



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**GESTANTE CON DIAGNÓSTICO DE ÓBITO FETAL**

**PRESENTADO POR**

**BENILDE ALCIRA VEGA ACOSTA**

**ASESORA**

**DRA. GIOVANINI MARIA MARTINEZ ASMAD**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN**

**SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN SALUD**

**MATERNO PERINATAL Y SALUD PÚBLICA**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2023**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DE JURADO .....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	vi

### CAPÍTULO I

1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación.....	3
1.3 Marco teórico .....	4
1.3.1 Antecedentes .....	4
1.3.1.1 Antecedentes Internacionales .....	4
1.3.1.2 Antecedentes Nacionales .....	5
1.3.1.3 Antecedentes locales .....	10
1.3.2 Conceptos básicos .....	11

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

2.1. Introducción .....	19
2.2 Objetivos.....	19
2.3. Sucesos relevantes del caso clínico.....	20
2.4. Discusión.....	24
2.5. Conclusiones.....	26
2.6. Recomendaciones.....	27
 BIBLIOGRAFÍA .....	 29
 ANEXOS .....	 34

## RESUMEN

El objetivo general al que se pretende llegar con este trabajo, es exponer el caso de una gestante con el diagnóstico de óbito fetal, identificar sus factores de riesgo, características Gineco Obstétricas y contrastar el manejo clínico con la guía técnica del MINSA.

Dicho caso es el de una paciente de 30 años, multigesta, la misma que cursa las 38,5 semanas de gestación y que ingresa por el servicio de emergencia al presentar contracciones uterinas con una evolución de 4 horas 50 minutos, niega signos de alarma, percibe movimientos fetales.

Al examen preferencial se evidencia AU: 29 cm Feto en presentación cefálica, sin latidos cardio fetales, DU: 2-3/10 ++ 25''y al tacto vaginal encontramos D:5cm B: 80% AP: -2 Memb. Integras.

Se decide traslado a hospital de referencia, con el diagnóstico de gestante de 38,5 semanas, a descartar Óbito fetal, trabajo de parto fase activa; donde se produce parto vaginal, obteniéndose óbito fetal de sexo femenino con 2090 grs, de peso y malformación congénita evidente. Posterior a ello la madre es dada de alta a los dos días, sin evidenciar complicación infecciosa alguna.

Los factores de riesgo fueron la presencia de malformación congénita en el producto y un control prenatal inadecuado; las características epidemiológicas son madre adulta joven con nivel educativo y socioeconómico bajo, la característica Gineco Obstétrica más resaltante fue la multiparidad.

**Palabras claves:** Óbito fetal, Factores de riesgo, Control prenatal, Malformación congénita.

## ABSTRACT

The general objective of this work is to present the case of a pregnant woman diagnosed with stillbirth, identify her risk factors, gynecological and obstetric characteristics, and compare the clinical management with the MINSA technical guide.

Said case is that of a 30-year-old patient, multipregnant, the same one who is at 38.5 weeks of gestation and who is admitted by the emergency service when presenting uterine contractions with an evolution of 4 hours 50 minutes, she denies warning signs, perceive fetal movements.

The preferential examination shows AU: 29 cm Fetus in cephalic presentation, without fetal heart beats, DU: 2-3/10 ++ 25" and vaginal examination we find D: 5cm B: 80% AP: -2 Memb. You integrate.

It was decided to transfer to a reference hospital, with the diagnosis of a pregnant woman at 38.5 weeks, to rule out stillbirth, active phase labor; where vaginal delivery occurs, obtaining a female fetal death with 2090 grams, weight and evident congenital malformation. After that, the mother was discharged two days later, without showing any infectious complication.

The risk factors were the presence of congenital malformation in the product and inadequate prenatal care; the epidemiological characteristics are a young adult mother with a low educational and socioeconomic level, the most outstanding gynecological-obstetric characteristic was multiparity.

Keywords: Fetal death, Risk factors, Prenatal control, Congenital malformation.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción del Problema de investigación:**

El óbito fetal es un episodio en la vida de la madre, muy difícil de enfrentar puesto que representa una pérdida muy grande, rodeada de frustración y la privación de todas las expectativas forjadas en lo que iba a ser un futuro familiar muy próximo y para el personal de salud involucrado representa un fracaso si la causa fue prevenible y una gran interrogante si dicha causa no se llega a dilucidar. (1)

En los últimos años se ha podido evidenciar una disminución de la muerte fetal gracias a los denodados esfuerzos del equipo de salud y por la buena iniciativa del Ministerio de salud de dar el impulso para trabajar la atención preconcepcional, pero a pesar de ello continúa siendo un problema de salud pública, que sigue siendo un desafío para la Obstetricia.

Según la OMS, en el mundo nace un niño muerto cada 16 segundos, de estos, un 84% ocurren en países de ingresos bajos. Para el año 2019, 03 de cada 04 muertes fetales ocurrieron en África Subsahariana o Asia Meridional. (2)

A pesar de todo lo que se ha podido avanzar en materia de servicios de salud, la disminución de la tasa de mortalidad fetal entre el 2000 y el 2019 fue tan sólo del 2,3%. (2)

En nuestro país para el año 2020 se registraron 2971 defunciones fetales, esto significa que hubo una disminución del 11% comparando con el año 2019, viendo un incremento en La libertad, Lima Norte, Huánuco e Ica, donde es muy importante reactivar la atención de las gestantes en los establecimientos de salud, los mismos que fueron suspendidos por la Pandemia. (3)

Se concluye además que, de cada 10 óbitos fetales, 08 ocurren en los últimos meses de gestación de los cuales 03 son productos a término, además se establece para nuestro país, entre las probables causas de estos decesos, la hipoxia intrauterina con un 22%, luego las condiciones maternas no relacionadas con el embarazo como por ejemplo la hipertensión, enfermedad renal, etc con un 11%, las malformaciones congénitas y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con un 8% y las complicaciones de la madre relacionadas con el embarazo con un 5%. (3)

Y en nuestra ciudad, según el área de estadística de nuestro Hospital de referencia, desde el año 2000 al 2018, se han registrado 64350 nacimientos, de los cuales 610 fueron muertres fetales (4).

