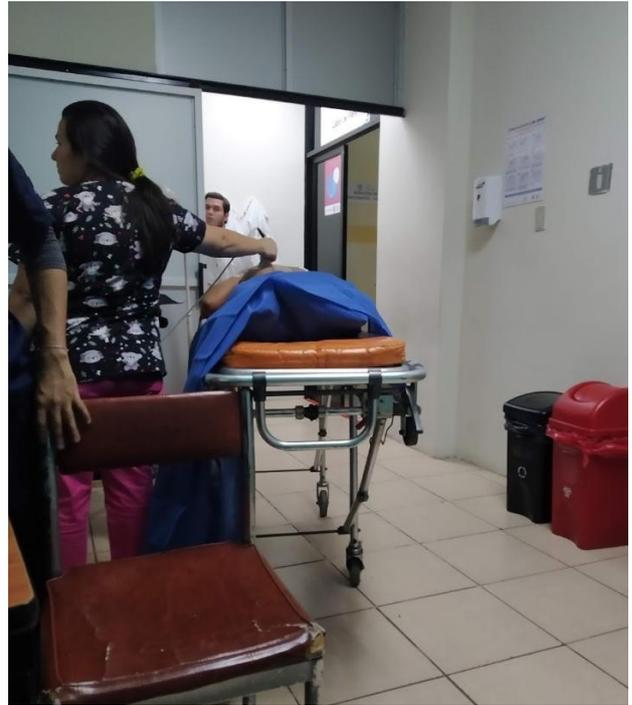
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



ANEXOS



ANEXO 1. Auscultación de latidos cardiacos al momento del control prenatal, a través de doppler fetal.



ANEXO 2. Paciente es referida a una unidad de mayor complejidad donde se solicita exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica.



ANEXO 3