Es muy importante llegar a la causa de este deceso, porque de lo contrario será difícil trabajar sobre una futura gestación y sobre el temor que queda en los padres el enfrentarse a ella.

## **1.2. Justificación:**

El estudiar y analizar un caso clínico es importante para poder identificar factores de riesgo, que, según la bibliografía, pudieran estar ligados al mismo, con el propósito de disminuirlo; y justamente este es uno de esos casos que además ayudaría de sobremanera a evitar este proceso tan doloroso como es la mortalidad fetal.

Los resultados hallados en el presente trabajo, serán muy beneficiosos no sólo para el binomio madre niño, sino, para todo el núcleo familiar inmerso en el proceso de la gestación. Se busca que con los resultados se pueda aportar a mejorar las acciones referentes al control pre natal, en vista de que la muerte fetal intrauterina es un indicador que nos da a conocer la calidad de dicha atención. Entonces podemos concluir que los resultados serán beneficiosos tanto para las familias como también para el personal sanitario, sobre todo los directamente involucrados con la madre, ya que nos permitirá identificar con anterioridad los factores que causan la muerte fetal intrauterina y poder reducir las fatales consecuencias.

También tendrá un beneficio a nivel de la sociedad, pues a partir de ello se podrá garantizar una atención de salud de calidad, logrando a mediano plazo ver a nuestra niñez gozando de mejores estándares en sus condiciones de vida. Además, las revisiones de casos clínicos, sirven de sobremanera en el quehacer diario de los trabajadores de salud, para ser aplicados en mejorar sus diagnósticos y decisiones clínicas y colaborar en lo que llamamos Medicina basada en evidencias.

### 1.3. Marco Teórico

#### 1.3.1 ANTECEDENTES:

##### 1.3.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL:

**Hernandez LS. 2016**, realizó una investigación en Honduras, donde concluyó que la prevalencia de pacientes atendidas por óbito fetal tardío corresponde al 1.83 %, un porcentaje similar al visto en otros países de América Latina en los que este valor varía entre 1.1 y 1.6%

Además, encontró una fuerte relación entre el oligohidramnios, puesto de que tiene 6 veces más el riesgo de presentar muerte fetal tardía, seguido de las malformaciones congénitas que aumentan el riesgo 3 veces. Y dentro de las características generales de las gestantes pudimos observar que la edad más frecuente fue 19 años, procedentes del área urbana, solteras, con escolaridad promedio menor a 10 años y de ocupación ama de casa. (5)

Mientras de que en Ecuador encontramos dos investigaciones relacionadas con nuestro tema, la primera el 2016, **Loyola y Oyervide** en la Ciudad de Cuenca, concluyeron que se evidencia un aumento de esta entidad en los años en estudio de 28 casos en 2012, 39 casos en 2013 a 48 casos en 2014, siendo el factor de riesgo más importante que se evidencia, la poca cantidad de controles prenatales previos. (6)

La segunda en el año 2019, **Pazmiño y Manzano**, observaron en su investigación que el factor de riesgo más importante son las entidades relacionadas con la placenta, como por ejemplo ruptura, desprendimiento y/o insuficiencia y como de menor relevancia cita a la hipertensión,

diabetes e infección de vías urinarias. (7)

En Colombia tenemos una interesante investigación por **Baez Silva**, donde pudimos encontrar que los factores de riesgo más asociados a la entidad en estudio, fueron la edad de la madre mayor de 35 años, CPN ausente, ser múltipara, tener pre eclampsia, tener Síndrome Hellp, antecedente de óbito, tener anemia (materna), presentar corioamnionitis, patología de cordón, tener RCIU, RPM y más aún patología placentaria como abruptio y/o placenta previa. (8)

Un estudio realizado en la Ciudad de Cienfuegos en Cuba, por **Vásquez, Torres y Rodríguez**, encontró una tasa de muerte fetal tardía de 6,38. Además encontró que, dentro de las causas de muerte fetal, en primer lugar, están las de causa desconocida, seguidamente encontramos a la hipertensión inducida por el embarazo y por último las RCIU.

El estudio también revela de que la mayoría de casos se dieron antes del parto y fuera del hospital, teniendo como perfil de la gestante a una obesa, de parto pre término, con trastornos hipertensivos y/o diabética y con fetos malformados. (9)

#### **1.3.1.2 NACIONAL:**

En nuestro país, la muerte fetal intrauterina ocurre en un promedio de 12 por 1000 nacidos vivos (10)

En el hospital San José del Callao, **Hernández** encontró, dentro de las características generales de las gestantes en estudio, que la edad fluctuante fue la comprendida en el rango de 20 a 34 años, mujeres con educación secundaria, convivientes y sin hábitos nocivos en un 100%.

Estas mujeres evidenciaron como principales características obstétricas que fueron multigestas en un 55.2%, sin antecedente de aborto y con un periodo intergenésico adecuado; además, tuvieron un control pre natal deficiente en un 44.6%, un peso adecuado para la gestación en un 93.8%, no tuvieron anemia 95.4% y no registraron patología durante el embarazo en un 92.3%.

Se pudo observar que la terminación del parto fue vía vaginal en un 90,8%, siendo pre términos un 81,5% sin malformaciones y con un peso extremadamente bajo. (11)

**Berrospi** en el año 2016, realizó una investigación en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, la misma que encontró dentro de las características generales de las gestantes, que tenían entre 26 a 30 años, convivientes, trabajaban en el hogar y de educación secundaria la gran mayoría.

Los antecedentes Obstétricos arrojaron que fueron multigestas, con antecedentes de aborto y el espaciamiento entre uno y otro embarazo fue menor a dos años y las madres iniciaron el embarazo con un IMC catalogado como sobrepeso.

La mayor parte de partos fue pretérmino.

Haciendo un análisis de los factores que se asocian a esta patología,

hallaron que, dentro de los factores independientes, destaca el RCIU por estar ligado a un elevado riesgo de presentar óbito fetal, y de la misma manera un factor independiente de mucha importancia encontramos a una adecuada atención prenatal, el mismo que reduce en un 69% el riesgo de óbito fetal. (12)

Mientras que **Nuñez** en Lambayeque, encontró que los principales factores que de alguna forma aumentan el riesgo de presentar óbito fetal fueron el que la madre tenga un trabajo fuera del hogar durante la gestación, además manifieste el antecedente de aborto y que el sexo del producto de la concepción sea masculino; por otro lado, también se pudieron encontrar factores protectores como ser que la gestante tenga estudios superiores, la cantidad de controles prenatales adecuados, el IMC de la gestante y el tiempo de embarazo. (13)

En un estudio, realizado para optar el Título profesional de Obstetricia de las Bachilleres **Espíritu y Huamán**, en la ciudad de Huancayo, encontraron diferentes factores causales de la entidad en estudio, siendo los principales: edad de 18 a 29 años, el grado de instrucción máximo alcanzado fue secundaria, residencia habitual fue urbano marginal, ocupación Su casa; además de la coexistencia de enfermedades asociadas como la anemia y la hipertensión. Llegando a la conclusión que existe una fuerte asociación entre los factores antes mencionados y el óbito fetal. (14)

**Hauxwell Evelyn**, en un estudio realizado en el Hospital César Garayar García de la ciudad de Iquitos durante el 2019, halló entre los principales factores sugerentes de óbito fetal, que la edad de las madres fluctuaba entre 20 a 34 años, con grado de instrucción secundaria, convivientes y que procedían del área urbano- marginal de la ciudad. Entre las causas obstétricas predominantes es que fueron multigestas, con una atención prenatal inadecuada, además de ser mujeres con gestaciones a término y terminaron la gestación por vía vaginal. En cuanto al mortinato se pudo encontrar que la mayoría era de sexo masculino y con un bajo peso al nacer.

Las patologías más frecuentes halladas fueron las relacionadas con la placenta, como el DPP y también problemas asociados al cordón umbilical.

(15)

**Montesa Tarrillo**, en Lima el año 2019, presenta su tesis para optar el título de Médico cirujano, con el tema de Factores de riesgo más frecuentes, asociados a muerte fetal intrauterina; allí concluyó que los principales factores de riesgo materno fueron: la atención prenatal, antecedentes de abortos y de óbitos, sangrado en la segunda mitad del embarazo, pre eclampsia, trastornos del líquido amniótico. Además, los factores de riesgo fetales encontrados durante la investigación fueron el sexo fetal femenino y prematuros y dentro de los factores de riesgo socioeconómicos el que tuvo más asociación fue la edad materna. (16)

**Quispe Mamani, en el año 2019,** presenta su tesis para optar el Título profesional de Obstetra ante la Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez, con el tema Causas predisponentes a la ocurrencia de óbito fetal en el Hospital de referencia de la Ciudad de Juliaca y gracias a esta investigación se determinó que dentro de las principales causas que influyen los casos de óbito fetal, están la hipoxia, la ruptura de membranas, la ocurrencia de un DPP y las malformaciones congénitas e el producto.

Las características más relevantes de las gestantes que se pudieron apreciar es que tienen pareja estable, con instrucción secundaria y ocupación ama de casa; además son en su mayoría mujeres gran multíparas, sin malos antecedentes obstétricos y todos los casos, lamentablemente llegaron en búsqueda de atención en forma tardía, en vista de que el motivo de consulta fue la ausencia de movimientos fetales.

Y en cuanto a las características del mortinato, podemos decir que la mayor cantidad de casos se registraron en una edad menor a las 29 semanas de embarazo, con un peso entre los 1000 a 1999 gramos, y además la mayoría se ha producido antes del inicio de trabajo de parto, en un 71,11%. (17)

**Núñez Estrada,** en Abancay el 2019, realizó una tesis a cerca de los Factores de riesgo asociados a muerte fetal intrauterina y en primer lugar, se halló una tasa de muerte fetal intrauterina de 6,5/1000 nacimientos, ocurriendo esto en madres con edades mayores a los 35 años con bajo nivel educativo y provenientes de la zona rural, además son madres multíparas, con menos de 6 controles prenatales registrados. Se aprecia, además, en

cuanto a los factores de riesgo fetal, a los partos prematuros y el sexo fetal masculino. (18)

En la ciudad de Cajamarca, **López P. Rosario**, nos da como resultados de su investigación titulada Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca, que los principales factores de riesgo son madres solteras, con edades extremas, es decir menor de 20 o mayor de 35 años, multíparas y que terminaron el parto vía vaginal en un 71,5% con un producto con hipoxia en un 85.7% con una edad gestacional de 28 semanas a más. (19)

#### **1.3.1.3. LOCAL:**

En nuestra ciudad hallamos el estudio presentado a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman por **Huanco A. Dayani**, para alcanzar el Título de Licenciada en Obstetricia a cerca de los Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en nuestro Hospital de referencia.

Aquí se concluyó que del total de muertes fetales el 81,6% fueron aquellas producidas entre las 28 y 36 semanas de gestación, identificando dentro de los factores que incrementan el riesgo de la ocurrencia de óbito fetal al número de controles pre natales, las malformaciones congénitas del producto, trastornos placentarios como el DPP y la pérdida de bienestar fetal. (4)

### 1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

- **DEFINICIÓN:** Ya hacia el año 1982, la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) conceptualizó la muerte fetal como la que se presenta antes de la expulsión o extracción completa del producto de la gestación, concepto que además es independiente a la duración del embarazo. (20)

Luego de ello la Organización mundial de la salud (OMS), toma el mismo concepto para designar muerte fetal, al suceso que tiene ocurrencia antes de la salida del producto de la gestación que luego de nacer no manifiesta señales de vida. (20)

- **CLASIFICACION DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA**

Según el tiempo de gestación en que se produce, se puede dividir de la siguiente manera (20):

1. Muerte fetal temprana:

Ocurre antes de las 20 semanas de gestación o con peso fetal menor a 500 g.

2. Muerte fetal intermedia:

Ocurre entre las semanas 21 y 27; peso entre 500 y 999 g.

3. Muerte fetal tardía:

Ocurre por encima de las 28 semanas o con peso fetal superior a los 1,000 g.

- **FACTORES CAUSALES DE OBITO FETAL**

Cuando ocurre una muerte fetal, involucra, no sólo a la mujer sobre la cual obviamente pesa un mayor impacto emocional por ser la principal protagonista del evento, sino, también al resto de personajes como ser la pareja, el personal de salud directamente asociado a la atención de la madre y hasta el establecimiento de salud, tanto donde la madre llevaba sus atenciones prenatales, como también la institución donde sucede el fatal desenlace que no necesariamente es la misma. (21)

Por lo tanto, es por demás importante realizar la pesquisa de las probables causas del evento o de lo contrario de sus factores contribuyentes, sobre todo, porque dependiendo de la causa, este fenómeno podría volver a repetirse y esto es algo que como personal de salud debemos evitar.

Lamentablemente, luego de la revisión bibliográfica podemos apreciar que en la mayor parte de países Latinoamericanos esta investigación suele ser incompleta y a veces inexistente, por diferentes factores, como ser la escasez de recursos, las dificultades para realizar la necropsia ya sean dificultades por parte de los proveedores como del entorno familiar que muchas veces se niega a autorizarlo.

Se debería uniformizar la búsqueda de los factores causales, organizándolos, por ejemplo, en factores maternos, factores clínicos y de laboratorio y los factores feto-placentarios.

Dentro de la investigación de los factores maternos se debería incorporar una recolección de datos muy prolija que incluya todos los antecedentes del caso en estudio, ya sean personales y/o familiares, con la finalidad de pesquisar cualquier dato o información importante que pudo haber sido pasada por alto dentro de las atenciones prenatales y con ello tener más armas para poder analizar esta situación clínica. (21)

Sabemos que pueden existir causas que podríamos llamar OBVIAS, dentro de ellas tenemos por ejemplo accidentes de cordón (torsión, nudo verdadero) y malformaciones congénitas incompatibles con la vida como la anencefalia o quizás el hallazgo de un abrupto placentario. Pero hay situaciones, que, por el contrario, no se encuentran fácilmente las causas y las que sería ideal someter al producto a una autopsia, la misma que podría confirmar o incrementar información muy importante para llegar a la causa de este desenlace. Pero en muchas ocasiones esta no es autorizada por diversos motivos y es allí donde debemos de detenernos con mucha más pulcritud en hacer una evaluación macroscópica del feto, la placenta y las membranas, se podría además adicionar otros estudios como resonancia magnética, análisis cromosómicos de la sangre o tejidos fetales, pero muchos de estos no se encuentran a disposición en todos nuestros establecimientos de salud o la familia no puede cubrir los gastos que estos facturen al final.

A través del tiempo, las causas de óbito fetal se han dividido en

maternas, fetal y placentaria. (4) (10)

- Causas Maternas: Embarazo prolongado, diabetes Mellitus, hipertensión arterial previa, trastornos hipertensivos del embarazo y edad materna en rangos extremos (muy precoz o avanzada).
  - Causas Fetales: Embarazo múltiple, retardo de crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas.
  - Causas Placentarias: Todo tipo de accidentes de cordón umbilical y de la placenta.
- 
- **DIAGNÓSTICO**

**1. Diagnóstico clínico:**

Para esta entidad no existen síntomas o signos previos que nos puedan hacer sospechar u orientar hacia un diagnóstico precoz, los que nos podrían dar algunas luces al respecto serían la ausencia de movimientos fetales, pero esta lamentablemente no siempre es bien identificada por la madre y si así fuese muchas veces no acuden a buscar una ayuda de manera oportuna, además la ausencia del crecimiento fetal y de latidos cardiacos del producto.

Debemos tener en cuenta, además, que la incapacidad o dificultad para escuchar los latidos fetales durante el examen preferencial hecho a la gestante, nos puede ya sugerir el diagnóstico de muerte fetal, pero no es concluyente, para que este sea así debemos confirmar el diagnóstico mediante un examen ultrasonográfico (ecografía), donde se logre el diagnóstico demostrando la ausencia

de latidos cardiofetales (21).

## **2. Diagnóstico ecográfico:**

La ecografía es reconocida en estos tiempos como el “estándar de oro” para llegar a un diagnóstico certero de muerte fetal intrauterina, mediante ella podemos encontrar: (22)

- Ausencia de la frecuencia cardíaca fetal
- Inexistencia de movimientos fetales
- Achatamiento del polo cefálico y pérdida de la estructura fetal normal
- Halo peri craneal
- Malformación del cráneo
- Múltiples ecos en la región del tronco y cráneo fetal
- Contornos mal definidos de la estructura fetal por penetración del líquido amniótico (25).

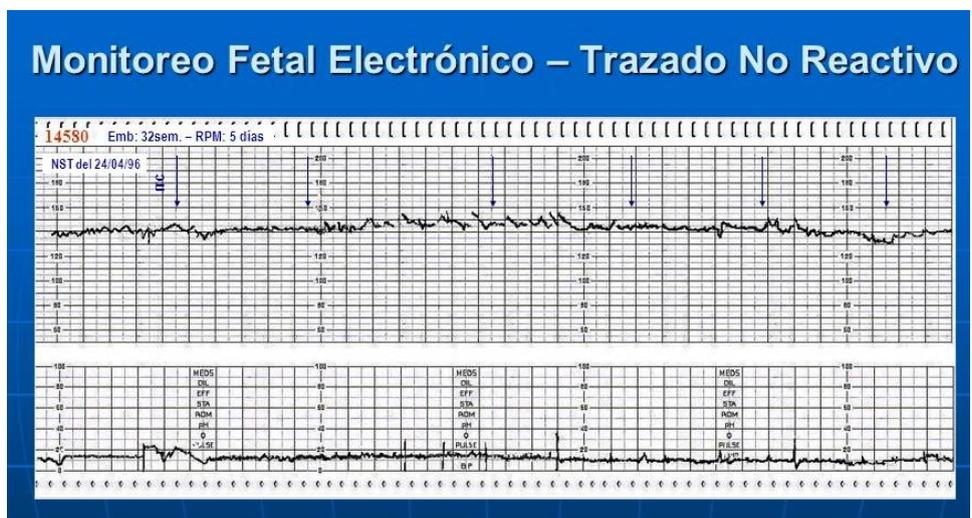
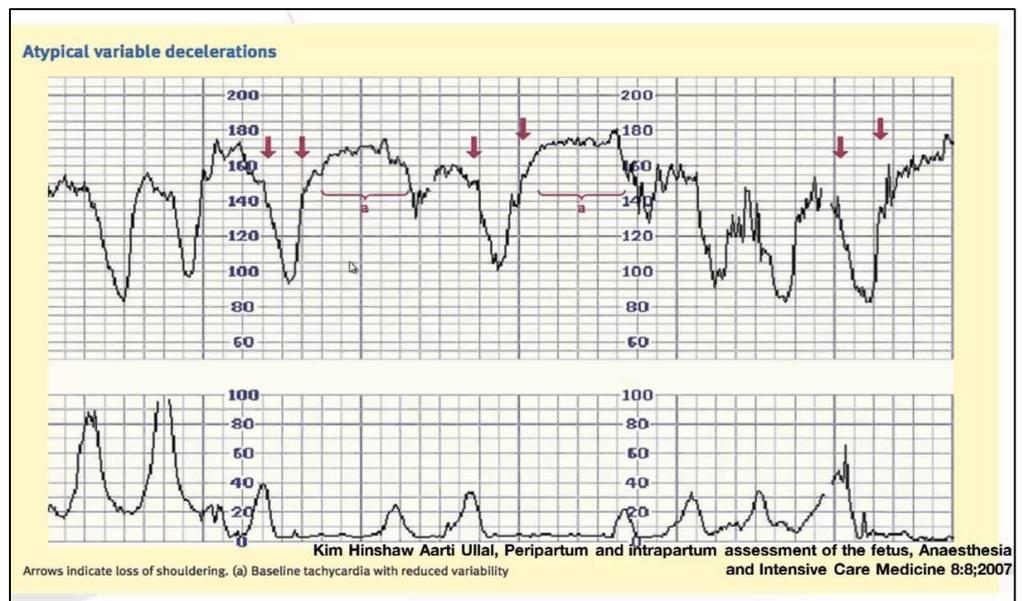
## **3. Diagnóstico radiológico:**

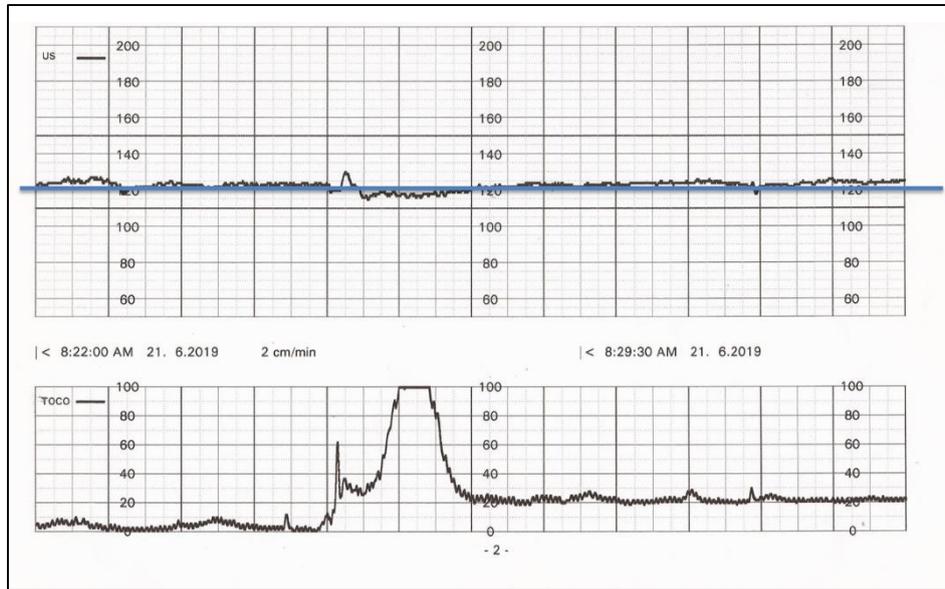
En los establecimientos de salud donde **NO** se tenga a la mano un ecógrafo, pero si se cuenta con estudios radiológicos, podemos utilizarlo, para buscar algunos signos o características que podríamos llamar patognomónicos de muerte fetal, dentro de los que destacan: (22)

- Signo del halo: Se aprecia dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho, es la acumulación del líquido en el tejido subcutáneo, que cuando es completa, se aprecia como un doble halo craneal, recibiendo la denominación de “Corona de santo”
  - Signo de Spalding: Se aprecia el cabalgamiento de los huesos parietales, esto se puede evidenciar dentro de la primera semana debido a lo que conocemos como “licuefacción encefálica”.
  - Signo de Hartley: Se evidencia la pérdida de la conformación de la columna, esto se produce por la maceración de los ligamentos espinales, se dice también que se observa una pérdida de la actitud fetal observando un apelonamiento.
  - Signo de Robert: Es la presencia de gas en los grandes vasos y vísceras del feto, esto se da como resultado de la descomposición de la sangre y se puede ver entre las 6 horas a 10 días postmortem,
  - Signo de Spangler: Aplaneamiento de la bóveda craneana.
  - Signo de Horner: Asimetría craneal
- **SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN RIESGO**  
El empleo de las pruebas de bienestar fetal, como ser el monitoreo electrónico fetal ya sea ante parto (NST o CST) o intraparto (MIP), nos muestran ciertas situaciones clínicas que nos llevan a optar por

la toma de decisiones en el instante correcto, en cuanto al tiempo y la vía del parto, lo cual, a su vez generaría un aumento de las intervenciones obstétricas, pero la disminución del óbito fetal, que es nuestro objetivo. (23)

## TRAZADOS PATOLÓGICOS DE MONITOREOS FETALES





## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 INTRODUCCIÓN**

El óbito fetal es hasta la fecha un trágico evento de múltiples causas y difícil medición, de los cuales muchos de ellos quedan sin un diagnóstico preciso, lo que debería ser imprescindible para poder evitar su ocurrencia en embarazos venideros.

Esta entidad se define como la pérdida fetal en la gestación antes de la salida del producto y que luego de nacer no da vestigios de vida, como latidos del corazón fetal o del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios. (20)

#### **2.2 OBJETIVOS**

##### **GENERAL:**

Presentación del caso clínico de una gestante con diagnóstico de óbito fetal, identificar los factores de riesgo, características Gineco Obstétricas y contrastar el manejo clínico de un caso con la guía técnica del MINSA.

### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores de riesgo del caso presentado de una gestante con diagnóstico de óbito fetal
- Establecer las características Gineco Obstétricas de la gestante con diagnóstico de óbito fetal.
- Contrastar el manejo clínico realizado con la guía de práctica clínica del MINSA

#### **2.1. Sucesos relevantes del caso clínico:**

Factores de riesgo asociados a muerte fetal intrauterina.

##### a) Anamnesis:

- Datos completos:

Nombres y apellidos: NN

Sexo: Femenino

Edad: 30 años

DNI: 44414964

Lugar de nacimiento: Puno

Procedencia: Tacna

Domicilio: Cte. 19, Mz. 75, Lte. 16

Grado de instrucción: 3ero de primaria

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

- Enfermedad actual: Paciente de 30 años, multigesta con embarazo de 38.5 semanas por FUM (13-02-2016), quien refiere contracciones uterinas desde las 14:00 hrs. (evolución de 4h. 50 min), niega signos de alarma, refiere movimientos fetales.

- Antecedentes personales:
  - Fisiológicos: Nacida de parto normal domiciliarios, recibe LME y vacunas completas. Resto desconoce
  - Ginecológicos:
    - Menarquia: 11 años
    - R/C: 6/ irregular
    - IRC: 18 años
    - Andría: 01
    - Uso de anticonceptivos: Preservativos
    - IMC pre gestacional: Sobre peso
  - Obstétricos:
    - Fórmula Obstétrica: G4 P4004
    - Fecha última regla: 13/02/2016
    - Fecha último embarazo: 29/04/2014 RN de 3600 grs
    - Embarazo planificado: NO
  - Patológicos: Niega
  - Quirúrgicos: Niega
  
- Antecedentes familiares: Sin importancia

**b) Exploración física:**

Al examen:

Signos vitales:

P/A: 110/60mmHg, P: 72x', T°: 36.8°C

Paciente en buen estado general, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Comunicativa y colaboradora

Piel y mucosas semi pálidas.

Examen Obstétrico:

Mamas turgentes.

Abdomen ocupado por útero grávido

AU: 29 cm Feto: LCD FCF: Ausente al DOPPLER MF: Madre refiere

(+) DU: 2-3/10 ++ 25''

Genitales de multípara

Al tacto: D:5cm B: 80% AP: -2 Memb. Integras

c) Diagnóstico:

Gestante 38.5 sem

D/C Sufrimiento fetal

D/C Óbito fetal

Trabajo de parto- Fase activa

d) Tratamiento:

Referencia a Hospital con CLNa 9%o

e) Evolución

En Hospital Hipólito Unanue (se realiza seguimiento)

11/11/2016: Parto Vaginal

Producto: Óbito Fetal

Sexo: Femenino

Peso: 2090 Grs.

Hallazgos: Malformación Congénita (polidactilia, microcefalia y paladar hendido a la clínica)

Tratamiento Post Parto:

Antibiótico + Antiinflamatorio

f) Epicrisis:

Fecha de Ingreso: 11/11/2016

Fecha de egreso: 12/11/2016

Diagnóstico de ingreso:

- Gestante de 38 semanas
- Óbito fetal
- Fase activa de trabajo de parto

Intervenciones realizadas: Parto vaginal

Evolución: Favorable

Condiciones de Egreso: Mejorada

Diagnóstico de Egreso:

- Puérpera Sana

Indicaciones al alta:

- Sulfato ferroso más ácido fólico VO c/ 24 horas x 01 mes
- Cita en 07 días para consulta externa

## 2.2. Discusión

- Hernández Velásquez en su investigación en el Hospital San José del Callao, encontró, dentro de las características epidemiológicas de que el rango de edad más frecuente fue de 20 a 34 años. Al igual que Berrospi, que señala una edad similar, de estado civil conviviente y que trabajan en el hogar, o sea ama de casa, de la misma forma que **Hauxwell** en la ciudad de Iquitos muestra similares resultados a nuestro caso en estudio. (11) (12) (15)
- Otros autores también ponen como factor de riesgo la falta o poca atención prenatal, factor que también encontramos presente en este caso, inclusive se aprecia que el inicio de esta atención fue tardío (en el segundo trimestre), lo cual dificulta hacer un seguimiento exhaustivo y una prevención estricta de las malformaciones congénitas que en su mayoría se producen en el primer trimestre de la gestación. (6) (8) (11) (15)
- Para algunos autores las malformaciones congénitas, de cualquier índole son un factor de riesgo importante para desencadenar una muerte fetal intrauterina u óbito fetal, en aproximadamente un 39%, situación que se presenta en el presente caso en estudio. (4) (9)
- Estos datos refuerzan la importancia de realizar una búsqueda exhaustiva del diagnóstico de malformación congénita en todas las embarazadas y también en la captación precoz de las gestantes, lo cual nos recuerda de que la atención prenatal está destinada para la prevención, diagnóstico y

tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbi mortalidad materna y perinatal, lo que considero importante recalcar ya que aún tenemos pacientes, como nuestro caso, que llegan a los establecimientos de salud en los últimos trimestres de embarazo lo mismo que no permite una vigilancia adecuada de la gestación. Es importante destacar la importancia de la detección temprana de malformaciones congénitas, así como no olvidar la educación materna, que permita brindar medidas de autocuidado.

- La presencia de este factor de riesgo en las gestantes, se asocia a varias causales, como por ejemplo, factores socio económicos, donde se calcula que aproximadamente un 95% de los casos provienen de familias con un nivel socio económico bajo o medio; las infecciones maternas como la sífilis o la rubeola son también una causa importante de las malformaciones congénitas; El estado nutricional de la madre, juega también un papel muy importante, en vista de que se ha podido observar de que las carencias de algunos nutrientes, el sobrepeso y la diabetes están relacionadas con algunas malformaciones congénitas. También encontramos factores ambientales muy importantes, como ser que la madre trabaje con plaguicidas u otras sustancias tóxicas o productos químicos, así como también que ingiera alcohol o algunos medicamentos psicoactivos, todo esto puede incrementar el riesgo de que el feto sufra anomalías congénitas. Ahora, comparando todos estos factores causales con nuestro caso expuesto, podríamos decir que concordamos con algunos de ellos como ser el nivel socio económico y el estado nutricional de la madre. (5) (11) (12)

- La vía de finalización del embarazo fue parto vaginal, al igual que todas las investigaciones encontradas, pero consideramos que obtener conclusiones sobre la vía de parto es difícil ya que numerosos factores pueden influir en esta decisión, como ser el estado de salud de la madre y el momento del diagnóstico de la muerte fetal. (11) (15) (19)

### **2.3. Conclusiones**

Luego de la presentación del caso clínico, podemos llegar a la conclusión de que esta entidad es multifactorial y que penosamente la mayoría de estos factores están fuera del control y manejo del personal de salud. La evidente restricción del crecimiento fetal y el hallazgo de una malformación congénita fueron la influencia principal para la ocurrencia de la muerte fetal.

Dentro de las características Gineco Obstétricas más resaltantes tenemos que es una multípara con un período intergenésico inadecuado.

Al contrastar el manejo clínico que se realizó en este caso, con las Guías de Práctica clínica del Instituto Materno Perinatal, avaladas por el MINSA, podemos apreciar de que no se cumplió en su totalidad lo recomendado, en nuestro Hospital de referencia, puesto de que la Guía habla de realizar un perfil de coagulación que no se realizó, en cuanto al uso de Misoprostol no fue necesario porque la gestante se encontraba en un franco trabajo de parto. Lamentablemente, a la fecha no contamos con Guías de atención y/o protocolos que definan nuestro accionar en el primer nivel de atención, frente a casos de Muerte fetal sólo está la recomendación de canalizar vía y referir

a un establecimiento de mayor complejidad, situación que se cumplió en nuestro caso.

#### **2.4. Recomendaciones**

Debemos reforzar desde el primer nivel de atención, con diversas medidas orientadas a reducir los casos de Óbitos fetales, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo encontrados, tal es así que podemos englobarlo en medidas muy claras:

- Los Establecimientos de salud de primer nivel de atención, debemos de ofertar una cartera de servicios acorde a las necesidades del contexto y a la capacidad resolutive, por ejemplo, en este caso, lo ideal hubiera sido que dentro de las atenciones pre natales se le hubiera podido realizar un estudio ecográfico que hubiera determinado desde un inicio quizás una malformación congénita y el posterior Retardo de crecimiento intrauterino que se sospechaba.
- Así también debemos de elaborar protocolos de atención o guías de práctica clínica en el Establecimiento de salud, basados en la Norma técnica y con ello flujogramas de atención para tener un manejo unificado, oportuno y de mejor calidad ante los casos de sospecha de RCIU y de Óbito fetal.
- Incorporar dentro de la cartera de servicios el Consejo genético o la Atención y Consejería pre concepcional la misma que permitiría identificar factores de riesgo e iniciar oportunamente un tratamiento destinado a evitar complicaciones antes de que se dé el proceso de la gestación, reforzando en

estas consejerías, una dieta balanceada con un buen aporte de ácido fólico y que además evite el sobrepeso y otras patologías como la diabetes y la anemia, la restricción del uso o exposición de sustancias nocivas y sobre todo asegurar el estado salud óptimo de la madre para iniciar con el proceso de la gestación.

- Fortalecimiento de los servicios de Planificación familiar: Que permita espaciar los embarazos o evitar los embarazos no planificados, ni deseados, teniendo en cuenta que el objetivo de la planificación familiar es tener una salud sexual y reproductiva responsable, para el cuidado de la salud de la mujer y así evitar muertes maternas y neonatales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Molina A. Muerte fetal Anteparto: ¿es una condición prevenible? *Universitas Medica*. 2010; 51:59–73. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676006.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Comunicado de prensa conjunto. Octubre 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>
3. Boletín epidemiológico del Perú 2021 Volumen 30 SE 07-2021. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20217.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20217.pdf)
4. Huanca A. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. [Tacna, Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4169>
5. Hernández LSS. Factores causales asociados a óbito fetal tardío extrahospitalario. [Honduras]: Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula; 2016. Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS37/pdf/TMVS37.pdf>
6. Loyola J, Oyervide J. Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. [Cuenca,

ecuador]: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas; 2016.  
Disponibile en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25550>

7. Pazmiño S, Manzano G. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal por óbito. [Ecuador]: Universidad estatal de Milagro; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4714>
8. Báez-Silva A. Factores de riesgo para óbito fetal en pacientes de la unidad de servicios de salud Simón Bolívar – sub red norte. [Bogotá - Colombia]: Universidad del Bosque; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/4484>
9. Vázquez M, Torres G, Torres V, Rodríguez L. Muertes fetales tardías en la provincia de Cien fuegos. MEDISUR. 2016;14(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-897X2016000200007#:~:text=Resultados%3A%20la%20tasa%20de](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2016000200007#:~:text=Resultados%3A%20la%20tasa%20de)
10. Vera L. Epidemiología de la muerte intrauterina en el Hospital San Bartolomé. (Lima, Perú); 2002 Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/monografias/salud/vera\\_le/contenido.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/monografias/salud/vera_le/contenido.htm)
11. Hernández V. Características maternas y fetales en gestantes con muerte intrauterina en el Hospital San José del Callao. [Lima, Perú]: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12727/3092>

12. Berrospi A. Factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en el hospital Hermilio Valdizan Medrano. [Huánuco, Perú]: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2019. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2044>
13. Núñez C. Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. [Lima, Perú]: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2017.104.16>
14. Espíritu S, Huamán F. Factores maternos asociados a muerte fetal en un Hospital de Huancayo. [Huancayo, Perú]: Universidad Peruana Los Andes; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2470>
15. Hauxwell S. Frecuencia y factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García. [Iquitos, Perú]: Universidad científica del Perú; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/684>
16. Monteza T. Factores de riesgo más frecuentes, asociados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora – Lima. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2897>
17. Quispe M. Causas predisponentes a la ocurrencia de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. [Juliaca, Perú]:

- Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4637>
18. Núñez E. Factores de riesgo asociados a muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/14701>
19. López P. Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca. [Chiclayo, Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/43210>
20. Trejo K, Ávila J, Pardo R. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socio económicos asociados. Medigraphic [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37144>
21. Vogelman R, Sánchez J, Sartori M. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina Universidad Nacional del Norte. 2008;11-2. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4\\_188.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4_188.pdf)
22. Mascaró P., Alcaravo C., Ayala F. Editores. Guía de atención clínica y procedimientos en Obstetricia y perinatología – INMP. [Lima, Perú]. 2010. Publicado el 27 de junio del 2013. Disponible en:

[https://issuu.com/inmp/docs/guias\\_atencion\\_clinica\\_y\\_procedime](https://issuu.com/inmp/docs/guias_atencion_clinica_y_procedime)

23. Espín V, Palacios V. Óbito polimalformado ocasionado por padre portador de aberración cromosómica equilibrada. Revista cambios – Caso clínico| VOL. XVI -2-63 Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981232/pag-63->